

# Síndrome Coronario Agudo

El síndrome coronario agudo se produce en la mayoría de los casos por la rotura de una placa de ateroma que desencadena trombosis local y disminución del flujo coronario. Existen otras causas de SCA: Aumento de la demanda, como taquiarritmias, estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica y dilatada; causas no cardiológicas, como hipertensión arterial, hipotermia, hipertiroidismo, fistula arteriovenosa, simpáticos miméticos como la cocaína y estados de ansiedad y de shock hipovolémico o distributivo, anemia o hipoxemia; o disminución del aporte de oxígeno, como en bradiarritmias, disfunción ventricular grave, estenosis aórtica, obstrucción al tracto de salida, vaso espasmo, disección, arteritis y embolismo coronario.

## Clasificación

- Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST: se puede manifestar como depresión persistente o transitoria del segmento ST, inversión de las ondas T, ondas T planas o pseudonormalización de las ondas T o incluso electrocardiograma normal. La elevación de los marcadores de daño miocárdico determinará el diagnóstico de infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) o angina inestable si no existe elevación enzimática.

# Enfermedades Hipertensivas en el Embarazo.

Yannick Harper Narcía.

La hipertensión es el trastorno médico más común del embarazo y complican 1 de cada 10 gestaciones. La principal preocupación acerca de la presión arterial elevada son sus posibles efectos perjudiciales, tanto para la madre como para el feto.

Un desorden hipertensivo, se diagnostica cuando las cifras tensionales están por encima de  $140 \times 90$  mm de Hg, después de la semana 20 de gestación, en paciente previamente normotensa, sin proteinuria.

Los desordenes hipertensivos en el embarazo pueden ser clasificados como:

- ▶ **Hipertensión Gestacional:** Hipertensión que se presenta después de la semana 20 de gestación, proteinuria negativa. En el postparto (12 semanas) cifras tensionales normales (Hipertensión transitoria). Cifras elevadas (Hipertensión crónica.)
- ▶ **Pre - Eclampsia:** Hace referencia a la presencia de cifras tensionales mayores o iguales a  $140/90$  mmHg, proteinuria mayor a  $300$  mg/24hrs, creatinina sérica elevada ( $>30$  mg/mmol), en la gestante con embarazo mayor a 20 semanas o hasta 26 semanas postparto.

# Insuficiencia Cardíaca Descompensada

Aparición repentina o gradual de los signos y síntomas de insuficiencia cardíaca.

## Factores de Riesgo

- 1.- Falta de adherencia terapéutica
- 2.- Incumplimiento de las restricciones dietéticas, como limitar el consumo de agua o sodio, también puede ocasionar episodios de insuficiencia cardíaca descompensada.
- 3.- La HTA no controlada
- 4.- La Isquemia
- 5.- Las arritmias
- 6.- Las infecciones
- 7.- Agudización o empeoramiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con o sin neumonía.

No solo los factores cardíacos están relacionados con pacientes descompensados. Existen causas de otra índole que pueden proporcionar este tipo de episodios:

- 8.- Disfunción Renal
- 9.- DM.
- 10.- Anemia
- 11.- Efectos secundarios de los medicamentos

# Taquiarritmias.

Se habla de arritmia ante la modificación de la frecuencia y/o regularidad del ritmo sinusal, y de taquicardia, cuando la frecuencia cardíaca es mayor de 100 Lpm.

## Clasificación

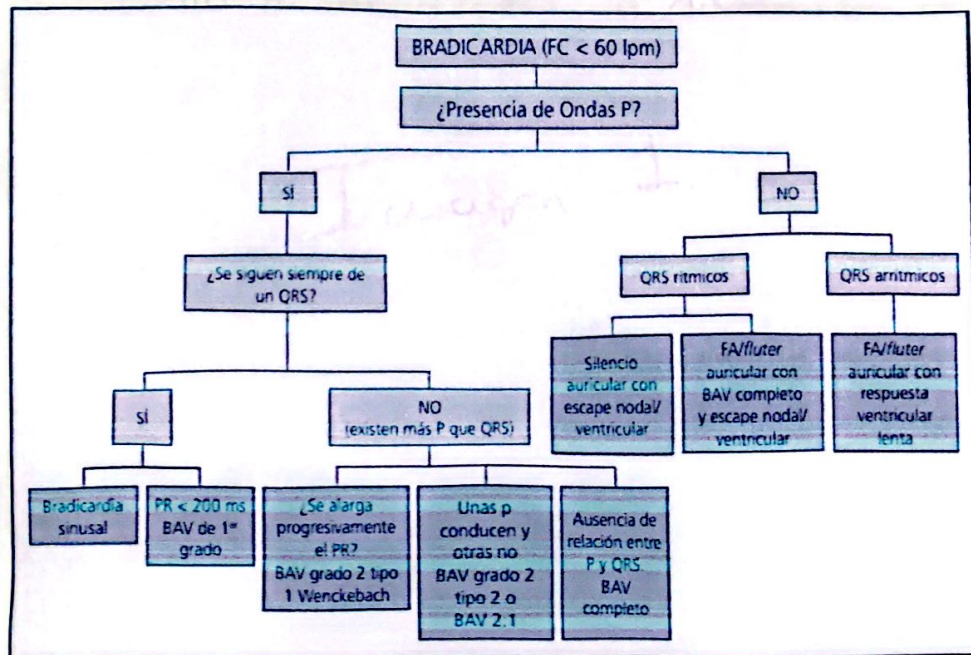
Taquicardia de QRS estrecho ( $< 120$  ms):

- Regulares (Intervalo RR constante):
  - Taquicardia sinusal (Fisiológico, inapropiada)
  - Taquicardia por reentrada sinoauricular
  - Taquicardia auricular: Unifocal, macroreentrante (incluyendo Flutter auricular)
  - Taquicardia por reentrada intranodal
  - Taquicardia por reentrada ventriculoatrial por vía accesoria con conducción ortodrómica: vía oculta si no existe pre-exitacion en el ECG basal o Wolf-Parkinson-White.
- Irregulares:
  - Fibrilación Auricular
  - Taquicardia auricular multifocal
  - Flutter auricular con conducción variable.

# Bradiarritmias

Se denomina bradicardia a una frecuencia cardiaca inferior a 60 latidos por minuto en el adulto.

Se encuentra de manera fisiológica en reposo<sup>o</sup> durante el sueño en jóvenes y/o deportistas entrenados, quienes incluso pueden presentar pausas no significativas (<3 seg) y bloques auriculo ventricular de primer grado.



# Meningitis

La meningitis aguda se desarrolla en  $< 24$  hrs, generalmente con signos meníngeos más evidentes que las subagudas (1-7 días) y crónica (7-4 semanas).

## Etiología

La mayoría son de etiología infecciosa, de las no infecciosas destaca la hemorragia subaracnoidea.

- A: RN: Estreptococo  $\beta$ , E. coli, listeria, virus del herpes 2.
- B. de 2 meses a 14 años: meningococo, neumococo, H. influenzae.
- C. Adultos: neumococo, meningococo.
- D. Ancianos: neumococos, bacilos, listeria.
- E. Traumatismos: neumococo.
- F. Inmunodeprimidos: *Gram*-, listeria.

# Clinica

- A. Cefalea: (80-90%) generalmente intensa y constante
- B. Fiebre: (>90%)
- C. Náuseas y Vómitos.
- D. Patecuias cutaneas = Papulas, Erupciones (meningococo).
- E. Trastornos de Conciencia. (desde confusión a coma)
- F. Convulsiones: (focales o generalizadas)
- G. Atención de pares craneales o focalidad.

# Diagnostico

- A. Signos meningeos: rigidez de nuca, signos de Kernig y Brudzinski (Poco evidentes en alcoholicos y ancianos)
- B. En todos los casos se solicitava hemograma, bioquímica básica y coagulación.
- C. Si fiebre se sacaran 3 hemocultivos independientemente de que se haya iniciado el tratamiento antibiótico.
- D. Si disnea: gasometria y Rx de tórax.
- E. Rx de senos paranasales - si sospecha de sinusitis.
- F. Se realizava puncion lumbau excepto si existen signos de afectación intracraneal (Edema papilar, afectación de pares craneales, signos de focalidad, o disminución de

de nivel de conciencia], en cuyo caso se realizará un TAC previo a la punción.

Tras la punción se recolectaban 4 tubos para analítica de LCR:

1. Microbiología

2. Reserva

3. Citauímica

4. Para anatomía patológica, si procede (con heparina)

Características del L.C.R.				
	Aspecto	Células	Proteínas	Glucosa
Normal	transparente	No	0,15-0,45 g/l	50-80 mg/dl, ó +40-50% glucemia.
Séptica	turbio	granulocitos	+++	↓
Virus	claro	linfocitos	+	normal
TBC	variable	linfocitos	+++	↓

# Tratamiento Empírico

A. Sueroterapia 1500 - 3000 cc/24 hrs.

B. Gastroprotección: Ranitidina (Zantac)/8 horas.

C. Si fiebre: paracetamol (Percalgan) o metamizol (Nalotil) iv/6-8h

D. Tratamiento antibiótico: tras la punción sin esperar el resultado de la misma si se sospecha de meningitis séptica: Ceftriaxona (Roccefin) 2 g/12 hrs. IV.

E. Ingreso hospitalario

F. con deterioro importante del nivel de conciencia o situación séptica valorar ingreso en UCI



# Encefalitis

Enfermedad febril con signos de afectación meníngea a la que se añade algún dato de focalidad. Su causa más frecuente es la encefalitis herpética, que se manifiesta de forma esporádica.

## Clinica

- A. Cefalea (75%)
- B. Fiebre
- C. Alteraciones de conciencia
- D. Vómitos
- E. Crisis convulsivas.
- F. Signos de Focalidad.

En la herpética la clínica es más frecuente las alteraciones de conducta y alucinaciones asociadas a disminución de conciencia.

## Diagnostico

- A. Peticiones similares a meningitis.
- B. TAC: es sugestivo de etiología herpética las lesiones hipodensas en el lóbulo temporal o Frontal.

C. Líquido CR: En encefalitis víricas el LCR suele mostrar moderada pleocitosis con predominio de linfocitosis. La glucosa estará normal o disminuida y las proteínas elevadas. En infecciones herpéticas es frecuente encontrar abundantes hemáticos.

## T ratamiento

- A. Medidas generales iguales a meningitis.
- B. Valorar la conveniencia de iniciar el tratamiento con Aciclovir IV (Vir herpes ampollas de 250 mg) a razón de 10 mg/kg/8 horas. Diluir ~~20~~ 3 Ampollas e 100 cc de SF (para un individuo de 75 kg) y administrarlo lentamente (en no menos de 1 hora).
- C. Ingreso en Neurología.

# EVC

Alteración, transitoria o definitiva, en el funcionamiento de uno o varias partes del sistema nervioso central, en relación con una alteración en la circulación cerebral, que viene dada por un déficit sanguíneo por la oclusión de un vaso (ictus isquémico) o por la rotura de un vaso y su extravasación (ictus hemorrágico) el 85% de los ictus son isquémicos contra el 15% de los restantes, que son hemorrágicos.

## Clasificación

### 1 ISQUEMIA CEREBRAL FOCAL

#### 1.1 Accidente Isquémico Transitorio. (AIT):

Déficit neurológico focal cerebral o retiniano, auto limitado (típicamente en menos de 1 hora, aunque puede prolongarse siempre a dure menos de 24 horas)

#### 1.2 Ictus Isquémico.

Es sinónimo de necrosis tisular cerebral evidenciada en prueba de imagen secundaria a disminución de aporte circulatorio.

##### 1.2.1 Ictus Aterotrombótico.

En relación con arteriosclerosis de arteria grande (arco aórtico, carótidas extracraneal.)

##### 1.2.2 Ictus Cardioembólico.

La fuente embólica es el corazón, en relación con dif. enfermedades donde destaca fibrilación o flutter auricular.

### 1.2.3 Ictus Lacunar

Infartos de tamaño menor a 15 mm de diámetro que afectan a arterias de pequeño tamaño.

### 1.2.4 Ictus Hemodinámico

El déficit sanguíneo cerebral va a venir determinado por una situación de shock mantenida. (Cardiogenico, hipovolémico o séptico)

### 1.2.5 Ictus de Causa Inhabitual.

Infarto de cualquier tamaño o localización.

### 1.2.6 Ictus de causa Indeterminada.

Ya sea por ausencia de etiología, tras estudio completo, o por coexistencia de causas.

## 2. ICTUS HEMORRAGICO

Extravasación de sangre dentro del parénquima cerebral secundaria a la rotura de un vaso sanguíneo, ya sea venoso o arterial.

### 2.1 Hemorragia Intraparenquimatosa

La causa más importante es la hipertensión arterial, normalmente en el contexto de una emergencia hipertensiva,

### 2.2 Hemorragia Intraventricular

Normalmente son secundarias a la apertura de una hemorragia intraparenquimatosa al sistema ventricular. Normalmente a nivel de ganglios basales por su proximidad.

### 2.3 Hemorragia Subaracnoidea.

Se trata de la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo.

### 3. TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS.

No es una causa habitual de ictus en nuestro medio, donde su etiología más frecuente es la de tener un estado de hipercoagulabilidad de base con un factor hormonal sobreañadido (Anticonceptivos orales, embarazo o puerperio).

## Diagnostico y Tratamiento

Lo primero es realizar una anamnesis completa para conocer la forma de insaturación del cuadro, su hora de inicio, el tratamiento que se está llevando a cabo y si se trata de un paciente dependiente o no para sus actividades básicas.

Posteriormente, en la EF, es necesario objetivar los signos vitales del paciente es obligatorio el calculo de la escala de NIHSS.

Una vez realizado lo previo los pasos a seguir son los siguientes:

- Estabilización del paciente: ABCDE
- Signos vitales: PA, FC, T°, Sat O<sub>2</sub>.
- Colocación de 2 vías periféricas.
- Electrocardiograma
- Rx de tórax: Valorar cardiopatías

Una vez estabilizado el paciente y con toda la información recogida se activara el código ICTUS, dependiendo si tiene o no contraindicaciones.

De ser subcidiado el siguiente paso es la realización de un TC de cráneo multimodal.

# TCE

Se define como cualquier impacto, ya sea directo o por aceleración - desaceleración, que afecte a la región craneal, produciendo algún daño físico a algunas de sus estructuras o su contenido. Se trata de una situación frecuente.

El 80% de los TCE corresponden a los casos leves; un 10% moderados; y otro 10%, graves.

Es más frecuente en hombres. En cuanto a la edad, existen tres picos de incidencia: menores de 15 años, adolescentes y adultos jóvenes. (29 años) y ancianos mayores de 75 años.

## Clasificación

La clasificación más utilizada es la de la escala de coma de Glasgow (ECG).

De esta forma según la ECG clasificamos el TCE en:

- TCE Leve: ECG 14-15
- TCE moderado: ECG 9-13
- TCE Grave: ECG 3-8

# Clinica

El TCE leve pueden aparecer síntomas como cefalea, confusión, amnesia o pérdida de conciencia, aunque suele haber una recuperación neurológica completa y espontánea.

La revisión primaria se lleva a cabo con el esquema de ABCDE.

En la revisión secundaria, en la que se hacen un examen por menorizado de cabeza a pies, incluyendo datos de los antecedentes del paciente.

**Tabla 66.3.** Control de signos vitales en el ictus agudo

#### Presión arterial (PA):

- Objetivo:  $< 185/105$  mmHg.
- Fármacos hipotensores intravenosos (i.v.) en bolo: Urapidil 25 mg (media ampolla i.v.) o labetalol 20 mg (1/5 ampolla i.v.). Si no control, evaluar la necesidad de perfusión continua i.v.
- Si hipotensión (excepcional en el ictus agudo), evaluar presencia de infarto agudo de miocardio, disección de aorta, tromboembolismo pulmonar o sangrado activo. Debe tratarse la causa y reponer con sueroterapia (evitar sueros glucosados, salvo en paciente diabéticos).

#### Temperatura:

- Objetivo:  $< 37,2$  °C.
- Tratamiento sintomático, evaluar foco infeccioso y tratamiento antibiótico.

#### Glucemias:

- Objetivo:  $< 150$  mg/dl, evitando la hipoglucemia.
- Utilización de insulina rápida subcutánea.

#### Saturación de $O_2$ :

- Objetivo:  $\geq 95$  %.
- Utilización de oxigenoterapia suplementaria si precisa.

i.v.: intravenosa.

# Diagnostico

Tras la valoración inicial se solicitan:

- Tomografía Computadorizada cerebral:
- Analítica de Sangre con bioquímica, hemograma y coagulación
- Rx simple craneal.

# Tratamiento

- Dicta absoluta hasta completa valoración y observación hospitalaria
- Reposo en cama con cabecera elevada a 30°

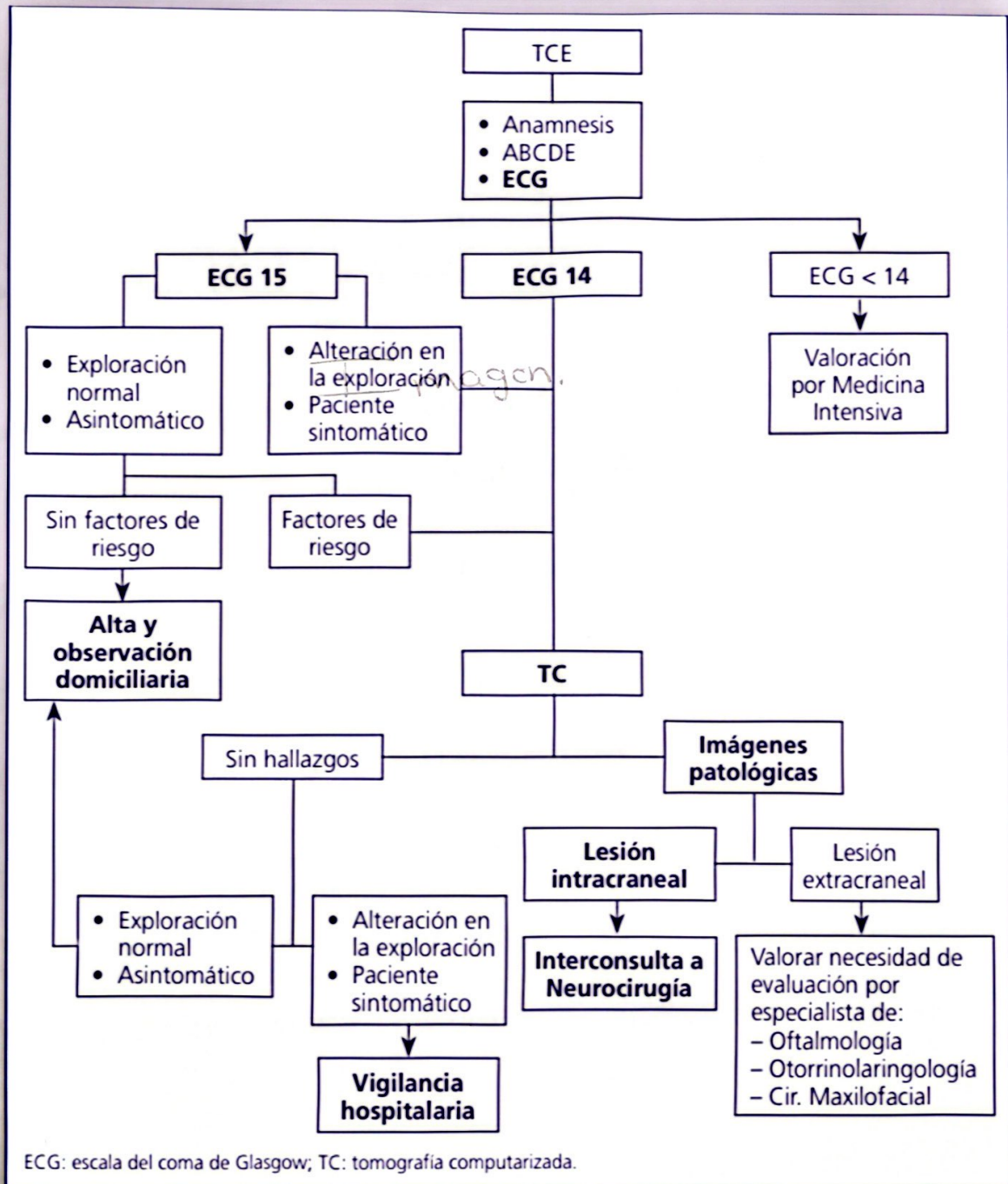


Figura 147.1. Algoritmo de actuación ante un TCE leve.