



MEDICINA HUMANA

Nombre del alumno: Juan Bernardo Hernández López

Docente: DR. ROMEO SUAREZ MARTÍNEZ

Nombre del trabajo: Resúmenes de unidad

Materia: Urgencias Médicas

Grado: 8°

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de abril de 2024.

Síndromes Coronarios

Son el resultado de una Obstrucción Aguda de una arteria Coronaria. Las consecuencias dependen del grado y la localización de la obstrucción y van desde angina inestable hasta infarto de miocardio sin supradesnivel del segmento ST, infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMEST) y muerte súbita de Origen Cardíaco.

- Todos estos síndromes se manifiestan de la misma forma (excepto la muerte súbita), con molestias torácicas con disnea o sin ella, náuseas y sudoración.
- El diagnóstico se realiza por ECG y marcadores serológicos.
- El tx consiste en antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, nitratos, beta-bloqueantes y en presencia de IMEST, reperfusión urgente con fibrinolíticos, intervención por vía percutánea o, en ocasiones, cirugía de revascularización miocárdica.
- Los síndromes coronarios agudos incluyen
 - Angina inestable
 - ⊕ Sin elevación del segmento ST infarto de miocardio (IMSEST)
 - Infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMEST)
- ⊕ Representa la necrosis miocárdica (reflejada a través de los marcadores Cardíacos en sangre, con incremento de las consecuencias, concentraciones de troponina I o Troponina T y CK). Sin supradesnivel agudo del segmento ST pueden encontrarse cambios electrocardiográficos como infradesnivel del segmento ST, inversión de la onda T o ambos

Crisis hipertensivas

- Elevación aguda de la PA que motiva una consulta médica urgente con cifras de PA diastólica superior a 120 mmHg y/o PA sistólica por encima de 210 mmHg.

Tipos

- Emergencia hipertensiva: La elevación tensional se acompaña de alteraciones en los órganos diana (corazón, cerebro, riñón) de forma aguda, de modo que comprometen de una manera aguda.
- Urgencia hipertensiva: La elevación tensional no se acompaña de lesiones que comprometan la vida de forma inmediata.

Valoración Clínica

- Historia clínica detallada, insistiendo en los antecedentes personales y familiares la toma de medicación y buscar síntomas que orienten a una afección de órganos diana.
- Exploración física cuidadosa
- Pruebas complementarias oportunas.

Enfermedad Hipertensiva Del Embarazo. 11/04/24

- La hipertensión es el trastorno médico más común del embarazo y complican 1 de cada 10 gestaciones.
- La incidencia de los desordenes hipertensivos en la gestación está aumentando a un incremento global de:
 - Edad materna
 - Obesidad
 - Tecnología de reproducción asistida
 - Comorbilidades medicas que son predisponentes a la preclampsia
- Un desorden hipertensivo, se diagnostica cuando las cifras tensionales están por encima de 140/90 Hg, después de la semana 20 gestación en paciente previamente normotensa, sin proteinuria.

Patologías

- Hipertensión crónica
- " " + Pre-eclampsia sobreagregada
- " Gestacional
- Pre-eclampsia
- " con datos de severidad
- Eclampsia.
- Presencia de hipertensión arterial mayor (\geq) 140/90 mmHg < del embarazo.
< 20 semanas \rightarrow Gta postparto asociado o no a proteinuria.
- Desarrollo de pre-eclampsia o eclampsia en px con hipertensión crónica preexistente
- presente > de la semana 20 de gestación - proteinuria -
 - En el postparto (12 semanas) (Hipertensión transitoria) (Hipertensión crónica)
- Hace referencia a presencia de cifras tensionales \geq a 140/90 mmHg
 - proteinuria > 300 mg/24h
 - Creatina sérica elevada (>30 mg/lmmol) > 20 semanas ó 2 > postparto

Insuficiencia Cardíaca.

La insuficiencia Cardíaca es una afección en el cual el corazón ya no puede bombear sangre rica en Oxígeno al resto del cuerpo de forma eficiente. Esto provoca que se presenten síntomas en todo el cuerpo

Síntomas típicos

- Disnea
- Ortopnea
- Disnea paroxística nocturna
- ↓ tolerancia al ejercicio
- Fatiga, cansancio
- Edema.

Signos más específicos

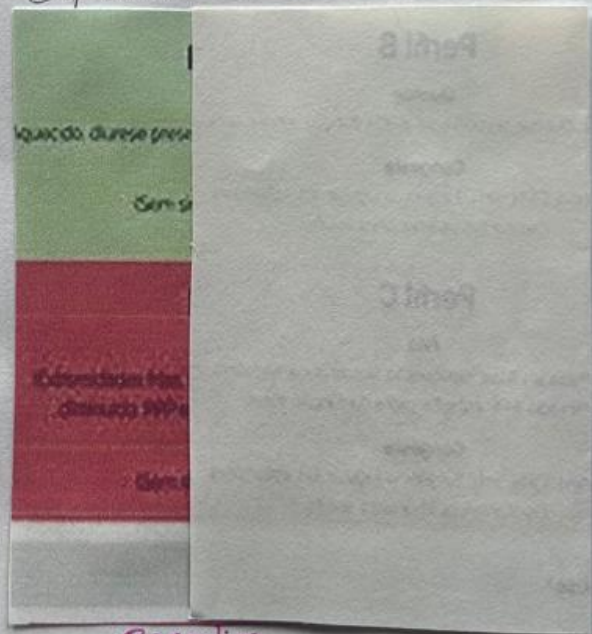
- Presión venosa yugular ↑
- Reflujo hepato yugular
- Tercer ruido cardíaco (galopante)
- Impulso apical desplazado lateral.
- Soplo Cardíaco

Factores de riesgo.

- Dx > 65 años
- Antecedentes Cardiovasculares
- PA ↑
- Miocarditis
- Arritmias.

< Típicos

- Tos nocturna
- Sibilancias
- ↑ peso (> 2 kg de peso)
- pérdida del apetito
- Confusión
- Depresión



Repentina.



- Reacciones alérgicas
- Infecciones graves
- Virus.

La insuficiencia Cardíaca Ocurre Cuando:

- El miocardio no puede contraerse muy bien (Insuficiencia Cardíaca sistólica o fracción de eyección reducida)
- Miocardio rígido ↓ del llenado, a medida que el bombeo del corazón se vuelve menos eficaz.
 - El líquido se puede acumular en pulmones, hígado, tracto gastrointestinal, al igual que brazos y piernas.

• Pruebas y exámenes

- Edema en las piernas
- Venas del cuello distendidas
- Sonidos (estertores) a raíz de la acumulación de líquido en los pulmones que se escuchan a través del estetoscopio
- Taquicardia

• Pruebas de lab y exámenes

- ECG
- Pruebas de esfuerzo
- Tomografía computarizada del corazón
- Ecocardiografía es el mejor examen inicial para las personas que son evaluadas por insuficiencia cardíaca.

• Complicaciones.

- Daño o insuficiencia renal
- Daño hepático
- Muerte Cardíaca Súbita.

Prevención

- Tratar las afecciones que pueden causarla
ejemplo: arterias coronarias, PAD, diabetes y obesidad

- Tabaco
- Ejercicio
- Comida alimentación
- Bien peso
- ↓ Estrés

LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA ESTÁ ASOCIADA A UNA ALTA MORTALIDAD Y DAÑOS IRREVERSIBLES EN ÓRGANOS IMPORTANTES

¿QUÉ ES LA ICA?

La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es una enfermedad que supone un riesgo para la vida y en la que el corazón no puede bombear suficiente sangre para el organismo

Los pacientes deben acudir rápidamente a urgencias para recibir tratamiento inmediato

Es la causa más frecuente de hospitalización en pacientes mayores de 65 años¹

SIGNOS Y SÍNTOMAS^{1,2}

- 1 Dificultad respiratoria severa
- 2 Ganancia rápida de peso
- 3 Acumulación de líquido en los pulmones y el organismo

ESPIRAL DECRECIENTE

Cada episodio comporta un empeoramiento de la salud y daños en órganos vitales como el corazón y los pulmones, que reducen la posibilidad de que el paciente sobreviva a un nuevo episodio³

3-4%

de los pacientes no sobreviven al episodio inicial^{1,2,3,4}

La enfermedad es con frecuencia FATAL cuando los pacientes presentan uno o repetidos episodios de insuficiencia cardíaca aguda^{1,2,3}

"Me sentía como si me estuviera ahogando"

Tx

- El tx puede incluir Cambios en el estilo de vida
- Tratar enfermedades relacionadas
- Cirugía

Medicamentos

- Posible combinación de medicamentos para tratar la ic.
- IECA → Relacin v.s para \downarrow PA para mejorar el flujo.
 - Enalapril - Lisinapril - Captopril
- ARAs → Inhiben la enzima convertidora de la angiotensina.
 - Losartan - Valsartan - Candesartán
- Inhibidores de la neprilisina y del receptor de angiotensina (INRA)
combinación sacubitril/valsartan ayuda para tratar la ic con fracción de eyección reducida
- Beta bloqueadores → \downarrow la frecuencia cardiaca y PA, ayudan a mejorar la función del corazón
 - metoprolol - bisoprolol
- Diuréticos → Previenen la acumulación de líquido en el cuerpo
 - furosemida.
- " ahorradores de potasio → \uparrow nivel de potasio (vigilar)
- Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 → \downarrow nivel de glucosa en Sangre
 - Canagliflozina - empagliflozina
- Inotrópicos positivos → Ayudan a bombear mejor sangre al corazón y mantener PA

Cirugía

- Bypass coronario - Reparación o reemplazo de Válvula Cardíaca
- Desfibrilador Cardioversor implantable.
- Terapia de resincronización Cardíaca.
- Trasplante de corazón

SEÑAL CAROTÍDEA
 Los datos de la arteria carotídea son uno de los datos más importantes de la salud pública de un paciente, ya que su alteración puede ser un signo de enfermedad cardiovascular.

CALIDAD DE VIDA
 Según una investigación de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca, se ha observado que un tratamiento adecuado mejora la calidad de vida de los pacientes.

ALTA INCIDENCIA
 El 33% de los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen hipertensión arterial, lo que aumenta el riesgo de complicaciones.

PREVALENCIA
 El 10% de los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen insuficiencia renal, lo que puede complicar el tratamiento.

INDICADORES
 El 25% de los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen insuficiencia hepática, lo que puede complicar el tratamiento.

40%
 Los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen un mayor riesgo de morir por causas cardiovasculares.

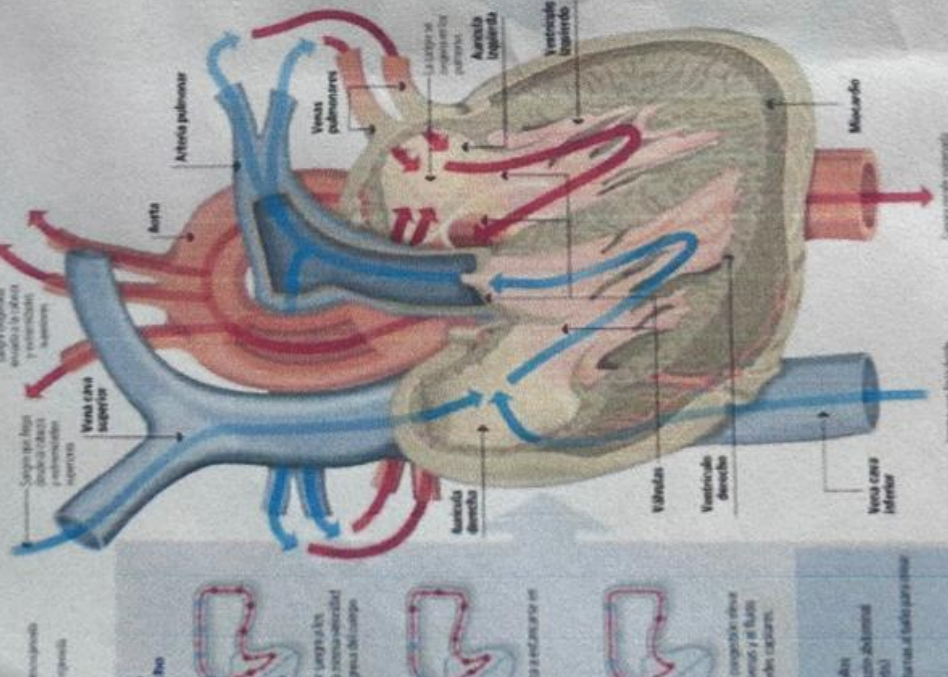
PRODUCE

no bombea suficiente sangre

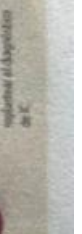
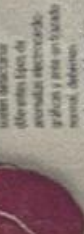
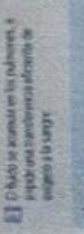
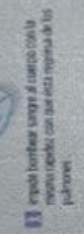
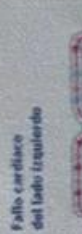
Cuando una insuficiencia cardíaca se produce un fallo del corazón para bombear la sangre a la velocidad necesaria para los requerimientos del organismo. Esto puede dificultar la actividad diaria.

Circulación normal

En la circulación normal, la sangre fluye desde el corazón hacia los tejidos y luego de vuelta al corazón.



Fallo cardíaco del lado izquierdo



CAUSAS

El músculo cardíaco se resiente

La insuficiencia cardíaca se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre a los tejidos.

El infarto de miocardio

El infarto de miocardio es la principal causa de insuficiencia cardíaca.

Arterioesclerosis

La arterioesclerosis es una enfermedad que afecta a las arterias.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad que afecta a las arterias.

Enfermedad del músculo cardíaco

La enfermedad del músculo cardíaco es una enfermedad que afecta al músculo cardíaco.

Enfermedades valvulares

Las enfermedades valvulares son enfermedades que afectan a las válvulas del corazón.

Cardiopatías congénitas

Las cardiopatías congénitas son enfermedades que afectan al corazón desde el nacimiento.

Algunos medicamentos

Algunos medicamentos pueden causar insuficiencia cardíaca.

E

CLASIFICACIÓN

Los estadios de la insuficiencia

Se define un estadio de insuficiencia cardíaca cuando el paciente presenta síntomas y signos de insuficiencia cardíaca.

Estadios según anomalías estructurales

Estadio 1: Pacientes con cardiopatía estructural sin síntomas.

Estadio 2: Pacientes con cardiopatía estructural y síntomas.

Estadio 3: Pacientes con cardiopatía estructural y síntomas que interfieren con la actividad física.

Estadio 4: Pacientes con cardiopatía estructural y síntomas que interfieren con la actividad física y requieren tratamiento con fármacos.

Grados de los síntomas

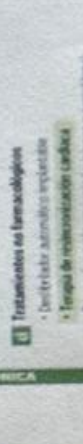
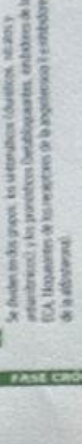
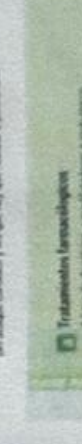
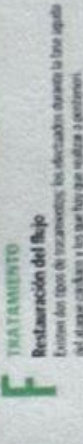
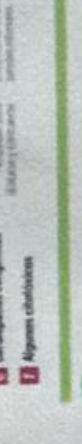
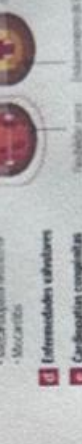
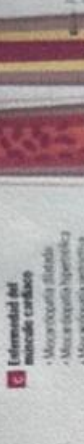
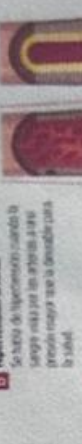
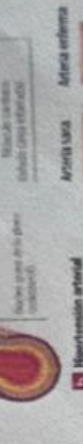
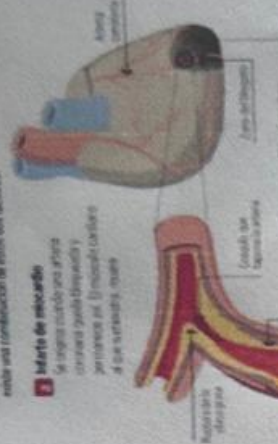
Según sintomatología

Grado 1: Síntomas que interfieren con la actividad física.

Grado 2: Síntomas que interfieren con la actividad física y requieren tratamiento con fármacos.

Grado 3: Síntomas que interfieren con la actividad física y requieren tratamiento con fármacos y dispositivos.

Grado 4: Síntomas que interfieren con la actividad física y requieren tratamiento con fármacos, dispositivos y cirugía.



F

TRATAMIENTO

Restauración del flujo

Existen dos tipos de tratamientos: los efectuados durante la fase aguda del ataque cardíaco y los que se hacen a posteriori.

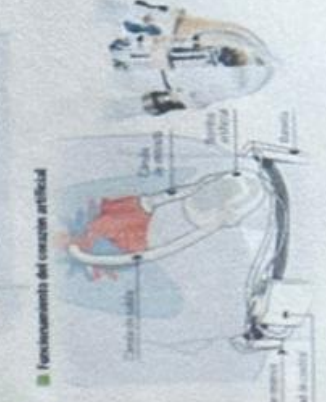
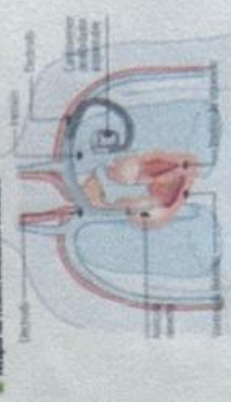
Tratamientos farmacológicos

Medidas no farmacológicas

Tratamientos quirúrgicos

Tratamientos de rehabilitación

Tratamientos de apoyo

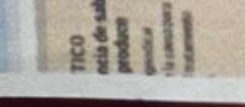
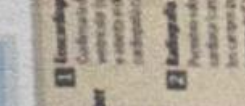
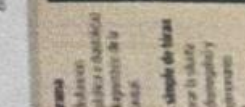
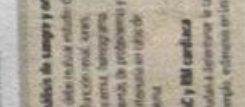


ECG

Si bien no existen pruebas definitivas para diagnosticar la insuficiencia cardíaca, el ECG puede ayudar a identificar algunos tipos de anomalías eléctricas que sugieren la presencia de esta enfermedad.

ECG

ECG



Taquiarritmias

16/04/24

- Son aquellos ritmos rápidos, compuestos por 3 ó más impulsos consecutivos, que dependen de estructuras anatómicas por arriba del tronco del haz de His (aurículas, nodo auriculoventricular o unión aurículo ventricular)

Clasificación.

- 1= Taquicardia supraventricular se clasifica en
 - " de origen sinusal
 - a. " sinusal fisiológica
 - b. " " inapropiada
 - c. Snd. de taquicardia postural ortostática
 - d. " por reentrada en el nodo sinusal
 - 2= Taquicardia con participación del nodo auriculoventricular.
 - a. " por reentrada en el nodo auriculoventricular
 - b. " por reentrada auriculoventricular recíproca
- 4= Taquicardia auricular
 - a. Unifocal
 - b. Multifocal
- 5= Fibrilación y flúter auricular

Generalidades

- La FA es la aritmia sostenida más frecuente del ser humano, alteración del ritmo que se asocia a importantes comorbilidades, en especial la insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, DM, etc.

- Se recomiendan realizar ecocardiogramas en px con síntomas graves

Factor de riesgo

- Insuficiencia Cardíaca congénita / disfunción ventricular izquierda.
- Hipertensión
 - Enf. vascular
- Edad > 75 años
 - Género femenino
- DM
- EVC / ICT / Tromboembolia.

Manedo.

- Se recomienda cardioversión eléctrica cuando la frecuencia ventricular rápida no responde a las medidas farmacológicas en px con FA o FLA a isquemia miocárdica, hipotensión sintomática, angina o insuficiencia cardíaca.

No recomendados

Betabloqueadores.

Digoxina

verapamilo, solanol, metoprolol

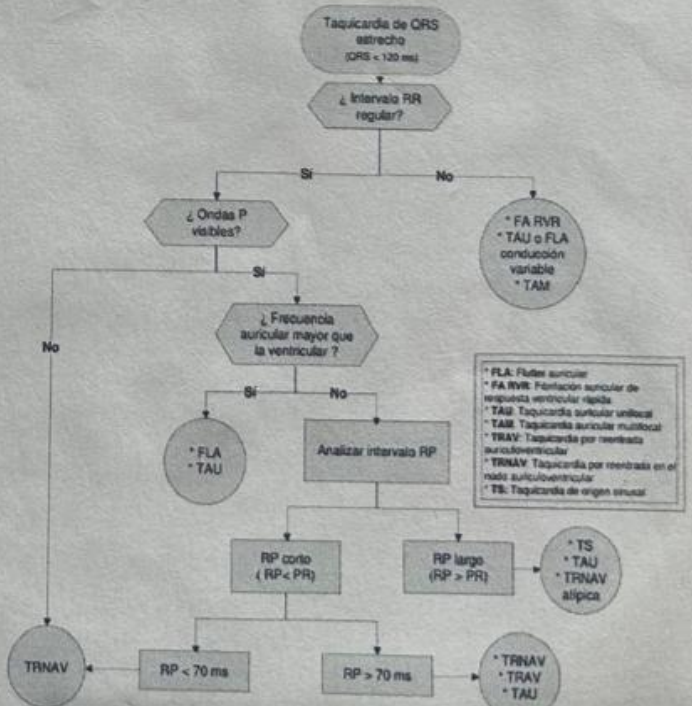
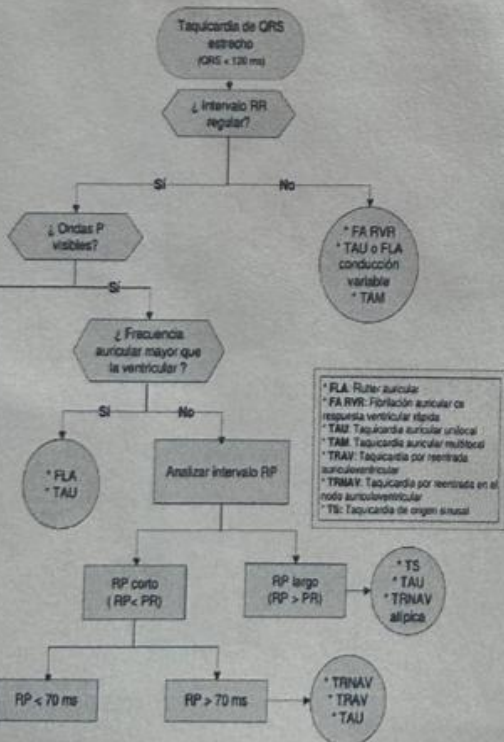
- En px con FA o FLA de comienzo reciente y sin cardiopatía estructural significativa, se puede considerar una única dosis oral elevada de propafenona, siempre que se haya demostrado que el tx es seguro durante las pruebas previas (hospitalario)

- Se debe considerar la ablación del nodo AV y colocación de marcapasos para controlar la frecuencia cuando

- Medicos farmacológicos no funcionen
- No se pueda prevenir la FA con antiarrítmicos
- la FA asociada a efectos secundarios intolerables
- Ablación para aislamiento de venas pulmonares

ALGORITMOS

DIAGNOSTICO DE LA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR



Bradiarritmias

- Rango de anomalías electrofisiológicas que abarcan desde la falla en la generación del impulso, en su transmisión a la aurícula, actividad subsidiaria de marcapaso inadecuada y ↑ en la susceptibilidad para las taquicardias auriculares.

Se clasifica

1. Bradicardia sinusal

3. Paro sinusal

2. Bloqueo sinoauricular

4. síndrome de taquicardia bradicardia

a. Primer grado

5. Otros trastornos de la conducción

b. Segundo grado Mobitz I

auriculoventricular asociados SSE

c. " grado " "

d. 3er grado

1 = ↓ de la frecuencia cardíaca por debajo de 60 latidos por minuto en presencia de ritmo sinusal. se realiza el dx por parámetros clínicos de la auscultación y por métodos electrocardiográficos.

Los causas de bradicardia sinusal son múltiples: Incremento del tono vagal, disfunción del nodo sinusal.

- La terapia farmacológica a largo plazo es ineficaz en la bradicardia sinusal crónica

2 = Trastorno de la conducción intraauricular que puede o no estar asociado a trastorno del automatismo. Ocorre por interferencia en la conducción del estímulo que es generado en el nodo sinusal.

- El estudio electrofisiológico permite diagnosticar todos los tipos de bloqueo sinoauricular, pero al ser invasivo se limita su uso a px con dudas dx.

3 = Ausencia transitoria de Ondas P sinusales en el electrocardiograma que puede durar 2 segundos o varios minutos en presencia de ritmo de base sinusal.

los pausas asintomáticas de hasta 3 segundos son relativamente comunes y "tolerables." pausas mayores de 3 s en vigilia obligan a estudiar al px tratando de correlacionarlos con los síntomas y sin otras evidencias de SSE no es necesariamente obligal el implante

4 = Se caracteriza electrocardiográficamente por el desarrollo de taquicardias auriculares paroxísticas en pacientes con bradicardia sinusal o bloqueo sinoauricular.

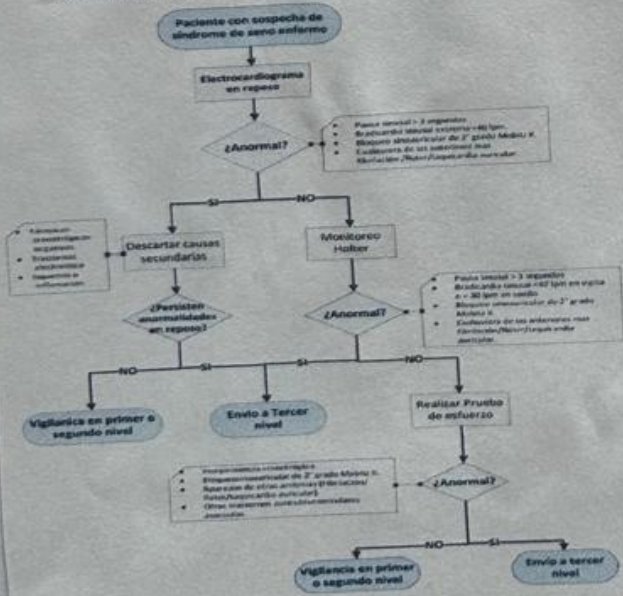
En caso de enfermos con taquicardia - Bradicardia se Orlgara al tx más adecuado para la taquiarritmia que se identifique

Evaluación dx

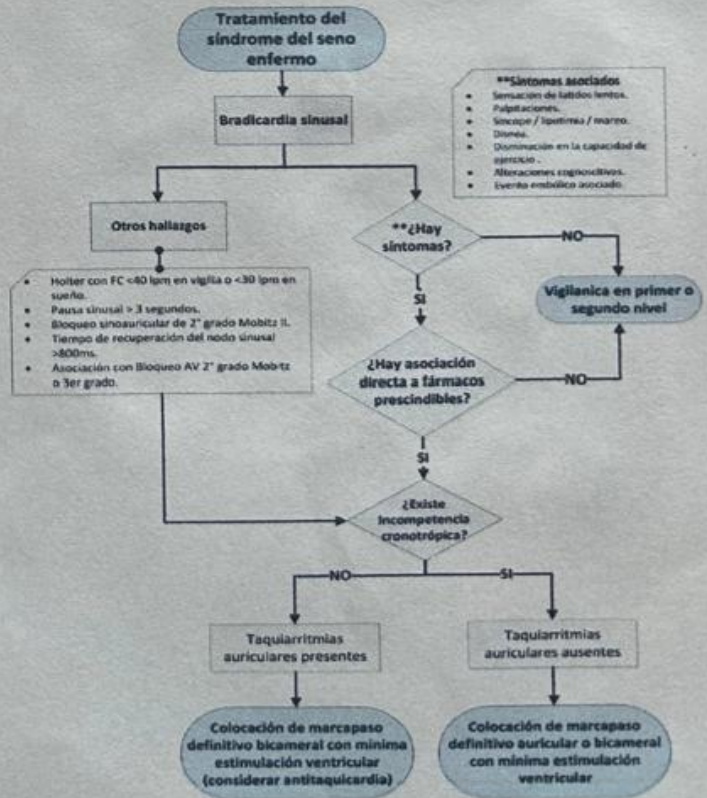
2 categorías 1= NO invasiva 2= Electrofisiología invasiva.

- Documentación de anomalías en EKG
- Prueba de esfuerzo

ALGORITMOS ALGORITMO 1. DIAGNOSTIC DEL PACIENTE CON SÍNDROME DEL SENO ENFERMO



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DEL SENO ENFERMO



Urgencias Neurológicas

Meningitis y Encefalitis

18/04/24

- Proceso inflamatorio de la arañoides y el líquido cefalorraquídeo, implicando una inflamación de la leptomeninge y el tejido neural.
 - La meningitis es una urgencia médica

- Microorganismos Causales Según FR

Bacteriana: Suponen el 51% de todas la incidencia ↓ por la vacuna H. influenzae tipo B y antineumocócica, produciéndose < 2 meses

Asépticos: La mayoría son virales (enterovirus, herpes virus, arbovirus, adenovirus) con predominio en verano y otoño.

Tuberculosa: + frecuente ÷ 6 y 4 años tiene una progresión lenta y alteración de pares craneales (III, VI y VIII)

- Anamnesis

- Edad - Tx con antibiótico
- Estado vacunal - FR
- Tiempo de fiebre

- Clínica

- Afectación de nivel de consciencia o convulsiones.

Meningorraicas → dolor y artralgias de miembros inferiores y exantema purpúrico y varía según edad del px

- Exploración física.

Tabla 172.1. Patógenos causales más frecuentes de meningitis pediátrica según el factor de riesgo

Edad	< 1 mes	<i>S. agalactiae</i> , <i>E. coli</i> , <i>L. monocytogenes</i>
	1-3 meses	<i>S. agalactiae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i>
	> 3 meses	<i>N. meningitidis</i> , <i>S. pneumoniae</i>
Neurocirugía	Válvulas	<i>Estafilococos</i> , <i>P. aeruginosa</i> , BGN
	Mielomeningocele	<i>S. aureus</i> , <i>S. pneumoniae</i> , BGN
	Herdas o cirugía	<i>Estafilococos</i> , <i>Streptococos</i> , BGN
	Fistulas de LCR o implantes cocleares	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>H. influenzae b</i> , <i>L. monocytogenes</i> , BGN
	Immunodeficiencia	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>H. influenzae b</i>
Immunodeficiencia	Déficit linfocito T	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>H. influenzae b</i>
	Inmunoglobulinas	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i>
	Déficit de complemento	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i>
	Asplenia	<i>S. pneumoniae</i> , <i>N. meningitidis</i> , <i>Salmonella spp.</i>

BGN: Bacilos gramnegativos.

- Determinar los signos vitales
- Expto. completa (física) ↑ nivel de consciencia
- Hallazgos cutáneos.

- Pruebas complementarias

- Hemograma - PCT
- Bioquímico - Hemocultivo
- PCR - BCP

• Punción lumbar → Ayuda para poder orientarnos sobre la etiología

→ definitiva → mediante cultivo; con test rápidos basados en antigenos y BCP y tinción de Gram ←

↑ Pruebas de imagen → • Tomografía computadorizada • Ecografía transfontanelar

- Tx y profilaxis.

sintomático: Analgésico, antibióticos, hidratación adecuada y evaluación del cabeceero unos 30°

- Tx → Aciclovir empírico (60 mg^{Neo}/kg/día) (30 mg^{MINDS}/kg/día)
- M. Bacteriana.
- < 1 año e inmunodeprimido, incluso sin criterios de m. bacteriana
- Ceftriaxona (60 mg/kg/12 hrs 1º dosis a 75 mg/kg max 2 g/dosis)
- Agregar según F.R.
- Vancomicina: inmunopresión, fistula de LCR, diplococos gram+ (15 mg/kg/16 hrs)
- Cefepime: Bacilos gram-, neutropenia (60 mg/kg/18 hrs)
- Ampicilina: prevalencia de meningitis (75 mg/kg/6 hrs)

Criterios de ingreso → "Signos de alarma"

Predictor	Puntos
PCT > 1,2 ng/ml	3
PCR > 40 mg/l	1
Proteínas en LCR > 80 mg/dl	2
Neutrófilos en LCR > 1.000/mm ³	1

PCT: procalcitonina; PCR: proteína C reactiva; LCR: líquido cefalorraquídeo

Encefalitis.

- Inflamación del SNC afectando diferentes estructuras del parénquima cerebral.
- D^x la mano con meningoencefalitis
- Causa más frecuente encefalitis herpética por virus herpes simplex 1
- Etiología más frecuente es la viral
 - Otras → Toxoplasmosis, Criptococosis, tuberculosis
- P^x con sospechas especiales
 - pensar en plasmodium falciparum, togavirus
 - Inmuno-deprimidos → L. monocytogenes y M. tuberculosis
- Aproximación dx
 - Antecedentes de enfermedades virales (inmunodepresión, inf. intestinales pasadas)
 - Expto. física completa poniendo énfasis en expto. neurológica
 - Cuadro clínico caracterizado por síntomas respiratorios, cefalea, mialgias, etc.
 - P. "típica" de una encefalitis herpética es un cuadro agudo-subagudo consistente en fiebre (97%), alteración de la conciencia con o sin vómito (87%), lenguaje ↓ (76%), crisis convulsivas (67%)
 - Presentación atípica, como cuadro febril subagudo
- Exploraciones Complementarias.
 - Ante sospecha realizar TC craneal o RMN craneal
 - Necesario hemograma y estudio de coagulación, BGS
 - Signos de afectación medular focal
 - Después de todo lo anterior y si no hay contraindicaciones se hace una PL

debe solicitar microbiología, realización de PCR para los virus
herpes (rom. herpes, VIH)

Actualmente se acepta la realización precoz de RMN y PCR del DNA de
VHS en LCR con una sensibilidad dx del 100% aproximadamente

Tx en el Servicio de Urgencias. viral

- E. herpética → vi, esperar TC o RMN con riesgo inaceptable de morbimortalidad no asumible dada la ↓ toxicidad del aciclovir.
- Aciclovir a dosis de 10 mg/Kg/8 hs durante 14-21 días.
No está indicado añadir tx esteroideo de manera rutinaria.
- En sospecho de sobre infección bacteriana añadir junto al aciclovir, ampicilina 2g/4h + doxiciclina 100 mg/12h y en caso de alergia a penicilina TMP-SMX 5mg/Kg/6h + doxiciclina 100 mg/12h
- En caso de infección por CMV o inmunodepresión grave, valorar ganciclovir 5 mg/Kg/6h o foscarnet 600 mg/Kg/8h.

Tabla 172.3. Criterios de ingreso en UCI pediátrica

Shock (hipotensión, taquicardia, hipoperfusión capilar, oliguria, acidosis metabólica)
Púrpura o datos de CID (coagulación intravascular diseminada)
Focalidad neurológica
Crisis convulsivas
Aumento de la presión intracraneal (bradicardia, hipertensión, cefalea intensa)
Obnubilación o coma
Hiponatremia grave (< 120 mEq/l)

Tabla 88.8. Tratamiento tuberculosis meningea

Fármaco	Dosis
Isoniazida	300 mg
Rifampicina	450 mg si < 50 kg peso 600 mg si > 50 kg peso
Pirazinamida	1,5 g si < 50 kg peso 2 g si > 50 kg peso
Etambutol	15 mg/kg

EVC

- La enfermedad Vascul. (EVC) es una alteración neurológica que se caracteriza por aparición brusca, con síntomas de 24 hrs o más, causando secuelas y muerte
- Los 3 tipos son: Trombótico, embólico y hemorrágico.
 - 1= El flujo de sangre de una arteria Cerebral se bloquea -- coágulo que se forma dentro de la arteria
 - 2= El embólico se da cuando el coágulo se origina en alguna parte alejada del cerebro.
 - 3= El Hemorrágico o derrame cerebral, es causado por la ruptura y sangrado de un vaso sanguíneo en el cerebro
- Algunos signos de alarma son el entumecimiento, debilidad o parálisis de la cara, el brazo o la pierna, en uno o ambos lados del cuerpo y que aparece en forma repentina
- Los proveedores de Cuidados prehospitalarios deben utilizar escalas como son: Los angeles o la de Cincinnati
- Se recomienda utilizar la escala FAST para el diagnóstico, tanto en ámbitos prehospitalarios como el triage
- Evaluación diagnóstica en urgencias de un evento vascular isquémico agudo



- El objetivo es completar la evaluación e iniciar el tratamiento fibrinolítico dentro de los primeros 60 min de la llegada del paciente al departamento de urgencias.
- Los px deben tener una evaluación clínica cuidadosa, que incluya una evaluación neurológica.
- Se recomienda el uso de escalas de evaluación



• Estudios de imagenología.

- Tanto la tomografía Computarizada sin contraste como la resonancia magnética se recomiendan antes de la administración de rt-PA para excluir hemorragia intracraneal y para determinar la hipodensidad en la TAC o la hiperintensidad en la RM de isquemias presentes.

• Tx Farmacológico y No Farmacológico.

- Valorar niveles de glucosa y corregir inmediatamente los niveles $<$ de 60 mg/dL
- El tx del evento vascular cerebral con rt-PA (alteplase) son:
 - Dx de evento vascular cerebral isquémico que causa un \downarrow neurológico.
 - Dx de esto también puede ser por inicio de los síntomas $<$ a 3 hrs antes de iniciar tx.
 - Edad \geq 18 años.
 - \downarrow del 15% de la presión basal durante las primeras 24 hrs.
 - Uso de terapia fibrinolítica es adecuada - cifras $<$ a 185/110 mmHg con una vigilancia estrecha

- Debe realizarse una tac de cráneo no contrastado o RMN de encéfalo 24 hrs posterior a la infusión de alteplasa y antes de iniciar el tx con antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes.

• Tx endovascular

• Px que cumplan los siguientes criterios

- Adecuado estado funcional < del ictus (índice de Barthel mayor a 90)
- Px recibió trombolisis endovenosa con rt-PA dentro de las primeras 4.5 hrs de inicio de síntomas
- ictus ocasionado por oclusión de la arteria Carótida interna intracraneal.
- Edad mayor de 18 años
- puntuación de escala NIHSS ≥ 6
- II de tomografía ASPECTS ≥ 6
- Inicio de tx no mayor a 6 hrs de inicio de síntomas.

• Tx de complicaciones neurológicas Agudas

- Cirugía descompresiva
- No se recomienda uso de corticosteroides para tx del edema generado por infarto cerebral
- El uso \uparrow riesgo de complicaciones infecciosas.

ÍNDICE DE BARTHEL

ITEM	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA
Comer	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente independiente • Necesita ayuda para cortar carne, etc • Dependiente
Lavarse	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente. Entra y sale solo del • Dependiente
Vestirse	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente. Capaz de ponerse y e • abotonarse, atarse los zapatos • Necesita ayuda • Dependiente
Areglarse	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente para lavarse la cara, • afeitarse, maquillarse, etc. • Dependiente
Deposiciones*	<ul style="list-style-type: none"> • Continente • Ocasionalmente, algún episodio de • necesita ayuda para administrarse • Incontinente
Micción*	<ul style="list-style-type: none"> • Continente o es capaz de cuidarse • Ocasionalmente, máximo un episod • en 24 h, necesita ayuda para cuida • Incontinente
Usar el retrete	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente para ir al váter, quita • Necesita ayuda para ir al váter, per • Dependiente
Trasladarse	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente para ir del sillón a la • Mínima ayuda física o supervisión • Gran ayuda pero es capaz de monta • Dependiente
Deambular	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente, camino solo 50 m • Necesita ayuda física o supervisión • Independiente en silla de ruedas si • Dependiente
Escalones	<ul style="list-style-type: none"> • Independiente para subir y bajar • escalones

TCE

- Motivo frecuente de consulta en Urgencias
- La causa más frecuente de TCE son los accidentes
- La causa más frecuente de TCE y las LIC secundarias a un TCE, son más frecuentes cuanto menor es la edad del px (comúnment < 1 año)

Evaluación

- Evaluar el riesgo de LIC y/o la necesidad de realización de pruebas complementarias

Anomnesis

- Antecedentes: portador de válvula de derivación Ventrículo-peritoneal, fármacos, coagulopatías, malformaciones vasculares, etc.
- Accidente: Lugar, tiempo de evolución, mecánico, superficie y distancia de impacto (mayor riesgo si > 1,5 m e impacto directo sobre un objeto contundente) accidente de motor, traumatismo no presenciado.
- Clínica asociado: Mayor riesgo si pérdida de consciencia, vómitos, convulsión, cefalea, alteración del comportamiento y del estado mental, irritabilidad, ceguera, amnesia.

Exploración física. → Realizar TEP y evaluación primaria:

- Signos vitales: Toma de PA, FC, satO₂ y valoración del dolor
- ABC: Asegurar la oxigenación, ventilación y perfusión para ↓ del daño cerebral secundario
- Evaluación neurológica:
 - Función pupilar: Tamaño y simetría

- Sospechar HTIC si bradicardia, hipertensión, respiración irregular.
- Valorar la consciencia (Glasgow modificado en < 2 años)
- Mejor indicador para medir la intensidad del traumatismo y función cerebral ←

Evaluación Secundaria

- Exploración sistemática para buscar fracturas y otras lesiones. Realización en la exploración neurológica por la prioridad.

Tc Cerebral.

- Detectar LIC.
- Indicado en grupo de riesgo alto, varios factores de riesgo inmediato
- Presencia de factores predisponentes de sangrado (coagulopatías, tx anticoagulante)

Tratamiento

- Medidas generales: Estabilización según ABCDE, indicaciones de intubación: Glasgow < 9, inestabilidad hemodinámica o sospecha de LIC
- Realizar tx del dolor
- Tx específico según hallazgos exploratorios: Tx de HTIC (intubación + sevoflurano + SSN 3/ 3-6 ml/kg)

- Tx de las convulsiones
- Criterios de ingreso hospitalario:
 - Focalidad neurológica
 - GCS < 15 con TC normal
 - Intolerancia oral
 - Lesiones intracraneales y lesiones extracraneales graves
 - Estado neurológico alterado
 - No se puede garantizar la observación domiciliar
- Criterios de ingreso en UCIP: GCS < 13 o focalidad neurológica, presencia de LIC o sospecha de HTIC
- Recomendaciones al alta:
 - Observación domiciliar por un adulto responsable durante 24-48.
 - Consulta de nuevo si: Cefalea intensa o irritabilidad. Vómitos repetidos. Salida de líquido o sangre por oídos o nariz.
 - Alteración del comportamiento, equilibrio, visión, habla.