

Una frase lo cambia
todo?

Dr. Pablo Vinuesa
Dr. Albert Santapau

- Paciente de 62 años que acude a Urgencias por:
 - Vómitos tras ingesta de alimentos de 3 días de evolución.
 - Sin cambios en el ritmo deposicional.
 - No dolor abdominal, no fiebre.

Antecedentes personales

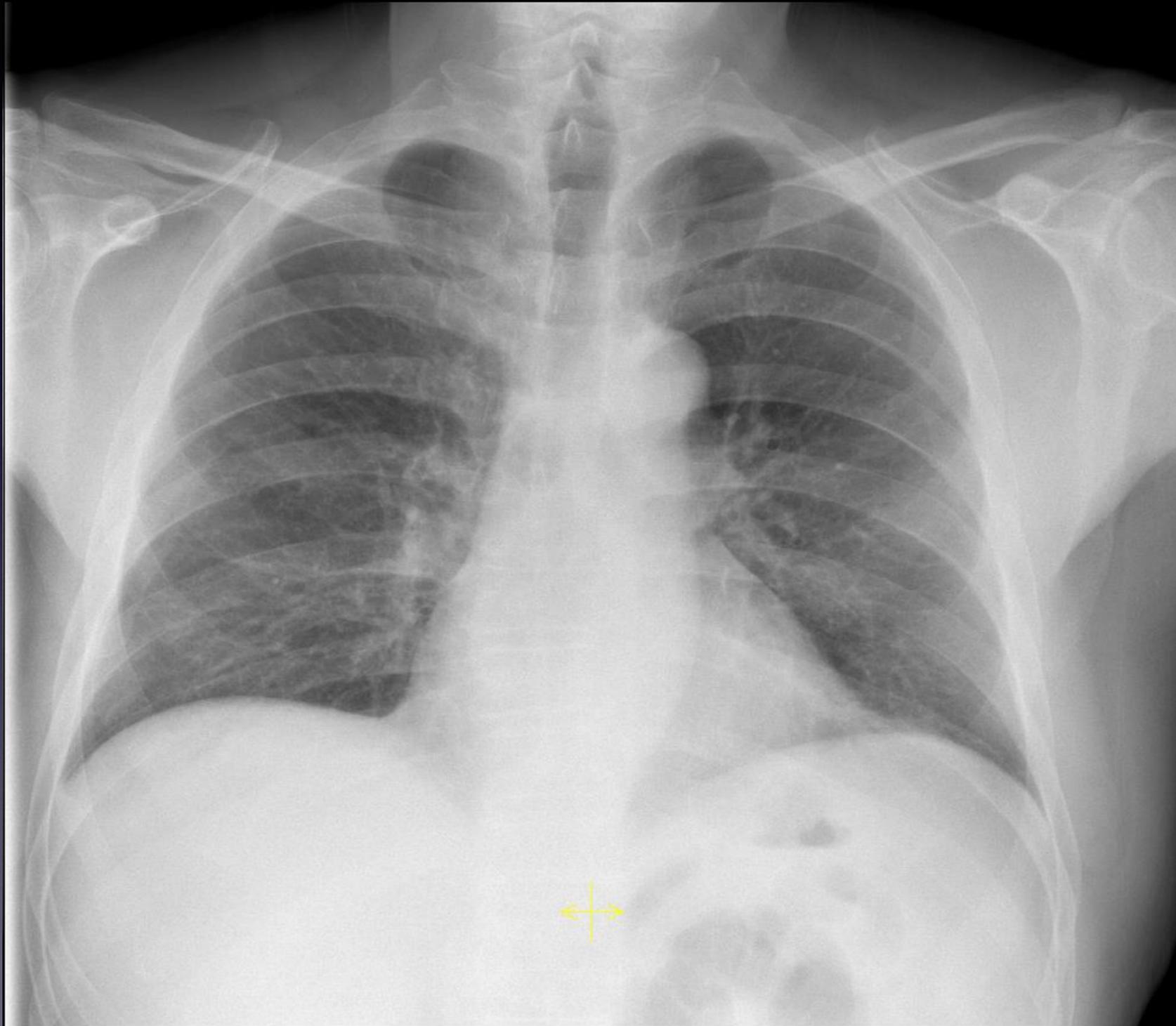
- No alergias medicamentosas conocidas
- Diabetes tipo 2 en tratamiento con metformina
- IQ: apendicectomía y varices

Exploración física

- T.A: 134/100 mmHg FC 73 lpm Sat O₂ 96%
- C y O. NC y NH
- AC: Rítmico sin soplos
- AP: MVC
- Abdomen: Blando y depresible. No doloroso, no signos de irritación peritoneal. Murphy y Blumberg -
- Extremidades: No edemas, no TVP.

Analítica

- Glu 136 mg/dl
 - Urea 52 mg/dl
 - INR 1.26
 - Hematología Normal
 - Sistemático de orina:
 - Leucocitos 500 cel/ μ L, cuerpos cetónicos 10 mg/dl
- Na 141 mmol/L
 - K 4.3 mmol/L
 - G.V. normal
 - PCR < 1





Tto administrado en Urg

- Metoclopramida 10 mg IV
- Paracetamol 1 gr IV
- Omeprazol 40 mg IV

- ITU
- Vómitos aislados



- Ciprofloxacino 500 mg/12h 10d
- Metoclopramida 1 comp/8h si
nauseas o vómitos

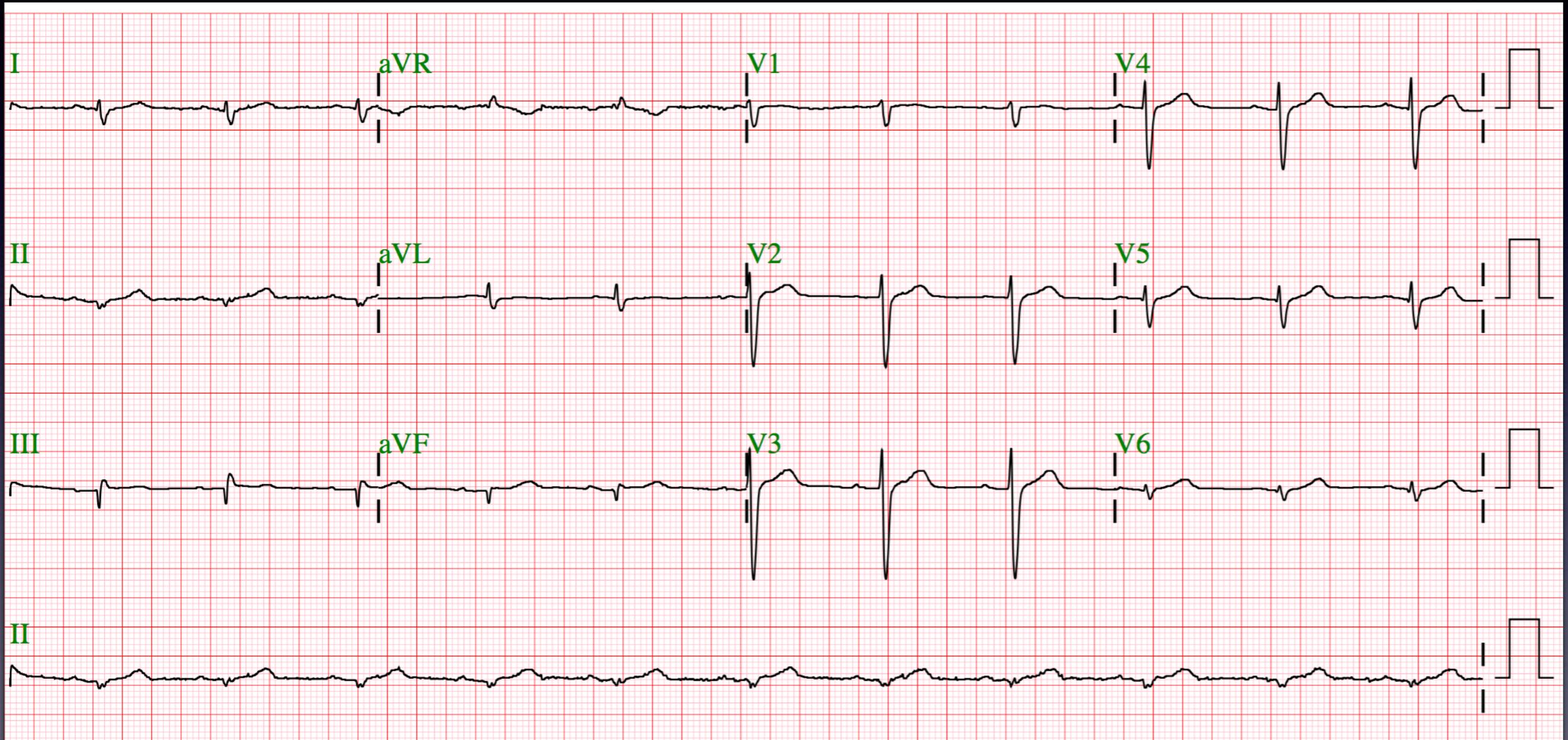
Al día siguiente...

- Acude remitido por MAP por somnolencia e inexpresividad.
- EF: Sin cambios. Glasgow 15, no rigidez de nuca ni signos meníngeos, pares craneales normales, pupilas isocóricas normoreactivas. Fuerza y sensibilidad conservada.
- La familia refiere encontrarlo más lento el último mes.

Analítica

- Glu 141 mg/dl
- Urea 58 mg/dl
- INR 1.24
- pH 7.4
- Hematología normal
- Na 137 mmol/L
- K 4.0 mmol/L
- Cl 98 mmol/L
- G.V normal
- PCR 1

ECG





Diag. diferencial somnolencia

- Patología del sueño

- Neurológico

- Psiquiátrico

- Fármacos

- Otros

SAOS

Hipoventilación

Narcolepsia

Enf. Neurodegenerativas

Depresión

Disfunción tiroidea

A

Hipotiroidismo

Obesidad

IRCTerminal

Encefalopatía hepática

Insuficiencia adrenal

Alteraciones electrolíticas

Diag. Diferencial náuseas y vómitos

- **Fármacos y Tóxicos**
- **Infecciones**
- **Pat digestiva**
- **Enf SNC**
- **Enf laberínticas**

Quimioterápicos

Obstrucción

Dispepsia

SII

Pancreatitis

Colecistitis

EII

Laberintitis

Enf de Ménière

Iatrogenia

- **Endocrinometabólicas**

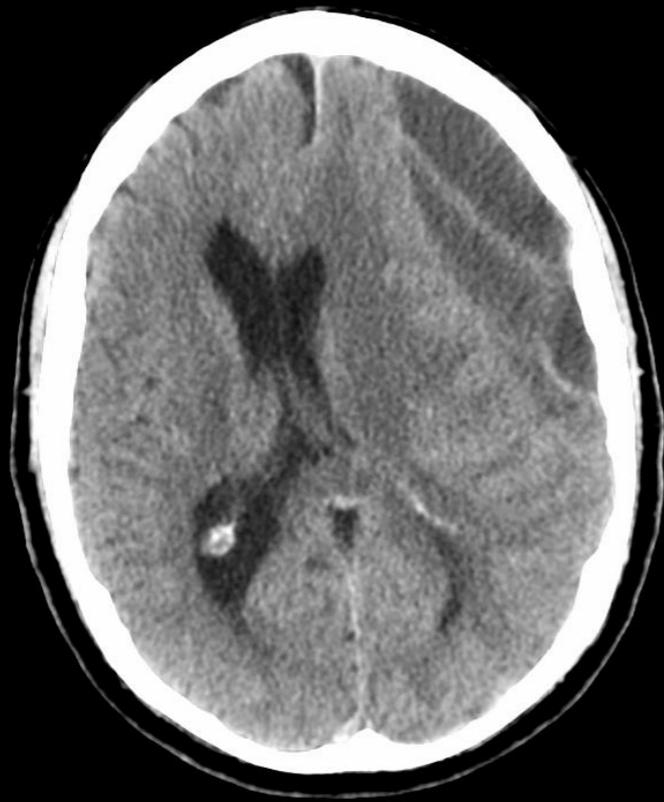
- **Otros**

Embarazo
Uremia
Hiperparatiroidismo
Enf de Addison
Porfiria aguda intermitente
Cetosis diabética

Narcolepsia
Enf. Neurodegenerativas
ELA
TCE
Encefalitis

- ~~Alteraciones hidroelectrolíticas~~
- Aumento PIC / TCE
- ~~Fármacos : Sólo metformina~~
- ~~Narcolepsia~~
- ~~Enf. neurodegenerativas~~

- La familia refiere caída en bicicleta hace 3 meses con TCE leve.
- No fue a urgencias ni a MAP.



Colección subdural hemisférica
izquierda de predominio frontal

Colapso parcial del VL izquierdo



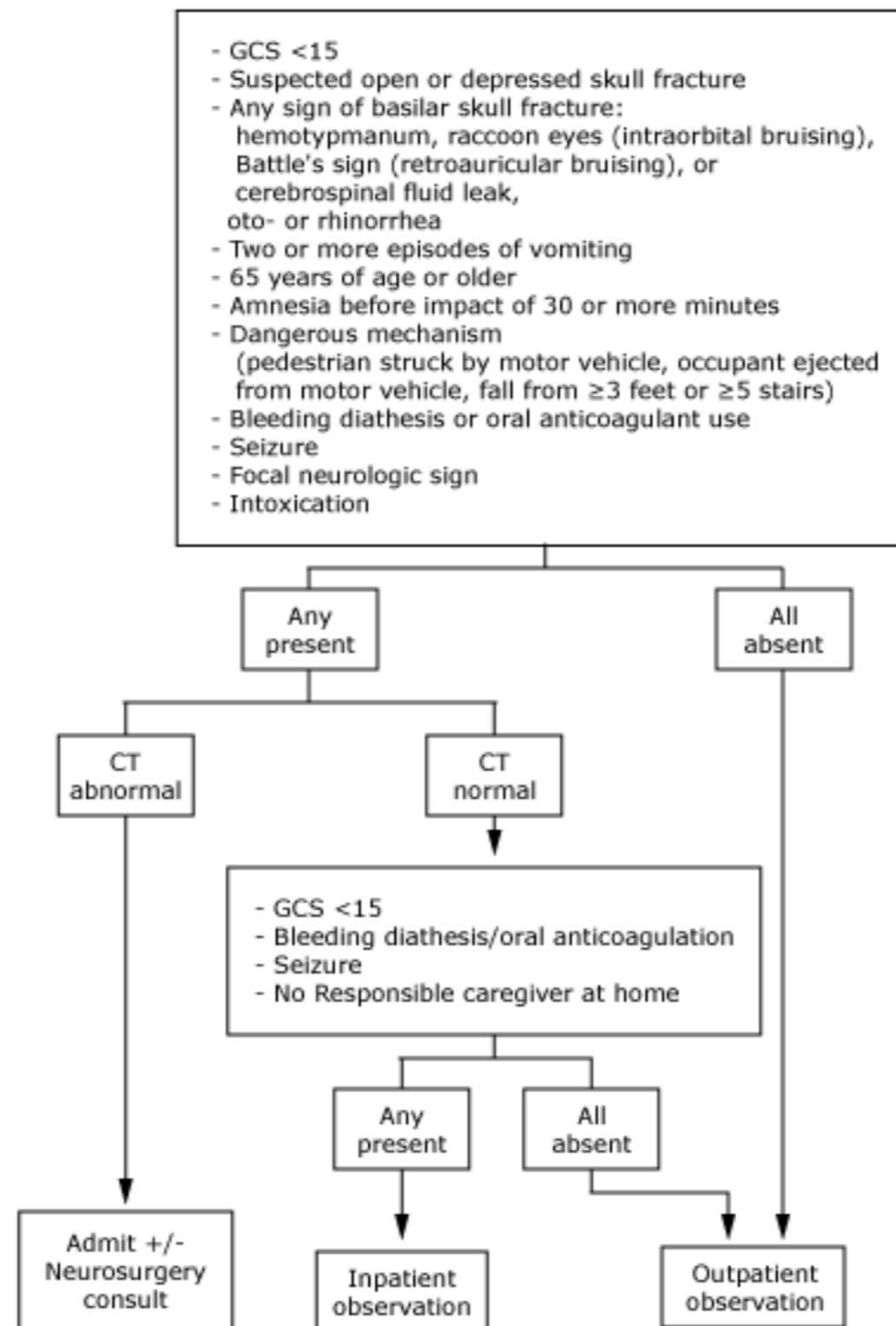
Traumatismo craneoencefálico

- Alteración en la función neurológica u otra evidencia de patología cerebral a causa de una fuerza traumática externa que ocasione un daño físico en el encéfalo.
- Clasificación:
 - Leve (Glasgow 14-15)
 - Moderado (Glasgow 9-13)
 - Grave (Glasgow < 9)

¿Cuándo realizar TAC?

- GCS <15 a las dos horas
- Sospecha de fractura craneal abierta o por hundimiento
- Signos de fractura de base del cráneo: hemotímpano, ojos de mapache, Signo de Battle (Hematoma retroauricular), pérdida de LCR, Oto o rinorrea
- Dos o más episodios de vómito
- Edad superior a 65 años
- Amnesia retrógrada de 30 o mas minutos
- Mecanismo peligroso (peatón atropellado, ocupantes expulsado del vehículo, caer de ≥ 3 pies o ≥ 5 escaleras)

Acute evaluation and disposition of patients with mild TBI

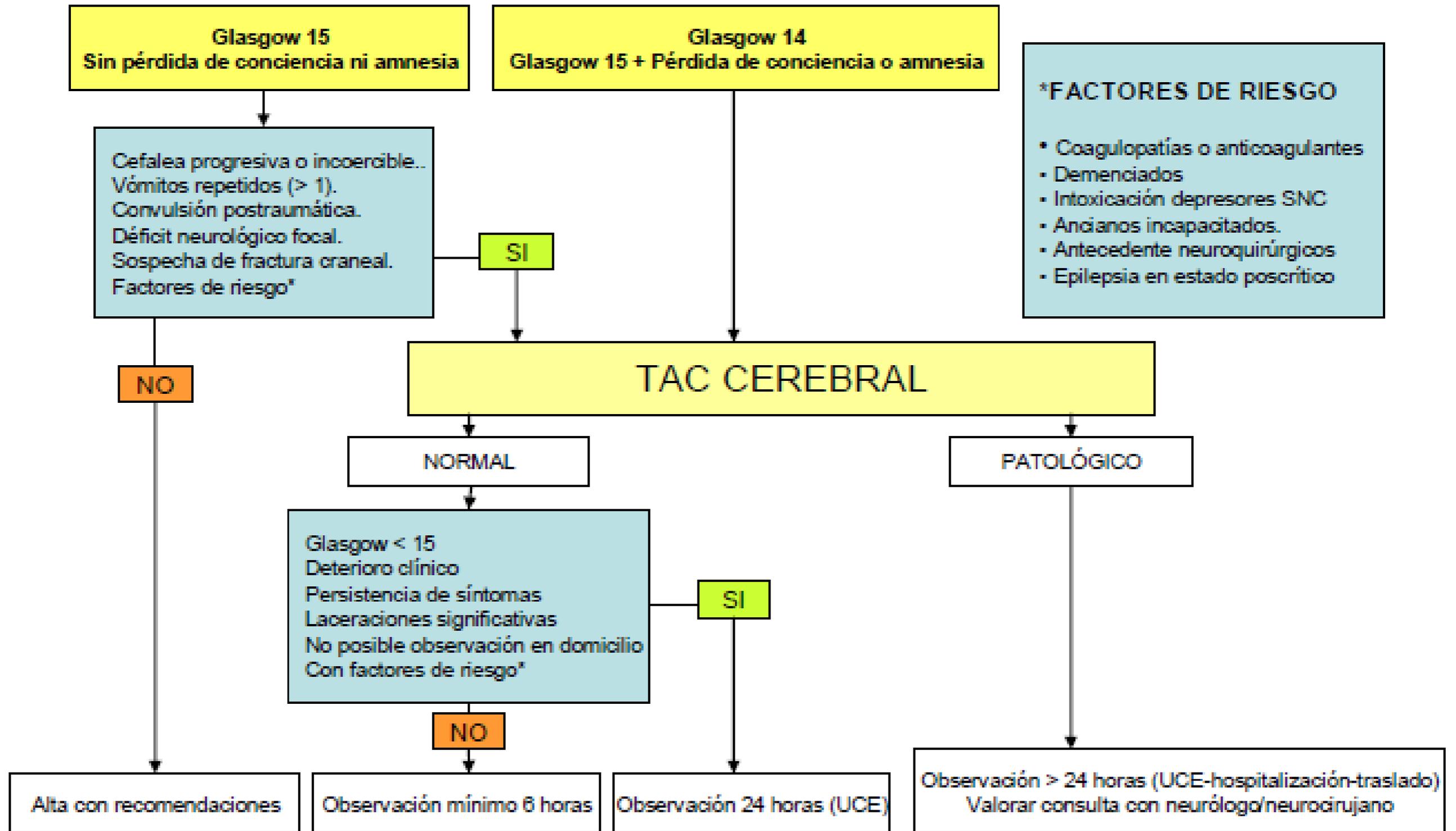


Data from: Vos, PE. *Eur J Neurol* 2002; 9:207 and Borg, J. *J Rehabil Med* 2004; 34:61.

Signos de alarma

- Incapacidad para despertar al paciente
- Cefalea severa o progresiva
- Somnolencia o confusión
- Inquietud, inestabilidad o convulsiones
- Síntomas visuales
- Vómitos, fiebre o rigidez de nuca
- Incontinencia de esfínteres
- Debilidad o hiposensibilidad

ATENCIÓN DE PACIENTES CON TCE LEVE



Tratamiento

- Quirúrgico
 - Recurrencias 2,7-30%
- Resolución espontánea
- Médico

Tratamiento

- Quirúrgico
 - Trépano con irrigación y sistema de drenaje cerrado
 - Craneotomía mínima con broca y sistema de drenaje cerrado
 - Craneotomía más membranectomía
 - Tratamiento neuroendoscópico

Tratamiento

- Procedimiento en quirófano con monitorización por anestesiólogo
- Uso de anestesia local
- Incisión cutánea en el sitio de mayor espesor del hematoma identificado con TAC
- Trepanación
- Incisión en la duramadre y posible membrana
- Evacuación del hematoma
- Irrigación suave con solución fisiológica
- Tubo de drenaje

Tras 1 mes y medio de la cirugía
TAC de control



Mínima de colección subdural
hemisférica izquierda no
mayor de 5 mm de grosor



Conclusiones

- No todos los vómitos son debidos a patología digestivo.
- Historia clínica detallada, no focalizándose exclusivamente en el aparato responsable de la clínica.

MUCHAS GRACIAS
POR SU ATENCIÓN