



**Universidad del Sureste**  
Licenciatura en Medicina Humana

**Nombre de la alumna: Victoria Belén de la Cruz Escobar**

**Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martínez**

**Nombre del trabajo: "Cuadros: Temas 1º unidad"**

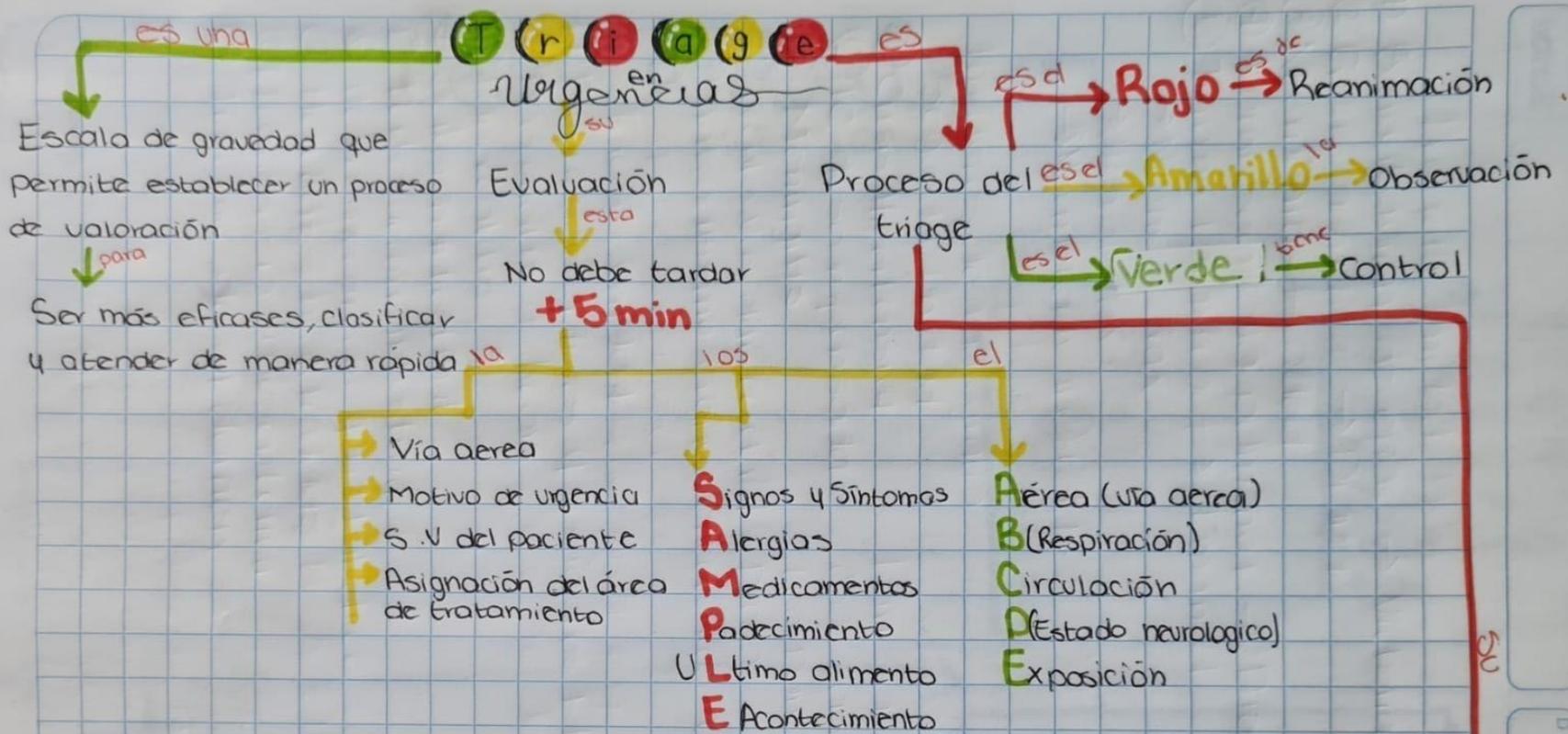
**Materia: Urgencias Médicas I**

**Grado: 8º**

**Grupo: "A"**

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez, Chiapas a 17 de marzo del 2023



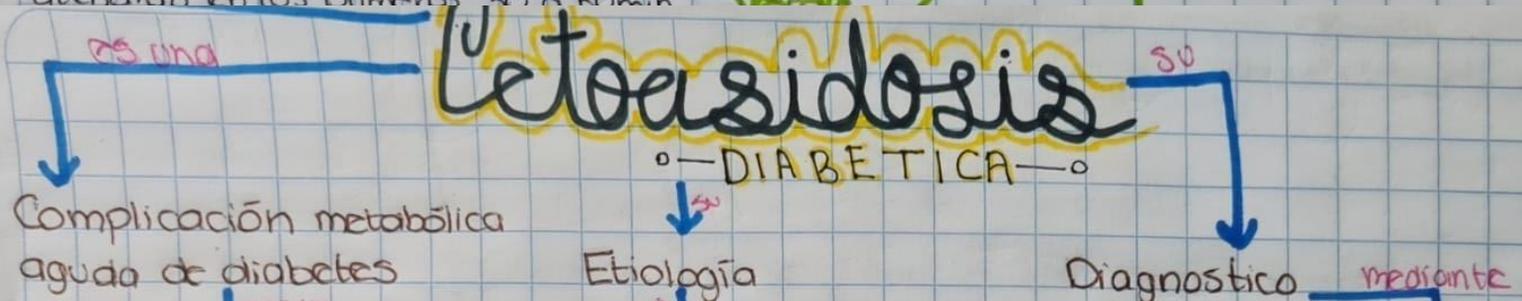
Eventos que ponen en riesgo la vida o función de órganos en forma aguda debe ser atendido en los primeros 10 min. El paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o función de alguna extremidad atendida en los primeros 30 a 60 min.

cuando Rojo

el Amarillo

el Verde

el Clasificación





En la mayoría de los casos sin ácidos metabólicos

Hiperglucemia severa > 600 mg/dL

Hiperosmolalidad plasmática > 320 mOsm/kg

Deshidratación Severa

Emergencia en pacientes con diabetes, afectando principalmente DMII

- Infecciones
- Infarto cerebral
- Quemaduras
- Embolia pulmonar
- Deshidratación
- Tirotoxico

Desensibilidad de insulina sérica  
 aumento de las hormonas contrarreguladoras. Aumento de la gluconeogénesis y glucoenergésis

# Estado Hiperosmolar

Líquidos I-V

Etiología

Fisiopatología

Cuadro Clínico

- Malestar
- Fatiga
- Indisposición
- Debilidad en miembros inferiores
- Visión borrosa
- Poliuria
- Polidipsia
- Polidipsia
- Enoftalmos
- Somnolencia

Tratamiento

Criterios diagnósticos

Examen Físico

Potasio

Insulina

- Glucemia sérica > 600 mg/dL
- Osmolaridad > 320 mOsm/L
- pH: > 7.3
- Bicarbonato: > 18 mEq/L
- Brecha aniónica < 10-12
- Cetonemia o cetonuria leve o negativa

Frio en extremidades, taquicardia, deshidratación, hipotensión, pulso débil, aumento del llenado capilar, turgencia, taquipnea, letargo y obnubilación

Establecer una adecuada función renal

Insulina regular I.V.  
 Insulina 0.1 u/kg  
 Insulina 0.1 u/kg  
 I.V., por infusión continua

K < 3.3 mEq/L  
 Mantener insulina y dar 20-30 mEq/L hasta que el potasio sea

No dar potasio para medir el ~~catión~~ K sérico



# Hipoglucemia

Es la complicación aguda más frecuente de la DM

- Glucosa en sangre:  $< 70 \text{ mg/dL}$
- Una glucosa en sangre  $< 54 \text{ mg/dL}$  requiere atención inmediata

Etiología

- Fármacos
- Hepatopatías
- Insuficiencia endocrina
- Tumores de células no beta
- Hiperinsulinismo endógeno

Triada de Whipple

- Aparición de síntomas autonómicos o neuroglucopénicos
- Glucemia baja para pacientes tratados ( $< 72 \text{ mg/dL}$  o  $< 4.0 \text{ mmol}$ )
- Mejoría sintomática de la hipoglucemia tras la terapia con hidratos de carbono

Clasificación

- Nivel de alerta glucémico
  - Glucemia  $< 70 \text{ mg/dL}$
  - Nivel suficientemente bajo como para tratar con carbohidratos de acción rápida
- Hipoglucemia clínicamente significativa
  - Glucemia  $< 54 \text{ mg/dL}$
  - Nivel suficientemente bajo como para indicar hipoglucemia seria y clínicamente importante
- Hipoglucemia severa
  - No existe punto de corte definido
  - Hipoglucemia asociada a disfunción cognitiva severa que requiere ayuda externa.

Síntomas

- Sudoración
  - Palidez
  - Temblor
  - Taquicardia
  - Ansiedad
  - Hambre
  - Náusea
  - Debilidad
  - Sueño
  - Hormigueo
- Síntomas psiquiátricos
- Confusión
  - Alteraciones del comportamiento
  - Agresividad
  - Habla incoherente
  - Lapsus de conciencia
- Síntomas neurológicos
- Mareos
  - Cefalea
  - Visión borrosa/diplopía
  - Afasia
  - Disartria
  - Marcha inestable

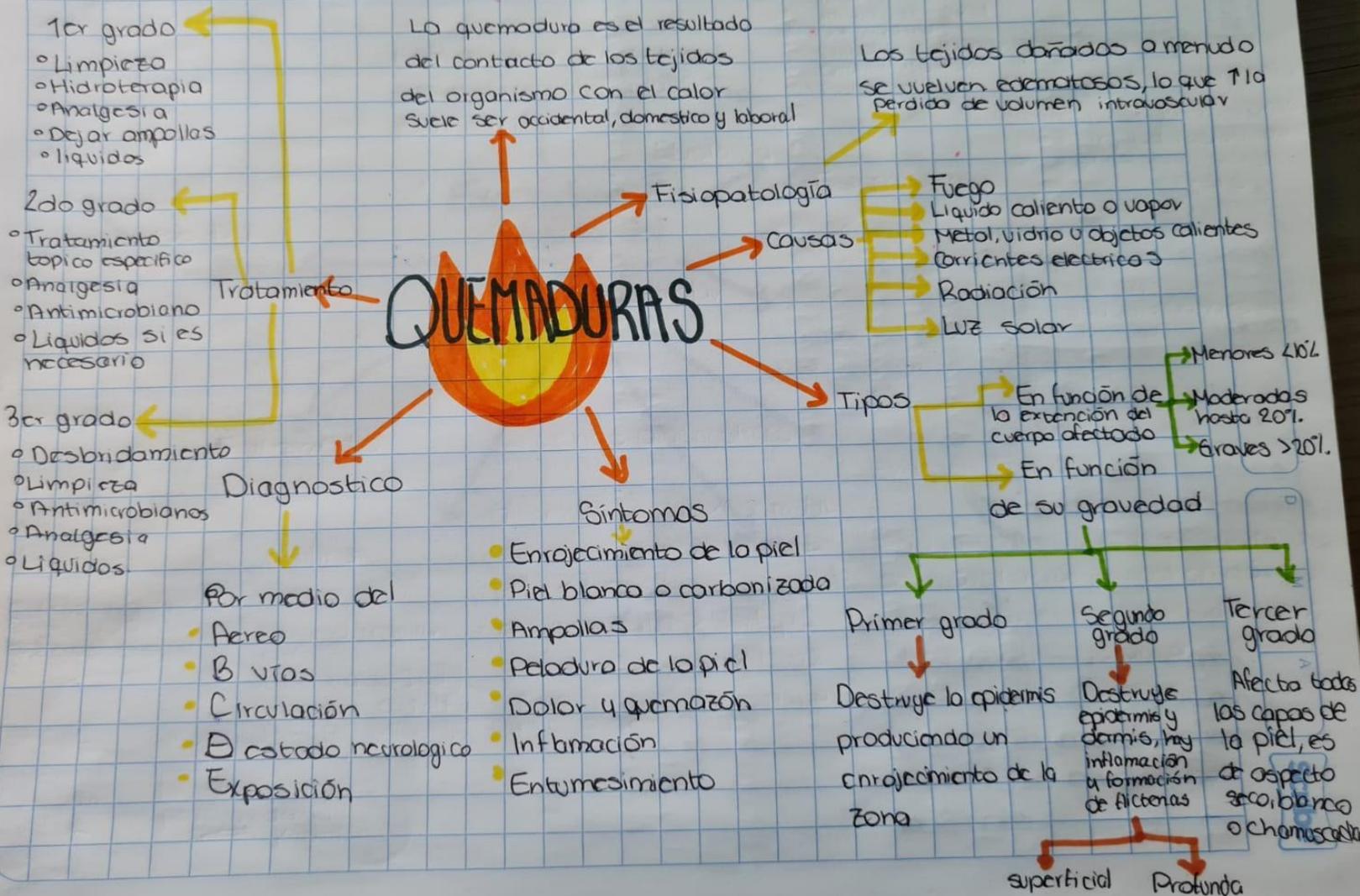
Tratamiento

- Alimentos que contienen 15g de glucosa
- Glucosa intravenosa
  - Dosis inicial 15-25g de glucosa en una vena periférica durante 1-3 min
- Solución salina
- No tolera V.O
  - 1mg/1ml de glucagón
  - Adultos/niños  $> 25 \text{ kg}$ : 1ml
  - Niños  $< 25 \text{ kg}$ : 1/2ml

# QUEMADURAS

La quemadura es el resultado del contacto de los tejidos del organismo con el calor. Suele ser accidental, doméstico y laboral.

Los tejidos dañados a menudo se vuelven edematosos, lo que  $\uparrow$  la pérdida de volumen intravascular.



# Dengue

D M A  
08 Marzo 2023

Scribe®

Fuertemente influenciada por las precipitaciones, la temperatura, la urbanización y la distribución del principal mosquito vector *Aedes aegypti* (*Aedes albopictus*)

## Incidencia

- Zonas tropicales (principalmente)
- Incidencia aumentada 30 veces más, junto con la expansión geográfica
- En el 2019 fue del 200% y 2020 pronostico de 400%

Serotipos

- DENV-1
- DENV-2
- DENV-3
- DENV-4

## Clasificación actual

- Dengue sin signos de alarma
- Dengue grave

## Fases

Fase aguda (febril)

Fase crítica (fuga de plasma) ★ fase más crítica

Fase de convalecencia y absorción

## Epidemiología

Mosquito hembra, vive aprox. 1 sem, algunas hasta >2 sem

## Transmisión

Mosquito pica al humano infectado

El mosquito realiza una incubación extrínseca

Ocurre la incubación intrínseca en el humano en promedio de 4-7 días

Mosquito vuelve a infectar al humano

3-14 días

Si se acortara y se extendiera



### Ciclo de vida

1. Adhesión y penetración  
2. Replicación y ensamblaje  
3. Liberación

### Pruebas diagnósticas

El genoma viral  
• Comprende aprox. 11 kb de ARN monocatenario  
• Tres proteínas estructurales codificadas

- Proteína de membrana (M)
  - Proteína de cubierta (E)
  - Proteína de la cápside (C)
- Proteínas no estructurales

### Degranulación

- ↑ Hto
- ↓ Hb
- ↓ Plaquetas
- NSI

Terapia con O<sub>2</sub>  
 Agonistas B acción corta  
 Corticoides  
 Terapia respiratoria  
 Ventilación no invasiva

Episodio agudo inestable que acontece el curso natural de la enfermedad y que se caracteriza por el empeoramiento

o Fumadores  
 o Contaminación climática  
 o Infecciones

## Exacerbación Aguda del EPAC

Factores de riesgo

Tratamiento

Síntomas que indican una posible exacerbación

Laboratorios

Incremento de disnea  
 Incremento del volumen de esputo  
 Incremento de la purulencia del esputo

Criterios de Anthonisen

I = Severa → 3 criterios  
 II = Moderada → 2 criterios  
 III = Leve → 1 criterio

- Gasometría
- RX
- Cuadro hemático
- Electro
- Perfil bioquímico

Diagnostico

Etiopatogenia

o Monitorizar el empeoramiento de los síntomas 1ra teoría

o Exploración Física 2da teoría  
 - Alteración neurología Colonizadora, según cual un nuevo M.O alcanza  
 - Cianosis el epitelio bronquial aumenta la posibilidad que desarrolle EAEPAC  
 - Aumento del diámetro AP del tórax  
 - uso del musculo accesorio.

3ra teoría

Presentar concentraciones superiores de los patógenos que habitualmente colonizan en la fase estable del paciente

# NEUMONIAS

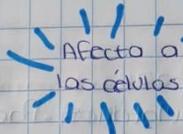
Neumonía adquirida en  
Comunidad  
↓  
Personas inmunocompetentes  
sin ingreso hospitalario

Neumonía nosocomial

↓  
Personas inmunocompetentes  
con ingreso hospitalario  
que inicia 48 hrs después  
de haber ingresado

## Fisiopatología

M.O. entra → Cometes → Epitelio traqueobronquial → Reflejo Nauseoso



↓  
Inflamación ← Alveolos

## Etiología

- NAC
- S. pneumoniae
- H. influenzae

## Clasificación

NAC

↓ Típica

- Fiebre brusca con escalofríos
- Dolor torácico con características pleurística
- Tos productiva esputo purulento
- Crepitaciones y soplos
- Leucopenia y leucocitosis
- Consolidación lobar unilateral con predominio en la base

Atípica

- Fiebre sin escalofrío
- Tos no productiva
- Síntomas extrapulmonares como cefalea, malestar, mialgias, artralgias, náuseas y vómitos
- Infiltrados múltiples bilaterales.

# PACIENTES

## Diagnóstico

Historia Clínica

Radiografía de tórax

Espudo gran Ziehl cultivo

- C = Confusión
- U = Urea > 7 mmol/l
- R = FR  $\geq$  30 rpm
- B = BA  $\geq$  90 mmHg
- = Edad  $\geq$  65 años

- Otros
- Hemograma
  - Gasometría
  - Biomarcadores de inflamación, lactato, PCR y procalcitonina

Neumonías de tipo

La NAC se clasifica por grupos

A = Grupo I: Tratamiento ambulatorios. Pacientes sanos

# Tromboembolismo

Tercera causa más común de muertes por enf. vascular

Entidad patológica, que es una obstrucción del flujo sanguíneo arterial pulmonar

## Clasificación

### Agudo

→ Síntomas y signos rápidos después de la obstrucción

### Subagudo

→ Desarrollan síntomas días o semanas después de la obstrucción

### Crónico

Desarrollan síntomas de hipertensión pulmonar después de años

## Estabilidad hemodinámica

Inestable

También denominado **masivo o ↑ riesgo**  
Hipotensión con PS  $< 90$  mmHg o una caída de  $\geq 40$  mmHg desde lo basal por 15 minutos

Estable

Se denomina **submasivo** si existe disfunción ventricular derecha. Basada en la presencia o ausencia de hipotensión y disfunción o dilatación del VD

## Fisiopatología

→ Descompensación del VI

↑ tensión de la pared del V.D

→ Inflamación miocárdica

↓ Perfusion Coronaria del VD

← ↓ GC

← ↓ Contractilidad

← ↑ demanda de O<sub>2</sub> del VD

→ ↓ suministro de O<sub>2</sub> al VD

## Diagnosticos

Sospecha clínica

+

Dímero-d

+

Inmovilidad, anestesia,  
falta venosa previa (factor  
importante en cirugías mayores)

Estosis

Triada  
de  
Virchow

Injuria de la pared

Trauma y cirugía

Hipercoagulabilidad

Neoplasia, sd nefrótico, estados  
protrombóticos

Tratamiento

Objetivo

Inestabilidad: valorar fibrinólisis

Estabilidad: Anticoagulación

Fase aguda

Anticoagulación parenteral

Alta sospecha: Tratamiento

Riesgo medio:

Riesgo bajo:

Fondaparinux

HBPM

HNF

# Traumatismo

Scribe

## TORÁCICO

¿Qué es?

Lesiones producidas en Pared torácica  
órganos o estructuras intratorácicas

Por fuerzas externas de aceleración, desaceleración, compresión, impacto de baja y alta velocidad, penetración de baja velocidad y electrocauterio

Problemas en la vía aérea

- Obstrucción de la vía aérea
- El resultado del edema, sangrado o vómito que es aspirado por V.A
- Lesión laringea
- Dislocación posterior de la cabeza clavicular
- Trauma penetrante

### NEUMOTORAX A TENSION

Se desarrolla cuando se filtra el aire a través de una "válvula unidireccional" desde el pulmón o a través de la pared torácica

El aire es forzado al espacio pleural sin tener vía de escape colapsando eventualmente el pulmón torácico y existe desplazamiento del mediastino

Causas

- Por UMPP en pacientes con lesión pleural visceral
- eFAST
- Toracostomía

Diagnostico

Datos clínicos

- Dolor torácico
- Disnea
- Taquipnea
- Taquicardia
- Hipotensión
- Desviación traqueal hacia el lado opuesto
- Ausencia unilateral de ruidos respiratorios
- Hemitorax elevado sin movimiento respiratorio

## NEUMOTORAX ABIEERTO

Conocido como una herida torácica succionante, por lo cual se dificulta una ventilación efectiva, lo que provoca hipoxia e hipercapnia

### Datos Clínicos

- Dolor
- Dificultad para respirar
- Taquipnea
- Ruidos respiratorios ↓ del lado afectado
- Movimiento ruidoso del aire a través de la lesión

### Tratamiento

- Aposito, oclusa ocluye la anomalía impidiendo la entrada del aire, durante la inspiración, el lado abierto del aposito permite la salida del aire desde el espacio pleural,

## HEMOTORAX MISIVO

Acumulación rápida de más de **1500 ml** de sangre o de un tercio o más de la volemia del paciente en la cavidad torácica

### Diagnóstico

- Cuando se asocia con la ausencia de ruidos respiratorios o matidez a la percusión del hemitorax

### Manejo

- Drenaje en el espacio pleural

## TAMPONAMIENTO CARDÍACO

Compresión del corazón por la acumulación del líquido en el saco pericárdico

### Cuadro Clínico

- > Triada de Beck

### Manejo

- > Pericardiocentesis

## Tipos de Choque

Choque obstructivo

Es un tipo en el que se produce

Neurólogo

→ Escala coma de Glasgow ↓

→ Somnolencia

→ Desorientación



reduce la resistencia periférica

## \* Dopamina

### Dosis

Adultos: I.V (infusión lenta)

I.V 5mcg/kg/min, aumentandola 1-4 mcg/kg/min cada

10-30 min hasta obtener los efectos terapéuticos.

Generalmente se necesitan 5-10mcg/kg/min) dosis máxima

20mcg/kg/min.

