



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

**MATERIA:**

**Urgencias medicas**

**CUADROS SINOPTICOS**

**DOCENTE: Dr. Romeo Suarez Martínez**

**PRESENTA: Heydi Antonia Coutiño Zea**

**8 -“B”**

**LUGAR Y FECHA:**

**COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS A 17 DE MARZO DE 2023.**

# TRIAGE

- Seleccionar, escoger o priorizar

Escala de gravedad, establecer un proceso de valoración clínica preliminar.

- Eficaz
- Oportuna
- Adecuada.

- Proceso de asignación de prioridad

- Realizar evaluación rápida de vía

Áerea, ventilación y circulación

- Motivo de la urgencia

Anamnesis dirigida

- Evolver signos vitales del paciente

- Asignación del área de tratamiento dentro del área

- Códigos

- Rojo
- Amarillo
- Verde

compromiso A, B, C

- A = vía aérea / control de columna
- B = respiración
- C = circulación
- D = Estado neurológico
- E = exposición

- MANCHESTER

- Rojo — Riesgo vital inmediato — Atención inmediata
- Naranja — Muy urgente — 10-15 min
- Amarillo — Urgente — 60 min
- Verde — Normal — 2 hrs.
- Azul — No urgente — 4 hrs.

- Evaluación inicial

Evaluación, establecer prioridades de tx en base a sus lesiones, signos vitales y los mecanismos de lesión

- M = Hemorragia masiva = control
- A = vía aérea = Abrir y mantener
- R = Respiración = Descompresión, ventilación y oxigenación
- C = Acceso vascular, control shock, atx
- H = Hipotermia/Head = Prevenir y tratar

- S - Signos y síntomas
- A - Alergias (medicamentos, alimentos)
- M - Medicamentos
- P - Patologías

# MANEJO DE LIQUIDOS EN URGENCIAS

- No existe ninguna guía
- Manera interactiva
- Considerar = Requerimientos reales, pérdidas sensibles = insensibles
- Valorar adecuadamente parámetros hipo/hipervolemia
- Coloides/cristaloides

Finalidad {

- Mejorar el volumen sanguíneo circulante
- Aumenta gasto cardíaco
- Mejora transporte de oxígeno

Manejo de líquidos endovenosos {

- Medidas terapéuticas más importante
- corrección de equilibrio hidroelectrico.

Agua corporal total {

- compartimientos de líquidos
- Cuerpo humano = Dividido en compartimientos/ autoregule en dos periodos de estrés fisiológico.

Agua {

- 50% - 70% del peso corporal total {
  - 2/3 comp. Intracelular
  - 1/3 comp. Extracelular {
    - intersticio 75%
    - intravascular 25%

Líquidos corporales H=70 kg {

- 350 ml = Plasma
- 10,500 ml = Liq. Intersticial
- 28,000 ml .

Requerimientos y pérdidas {

- Adulto / función renal normal / sin alt. Acido-Base {
  - 20.3 l/día
  - (30-35 ml/kg/día)

Pérdidas diarias {

- Sensible/insensible (Detectable/cuantificable)

Formula {

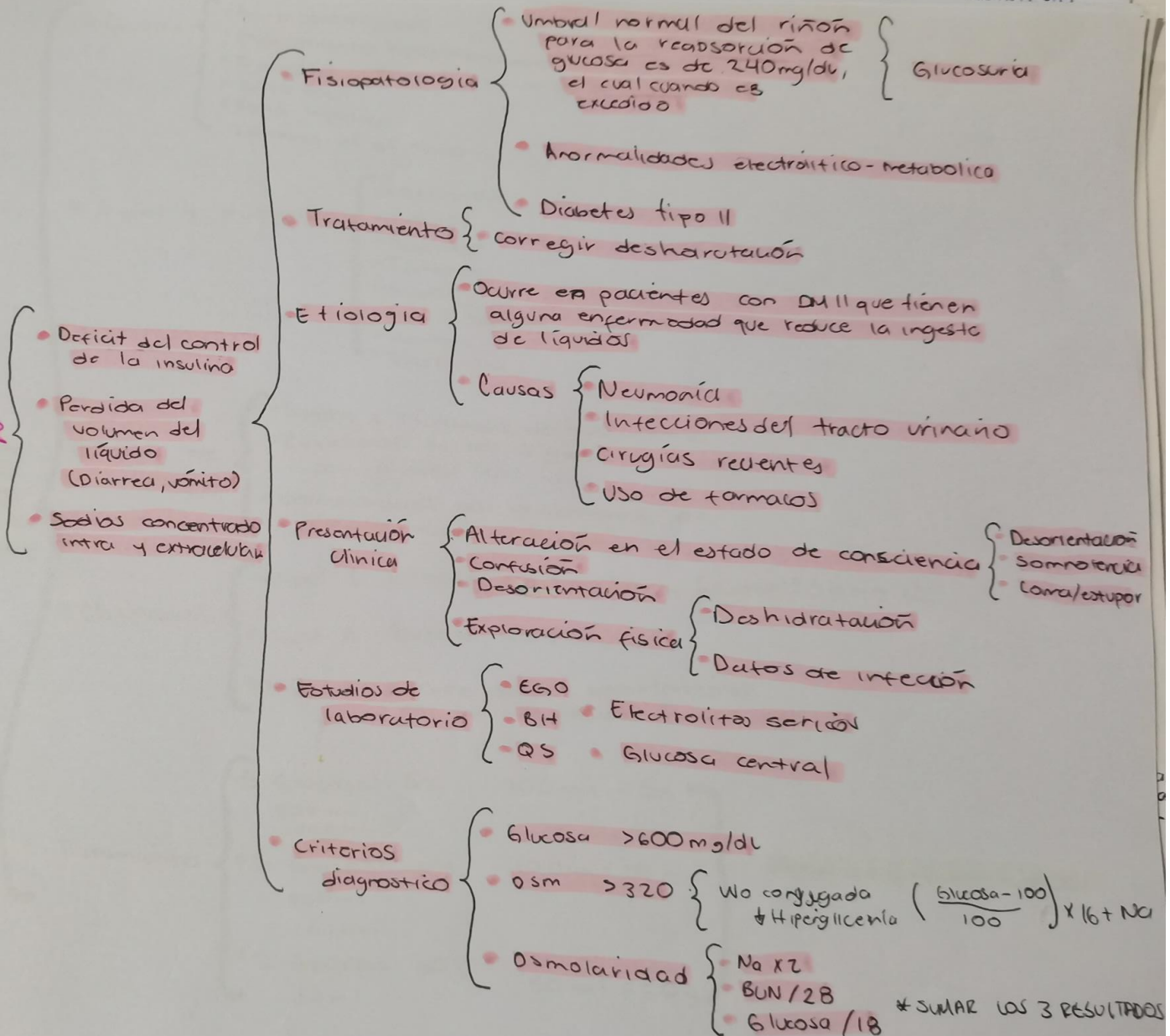
- R/kg/h (de estancia hospitalaria)
- M=0.5
- H=0.6

C  
E  
T  
O  
A  
C  
I  
D  
O  
S  
I  
S  
  
D  
I  
A  
B  
E  
T  
I  
C  
A

Descompensación aguda de la diabetes mellitus típica, aunque no exclusiva, de la diabetes tipo I

- Emergencia endocrinológica que consiste en triada bioquímica } Hiperglucemia, cetonemia y acidosis metabólica.
- Fisiopatología } Deficiencia de insulina → ↑ el glucagón → ↑ AGL → Favorece la producción de cetonas → ↑ en sangre ocasiona acidosis metabólica.
- Factores de riesgo } Tratamiento inadecuado con insulina, inflamación, infecciones, estrés, pancreatitis, enf. de cushing.
- Clasificación }
  - Leve
  - Moderada
  - Grave } - Niveles de PH
  - } - Bicarbonato plasmático
- Clínica }
  - Cardinal } Poliuria, nicturia, polidipsia y c/s per de peso
  - Acidosis metabólica } Dolor abdominal, náuseas, vómitos, respiración rápida y profunda (KUSSMAUL), aliento afrutado
  - Dehidratación grave } Hipotensión, taquicardia, bajo nivel de conciencia / coma.
- Diagnóstico }
  - Hiperglucemia  $> 250$  mg/dL
  - Cetonuria ++
  - A.M = PH  $< 7.30$ ,  $HCO_3^- < 15$  mEq/l,  $< PCO_2$  y  $PO_2 >$  y Anión Gap  $>$
- Estudios de laboratorio } BH, Q6, EGD, E.S, Radiografía de torax y electrocardiograma.
- Manejo }
  - Deshidratación → Líquidos = 55 0.9% → 1000 cc/hr → 0.5-1 ml/kg/h } 3 Hartman (depende de cdo. de hidratación del px) 3 Glucosa
  - Hiperglucemia → Insulina acción rápida IV. } Bolo = 0.1 VI/kg 0.1 VI/kg/hr Dosis infusión 0.15 VI/kg/hr.
  - DHECK 3.5u (potasio) 5 mEq/l → Niveles 5K → KCL 20-40 mEq K c-solución K = 3.5-5 mEq

# ESTADO HIPEROSMOLAR



A-3000-000-1

- Causas
  - Ayuno prolongado
  - Medicamento hipoglucemizante
  - Diabético crónico (mal manejo de insulina)
  - Daño renal
  - Falla hepática
  - Tumores en el páncreas.

- Signos y síntomas
  - Confusión
  - Palidez
  - Debilidad
  - Temblor
  - Sudor
  - Visión borrosa
  - Hambre
  - Taquicardia

Concentración de glucosa en la sangre < 70 mg/dL, con o sin síntomas

- Triada de Whipple
  - Signos y síntomas de hipoglucemia
  - Resolución de los signos y síntomas con glucosa oral o IV.
  - Corroboración por gaseometría de glucosa menor 70 mg/dL

- Clasificación
  - Nivel 1 Glucosa < 70 mg/dL y Glucosa ≥ 54 mg/dL.
  - Nivel 2 Glucosa < 54 mg/dL.
  - Nivel 3 Evento suero, caracterizado por la alteración de edo. mental.

- Tratamiento
  - S Glucosa 5% 100 ml = 5g
  - S Glucosa 10% 100 ml = 10g
  - S Glucosa 50% 50 ml = 50g

Aporte 15-25g Glucosa.

# QUEMADURAS

**Clasificación**

- Quemaduras de 1 Grado { comprometen la epidermis, hay enrojecimiento hipersensibilidad } superficial
- Quemaduras de 2 Grado { comprometen epidermis y parte de la dermis } Profunda
- Quemaduras de 3 Grado { Destrucción de los dos capus de la piel }

**Etiología**

- Agentes físicos { Térmica  
Radiantes  
Eléctricos }
- Agentes químicos { Alcalis  
Ácidos  
Compuestos orgánicos }
- Agentes biológicos { Insectos  
Peces eléctricos  
Anfibios  
Medusas }

Son lesiones producidas por la acción de agentes físicos, químicos o biológicos que provocan alteraciones en la piel.

**Fx de riesgo** { Edad < 5 y > 35  
Intoxicación }

**Fisiopatología** { Hipoxia  
Deshidratación  
Prot. Desnaturalizados }

**Afectación** { Zona necrótica o de coagulación (Profunda)  
Zona de estasis vascular (Intermedia)  
Zona de hiperemia (Superficial) }

**Extensión** regla de los 9 wallace { Gravedad  
Agente de lesión }

**Parkland** { 2-4 ml / kg / SC }

**Tratamiento** { Sol. Hartman  
Sol. Salina }

# ESTADOS DE CHOQUE

## Fisiopatología

La característica común es una perfusión inadecuada con un suficiente aporte de oxígeno en el lecho capilar de los órganos

Las manifestaciones se pueden dividir en 3 grupos.

- Las atributivas a hipoperfusión tisular
- Las originadas por mecanismos compensadores neuro-humorales o renales.
- Las que se deben a la enfermedad concomitante.

## Ventanas de estado de choque

### Neurólogico

- ↓ Escala de Glasgow
- Somnolencia
- Desorientación

### Renal

- Oliguria → < 0.5 ml/kg/hr.
- Anuria

### Tagumentario

- llenado capilar retardado > 3 seg.
- Piel marmorea.
- Piel fría
- Diatrosis

Proceso caracterizado por el suministro inadecuado de oxígeno y nutrientes a los tejidos para satisfacer su demanda metabólica

## Tipos de choque

### Hipovolemico

- px con hemorragia y deficiencia en el llenado cardíaco.
- causada por pérdida de sangre.
- ↓ Gasto cardíaco

### Hipovolemico no hemoragico

- causada por pérdidas gastrointestinales
- Vómito
  - Diarrea
  - Insuñación

### Cardiogenico (fallo intrínseco del miocardio)

- ↑ Precarga
- ↓ Gasto cardíaco
- ↑ Resistencia vascular pulmonar

- causas extrínsecas
- causas intrínsecas

### Taponamiento cardíaco

Neumotorax a tensión

- Aritmias
- Ruptura valvular
- Apt. del músculo cardíaco.

Tx: el trabajo respiratorio ofrecer oxígeno y PEEP en edema pulmonar e inotrópicos

### Obstrutivo

Por precarga/precarga

- Neumotorax a tensión
- Taponamiento cardíaco

- DX: Silento auscultatorio Beck - ingurgitación yugular - Taquicardia - ↓ RVP

### Distributivo

- Mala distribución del flujo sanguíneo regional
- ↓ Precarga
- ↓ RVP
- ↑↓ GC

- Tx: Norepinefrina
- Dobutamina



D  
E  
N  
G  
U  
E

- Definición { Enfermedad causada por un virus (DENV) y se transmite por picadura de mosquito } Serotipos { -DENV-1, -DENV-2, -DENV-3, -DENV-4 } Vectores { -Aedes aegypti, -Aedes albopictus }

- Epidemiología { Entre el 1960 y 2012 las cifras más altas de dengue se notificaron en América y Asia } Según la OMS las muertes notificadas entre el 2000 y 2015 pasaron de 960 a 4032, lo que afecta sobre todo al grupo etario más joven

- Fisiopatología { Complejo Ag-Ac DEN-1 { IL, TNF, IFN, PG, LT } control de infección { -2-5 oligoadenilato sintasa y proteína sirsia, - Respuesta inmunológica IgM aguda/IgG memoria } Complejo Ag-Ac DEN-2 { IL, TNF, IFN, PG, LT } Síntomas generales { - Aparece en los 3-4 días de los síntomas } ↑ Permeabilidad capilar

- Clínica { Fase crítica { 3-7 días } Fuga plasmática, derrame pleural y leucopenia. Fase aguda/febril { 2-7 días } Evor fadal, dolor generalizado, mialgias, artralgias, eritema de la piel y cefalea. Fase de convalecencia/reabsorción { 24-48 hrs posterior a la fase crítica } En el caso de que el paciente sobreviva/reabsorción de líquido

- Diagnóstico { - PCR → Detección de ácido nucleico } { - NS1 → Detección de proteína no estructural } { - IgM → Detección de anticuerpo en sangre. }

- Tratamiento { Se divide en 3 grupos } { - A → Tratamiento ambulatorio } { - B → Hospitalización por al menos 72 hrs/Reposición de líquidos endovenosos y monitoreo de signos vitales } { - C → Manejo en cuidados intensivos }

# Exacerbación del EPOC

GOLD

Evento agudo caracterizado por un empeoramiento de los síntomas respiratorios del paciente más allá de las variaciones normales día a día, conduce a un cambio de medicación

GesEPOC

Episodio agudo de inestabilidad clínica que se acontece en el curso natural de la enfermedad

## Etiología

Infecciones respiratorias ya sean bacterianas o víricas

## Diagnóstico

### Criterios de Anthonisen

- incremento de disnea
- incremento del volumen del esputo
- incremento de la purulencia del esputo

I - severa 3 criterios

II - Moderada 2 criterios

III - leve 1 criterio

### Tabla GOLD

- Datos en la historia clínica
- Datos en la exploración física

### Tabla GesEPOC

- Agudización muy grave
- Agudización grave
- Agudización moderada
- Agudización leve

## Clínica

- < Saturación de O<sub>2</sub>
- Aleteo nasal
- Inf. Respiratoria

## Causas

- Neumonía
- Cambios climáticos

## Estudios complementarios

- Electrocardiograma
- BH
- QS
- Tele de torax

## Tratamiento

\*TRATAR LA CAUSA

### Farmacológico

- Amoxicilina - ácido clavulánico
- Moxifloxacino
- Levofloxacino
- Ciprofloxacino

### No farmacológico

- Oxigenoterapia
- Soporte ventilatorio
- Rehabilitación

PSI 4594

# Crisis Asmática

- **Asma** { Enf. inflamatoria crónica de las vías aéreas.
- **Crisis asmática** { Episodio de aumento progresivo de la dificultad respiratoria, tos, sibilancias, opresión en el torax o combinación de estos síntomas
- **Ataque asmático** { Crisis que dura varios días
- **Gasometría arterial** { En crisis asmática es el mejor parámetro para valorar el grado de obstrucción bronquial y severidad de la enfermedad.
- **Crisis asmática según PEF** {
  - Leve → 300 L/min
  - Moderada → 150 - 300 L/min
  - Grave → < 150 L/min.
- **Factores de riesgo** {
  - Huesped {
    - genéticos
    - obesidad
  - Ambientales {
    - Alergenos
    - Tabaco
    - contaminación
- **Presentación clínica** {
  - Irritabilidad
  - Confusión mental
  - Preferencia en postura de sedestación
  - Respiración lenta
  - Taquipnea > 30 rpm
  - Taquicardia > 120 lpm
  - Disnea
- **Diagnostico** {
  - Clínica → Exploración física → GASA
  - Función pulmonar
- **Complicaciones** {
  - Atelectasia
  - Neumonía
  - Pneumotorax
  - Arritmias
- **Tratamiento** {
  - Revertir la obstrucción de la vía aérea
  - Controlar rápido y adecuada la hipoxemia
  - Recuperar la función respiratoria prontamente
  - Oxígeno
  - Corticosteroides
  - Manejo de Px asmático {
    - Salbutamol
    - Esteroides inhalados
    - Severo: Esteroides

# RESER-CIS

## Infección del parénquima pulmonar

- Fisiopatología
  - Inhalación de gotitas de aire se diseminan en el espacio pleural o mediastinal infectada.
  - Edema → Hepatización roja → Hepatización gris → Resolución
- Clasificación según el número de episodios y tiempo de duración
  - Neumonía recurrente } Dos o más episodios en un año
  - Neumonía persistente } Duración de uno o más de 3 meses
- Clasificación
  - Extrahospitalaria
    - Agente: S pneumoniae
    - Cuadro clínico: Fiebre, Escalofríos, Diarrea, tos, Dolor Pleurítico, Disnea
    - Dx: Rx de tórax, muestra de esputo, hemocultivo, Prueba de antígenos urinarios, PCR, Serología
    - Tx: Macrolítico, Fluoroquinolona,  $\beta$ -lactámico
  - Hospitalaria
    - Agente → Microorganismo resistente a múltiples fármacos
    - Patogenia → Colonización de orofaringe y deficiencia de mecanismos normales de defensa de hospedador.
    - Manifestaciones similares a otras tipos de neumonía clínica
    - Tx
      - Ceftriaxona
      - Moxifloxacina
      - Ampicilina
      - Ertapenem

# TROMBOEMBOLIA PULMONAR

• Definición { Es la oclusión o taponamiento de una parte del territorio arterial pulmonar a causa de un émbolo o trombo que procede de otro parte de cuerpo.

• Fisiopatología {  
→ Inflamación y activación de plaquetas, embolización, fisiología, hipertensión pulmonar, distorsión y microinfarto del VD  
→ la triada de Virchow {  
• Estasis venoso  
• Hipercoagulabilidad  
• Daño endotelial

• Clasificación {  
• Tromboembolia pulmonar masiva { Se caracteriza por trombosis extensa que afecta al menos de la mitad de los vasos del pulmón {  
• Disnea  
• Sincope  
• Hipotensión  
• Cianosis  
• Tromboembolia pulmonar submasiva { Caracterizada por difusión del VD a pesar de la presión arterial sistémica normal.  
• Tromboembolia pulmonar de bajo riesgo { Los pacientes muestran un pronóstico excelente

• Diagnostico { Angiotomografía pulmonar

• Tratamiento {  
• Anticoagulantes { Heparina  
• No estable { fibrinólisis

# TRAUMA TORÁCICO

## Tórax inestable

Lesión que resulta de un trauma cerrado, produciendo una disociación completa de una porción de la caja torácica por medio de la pérdida de la continuidad.

### Dx Clínica

- Taquipnea
- Dolor
- Compromiso hemodinámico

Realizar durante la atención primaria

## Hemotorax

Presencia de sangre en la cavidad pleural

Sg y Sn varían dependiendo de la causa, el volumen y velocidad de acumulación

- Bradicardia
- Cheque hipovolémico
- Dolor torácico

### Dx

- Rx de torax
- Ultrasonido
- TAC

## Neumotorax espontáneo

Se produce sin antecedente traumático del torax

### Etiopatogenia

Suele deberse a ruptura de bullas subpleurales apicales. Es casi exclusivo de fumadores.

1 Ausencia de enf. subyacente

2 Se asocia a patología pulmonar

### Etiopatogenia

Se debe a enfermedad pulmonar obstructiva

## Tipos

## Neumotorax

Presencia de gas en el espacio pleural  
Colapso total o parcial del parénquima pulmonar por elasticidad

## Neumotorax Traumático

Se debe a lesiones torácicas, que pueden ser penetrantes o no.

## Neumotorax a tensión

Se tiene presión positiva en el espacio pleural durante todo el ciclo respiratorio

### Etiopatogenia

Se origina durante la ventilación mecánica o con los esfuerzos de reanimación

## Examen físico

Ingrurgitación yugular, Abombamiento del hemitorax homolateral, ↓ del murmullo vesicular, estigmas

## Tratamiento

Descompresión inmediata mediante inserción de aguja de gran calibre 14-16 calibre en el 2do espacio intercostal en la línea media clavicular