



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
- Motivo de la urgencia
- Evolver signos vitales del paciente
- Asignación del área de tratamiento dentro del área

Áerea, ventilación y circulación

Anamnesis dirigida

• Codigos

- Rojo { compromiso A, B, C
- Amarillo
- Verde

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

• MANCHESTER

- Rojos — 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 diarios, 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%
intraescler 25%

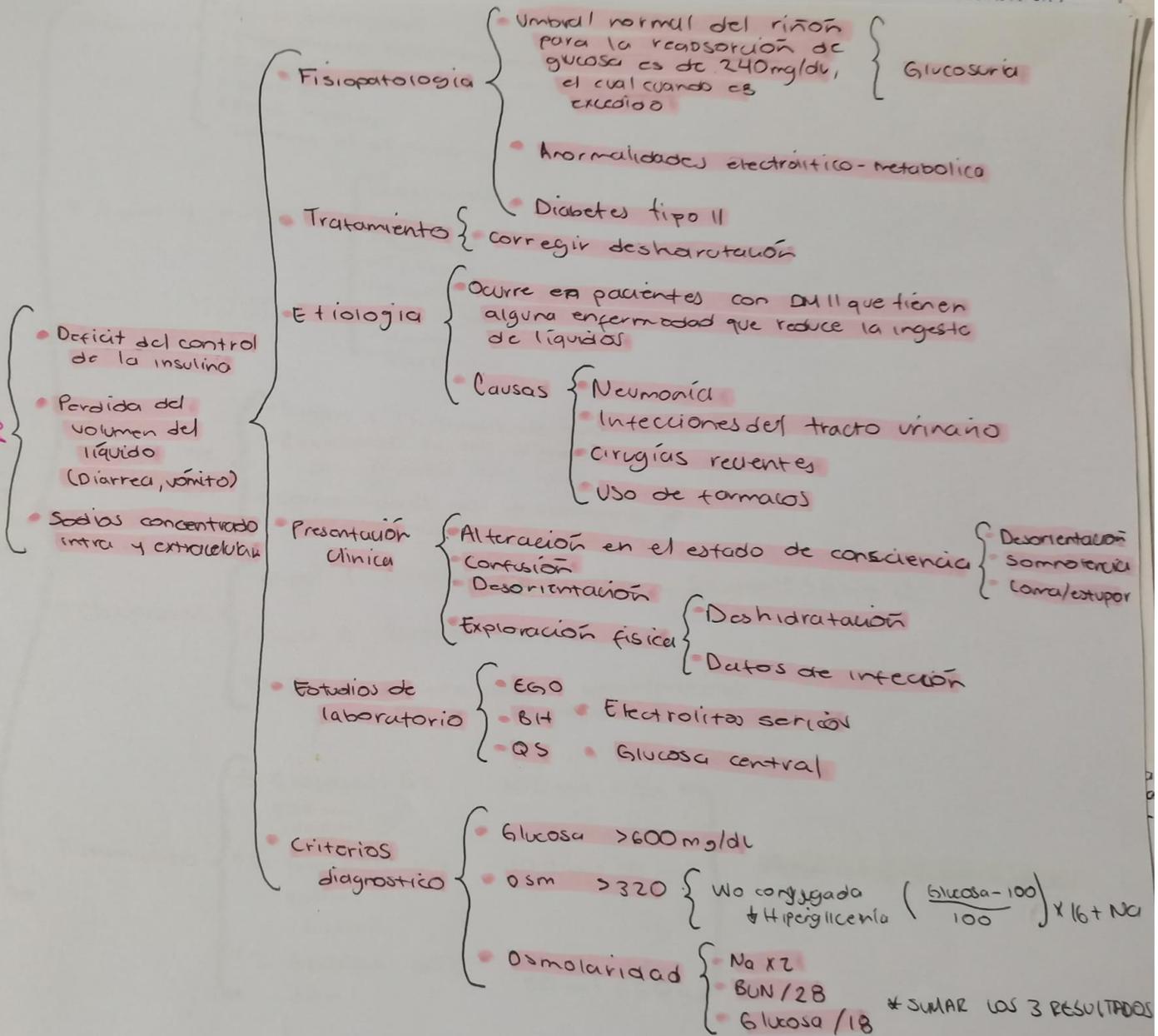
Líquidos corporales H=70 kg {
350 ml = Plasma
10,500 ml = Liq. intersticial
28,000 ml .

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

ESTADO HIPEROSMOLAR



A-3000-000-1

- Causas
 - Ayuno prolongado
 - Medicamento hipoglucemiante
 - Diabético crónico (mal manejo de insulina)
 - Dato 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% 100ml = 5g
 - S Glucosa 10% 100ml = 10g
 - S Glucosa 50% 50ml = 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
- Diarrea

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

↓ el trabajo respiratorio

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

Tx 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
- - ↑ presión arterial
- - ↑ 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 sialasa }
Complejo Ag-Ac DEN-2 { IL, TNF, IFN, PG, LT } ↑ Permeabilidad capilar { - Respuesta inmunológica IgM aguda / IgG memoria }
Síntomas generales { - Aparece en los 3-4 días de los síntomas }

- 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
- NSI → 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 O₂
- 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 tórax 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 } { uso crónico de esteroides, utilización inadecuada de medicamentos
 - Ambientales { Alérgenos, Tabaco, contaminación }
- **Presentación clínica** {
 - Irritabilidad
 - Confusión mental
 - Preferencia en postura de sedestación
 - Respiración lenta
 - Taquipnea > 30 rpm
 - Taquicardia > 120 lpm
 - Disnea
 - Tos
 - Sibilancias
 - Tiraje intercostal
- **Diagnóstico** {
 - 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

RESERVOIS

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, β-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
- Diagnóstico { 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 hipovolemico
- Dolor torácico

Dx

- Rx de torax
- Ultrasonido
- TAC

Neumotorax espontaneo

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