



Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Docente:

Dr. Romeo Suarez Martínez

Alumna:

Cruz Aguilar Polet Viridiana

URGENCIAS MÉDICAS

MAPAS TEMAS VISTOS EN CLASE

Comitán de Domínguez, Chiapas a marzo del 2023

MANEJO DE URGENCIAS
en
QUÍMICA

- ① Mejorar el volumen circulante Mejorar electrolitos séricos
- ② Aumentar el gasto cardíaco
- ③ Mejorar el transporte de oxígeno.

Agua corporal } 50-70% Total

- 2/3 intracelular
- 1/3 extracelular
 - Intravascular 7.5%
 - Intravascular 25%

↳ Demanda de agua → 30-35ml/kg/día.

R/kg/h → estancia hospitalaria

- Mujeres 0.5
- Hombres 0.6

↳ % decimas de agua corporal

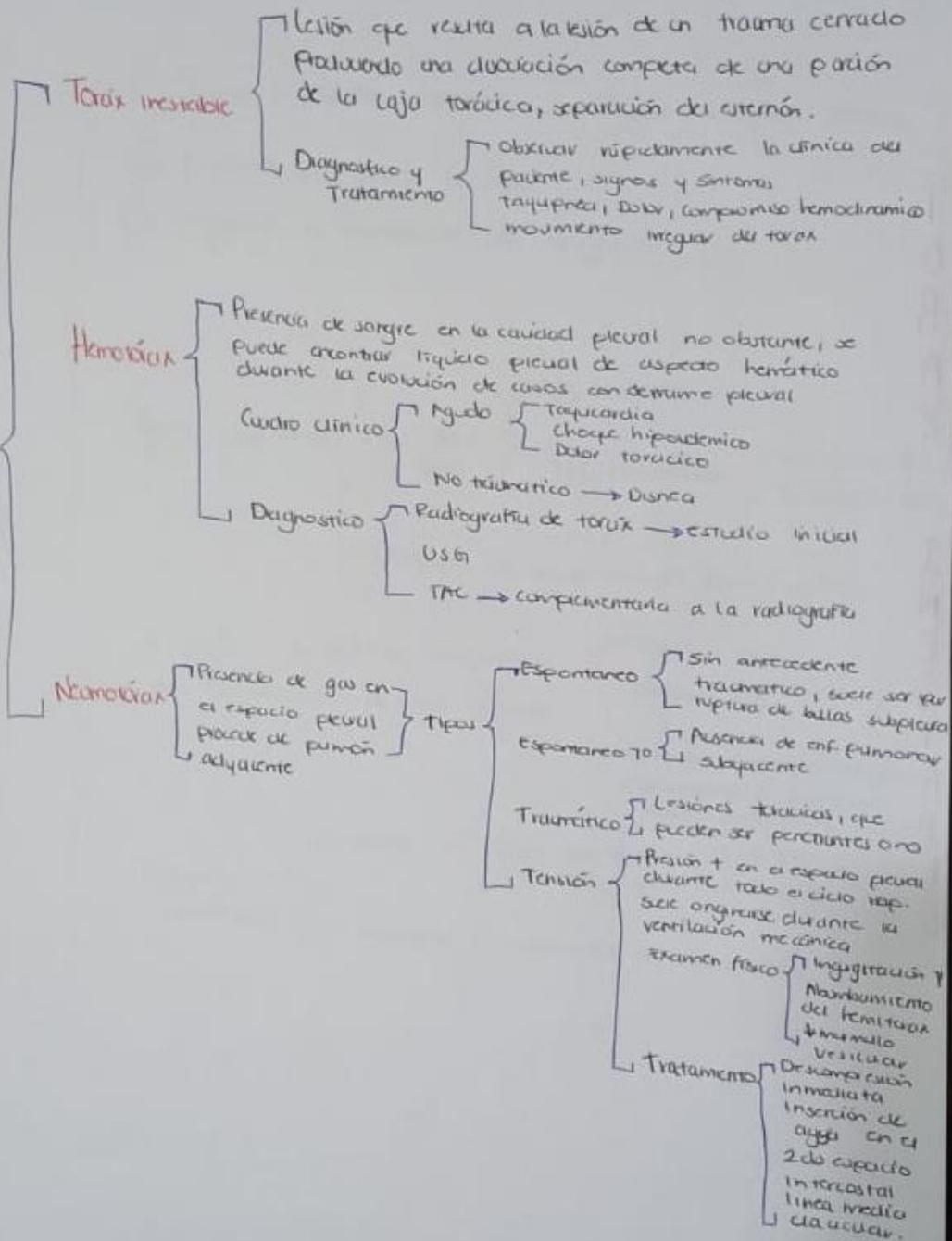
Coloides / Cristaloideos

- Mixta
 - Prevenir que no haga hemoconcentración
 - Pre qx
 - Post qx
- Hartman → acetato de calcio, glicina.

si existe diálisis 20ml/h
x resto queda ↑ de 370cc es
16ml + resto extra ↑ 24 RFT
- 4ml

T
R
A
U
M
A

T
O
R
Á
C
I
C
O



TROMBOEMBOLIA PULMONAR

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

Fisiopatología { In inflamación y activación de plaquetas
Embolización
Fisiología
Hipertensión pulmonar, disfunción y microinfarto de VD.

Clasificación { Tromboembolia masiva { 5-10% casos
Trombosis extrema/extensa que afecta al menos de la mitad de vasos del pulmón
Signos { Dificultad
Sincope
Hipotensión
Cianosis
TEP submasiva { 20-25% casos
Disfunción de VD a pesar de la PA sistémica normal
La combinación de insuficiencia de las cavidades derechas del P y liberación de biomoléculas cardíacas
TEP de bajo riesgo { 65-75% casos
Los pacientes muestran buen pronóstico

Diagnóstico { "Gran simuladora"
Dímero D
Biomarcadores cardíacos { Troponina sensible
PT ligada a A-b.
EKG { Onda S en derivación I
Onda Q en derivación III
Onda T invertida en derivación III

Tratamiento { Anticoagulantes { Heparina no fraccionada { Dosis inicial de 80-100 kg seguido de infusión inicial a ritmo de 18 U/kg/h.
Fibrinolisis { 100mg del activador de plasminógeno lisis obtenido por biotecnología administrado en gotero IV continuo continuo en 2h.

HIPOGUCEMIA

Síndrome clínico con concentraciones de glucosa en sangre $< 70 \text{mg/dL}$

Manifestaciones clínicas

- Parestias
- Diarrea
- Sudor
- Somnolencia
- Dolor de cabeza

Factores predisponentes

- Año prolongado
- Hipoglucemias
- Glucagonoma hepático
- Insulinoma

Triada Whipple

- Signos/síntomas de hipoglucemia
- Glucosa $< 70 \text{mg/dL}$
- Reacción de ayuno al glucosa oral o IV

Signos y síntomas

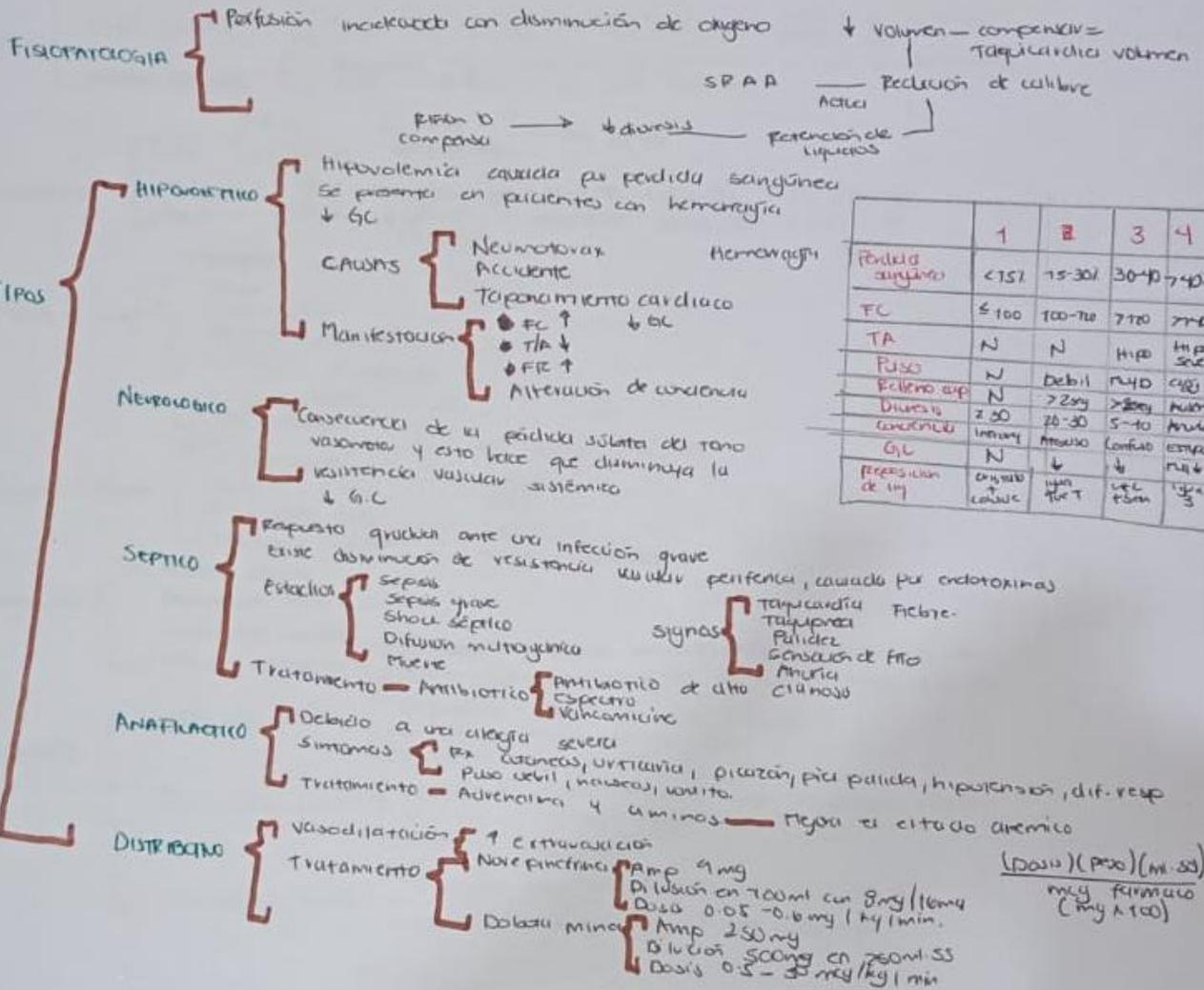
- Varía entre niños y adultos mayores
- Pacientes con enfermedad crónica no presentan las respuestas autonómicas típicas pueden demostrar signos de depleción de la función SNC
- Glucosa $< 50-60 \text{mg/dL}$
- Oligoneuro β-adrenérgica interfiere con las resp. simpáticas

Tratamiento

- Administración V.O. inmediata de glucosa de rápida absorción
- Pacientes inconscientes o sin poder deglutir administrar Vía intravenosa o subcutánea (\uparrow glucosa por gluconeogénesis hepática)

Proceso incrementado de oxígeno y nutrientes a los tejidos para satisfacer su demanda metabólica.

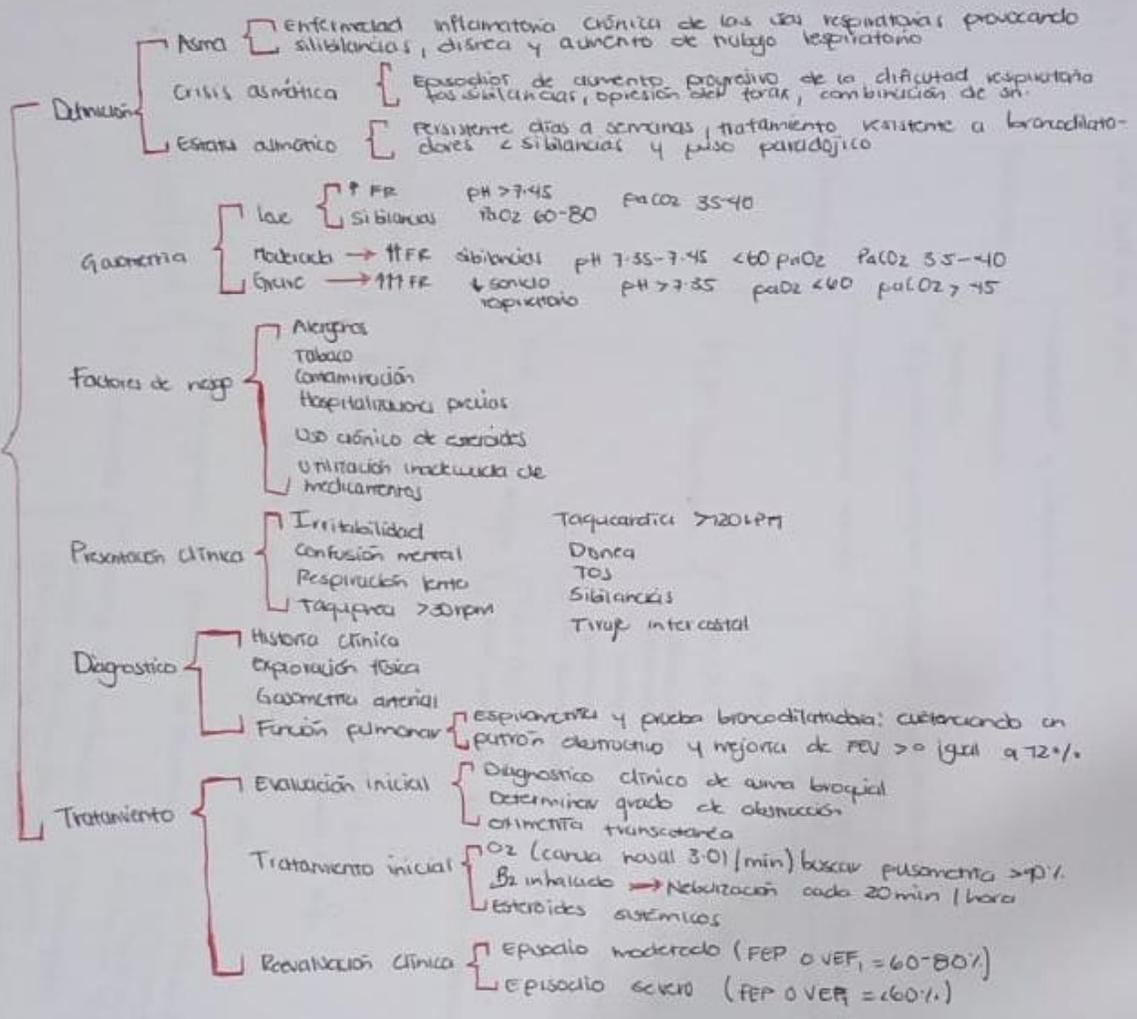
TIPOS DE SHOCK



	1	2	3	4
Pulso sanguíneo	<157	15-307	30-40	7-40
FC	≤ 100	100-120	7-70	7-70
TA	N	N	Hip	Hip
Pulso	N	Debil	mu	mu
Pulso sup	N	> 25mg	> 25mg	mu
Diuresis	2.50	20-30	5-10	mu
Conciencia	Intacta	Alucias	Confus	estup
GC	N	↓	↓	mu ↓
Resistencia de inj	Normal	↓	↓	mu ↓

(Dosis) (Peso) (ml SS)
mg y fórmula (mg x 100)

CRISIS ASMÁTICA



CETOACIDOSIS DIABETICA

Definición { Descompensación aguda de la diabetes mellitus, típica, aun que no exclusiva de DM tipo I
 Triada bioquímica { hiperglucemia, cetonemia, Acidosis metabólica

Fisiopatología { Existe un deficit de secreción de insulina y exceso de glucagón, cortisol, catecolaminas, disminuyendo el transporte celular, no llega glucosa a la célula, aumenta la glucosa, a hígado tiene una gran demanda de degradación y transforma en cuerpos cetónicos y si aumento de sangre ocasiona acidosis metabólica.

Factores de riesgo { Tratamiento inadecuado con insulina
 Deshidratación
 ITU
 Estrés psicológico
 Fármacos (corticosteroides, tiazidas, torbutalina)

Clasificación	Leve	Modificada	Grave
Glucosa	> 250	> 250	> 250
pH	7.25-7.30	7.00-7.24	< 7.00
Bicarbonato	15-18	10-15	< 10
Cetonuria	++	++	++
Anión GAP	> 10	> 12	> 12

Manifestaciones { Habitualmente en 24 hrs
 Hiperglucemia
 Poliuria
 Polidipsia
 Dolor abdominal
 Respiración compensatoria de Kussmaul
 Duresis osmótica
 nicturia
 ↓ peso

Criterios de diagnóstico { Cetonas → cetonuria ++
 Acidosis metabólica → pH < 7.3
 HCO₃ = < 15
 Hiperglicemia → > 250 mg/dL

Tratamiento { Deshidratación → Adm. líquidos { sol. salina 0.9% > 1000 cc/hr
 sol. Hartman
 Hiperglicemia → Insulina acción rápida IV { Bdo - 0.1 UI/kg
 Infusión { 0.1 UI/kg/hr
 0.75 UI/kg/hr

Ejemplo de tratamiento
 72 kg = 7.2 IU
 7 UI/hr
 Glucosa debe de bajar 80mg/dL
 Bomba de insulina 100 UI/100ml x cada 7UI hay 7ml
 Insulina de acción rápida pasará 7ml/hr
 Meta < 250mg/dL

Preparar al ↑ Uresis 0.5-1ml/kg/hr

DENGUE

Enfermedad { infección causada por el virus del Dengue, perteneciente al genero *Flavivirus*
 Es una enfermedad muy extendida que se presenta en todas las regiones del clima tropical

Transmisión { Picadura de mosquito *Aedes Aegypti* ^{2kg} _{Chinchorro}

Virología { DENV 1, 2, 3, 4
 Gran inmunidad específica para toda la vida para una reinfección por el mismo serotipo

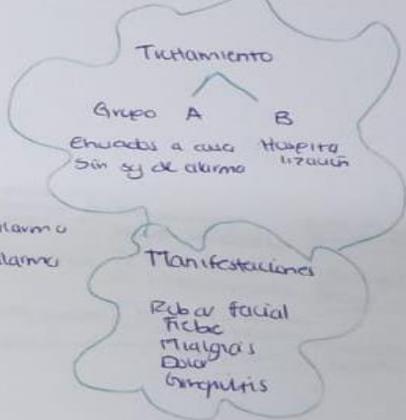
Patogenia { El mosquito es infectado a través de una persona en forma de heces o a través de sus intestinos luego hacia sus glándulas salivales (ya se hace infecciosa) y pican a otra persona haciendo infecciones.

Factores de riesgo { Antecedente de infección previa
 Comorbilidad
 Co-circulación de serotipos

Fases { Fase de incubación 3-7 días
 Fase de febril 2-7 días
 Fase crítica (Fuga plaquetaria)
 Fase de recuperación (Reabsorción de líquidos)

Clasificación { Dengue no grave { con signos de alarma
 sin signos de alarma
 Dengue grave

Diagnóstico { Aislamiento viral
 ECP
 NSI



TRIAGE EN URGENCIAS

Proceso de valoración que permite priorizar el nivel de urgencia de los pacientes, utilizando sistemas de triaje estructurado. *Seleccionar, clasificar o priorizar*

Proceso de asignación de prioridad:

1. Evaluación de vía aérea y circulación
2. Motivo de urgencia → Anamnesis
3. Signos vitales { FC, SpO2, FE, TA, Temp
4. Asignamiento de tratamiento → De acuerdo a lo evaluado

Funciones del triaje: Identificar rápidamente pacientes en situación de riesgo o peligro vital. Asegurar la priorización, clasificación y atención urgente en función de nivel de gravedad. Decidir el área más adecuada para tratar a un paciente.

CODIGO:

- ROJO** → Atención inmediata { Hipotensión, Parada cardíaca, Vía aérea comprometida } → Reanimación
- AMARILLO** → Retén esperar 30 min → Apendicitis aguda → Paciente en observación
- VERDE** → Retén esperar 2-3 horas → Paciente en control → Consulta externa.

Modelo de valoración inicial urgencia:

- Triage I (Reanimación)**: Condición de salud extrema que amenaza la vida → Inmediata
- Triage II (Emergencia)**: Situación de alto riesgo potencial amenaza → Dentro de 30 min
- Triage III (Urgencia)**: Condición aguda no amenaza la vida → Hasta 2 horas
- Triage IV (No urgencia)**: Condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin detección → 2-4 hrs o esta consulta externa

Evaluación y atención primaria:

- M: Hemorragia masiva → Control de hemorragia
- A: Vía aérea → Mantener y abrir vía aérea
- R: Respiración → Depresión, ventilación, oxigenación
- C: Circulación → Acceso vascular y control de shock
- H: Hipotermia/traum → Prevenir y/o tratar la hipotermia control y manejo TCE

Evaluación A, B, C, D, E:

- A: Vía aérea → Control de vía aérea y cervical
- B: Respiración → FE, torax y O2
- C: Circulación → FC, ritmo capilar, hemorragia
- D: Estado neurológico → Escala de Glasgow
- E: Exposición → Exposición de zonas afectadas → Prevenir hipotermia.

Recabar información:

- S: Signos vitales
- A: Alergias
- M: Medicamentos
- P: Precedentes del paciente
- L: Último alimento
- E: Acontecimiento/lugar de lesión

ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLUCEMICO

Complicación metabólica de la diabetes mellitus caracterizada por: Hiper glucemia grave, deshidratación extrema, hiperosmolalidad del plasma y alteración de la conciencia. Complicación de Diabetes mellitus tipo 2.

Fisiopatología: ↑ Insulina, ↓ Hormonas contrarreguladoras → Promueve la vía de almacenamiento y síntesis del hígado → Glucogenólisis ↑, Lipogénesis ↑ → Glucosa se acumula como detención en el torrente sanguíneo y ↑ hiperosmolalidad

Etiología: Pacientes con DM2, Neumonía, Infecciones del tracto urinario, Farmacos (Estatos hipotensivos, β-adrenérgicos, Clozapina, Propranolol) → H2O, Na, Mg y Fosfatos excretados a la orina con GLUT → La diuresis osmótica inducida por glucosa lleva a anomalías electrolíticas metabólicas

Presentación clínica: ↑ estado de la conciencia, Deshidratación, Hiper glucemia

Laboratorios: Osmolalidad sérica > 320, Glucosa > 600 mg/dL, Bicarbonato > 75, pH > 7.35, Electrolytos séricos

$$Osm = (2 \times Na) + \left(\frac{BUN}{2.8} \right) + \left(\frac{Glucosa}{18} \right)$$

Tratamiento: Solución fisiológica IV (isotónica) 700ml en 7hr bolus de 500ml, Corrección de hipotatemia, Insulina V-I (Siempre cuando el K ≥ 3.3 meq/L)

Criterios diagnósticos de EHH: Glucosa > 600mg, Osmolalidad > 320, Desorientado o Somnolencia o Coma/atafer

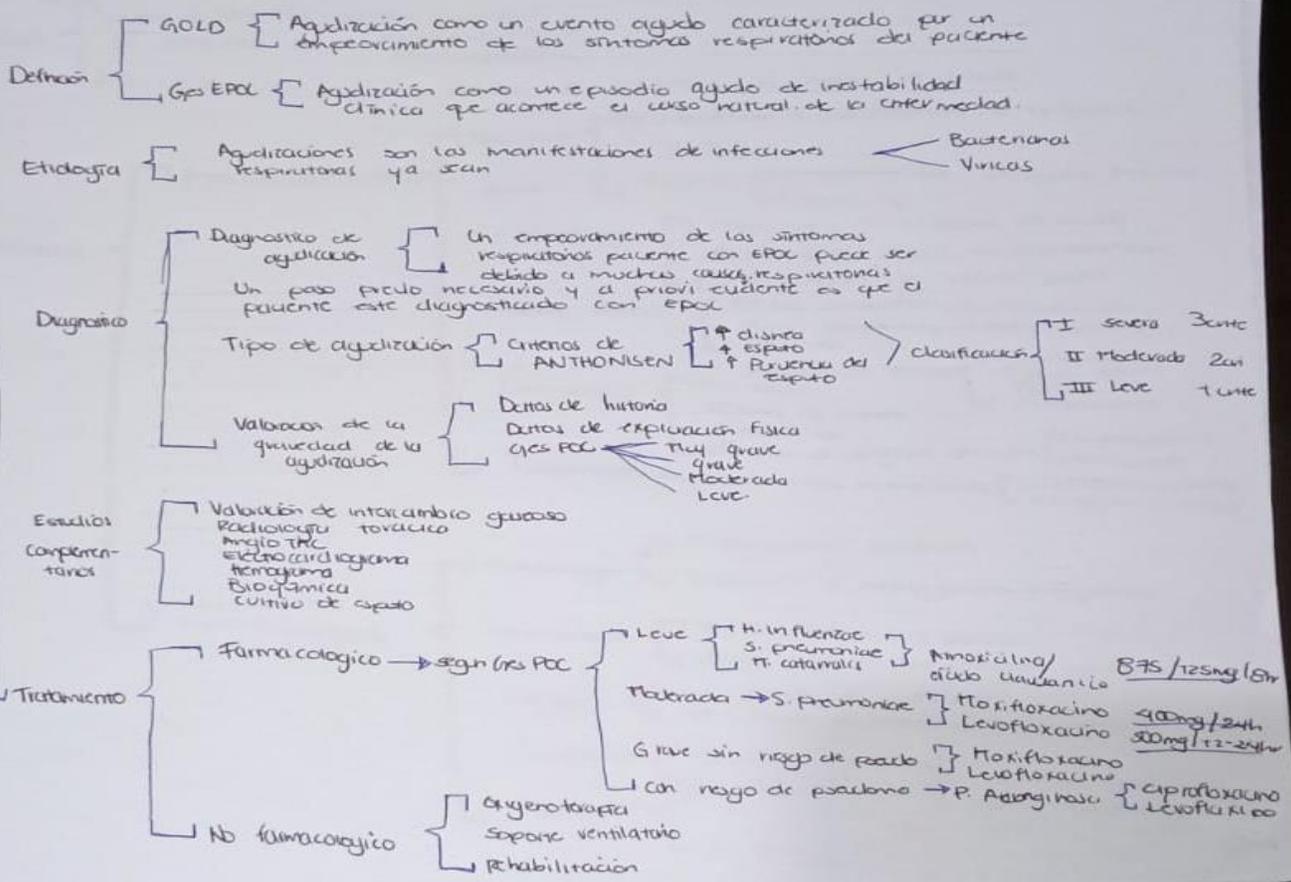
Na corregido = $\left(\frac{GLU-100}{100} \right) \times 1.6 + Na$ (reparado)

Na x 2, BUN ÷ 2.8, GLU ÷ 18 → sumar resultados

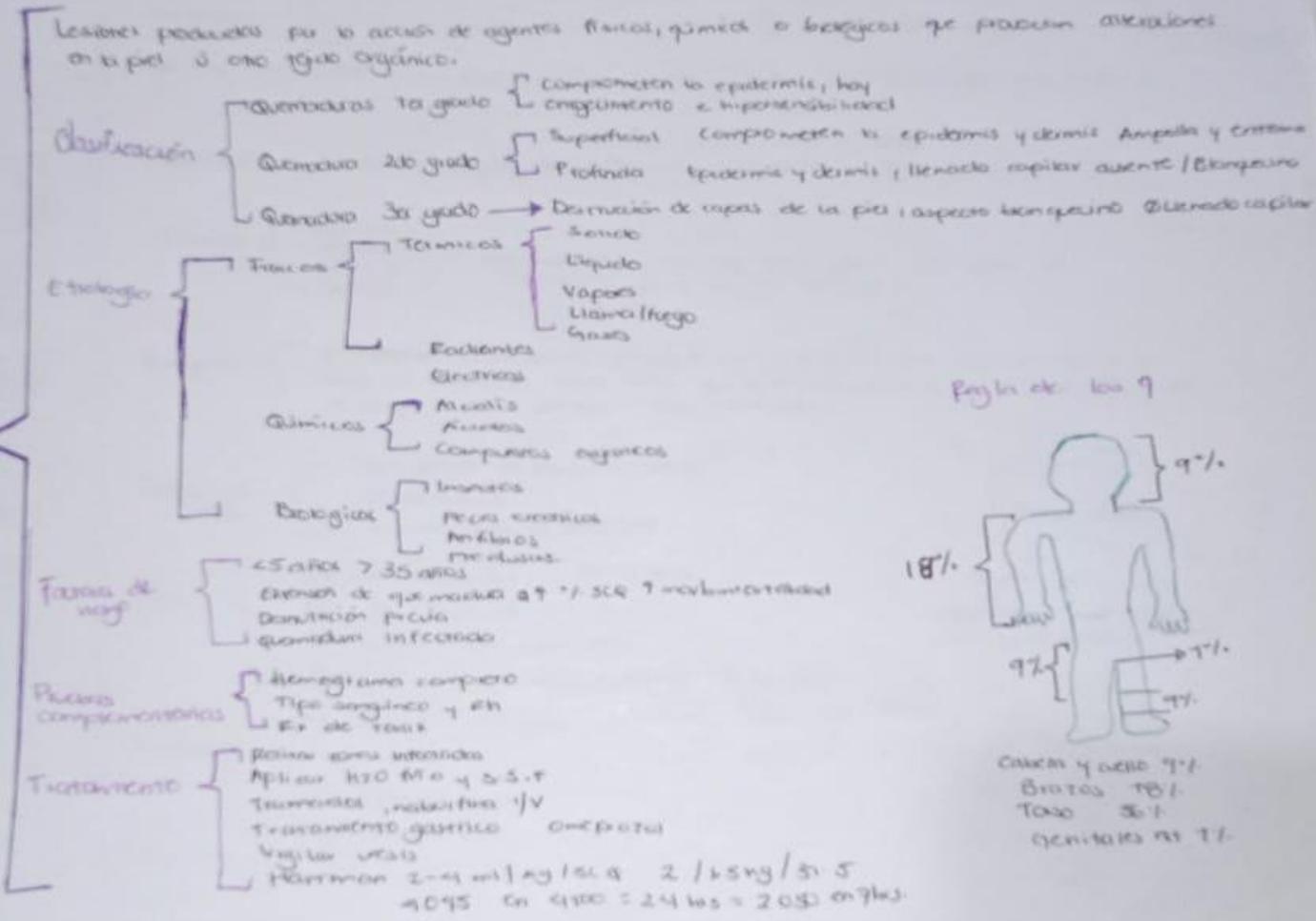
160.88 x 2 = 320, 45 ÷ 2.8 = 16, 1530 ÷ 18 = 85 = 421 (estado hiperosmolar)

v/n 735-745

EXACERBACION DEL EPOC



QUEMADURAS



NEUMONIAS

Definición { Infección del parénquima pulmonar se clasifica en Extrahospitalaria Intrahospitalaria
Su clasificación según el número de episodios y el tiempo de duración

Clasificación

Extrahospitalarias

- Patógenos** { Habituales - S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus
- Atípicas** { M. pneumoniae, Chlamydia pneumo., Adenovirus
- Epidemiología** { Tasa alta en extremos de la vida
Alcoholismo, asma, inmunodepresión
> 5 millones de adultos anualmente
- Cuadro clínico** { Fiebre, escalofríos, diaforesis, tos, dolor pleurítico, disnea, náuseas, vómito
- Diagnóstico** { Expiración física { Taquipnea, Fiebre torácica, Matidez, Timpanismo
Rx torax
Muestra de esputo
Hemcultivos
- Tratamiento** { Antibióticos - macrólidos { S. pneumoniae, Legionella, Clarithromicina 500mg, Azitromicina 500mg

Intrahospitalarias

- Microbiología** { Microorganismos resistentes
Predominio de microorganismo patógenos
- Epidemiología** { 6/52 casos x 100 personas
Muy alto en los primeros cinco días
- Patogenia** { Colonización de orofaringe
Deficiencia de mecanismo normales
- Manifestación** { Similares a reumática
- Tratamiento** { Sin factor de riesgo { ceftriaxona 2g IV q 24h, Ampicilina/sulbactam 3g IV q 6h
Con factores de riesgo { β -Lactámico: Imipenem, Gentamicina 7mg/kg IV q 24h, Linezolid 600mg IV q 12h