

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA MEDICINA HUMANA

MATERIA:

Urgencias Medicas

DOCENTE:

Dr. Suarez Martínez Romeo

ALUMNA:

Espinosa Alfonso Margarita Del Carmen

SEMESTRE Y GRUPO:

8º “A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de septiembre de 2023

TRIAGE EN URGENCIAS

Es un término francés: Seleccionar, Escoger, Priorizar

Es una escala de gravedad entendido como proceso de valoración clínica predominante que ordena a los pacientes en función de su urgencia/gravedad.

ROJO: Inmediato
 60 min
 Verde: 2 horas

Proceso de asignación de prioridad

- 1º Evaluación rápida de la vía aérea, ventilación y circulación
- 2º Anamnesis dirigida, según motivo de consulta.
- 3º Sg vitales
 FC: 60-10 lpm.
 FR 12-18 kpm.
 Tº 35.8-37º
 SpO2 95%-100%
 TA 120/80 mmHg ± 10
- 4º Asignación del área de Tx.

Tiraje de Manchester

Nivel	Tipo de urgencia	Color	Tiempo de espera.
1	Riesgo vital inmediato	rojo	Atenc. inmediata
2	Muy urgente	rojo claro	10-15 min
3	Urgente	verde claro	60 min
4	Normal	verde	2 horas
5	No urgente	azul	4 horas

Esta estructurado en escalas de clasificación de 5 niveles. Permite medir, evaluar y manejar el funcionamiento y rendimiento para el servicio de urgencias.

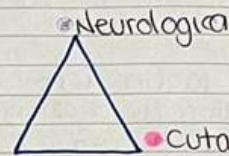
TIPOS DE CHOQUE

Estado de hiperfusión, de los órganos que produce disfunción y muerte celular.

Hipovolémico

- Hemorrágico Trauma
- No Hemorrágico Diarrea
- Vómito
- Deshidratación

Se puede el diagnóstico clínico con las 3 ventanas de estado de choque



Cardiogénico

- Falla o disfunción en el corazón
- IAM
- Arritmias

● Renal

● Coma

Distributivo

- Septico Infecciones
- Alérgico (Anafilaxia) Reacción severa
- Neurológico Trauma medular
- Endocrino Falla en hormonas (> Glandulas suprarrenales)

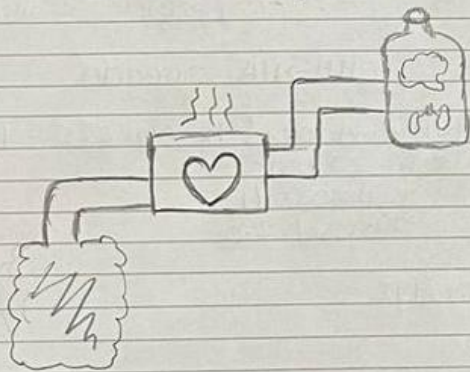
- Confusión
- Somnolencia
- Letargo

● Uresis } Anuria
 } Oliguria

Obstruccionivo

- Tromboembolia pulmonar.

- Diaforesis
- Hipotermia
- Piel marmorea
- Llenado capilar retardado.



Tratamiento
Corregir la causa.

TROMBOEMBOLIA PULMONAR

Oclusión de la circulación arterial pulmonar a causa de un trombo procedente del sistema venoso, generalmente de las extremidades inferiores.

Factores de riesgo

- Debiles
 - Reposo en cama > 3 días
 - DM
 - HA.
 - Edad avanzada
 - Cirugía laparoscópica
 - Obesidad
 - Embarazo
 - Vena varicosas
- Moderada
 - Cirugía ortoscópica
 - Enf. autoinmune
 - Transfusión sanguínea
 - Vía venosa central
 - Quimioterapia
 - Pos parto
 - Trombosis venosa superficial.
- Fuerte
 - Trombosis venosa profunda
 - Fractura del M.I.
 - Prótesis de cadera o rodilla
 - Trauma mayor.

Diagnostico

- Clínica
- Buena anamnesis

Triada de Virchow

- Estenosis venosa
- Lesión endotelial
- Hipertagulabilidad.

Pruebas complementarias

- Electrocardiograma
- Rx de tórax
- Angiografía

TEST

- Test de Ginebra
- Pesl.

Tratamiento

- oxigenación
- Anticoagulación
 - parenteral
 - orales
- Antagonista de la vitamina K
- trombolisis

TRAUMATISMO TORACICO

HEMOTORAX, NEUMOTORAX, TORAX INESTABLE

Etiología

Accidentes de trabajo,
trafico, vivienda

Traumatismo directos
agresiones.

Tratamiento

Control de vía aérea
Oxígeno o soporte ventilatorio
Adm. sangre y derivados
Drenaje torácico

Hemotorax Presencia de
Sangrado pleural,
líquido pleural de
aspecto hemático

✓ No traumático

Disnea

✓ Traumático

Taquicardia

Choque hipovolémico

Dolor Torácico.

Torax inestable

Fracturas costales en
2 o más costillas con-
secutivas y en dos o
más lugares de una
misma costilla.

Tratamiento

Analgesia

Oxígeno

Neumotorax Entrada de aire en el
espacio interpleural.

• Causado por: Mecanismo valvular
Aire comprime el pul-
mon y desplaza el
mediastino

• Diagnóstico Hipotensión

Apnea

Desviación traqueal

• Tratamiento
toracotomía
mínima.

Ausencia de mov. y
ruidos respiratorios
Hiperresonancia.

Neumonías

• Es una infección del parénquima pulmonar.
 • Enf. resp. aguda, infecciosa que compromete al parénquima ocasionada por:

Vacunas Prevención
 • PCV13 > 65 años
 • PP5V Enf. pneumococo

Sg. Exploración física

Virus: vrs, adenovirus, v. de influenza
 Hongo: Histoplasma capsulatum, coccidioides
 Bacterias: Chlamydia pneumoniae, M. pneumoniae.
 P. aeruginosa: Neumonías en Px y fibrosis quística, neutropenia, SIDA avanzado, Bronquectasia

Factores de Riesgo

- Alcoholismo
- EPOC
- Absceso pulmonar
- Influenza
- Exposición de acaros

• Consolidación pulmonar

• Presencia o ausencia de derrame pleural.

Inicio reciente < 2 sem. con:

→ Clínico Síntomas respiratorios y al examen físico = matidez, sg. a la consolidación pulmonar

→ Cuadro clínico

- Tos - Productiva (esputo)
- Fiebre
- Expectorcación
- Disnea
- Dolor tóxico
- Hemoptosis
- Dolor abd. ^{si se encuentra} afectado el lóbulo inferior
- Taquipnea
- Taquicardia

→ Diagnóstico

→ Rx tórax: Consolidación, con fiebre de 1 sem. Afectación del parénquima

→ Microbiológico

Tinción gram y cultivo 25 neutrofilos y < 10 células epiteliales por campo

→ Hemocultivo

→ Bacaloscopia para TB.

→ ↑ Riesgo complicaciones

- IAM
- Inf. cardíaca congestiva
- va₁
- S. coronario agudo

→ Tratamiento

Suplementación de Oxígeno

Iniciar con amoxicilina en lugar de un macrolido o una tetraciclina 500mg VO q12hrs.

→ Confusión (AMT ≤ 8)

→ BUN > 20

→ FR ≥ 30 Ppm

→ TAS ≤ 90 o TAD ≤ 60

→ Edad ≥ 65 años.

→ Complicaciones

- Infiltrado multilobulares
- Hipoxemia grave
- Acidosis grave
- Confusión mental
- Neutropenia
- Hipoglucemia

Fluoroquinolona - últimos 90 días

moxifloxacin 400 mg VO al día

levofloxacin 750 mg VO al día.

B lactámico

Amoxi. 1g tres veces al día.

Amoxi/clavulanato 2g veces al día.

COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES 1 y 2

LETOACIDOSIS DIABETICA 50% entre niños y adultos jóvenes
Es de emergencia

- ✓ Complicación potencialmente mortal de la DM
- ✓ Trastorno metabólico
- ✓ Agudo asociado con déficit grave de insulina

Cuadro clínico
Nauseas vómito
SED Disnea
Poliuria Dolor abd.

Diagnostico CAD
Glucosa ≥ 250 mg/dl
PH < 7.35
Cetonas Cetonuria +++
Osmolaridad Normal
Edo. de conciencia Alt. (Poco)
Resp. Kussmaul (+ relevante)

EHH
 ≥ 600 mg/dl
Normal
Normal
 > 320
Alt. Leve
Estupor (coma)

Causas
Deficiencia absoluta o relativa de la insulina

Fx de Riesgo
Hemoglobina glucos. \uparrow
DM de larga evolución
Adolescentes y niños

Fx de riesgo
Glucocorticoides
 β -Bloqueadores
Tiazidas

Fx psicológicas
Depresión
Desórdenes alimenticios

EHH \rightarrow HA corregido

TRIADA
Hipoglucemia
+ glucemia > 250 mg/dl

NA medido $+ (1.6 \times \text{Glucosa} - 100)$
osm: 2 (Na)
+ Glucosa / 18
+ BUN / 2.8

Acidosis metabólica
+ Bicarbonato arterial $\text{HCO}_3^- < 18$ mmol/L

\uparrow de cuerpos cetónicos
+ Cuerpo cetónico + en sangre y orina

PH < 7.3 mmol/L

Anión GAP > 10

Dengue

Enf. febril infecciosa de presentación variable
evolución poco predecible auto limitado y
temporalmente incapacitante.

Clasificación

Dengue sin signo de alarma
Dengue con signo de alarma
Dengue grave.

Etiología

- Enf. provocada por virus de dengue.
- Trans. = "Mosquito" Aedes aegypti ← Embra

Fase clínica del dengue

- Fase febril 1 al día 4
Temp. Fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ↓ paulatinamente.
Manif. Datos de deshidratación
Dx. Hematocrito } Normal
Plaqueta }
PFH }
Leucocitosis }
Prueb. inm. IgM y IgG (-) NSI (+)

- Fase crítica 4 al día 6
Temp. ↓ o normal.
Manif. Datos de shock Hepatomegalia
Retención de líquidos
Dx. IgM, IgG, NSI (-), Trombocitopenia
Hematocrito ↑

- Fase Recuperación 6 al día 10
Temp. ↓ o normal
Manif. Desaparición = "Isla blanca"
Dx. Hematocrito, plaqueta, PFH Normal
IgM y IgG (+) NSI (-)

Cuadro Clínico

- ♥ Dengue sin datos de alarma
 - Zona tropical = "vivir, viajar"
 - Presencia fiebre
 - Náuseas • Vómito
 - Exantema • Leucopenia } + 2 sg. o sm
 - Mialgias • Artralgia
 - Cefalea retroocular
 - Sg. de torniquete +++
- ♥ Dengue con datos de alarma
 - Dolor abd. intenso y continuo
 - Retención de líquido
 - Ascitis - Inf. tracto pleural
 - Inquietud - Sangrado de mucosas
 - Trombocitopenia • Hepatomegalia (2cm.)
 - ↑ hematocrito
- ♥ Dengue grave
 - ✓ Fuga plasmática importante
 - ✓ Shock ✓ Danno Hepático
 - ✓ Insf. Respiratoria ✓ Elev. en nivel de conciencia
 - ✓ Hemorragia grave ✓ Danno a otro órgano

Tratamiento

Datos sin alarma
Hematocrito y valor en 2 hrs.
Vigilancia 4 hrs.
Paracetamol

Datos con alarma
Adm. Sol. H₂O 2-3 ml/kg/h.
Si no = establece el hematocrito
Cambiar dosis de sol. 7-10 ml/kg/hr.

Quemaduras

Son lesiones o heridas producidas en los tejidos por la acción del fuego y del calor, químicos, electricidad, radiación, frío y fricción → Valoración del paciente

Clasificación

Termica

Escaldadura

Llama

Contacto

Congelación

Eléctrica

Químicas

Radiación

• Anamnesis (hora del accidente, tipo, mecanismo, edad, enfermedades).

• Exploración física (Estado general, Nivel de conciencia, FC, FR, TA, T^o, VA)

Desvestir

→ Extensión

* Regla de los 9 o de Wallace

* Regla de la palma de mano (1%)

* Escala de Lund-Browder (compleja pero más exacta).

Profundidad

- 1º grado Eritematoso sin ampolla

- 2do grado superficial Eritematoso: Exudativa, ampollas o flictenas.

- 2º grado Profundo: Poco exudativa, color variable, pérdida de folículos pilosos

- 3º grado y 4º Apérgamirada posible exposición de tejidos profundos

→ Pruebas complementarias → Hemograma, bioquímica, gasometría art., Est. de coagulación, EKG.

→ Pr. %/Gran quemado. SCD. 20% (2º grado)

-- SCD 10% (extremo de la vida)

-- Quemadura de la VA.

-- Quemadura eléctrica de alta tensión

-- Quemadura asociado a trauma o politrauma

Tratamiento

1 Retirar la ropa

2 Irrigar herido con suero fisiológico (30 min)

3 Suero fisiológico y antiséptico (clorhexidina)

4 Tx ampollas >3cm = Aspirar.

5 Aplicación de sol. tópicas

• Povidona yodada, corticoides de media-alta potencia

• Antifúngico tópico.

6 Uso de apósitos tópicos.

Quemaduras graves

- Analgesia

- Protección gástrica.

A Intubación orotraqueal si >40% SCD. cara

B Oxígeno 100%

C 2 vías periféricas para Ringer-Lactato

Parkland. 4ml/kg / %SCD.

1/2 1º 8hr

1/2 2º 16hr } 24hrs.

(ver Digest)

CRISIS ASMATICA

Es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas

Se asocia generalmente a una obstrucción extensa y variable del flujo aéreo.

- Las exacerbaciones de asma son episodios agudos o subagudos caracterizados por \uparrow progresivo de 1 o más síntomas.
- Acompañados a la \downarrow del flujo espiratorio PEF Volumen espiratorio forzado en el primer segundo FEV1.

Factores de riesgo

- Humo del tabaco
- Contaminación
- Cambio climático
- Exposición a concentraciones \uparrow de alérgenos.
- Uso de ATB durante la infancia

Cuadro clínico

- Disnea
- Sibilancias
- Tos
- Opresión torácica

Diagnostico

- Espirometría \leftarrow confirma el Dx.
- Estudio de variabilidad de PEF
Leve FEV1 o PEF $\geq 70\%$, mejor valor personal previo.
Moderado FEV1 o PEF entre 70 y 50%
Grave $> 50\%$

Tratamiento

Antagonistas β_2 -adrenérgicos de acción corta inhalado (SABA)
Salbutamol 200-400 μ g con cámara de inhalación (2-4 inhalaciones) cada 20 min durante la 1ra hora
+ Bromuro de ipratropio Grave (0,5 mg c /4-6h)

Amirafilia IV

(5 mg / kg dosis de carga a + 20 min)
continuar con infusión de 0,5-0,7 mg/kg por hora