

TRIAGE URGENCIAS

- Clasificación de la gravedad del problema de Salud que presenta un paciente cuando llega al servicio de urgencias

1 acompañante

- Mujeres embarazadas
- ↓ Edad
- > 60a

Clasificación

Tiempos de espera para la atención de urgencias

1
TRIAGE

- Atención **INMEDIATA** por urgencias
- Poro ♥
- Hemorragia Severa
- Víctimas de violación
- Trabajo de parto
- Px inconsciente

2
TRIAGE

- Atención en **< 30'**
- Sangrado abundante
- Crisis hipertensiva
- Fracturas abiertas
- Px Asfíxico / dolor fuerte en pecho
- Amputaciones
- Envenenamientos
- Febre ↑ en niños < 1a

3
TRIAGE

- Se puede esperar **60-120'**
- Heridas que requieren sutura con sangrado escaso
- Cefalea aguda
- Dolor Abd agudo
- Diarrea / Vómito persistente + Deshidratación
- Dolor espalda o extremidades
- Sangre en orina
- Febre en > 1a

4
TRIAGE

- Atención por consulta prioritaria en **24h**
- Tos / Gripe sin dificultad para respirar
- Infecciones ∅ Febre ↑
- Vómito / Diarrea sin hidratación
- Cólico menstrual
- Ardor al orinar
- Dolor sin limitación

5
TRIAGE

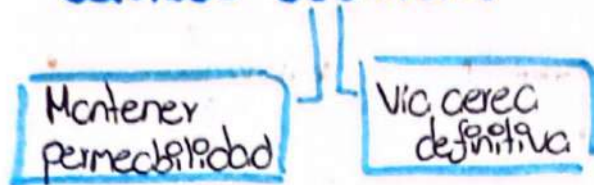
- Atención médica en **consulta externa** en **72h**
- Tos
- Dolor
- Otros síntomas > 3d

Paulina Arguello

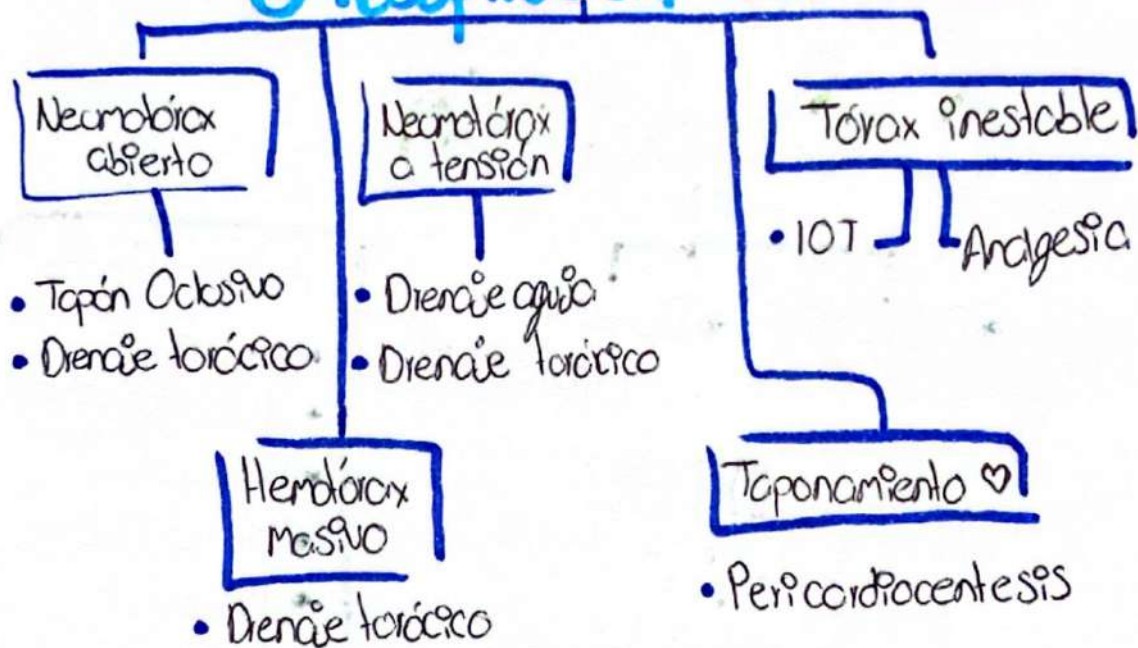
Manejo Inicial Urgencias

A - Via aérea CONTROL CERVICAL

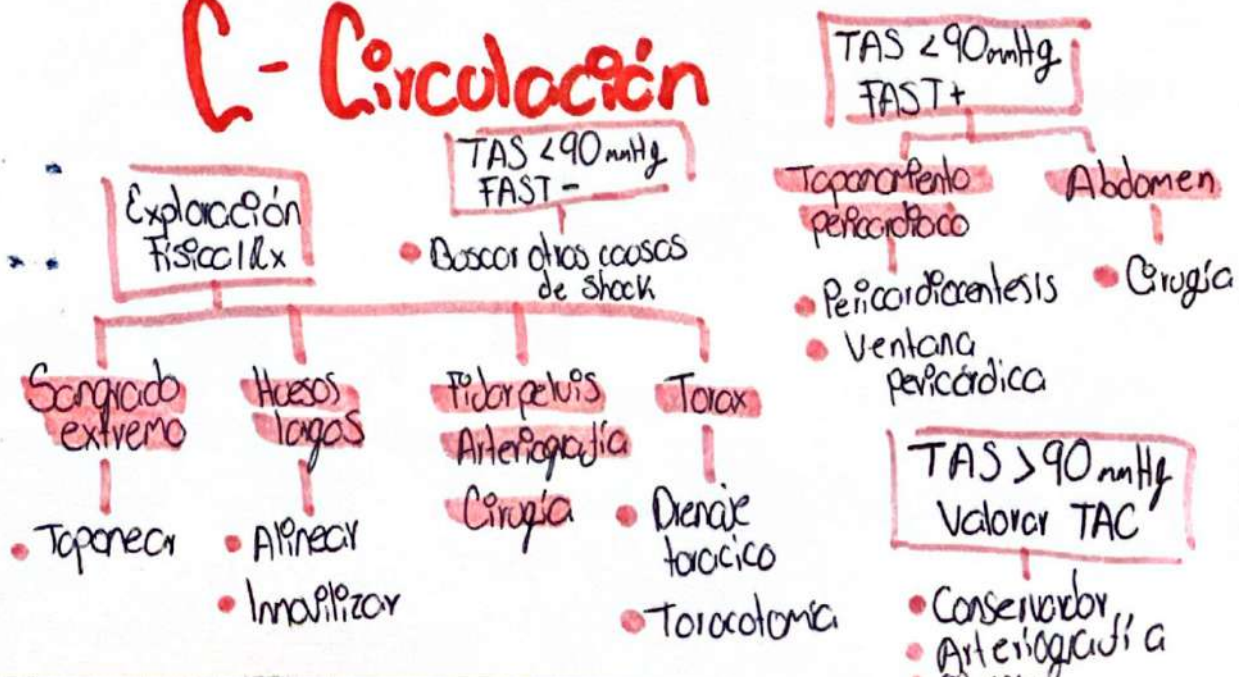
↳ Inconsciente → Cinta de Guedel



B - Respiración/Ventilación



C - Circulación



Cetoacidosis Diabética

- Es una complicación de DM
- Principal causa de muerte en <24h

Fisiopatología

1. ↓ Insulina circulante
2. ↑ H. Contrarreguladoras
3. ↑ Producción de Gluc por el hígado / riñón y reducción en su utilización periférica: Hiperglucemia / Hiperosmolaridad
4. ↑ Lipólisis = Cetonemia / Acidosis Met.
5. Cetonemia + Diuresis Osmótica y Deshidratación

Glucagón
Catecolaminas
Cortisol
H. Crecimiento

- ↓ Insulina efectivo circulante, así como al ↑ de hormonas contrarreguladoras, produciendo hiperglucemia >200 mg/dL; acidosis con pH <7,3 y HCO₃ <15 mmol/l, glucosuria, cetonemia y cetonuria.

Etiología

- Concentraciones de insulina muy ↓
- Uso inadecuado de insulina
- Inicio de enfermedad (niños)
- Infecciones

Clínico

- ↑ Sed, Diuresis y anorexia
- Respiración de Kussmaul = pH <7,20 - 7,10
- Deshidratación
- Aliento a cetonas
- Sequedad de mucosas
- Vómito
- Dolor abdominal

Fx Riesgo

- Infecciones
- ↑ Alcohol
- Pancreatitis
- IAM
- Trauma
- Fármacos

Dx

- Clínico
- Glucemia
- Gasometría arterial
- BUN
- Electrolitos

Clasificación

Gluc	>250 mg/dL	>250 mg/dL	>500 mg/dL
pH arterial	7.25-7.30	7.0-7.74	<7.00
HCO ₃	15-18	10-15	<10
GAP	>10	>12	>12
	LEVE	MODERADO	GRAVE

Tx

- Corregir desequilibrio hidroelectrolítico
- Normalizar glucemia
- Restaurar equilibrio ácido base
- Tratar la causa
- Prevenir recidiva

Complicaciones DM

Paulina Argüello

Hipoglucemia

Fx Riesgo

- Síndrome clínico con múltiples causas en la que una concentración de glucosa \downarrow en plasma conduce a la aparición de Sint/Sg que se revierten al normalizar la glucosa.

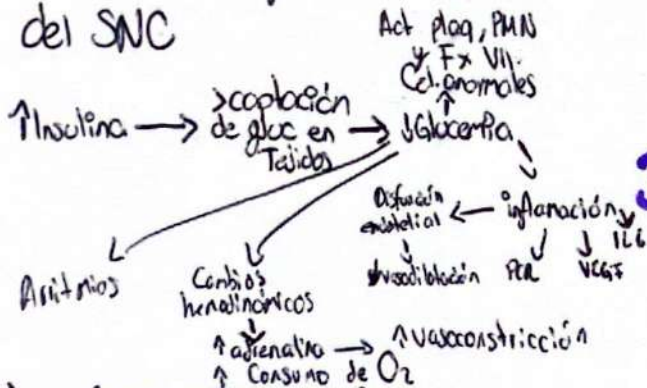
* < 70 DM
* < 60 Normal

- DM
- Tx: Insulina, sulfonilureas
- Mal nutrición
- Insuf. \heartsuit , renal, hepática
- Sepsis
- Alcohol

Fisiopatología

Etiología

- Estado de ayuno BREVE Solo pocos tejidos requieren Gluc.
- Estimula SNS y causa disfunción del SNC



Farmacos/Sustancias

1. Insulina y Secretagogos } Sulfonilureas
Meglitinidas

2. Alcohol
 \downarrow gluconeogénesis se $\cancel{}$ pero la glucogénesis \neq = Depósitos de glucógeno se han deplecionado con la consecuencia de falta de aporte alimentario o malnutrición.

3. Otros
 \downarrow Indometacina
 \downarrow Glucagón
 \downarrow Fx crecimiento insulínico
 \downarrow Litio
 \downarrow IECA
 \downarrow Solifenacil \rightarrow Nefros

Insuficiencias orgánicas graves

- Px hospitalizadas $\left\{ \begin{array}{l} DM \\ \text{Farmacos } (+) \\ \text{Ayuno} \end{array} \right.$
- IHG: Hepatitis aguda graves / Cirrosis avanzada
- \downarrow degradación de insulina * el hígado = \downarrow glucosa
- IRC: Desnutrición, farmacos o Sepsis
 \downarrow precursores (Alanina y glutamina)
 \downarrow La liberación de insulina

IC: \uparrow lactato
Fallo renal/hepático

Sepsis: \uparrow utilización de glucosa * citocinas en M. Esquelético y T. rico en MCF \rightarrow \downarrow \downarrow \downarrow

Quemaduras URGENCIAS

¿Qué es?

Lesión de los tejidos en la que se produce una desnaturalización de las proteínas de la piel, edema y la pérdida de líquidos intravasculares.

Fx Riesgo

- Cocinar
- Toxicomanías
- ↓ Nivel socio-ec.
- Condiciones médicas → Epilepsia
- Accidentes/Abuso (Niños)
- Lugar de trabajo
- Violencia.

Fisiopatología

- Profundidad depende de la temperatura, tiempo de contacto y el medio.
- Exceso de calor → Desnaturalización de proteínas y produce daño celular
- Espesor de la piel + fino → Profundidad (ancianos/niños)
- Proteínas desnaturalizadas → Toxinas torrente sanguíneo → Sustancias inflamatorias y vasoactivas:
 - Histamina
 - Prostaglandinas
 - Leucocitos

GRAN QUEMADO

SIRS

+ tóxico

←

Tipos de Quemaduras

Térmicas: Calientes/Fríos, llama, calor o escaldaduras.

Químicas: Lesiones por extravasación, concentrado por dextrosa, Ca y NaHCO₃

Alcalinas: Necrosis por laceración, alto riesgo por penetración

Ácido: Necrosis por coagulación

Eléctricas: Lesiones por calor mediante su paso a través del tejido

Clasificación/Profundidad

1

- Afección de la capa más externa de la piel (epidermis)
- Enrojecimiento y dolor
- Funciones de la barrera levemente afectados
- Resolución en 4 días → Solar, Frío

2

- Superficiales:** No hay lesión en capa regenerativa (dermis)
- Cicatrización fácil
 - Enrojecimiento + Acumulo de líquido (exudado/ampollas)
 - Dolor intenso y continuo → Tacto
 - Reepitelización 7-14 días → Agua, Aceite, Cigarras
 - No cicatriza

- Profundas:** Lesión en capa regenerativa (dermis)
- ∅ doliclas pilosas o glándulas subcutáneas
 - Mancha roja pautada bajo fondo blanquecino
 - ∅ Ampollas
 - Reepitelización 4-10 Semanas o más → Eléctricas/Explosión
 - Cicatriza lentamente

3

- Destruye toda la piel en profundidad y puede dañar T. subyacentes
- Color blanquecino y coriáceo
 - ∅ Ampollas
 - Insensibles / ∅ Dolor
 - Reepitelización en bordes de la lesión
 - Tx → Qx

Grandes Jergas Químicas

Tipos de Shock

• Zuerbas

• Piel
• Palidez
• Diáforesis
• Piel fría
• Cianosis

• Neurología
• Delirio

• Renal
• Oliguria
• Anuria

• Mecanismos que mantienen la circulación normal conduce a...

Definición

Sit. de gran riesgo vital, caracterizado por un descenso agudo y generalizado del sistema circulatorio que conlleva un insuficiente abastecimiento de O_2 / nutrientes a órganos y tejidos, necesarios para abastecer las exigencias metabólicas.

Mecanismos que estabilizan

- Vol. Sanguíneo circulante adecuado
- Buen funcionamiento de bomba \heartsuit
- Tono vascular adecuado

Fases

Preshock / Shock Compensado

- Se mantiene la perfusión de órganos más vitales; \heartsuit y cerebro por mecanismos compensadores intrínsecos

Hipovolémico

- \downarrow Importante de volumen intravascular, ya sea por pérdida de sangre, plasma / agua y electrolitos.

Shock establecido / descompensado

- Mecanismos compensadores insuficientes y se produce hipoperfusión tisular generalizada \rightarrow hipoxia tisular.

- \downarrow Vol. intravascular = \downarrow precarga con descenso del Vol. = \downarrow GV.

Shock irreversible

- Falta de todos los órganos y sistemas, gran alteración de la microcirculación y daño celular grave \rightarrow Autólisis celular

- \uparrow Actividad del Sist. Simpático adrenérgico, secreción de catecolaminas endógenas que \uparrow FC, contractilidad miocárdica y las resistencias vasculares sistémicas.
- Fx neuroendocrinas \uparrow retención de H_2O y Na⁺ por el riñón

- Si no hay corrección los mecanismos compensatorios fallan = Shock descompensado con disfunción multi-orgánica

Causas

- Hemorragias
- Quemaduras
- Peritonitis
- Sepsis
- Diarreas
- Vómito
- Diarrea
- \uparrow Diuréticos

Tipo de Shock	Fisiopatología	Ejemplos
Hipovolémico	\downarrow Precarga, \uparrow MVS \downarrow GV	Hemorragia, 3er Espacio ANA rollo, ecléptico rollo
Cardiogénico	\uparrow precarga MVS \downarrow GV	IAM, Arritmias inestables, Valvulopatía, Miocardiopatía
Obstrutivo	\downarrow precarga MVS \downarrow GV	Taponamiento \heartsuit neumotorax a tensión

Dengue

Serotipos

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

Definición

Enfermedad infecciosa sistémica, de etiología viral, transmitida por los mosquitos del género *Aedes*, siendo esta una de las principales enfermedades virales transmitidas de forma vectorial.

Fases de la Enfermedad

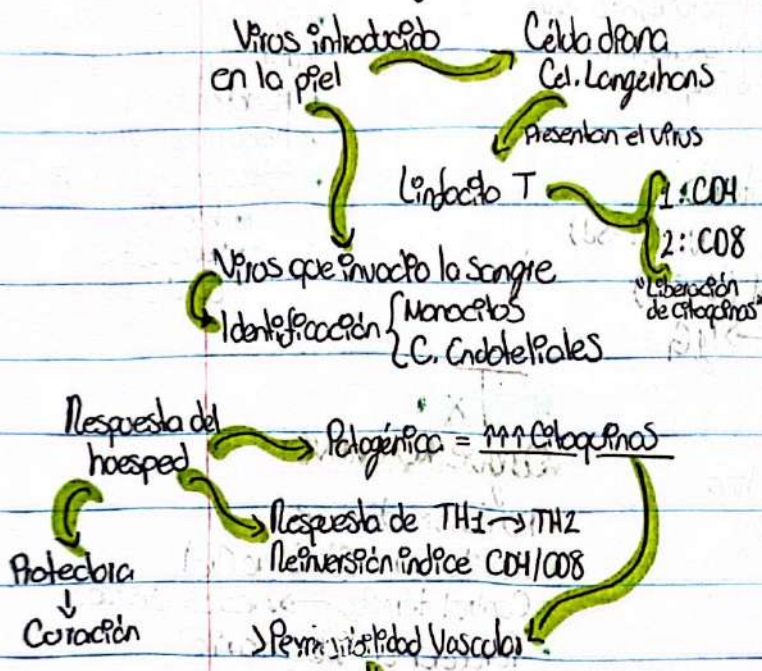
Incubación: 3-10d

Fiebre: 2-7d

Crítico (Tajo plasmático): 3-7d de inicio de la fiebre

Recuperación (Reabsorción de líquidos): 7-10d

Fisiopatología



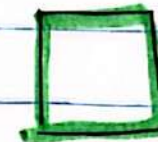
Rx Riesgo

- Habitar/visitar zona endémica
- Problemas de suministro de agua permanente
- Inyección previa
- Comorbilidad

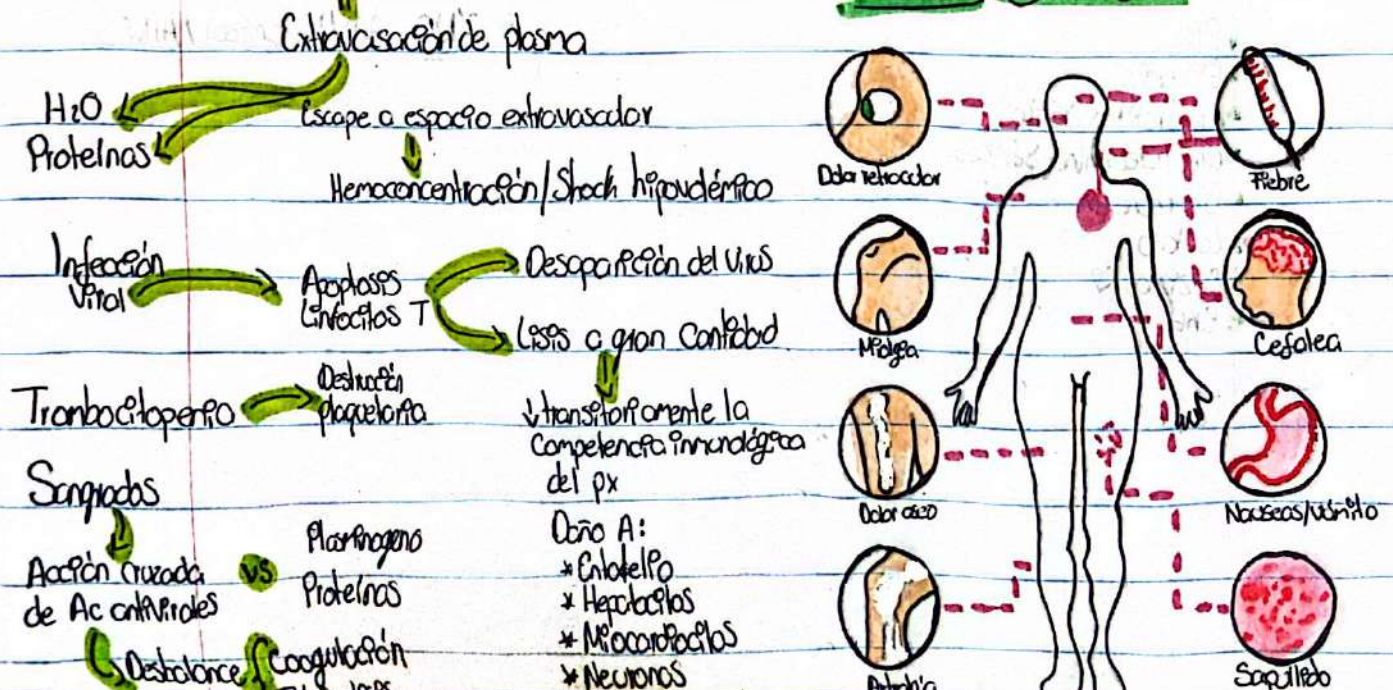
Recomendaciones

- Sist. drenaje adecuado
- Educar a la población
- Uso de pabellones
- Uso de repelente
- Mosquiteros en puertas/ventanas

excelente



Clinico



Caracterización clínica de EPOC

EPOC

Enfermedades caracterizadas por:

- Obstrucción crónica, difusa, irreversible y progresiva de V.A, asociada a respuesta inflamatoria crónica del pulmón

- Enfisema
- Bronquitis crónica destructiva
- Asma crónica irreversible de A.

Definición

Empaquetamiento de síntomas basales Inicio agudo, sostenido y más Severo que las variaciones diarias asépticas Requiere cambio de medicación

- Espirometría
- VEF < 80%
- VEF1/CVF < 70%
- No mejora con BRONCODILADOR

Fisiopatología

Bronquios: Inflamación, engrosamiento de P. Bronquial
Hiperplasia glándulas mucosas
Metaplasia Escamosa
Moco + TOS

Bronquiolos: Inflamación crónica con infiltrado mononuclear
Masa muscular
Fibrosis peribronquial
Tapones de moco

Septos alveolares: Inflamación y destrucción de α_1 que causa enfisema y pérdida de T. Sosten de V.A

Alteraciones Histopatológicas

Etiología

Bacterias
40-50%

- Haemophilus influenzae
- Moraxella catarrhalis
- Strepto pneumoniae
- Pseudomonas aeruginosa
- Enterobacteriaceae
- Haemophilus parainfluenzae

Virus
30%

- Rhinovirus
- Influenza
- Parainfluenza
- Coronavirus
- Adenovirus
- Virus Sincital Respiratorio

Bacterias atípicas
5-10%

- Chlamydia pneumoniae
- Mycoplasma pneumoniae
- Legionella

- Manifestaciones
- TOS
 - Expectoración
 - Sibilancias
 - Dyspnea
 - Opresión torácica
 - Fatigabilidad

Clasificación de EPOC

Característica	Leve	Moderada	Severa	↑ Severo
VEF	>80%	50-80%	<50-30%	<30%
Dyspnea	Ø	+	++	+++
Capacidad ejercicio	Normal	↓	↓↓	↓↓↓
Calidad Vida	Normal	↓	↓↓	↓↓↓
Exacerbaciones	Leves ocasionales	+	++	+++
Hipoxemia Hipercapnia	No/No	Si/No	Si/Si	Si/Si
HTE pulmonar	No	No	Si	Si

1. Inflamación bronquial e hipersecreción de moco → TOS y expectoración

2. Obstrucción al flujo espiratorio:
↓ relación VEF1/CVF
↓ progresiva de VEF en Espirometría

3. ↑ Distensibilidad pulmonar e hiperinflación con ↓ capacidad pulmonar total (CPT)

4. Atramiento de aire a la espiración
↳ ↑ Vol. Residual (VR) de capacidad funcional residual (CFR) y relación VR/CPT en reposo

7. Disfunción del diafragma + hiperinflación

5. Hiperinflación dinámica durante el ejercicio por atramiento de aire progresivo con ↓ CFR y ↓ Capacidad inspiratoria

8. Hipertensión pulmonar

6. Trastornos en relación V/Q, hipoxemia, hiperemia

Examen físico

- Temperatura
- FR
- F/ritmo
- Estabilidad hemodinámica
- Cianosis
- Uso nasales ocasionales
- Edema MI
- Sy-Fab
- Conciencia

Asma

- Enfermedad inflamatoria crónica de VIL
- Ostrucción respiratoria reversible con hiperreactividad del árbol traqueobronquial
 - ↳ Espontáneo/post Tx

Tx Riesgo

- Historia familiar
- Rinitis alérgica
- Sinusitis
- Exposición a alérgenos
- Cigarrillo
- Infecciones respiratorias víricas
- Ejercicio
- Estado de ánimo
- Obesidad
- Aspirina / β -bloqueadores

Clasificación

Extrínseca se incluye el ASMA OCUPACIONAL producida por agentes del entorno laboral

- > Adulto ♀ / ♂ AHT
- IgE
- Eosinofilia

Asma leve Intermitente

- Sint < 1 vez/Sem
- Sint nocturnos < 2 veces/mes
- Asint entre 1 y otro episodio
- Flujo Pico y VEF₁ > 80%
- Variedades < 20%

Asma leve Persistente

- Sint > 1 vez/Sem
- Sint < 1 vez/d
- Sint que alteran act diaria/Sueño
- Sint nocturnos > 2 veces/mes

Intrínseca

- Jóvenes ♂
- IgE
- AHT

Asma Severo Persistente

- Sint permanentes
- Episodios agudos frecuentes
- Sint nocturnos muy frecuentes
- Act física diaria limitado por el asma

Asma moderada persistente

- Sint persistente diario
- Sint alterar act diaria/Sueño
- Sint nocturnos > 1 vez/Sem
- Uso diario D₂ agonistas de acción corta
- Flujo Pico y FVC₁ 60-80%
- Variedades > 30%

Niveles del Control

Casos de Asma

- Episodio agudo de ostrucción al flujo aéreo
- Sensación de pecho apretado
- ↑ Intensidad de la tos
- Sibilancias y polifnea
- ↓ Flujo aéreo espiratorio

	Controlada	Parcialmente	No Controlada
Sint Diarios	Ninguno < 2 vez/Sem	> 2 sem/veces	3 o + características del asma parcialmente controlado
Limitación Act	Ninguna	Alguna	
Sint nocturnos Despiertan al px	Ninguno	Alguno	
Necesidad de medicamento	Ninguno	> 2 vez/Sem	
PEF FVC ₁	Normal	< 80%	
Exacerbaciones	Ninguna	1/4 año	1 cada 2 Sem

Clasificación

Instauración lenta (d/Sem)

- + Frecuentes
- 80% Servicio Urgencias
- > 2
- Infecciones recurrentes

Instauración rápida (sh)

- Exposición a alérgenos inhalados
- Farmacos
- Alimentos

Síntomas

- Leve parca respiratoria
- Disnea
- Tos seca
- Habla
- Fl
- FV
- Sibilancias

Neumonías

Definición

- Infección de los pulmones provocada por una gran variedad de MO que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y espacios adyacentes

Epidemiología

- <5a y >65a
- Nº1 importante en <5a
- Adulto mayor → UCI
- Mortalidad en el Sur de Mx

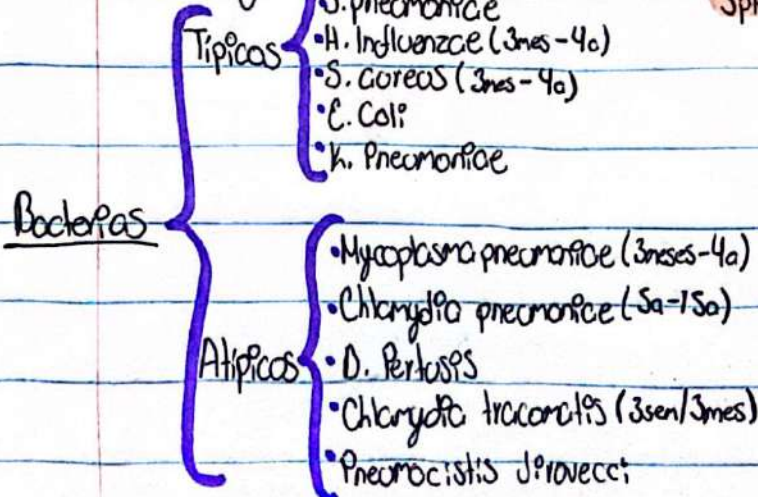
Tx Riesgo

- >65a
- Alcoholismo
- EPOC
- Enf Cardiovascular
- DM
- Insuf Renal
- Inf viral previa
- Aspiración
- Tx reciente con ANTB/Inmunosupresores

Clasificación



Etiología



Etiología GPC

Acróbico	DM	EPOC
H. Influenzae	S. pneumoniae	H. Influenzae
C. pneumoniae	Alcohólico	M. Catarrhalis
S. pneumoniae	S. pneumoniae	VIIH
M. Catarrhalis	Legionella spp	P. jirovecii

Clínico

- Fiebre >37.8°
- FR >25rpm
- Producción de esputo
- Mialgias
- Dinenea
- Draforesis nocturna
- Confusión
- R/ Tos
- Estertores pulmonares

Diagnóstico

LABS	Imagen
DHC/QSC	Tele tórax
GASA	TAC
Cultivo	
- Sangre	
- Espoto	

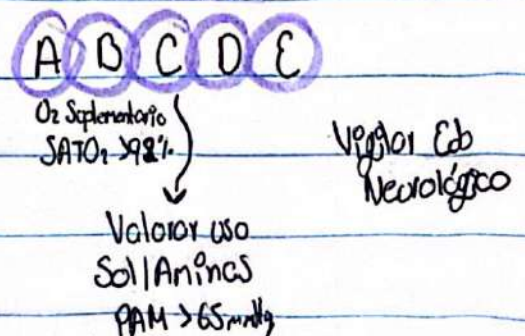
Escala CURB-65

C	Confusión +1pto
U	Bun >19 mg/dL +1pto
R	Respiración >30rpm +1pto
B	PAS <90 / PAD <60 mmHg +1pto
65	>65a +1pto

Interpretación

- 0-1pto: Mortalidad 0.2-2.7%. Manejo Ambulatorio
- 2-4ptos: Mortalidad 6.8-27%. Hospitalización
- 5ptos: Mortalidad 57%. Ingreso UCI

Tratamiento



TEP

Tromboembolia pulmonar

Definición

- Oclusión de la circulación arterial pulmonar a causa de un trombo procedente del SN generalmente de MI

Fx Riesgo Débiles

- Reposo en cama >3d
- DM
- HTA
- Inmovilización por mucho tiempo
- Edad avanzada
- Obesidad

Patogenia / Fx Riesgo

Triada de VIRCHOW

- Estasis venosa
- Lesión endotelial
- Hypercoagulabilidad

Fx Riesgo Moderados

- Enf Autoinmunes
- Transfusión sanguínea
- Quimioterapia
- Fertilización in vitro
- Infección (ITU/VIH)
- Cáncer

Fx Riesgo Fuertes

- TEP previo
- Fx MI (rodilla/cadera)
- Protésis
- Lesión medular
- IAM < 3 meses

Dx

Clinica + Anamnesis

- Sg {
- Taquipnea >20rpm
 - Taquicardia >100lpm
 - TVP: Edema, calor y empastamiento miembros inf
 - Cianosis/Oxidosis
 - Fiebre
 - ↓ Murmullo vesicular

Pruebas Complementarias

Hemograma / Bioquímica / Coagulación

- Leucocitosis
- ↑ VSG, LDH y GOT

Gasometría Arterial

- Hipoxemia
- Hipocapnia
- Alcalosis respiratoria

Dímero D

- >500ng/ml
- Pedfr Angio-Tac

EKG

- Ait Segmento ST y onda T
- Oloqueo completo como Der

Gold Standard

Sint {

- Disnea reposo súbito
- Dolor torácico
- Tos
- Hemoptisis
- Sincope

Rx tórax

- Deneme pleural
- Atelectasia
- ↑ Hemo tórax
- Cardiomegalia

Sg {

Wes termork (oligemia focal)

Joroba Hampton: Condensación parenquimatosa triangular en la base pulmonar, generalmente asociada infarto pulmonar

Escala WELLS

Alto >6ptos	Sint/Sg clinicas de Enf tromboembolia venosa	3ptos
Medio 2-6ptos	Embolia pulmonar como Dx + probable	3ptos
	FR >130x'	1.5ptos
	Inmovilización /Cx en 4 Sem previas	1.5ptos
Bajo <2ptos	Embolia pulmonar o enf tromboembolia venosa previa	1.5ptos
	Hemoptisis	1.5ptos

Criterios GINEBRA

>6Sa	1	Alto
TVP/TEP previo	3	>11
Cx con anestesia total o dx MI dentro de un mes	2	Moderado Intermedio
Ca Actual curado en 1a	2	4-10
Dolor unilateral de pierna	3	Bajo
Hemoptisis	2	<3
FR >75-99x'	3	
FR >95x'	5	
Dolor a la palpación venosa	1	

Trauma de Tórax

Abierto

- + Común
- Heridas por arma blanca/daga

Cerrado

- Transferencia de energía secundaria a la desaceleración del objeto que los golpea

Mecanismo Fisiopatológico

- Obstrucción VA por lesión del árbol bronquial - traquea, secreciones pulm/hemorragia
- Pérdida de la capacidad de oxigenación/ventilación de pulm por hemotorax, neumotorax y contusión pulm
- Hemorragia exsanguinante
- Fallo \heartsuit * Contusión \heartsuit / ruptura de válvula \heartsuit
- Taponamiento \heartsuit

Clasificación

Traumática

- T. torácico cerrado
- T. torácico penetrante

Espontáneo

- Vascolar
- Aneurisma, disecación aórtica

Coagulopatías

- Medicamentos
- Enf. Congénita

Misceláneas

- Hematopoyesis extramedular
- Exostosis
- Endometriosis

Traumático

- Taquicardia
- Choque hipovolémico
- Dolor torácico

Traumático

- Disnea

H. Masivo

- Acumulación rápida >1500ml de sangre en cavidad torácica
- \uparrow Presión dentro del hemitorax afectado \rightarrow compresión/desplazamiento en lado afectado \rightarrow mediastino

Hemotórax

- Presencia de sangre en cavidad pleural

Etiología

- Accidentes de tráfico
- Accidentes laborales/vivienda
- Traumatismos directos
- Agresiones

- Exclusivo a tórax
- tóxicos \rightarrow Rx Politraumatizada \rightarrow + Mortalidad

Traumas directos

- Contusión mioc
- Fx Costales
- Contusión pulm
- Hemo/Neumotorax

Traumatismos indirectos

- Compresión sostenida
- Asfixia traumática
- Hemo/Neumotorax
- Fx Costales
- Lesiones esofágicas - \uparrow Presión intralumenal

H. Espontáneo

- H.C y E.F \rightarrow Etiología
- Antecedentes de hemoptisis
- Uso previo de medicamentos
- Tendencia a sangrado por coagulopatía
- Pericardio de los derrames

Tx

- Control de la vía aérea
- Oxígeno/Soporte Ventilatorio
- Administración Sangre/ Derivados
- Drenaje torácico \rightarrow permite al pulmón expandirse

ATLS

Lesión primaria
Resolución de lesiones vitales

Revisión Secundaria detallada

Lesiones definitivas

Síntesis Abdominal
Traqueobronquial

Estítor
Disnea
Hemoptisis
Enfermedad Sistémica

Disfonía
Escape aéreo persistente por tórax
bien ubicada

Toracotomía

- Rx hipertensión
- >1500
- >200 h durante 3/4h
- Estable por transfusión crónica

\downarrow Mucositas
 \downarrow Mucositas a la derivación