



JESUS EDUARDO GOMEZ FIGUEROA

DR. ROMEO SUAREZ MARTINEZ

MEDICINA HUMANA

URGENCIAS MEDICAS

8 SEMESTRE

GRUPO: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de marzo del año 2024

EXACERBACIÓN DEL

DENGUE

Jesús Eduardo González
Figueroa.

CLASIFICACIÓN

DENGUE NO GRAVE.

SIN SIGNOS DE ALARMA

- Fiebre > 38 grados
- Cefalea
- Mialgias y Artralgias
- Dolor retro-ocular
- Rash rubeliforme
- Diarrea sobre todo en niños
- Conjuntivitis, Farngitis
- Prueba de torniquete positiva o negativa
- BH con leucopenia y Linfocitosis

Manejo Ambulatorio

CON SIGNOS DE ALARMA

- (Vigilar a los 72 hrs de evolución)
 - Dolor abdominal
 - Vómitos $>$ de 6
 - Evidencia clínica de escape de líquidos, derrame pleural o ascitis. Edema periorbitario
 - Sangrado de mucosa (Epistaxis, Gingivorragia)
 - Letargia, irritabilidad
 - Laboratorio \uparrow Hto y datos de trombocitopenia \downarrow 100 mil
 - PFH \uparrow Transaminasas \downarrow Albúmina
- Referencia Hospitalaria (Evaluación Sala de Urgencias).

muy bien



DENGUE GRAVE

1. Fuga de líquidos
2. Presencia de hemorragias
3. Afección de órganos

- Ocasos de insuficiencia circulatoria y Shock por dengue.
- Presencia de eventos hemorrágicos (STDA), secundario a consumo de factores de coagulación
- Daño visceral a órgano(s)
- Hígado: Hepatitis
- SNC: encefalitis
- Corazón: Miocarditis
- Pulmón: Neumonitis
- Riñón: Glomerulonefritis transitoria

UCI

Naranja

(Situación grave, Emergencia) 10-15 minutos

En este nivel la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte incrementando su riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no supere los 30 minutos.

Cuando existe un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Amarillo

(Situación poco grave, urgente) 15-30 minutos

Cuando es una urgencia los pacientes necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, alado que se encuentran estables desde un punto de vista fisiológico, sin embargo su situación puede empeorar si no se actúa con rapidez.

- Dolor torácico por más de 5 días
- Heridas que necesiten suturas
- Infección de herida quirúrgica

Verde

(Urgencia menor) 30-60 minutos

El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, pero no exentas de complicaciones.

- Escurce
- Diarrea sin deshidratación

Azul

(Sin urgencia)

60-120 minutos

Trabajo



incompleto

SHOCK

Jesús
Eduardo
Gómez Figueroa

El shock es un síndrome producido por una inadecuada perfusión y entrega de oxígeno a los tejidos, implica un fallo circulatorio que lleva a un déficit en la oxigenación celular. Existen diferentes etiologías y la mortalidad es elevada, aproximadamente un 40-60% en el shock séptico y hasta 40% en el shock hemorrágico.

Clasificación.

1. Según el mecanismo fisiopatológico.

HIPOVOLÉMICO: Pérdida aguda de volumen intravascular ($>20\%$) de forma aguda. Esta pérdida puede ser externa o interna.

- Hemorrágico: secundario a politraumatismo, sangrado digestivo, sangrado quirúrgico, complicación de un aneurisma
- No hemorrágico: deshidratación, quemaduras, tercer espacio inflamatorio, pérdidas digestivas, poliuria.

CARDIOGÉNICO: Disfunción primaria en el corazón. La causa más frecuente es el síndrome coronario agudo, también puede producirse por miocardiopatías (miocarditis aguda, insuficiencia cardíaca, valvulopatías y arritmias).

OBSTRUCTIVO: Obstrucción mecánica al flujo sanguíneo. Puede ser por causa vascular extrínseca, intrínseca o por \uparrow de la presión intratorácica.

Causas: Embolismo pulmonar, taponamiento cardíaco, neumotórax, obstrucción de la vcl.

DISTRIBUTIVO: \downarrow del tono vasomotor. Es debido a fenómenos que facilitan la salida de líquidos del espacio intravascular hacia el espacio intersticial por vasodilatación secundaria a la acción de sustancias vasoactivas, o por la pérdida del tono simpático vascular. La causa + frecuente es la sepsis, también se produce en las reacciones de anafilaxia, insuficiencia adrenal, u en el shock de origen neurogénico (sobre todo traumático).

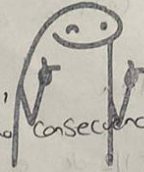
QUEMADURAS

Jesús Eduardo Gamero
Figueras

Lesiones o heridas producidas en los tejidos por la acción del fuego y del calor, por contacto con determinados productos químicos cáusticos o corrosivos, por la electricidad, **may bien** radiación y por fricción.

Fisiopatología.

Cuando ocurre una quemadura, se produce 2 fenómenos, (↑ permeabilidad y vasodilatación) que traen como consecuencia todo el cuadro clínico de esta patología.



- El calor ↑ la permeabilidad de los capilares, el paso de las proteínas plasmáticas al espacio intersticial produce un gran edema, con la consiguiente ↓ del volumen sanguíneo pudiendo llevar al colapso circulatorio.

Clasificación por función del agente causal:

- Térmicas: Las más frecuentes respecto directo al calor
 - Escaldadura: Líquidos calientes
 - Llama: Acción directa al fuego
 - Contacto: Contacto de sólidos calientes
- Congelación: Exposición a bajas temperaturas
- Eléctricas: Vaporar órganos internos
- Químicas: Ácidos-base-orgánicas-inorgánicas
- Radiación: ↑ frecuente radiación ultravioleta

Aproximación diagnóstica.

Vigilancia estrecha en las 1as 48-72 hrs

Anamnesis.

Hora del accidente, tipo de accidente, mecanismo, posibilidad de inhalación de gases, edad, enfermedades intercurrentes.

HIPOGLUCEMIA

Jesús
Eduardo

Camacho
Piguet

Excelente

La glucosa es un combustible metabólico obligado para el cerebro. Debe descartarse hipoglucemia en cualquier paciente con síntomas neurológicos agudos (confusión, alteración de nivel de consciencia o convulsiones, incluso focalidad neurológica).

La hipoglucemia se define como una concentración anormalmente baja de glucosa en plasma, ya sea con o sin síntomas. Aunque el umbral que define la hipoglucemia es diferente en cada individuo, se establece un valor de alerta ≤ 70 mg/dl en pacientes diabéticos y ≤ 55 mg/dl en no diabéticos.

Tener en cuenta la triada de Whipple:

- Sintomatología compatible con hipoglucemia.
- Baja concentración plasmática de glucosa
- Memoria de los síntomas tras la elevación de glucemia.

Clinica.

Los síntomas suelen aparecer de una manera secuencial: en primer lugar, aparecen los síntomas denominados de alarma (neurogénicos); si la hipoglucemia no es corregida, aparecerán los síntomas neuroglucopénicos por déficit de glucosa a nivel cerebral.

• Neurogénicos:

- Adrenérgicos: temblor, palpitaciones, ansiedad (estos síntomas pueden pasar desapercibidos si existe neuropatía o tratamiento con β -bloqueantes).

- Colinérgicos: diaforesis, hambre, parestias

• Neuroglucopénicos: cambios conductuales, alteraciones psicomotoras, confusión, fatiga, pérdida de consciencia, convulsiones, incluso focalidad neurológica, coma y muerte.

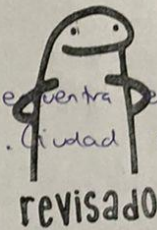
EXACERBACIÓN DEL EPOC

Sesús Echeverría
Genze Figueroa.

Episodios de inestabilidad y presencia de 3 hallazgos clínicos
Empeoramiento de la disnea, ↑ en el volumen de expecto
e ↑ en la purulencia del mismo.

Epidemiología.

Presenta una prevalencia mundial de 10% y se encuentra entre
las primeras 4 causas de mortalidad global. Ciudad de
México 7.8%



Etiología.

- El tipo de agente infeccioso
- El medio ambiente (tabaco, exposición ocupacional).
- El huésped y sus comorbilidades (fallo cardíaco congestivo, infecciones no pulmonares (embolia pulmonar, neumonía)).

Clasificación.

- Leve: Puede ser controlada con el ↑ en la dosis de la medicación usual.
- Moderado: Requiere tratamiento con corticoide o antibiótico sistémico.
- Grave: Necesita valoración en el servicio de urgencias u hospitalización.

Diagnóstico.

Exploración física: Cianosis, ↑ del diámetro antero-posterior del tórax, uso de músculos accesorios, ↓ ruidos respiratorios, sibilancias y signos de insuficiencia cardíaca derecha.

Estudios dx:

- Gases arteriales
- Rx de tórax
- Electrocardiograma

• Gram cultivo del expecto