

corey m. slovis, m.d.  
keith d. wrenn, m.d.  
clifton k. meador, m.d.

# sobre medicina, médicos y pacientes

vol. III en la medicina de EMERGENCIA

- Ud. sólo puede ver lo que sabe.  
El ojo no ve lo que la mente no sabe.
- Manténgase alejado de algunos procedimientos.  
Si Ud. falla dos veces en un procedimiento, no lo intente más.
- La vía aérea viene primero.  
El examen neurológico nunca es más importante que la vía aérea.

# **SOBRE MEDICINA, MÉDICOS Y PACIENTES**

**Volumen III**

# **SOBRE MEDICINA, MÉDICOS Y PACIENTES**

**En la medicina de emergencia**

**Volumen III**

**COREY M. SLOVIS M.D.  
KEITH D. WRENN M.D.  
CLIFTON K. MEADOR M.D.**

Traducción y edición:

**Ximena Páez**

Profesora Titular

Facultad de Medicina

Universidad de los Andes

Mérida, Venezuela

Versión en español de la obra original en inglés “*A Little Book of Emergency Medicine Rules*”, de Corey M. Slovis MD., Keith D. Wrenn MD., Clifton K. Meador, publicado por Hanley & Belfus Inc., Philadelphia, 2000.

ISBN edición original: 1-5653-374-9

Diseño de la portada y contraportada de S.R. Páez.

DERECHOS RESERVADOS. Ninguna parte de este libro puede ser reproducida, reeditada, o difundida en ninguna forma o medio sin la autorización escrita de Hanley & Belfus Inc.

ISBN de SOBRE MEDICINA, MÉDICOS Y PACIENTES. En la medicina de emergencia. Vol. III: 980-11-538-8

Depósito Legal: lf: 23721611849

ISBN de la colección REGLAS DE LA BUENA PRÁCTICA MÉDICA: 980-11-534-8

Depósito Legal: lf 2372161813

Impresión financiada por el CDCHT-ULA y debidamente autorizada por Hanley & Belfus Inc.

Impreso en 21 por Editorial Venezolana en Mérida, Venezuela.

# CONTENIDO

<b>Tópicos</b>	<b>Desde la regla</b>
Filosofía general .....	1
Diagnóstico .....	42
Tratamiento .....	61
Costos .....	87
Abdomen y gastrointestinal .....	91
Admisiones .....	111
Vía aérea .....	112
Alcohólicos .....	118
Cardiología .....	122

<b>Tópicos</b>	<b>Desde la regla</b>
Egresos .....	133
Equipo del departamento de emergencia .....	134
Ancianos .....	139
Ojos, oídos, nariz y garganta .....	143
Pacientes femeninas .....	156
Dolores de cabeza .....	161
Problemas hematológicos .....	173
Historia .....	174
HIV .....	185
Hipertensión .....	188

<b>Tópicos</b>	<b>Desde la regla</b>
Trauma .....	191
Articulaciones .....	194
Neurología .....	196
Traumatología .....	23
Dolor .....	26
Pediatría.....	29
Examen físico .....	210
Psiquiatría.....	211
Neumonología .....	213
Toxicología y metabolismo .....	219

## **NOTA PRELIMINAR**

Este es el tercer y más reciente volumen de reglas sobre la práctica médica del Dr. Clifton K. Meador, esta vez escrito junto con dos especialistas en medicina de emergencia. Estas reglas o normas están organizadas aquí por tópicos y con énfasis especial en esa muy particular área de la atención médica. Las reglas, sin embargo, tienen las mismas características fundamentales que en los dos volúmenes precedentes, tienen el peso de verdades, muchas son expresadas con humor y sobre todo son útiles enseñanzas para el equipo de salud que participa en el servicio del paciente en situación de emergencia, donde el tiempo es crucial para hacer diagnósticos e instaurar las medidas pertinentes.



Doy gracias al Consejo de Desarrollo Científico Humanístico y Tecnológico de la Universidad de los Andes por haber hecho posible la publicación en español de estos tres pequeños libros que juntos hacen la colección *Reglas de la Buena Práctica Médica*. De esta manera, contribuimos a la difusión de estas ideas necesarias para lograr una *buena* atención al paciente.

**Ximena Páez**

# INTRODUCCION

## Un Pequeño Libro de *Reglas* en la Medicina de Emergencia

Me siento honrado de unirme a Corey Slovis y Keith Wrenn para escribir estas reglas dedicadas a los que trabajan en departamentos o servicios de emergencia. Cuando Linda Belfus, nuestra editora, sugirió escribir un libro de reglas para médicos de emergencia, inmediatamente pensé en los Drs. Slovis y Wrenn. Ambos son sobresalientes médicos de emergencia y profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Vanderbilt.

Las reglas para estar escritas efectivamente necesitan de una cierta fuerza. Las reglas aquí son afirmaciones un poco dogmáticas que deberían hacernos pensar. Pero

sinembargo, como manifesté en *The Little Book of Doctors' Rules (Sobre medicina, médicos y pacientes Vol I)*,

No hay regla sin excepción, y  
la mayoría de las reglas pueden romperse.

Así espero que estas reglas ayuden a todos aquellos -  
médicos, enfermeros, técnicos y estudiantes- comprometidos  
en el reto de atender pacientes con emergencias médicas.

**Clifton K. Meador**

## PREFACIO

El tratar pacientes en el Servicio de Emergencia puede ser excitante, difícil, divertido, aburrido, desafiador, sucio y heroico. Pero desafortunadamente, también puede ser arriesgado tanto para los pacientes como para el personal que los trata.

Hemos escrito un libro de *reglas* con el propósito de evitar que Ud. cometa los muchos errores que nosotros hemos cometido u observado en casi 50 años de enseñar y practicar Medicina de Emergencia. “Aprenda de **sus** errores” es uno de los Diez Mandamientos de la Medicina de Emergencia. Quizás este libro debiera titularse “Aprenda de **nuestros** errores”.

Por favor, use nuestras afirmaciones, observaciones, y reglas como una ayuda que lo guíe mientras aprende el arte de brindar la atención episódica de emergencia. La medicina de emergencia no se debería practicar ingenuamente. Use nuestra experiencia y consejo como ayuda para desempeñarse con destreza en esta área de la atención médica que es un permanente desafío.

**Corey M. Slovis, MD**  
**Keith D. Wrenn, MD**  
**Clifton K. Meador, MD**

## FILOSOFÍA GENERAL

1

### **Permanezca desconfiado**

No crea en nadie, no crea nada.

2

### **Notas de *triaje*\***

Siempre lea la nota de *triaje*.

3

### **Ponga atención a los motivos de consulta en el triaje**

Siempre dirija su atención al motivo de consulta que la enfermera de triaje registra en su nota inicial de ingreso.

---

\* Nota de traducción: *triaje*, palabra no aceptada en español, viene del francés *triage*, selección; consiste en hacer una selección rápida de los pacientes según su urgencia de atención.

4

### **Hojas del servicio médico de emergencia**

Siempre lea la hoja de consulta a la emergencia.

5

### **Los signos vitales son vitales**

Asegúrese siempre de ver cuáles signos vitales (una saturación de oxígeno es un signo vital en el servicio de emergencia) han sido tomados.

6

### **Piense en la glucosa**

Piense siempre en hacer un examen rápido de glucosa

7

### **Pacientes con dolor**

Nunca subestime cuánto duele algo, especialmente en pacientes con enfermedad de células falciformes o cáncer.

8

### **¿Enfermo o no?**

Importa menos saber qué es lo que está mal, que saber si el paciente está enfermo o no.

9

### **Ponga atención a las segundas consultas**

Si los pacientes van por segunda vez al servicio de emergencia por la misma causa, haga que alguien más los vea, o piense en ingresarlos.

10

### **Documente, documente, documente**

Documente más en los pacientes menos urgentes.

11

### **Consultantes**

El consultante nunca estará de acuerdo con Ud.



12

### **Médicos de Emergencia**

Un médico de emergencia nunca está bien vestido y siempre tiene malas noticias.

13

### **No ingresos, por favor**

El no ingresar es conveniente si Ud. está en el sitio de las admisiones.

14

### **Penurias para esos a quienes no les gusta las enfermeras o enfermeros**

Si las enfermeras o enfermeros no son sus amigos, Ud. está en problemas.

15

**Si tiene duda, acepte**

Generalmente es mejor aceptar (un paciente) que dar (una mortificación al médico al que se transfiere el paciente).

16

**Si Ud. piensa que la administración del cuidado médico es complicada, vea que tal es COBRA\***

Una violación de COBRA es peor que una violación de la administración de la atención médica.

17

**Los administradores no son médicos**

Nunca deje que un administrador tome una decisión médica.

---

\* Nota de traducción: COBRA son las siglas de “*consolidated omnibus budget reconciliation act*”, que significa que por ley en casos de emergencias hay la obligación de atender al paciente aunque no esté cubierto por seguro médico alguno.

18

### **Pida ayuda**

No vacile en pedir ayuda.

El más inteligente de nosotros sabe cuándo decir “yo no sé”,

19

### **Los pacientes hablan, nosotros escuchamos**

Los pacientes pueden decir lo que ellos quieran, Ud. NO.

20

### **Los teléfonos lo pueden meter en problemas**

En general, es una mala idea dejar que alguien le discuta de algo por teléfono.

21

**No hay certeza**

Nada es nunca 100% ó 0%.

22

**Las armas no son buenas**

Las armas nunca son responsables de algo bueno.

23

**Sea precavido con las compañías de seguros**

Las compañías de seguros no necesariamente tienen en el corazón lo que más le conviene al paciente.

24

**El único doctor en el hospital**

El médico de emergencia es con frecuencia el único médico en el hospital después de medianoche, así que...

25

### **Sentido común**

El sentido común es más importante que la medicina basada en hechos.

26

### **Gente disgustada**

Los pacientes disgustados son generalmente pacientes disgustados por alguna razón.

Descubra cuál es.

27

### **Límites de los exámenes físicos**

Haga un buen examen físico, pero no dependa solamente de él.

28

**Los pacientes pueden enfurecerse**

¡Está bien que un paciente se ponga furioso!

Los buenos médicos son malos médicos si el paciente se va enojado o desconsolado.

29

**Ud. sólo puede ver lo que sabe**

El ojo no ve lo que la mente no sabe.

30

**Un café puede suavizar muchas cosas**

Dar una taza de café al paciente o a un familiar es acertado para ganar un buen equipo de defensa.

31

**Trate al paciente, no a la enfermedad**

32

**La prevalencia de enfermedad varía**

La prevalencia de una enfermedad seria varía ampliamente según el lugar de la práctica médica.

Es baja en la práctica comunitaria o de familia,  
alta en un centro de referencia,  
extremadamente alta en una unidad de cuidados  
críticos de referencia.

33

**Algunos pacientes están más allá del conocimiento**

Algunos pacientes están más allá del conocimiento médico existente

Algunos pacientes están más allá de todo conocimiento.

34

**Deje que el paciente tenga sentimientos**

Está bien que el paciente llore, se deprima, ría, agreda, o tenga cualquier otro sentimiento.

35

**Manifestaciones de enfermedad comunes y raras**

Manifestaciones raras de enfermedades comunes son más comunes que manifestaciones comunes de enfermedades raras.



36

### **Algunos pacientes necesitan estar enfermos**

Algunos pacientes tienen una necesidad de estar enfermos.  
No les niegue esa necesidad.  
Trátelos bien, escúchelos y déjelos irse con su dignidad intacta.

37

### **Biología humana vs. medicina clínica**

La biología humana y la medicina clínica no son la misma disciplina.  
Los biólogos y clínicos usan procesos de pensamiento muy diferentes.

38

### **No crea que algo es tan malo como parece**

Cuando se enfrenta a un paciente sangrante o críticamente enfermo, recuerde que la mayoría de las cosas no son tan malas como parecen al principio.

Pare la hemorragia, limpie la sangre, estabilice al paciente; evalúelo de nuevo y vea que tan malas son las cosas realmente.

39

### **Sea cauteloso con pacientes etiquetados**

Siempre que enfrente un paciente difícil (lo que algunos dirían peyorativamente un *paquete*), siempre piense:

“¿Podría este paciente ser hipotiroideo, tener la enfermedad de Lyme o tener lupus?”

40

### **Gente nerviosa puede tener hipertiroidismo**

Pacientes nerviosos, ansiosos, pueden ser precisamente eso: pacientes nerviosos o ansiosos.

Sin embargo, también pudieran ser hipertiroideos.

41

### **Manos frías**

Los pacientes hipertiroideos nunca tienen manos frías.

## DIAGNÓSTICO

42

### **Cuentas blancas**

Una cuenta blanca es útil sólo si es baja.  
O extremadamente alta como en la leucemia.

43

### **Mida niveles de digoxina y de teofilina**

Si un paciente está enfermo y está tomando digoxina o teofilina, mida los niveles de esas drogas.

44

### **No mida anticonvulsivos cuando no se estén tomando**

Si un paciente que ha tenido una convulsión admite que no ha cumplido el tratamiento, no mida niveles de anticonvulsivantes.

45

### **Aguja antes de cortar**

Si no está seguro que es un absceso, pínchelo con una aguja antes de escindirlo con un bisturí.

46

### **Los exámenes apropiados y mejores**

El examen más barato no siempre es el mejor.  
El mejor test no siempre es el más apropiado.

47

### **Estadística de población**

En un paciente específico, el usar estadísticas de población para descartar una enfermedad, nunca sirve para excluirla.

48

### **Rabdomiólisis\***

Un paciente que está realmente enfermo podría tener rabdomiólisis.

Chequee la creatinina fosfokinasa (CPK)\*\*.

49

### **Sudación e incontinencia**

Siempre considere seriamente la sudación que se presenta sin ejercicio y la incontinencia fecal.

---

\* Nota de traducción: rabdomiólisis es una destrucción aguda de células musculares.

\*\* Nota de traducción: CPK, iniciales de la enzima creatina fosfoquinasa que está elevada en sangre en estos casos.

50

### **No pesque enfermedades**

No vaya en “expediciones de pesca” de enfermedades que no estén dictadas por la historia, el examen físico, o las circunstancias del caso.

51

### **Encuentre al médico correcto**

Para un paciente seriamente enfermo y sin diagnóstico, probablemente hay un médico en alguna parte que sabrá lo que tiene el paciente.

Encuentre a ése médico.

52

### **Patofisiología de la enfermedad y síntomas**

La patofisiología de la enfermedad diagnosticada debería explicar todos los síntomas del paciente.

Si no lo hace, Ud. tiene el diagnóstico equivocado o está dejando escapar una segunda enfermedad que podría explicar los síntomas.

53

### **El laboratorio debería ser un rifle**

Use los exámenes de laboratorio como un rifle no como una escopeta... un tiro a la vez y con precisión.



54

### **Escoriaciones simétricas = pellizcos**

Rasguños simétricos o en mariposa sobre la piel son causados por pellizcos y generalmente son autoinfligidos.

55

### **Lesiones facticias\* de la piel**

Lesiones facticias de la piel no aparecen entre las escápulas.

56

### **Pacientes no diagnosticados**

Las enfermedades facticias necesitan ser consideradas en todos los pacientes que no están diagnosticados o que tienen hallazgos inusuales.

---

\* Nota de traducción: enfermedad facticia es la producida artificialmente, no es lo mismo que enfermedad ficticia que es enfermedad simulada.

57

### **Esté alerta a la complicidad**

La enfermedad facticia puede ocurrir como colaboración entre dos personas: el paciente y un amigo o padre o esposo.

58

### **Hallazgos localizados en la enfermedad sistémica**

Es un error común presumir que un proceso de enfermedad es localizado cuando el paciente tiene una enfermedad sistémica.

59

### **¡Crea a los hemofílicos!**

Si ellos le dicen que tienen dolor de cabeza, corrija la deficiencia de su factor a 100%, antes de hacer una tomografía computada.

Si le dicen que su articulación le duele, ¡trátela!.

60

## **Pruebas**

Hay un gran valor para el paciente en una prueba negativa

## TRATAMIENTO

61

**Una carga de volumen significa una carga de volumen**

“125 cc/hora” nunca es una carga de volumen en un adulto.

62

**Urgencia de las decisiones**

Mientras mayor la urgencia, más fáciles las decisiones.

Mientras menor la urgencia, más difíciles las decisiones.

63

### **Deje a los residentes hacer los procedimientos**

Los médicos jefes no son los mejores con los procedimientos.

El pico en la destreza en un procedimiento generalmente ocurre en el segundo año de residencia de postgrado.

64

### **Narcóticos y AINES\***

Rara vez hay una razón para no dar narcóticos a alguien que está sufriendo.

Hay cantidad de razones para no dar AINES.

---

\* Nota de traducción: se usa mucho las iniciales AINES en español y NSAID en inglés para drogas antiinflamatorias no esteroideas.

65

### **Límite de provisión de narcótico**

Rara vez hay una razón para dar más de tres días de suministros de narcóticos.

66

### **Dosis única de esteroides**

Una dosis única de esteroides nunca daña a nadie.

67

### **Más o menos medicina**

Ud. siempre puede dar más medicina.

Ud. nunca puede dar menos.

68

### **No dar antibióticos**

No hay excusa para no dar antibióticos si Ud. sospecha de meningitis.

Si Ud. puede, tome dos hemocultivos y una muestra de orina y comience a dar antibióticos endovenosos antes de la tomografía computada y /o mientras Ud. esté haciendo la punción lumbar.

69

### **Ninguna guía lo es 100%**

Las “guías de la práctica” rara vez cubren todas las posibilidades.

70

### **No se preocupe**

Si Ud. se está preocupado acerca de la retención de  $\text{CO}_2$  cuando la saturación de  $\text{O}_2$  es menos de 90%, Ud. se está preocupando de la cosa equivocada.

71

### **Acuérdese del médico primario**

Siempre llame al proveedor de cuidado primario.

Es mejor que él o ella se moleste con Ud. por llamarlo a medianoche, a que esté furioso al día siguiente por no haberlo llamado.

72

### **“Puede” y “Debería” son dos palabras diferentes**

Sólo porque Ud. puede hacer algo,  
no significa que Ud. debería hacerlo.

73

### **Enviar a la casa vs. ingresar**

Es más importante estar en lo correcto  
cuando Ud. envía a alguien a casa,  
que estar en lo correcto cuando Ud. lo admite.

74

### **Manténgase alejado de algunos procedimientos**

Si Ud. falla dos veces en un procedimiento, no lo intente más.

75

### **Pacientes que van a casa**

Antes de enviar los pacientes a casa, cerciórese que ellos pueden tomar líquidos y caminar.

76

### **Buenas instrucciones de egreso: un deber**

Buenas instrucciones al egreso son más importantes que un diagnóstico preciso.

77

### **Excusas para el trabajo**

Si los pacientes piden un certificado médico para no trabajar, generalmente no están muy enfermos.



78

### **Eritromicina**

No de más que 250 mg de eritromicina base.  
A menos que Ud. esté tratando enfermedad de los Legionarios o... estreñimiento!

79

### **Diagnóstico vs. tratamiento**

No deje que el diagnóstico se entrometa en el modo de tratar.

80

### **Admisión antes del diagnóstico**

Un paciente puede ser admitido antes de que el diagnóstico sea acuñado.

81

### **Una tomografía no debería retardar el tratamiento**

La tomografía nunca debería retardar el dar antibióticos o medidas salvadoras.

82

### **Asegúrese del seguimiento**

Asigne a cada paciente una *pista* que seguir.

83

### **Los líquidos mejoran la deshidratación**

Las personas enfermas deshidratadas lucen mucho mejor después de 2.000 a 3.000 cc.

84

### **Doscientos centímetros cúbicos por hora no es mucho**

200 cc. por hora es sólo una lata de refresco cada 120 minutos.

85

### **Los pacientes quieren magia**

Todos los pacientes —aquellos con sus PhD en psicología, o quienes tienen altos cargos públicos, o los iletrados y los ignorantes— quieren magia de Ud.

La magia no necesita de píldoras o cirugía.

La magia que Ud. lleva es oír sus males y darles una razón médica para sus síntomas.

86

### **Drogas sin valor**

Ninguna droga puede ser considerada completamente inútil hasta que haya sido probada y haya fallado en pacientes con esclerodermia.

## COSTOS

87

### **Las drogas cuestan dinero**

Ud. puede no tener que preocuparse por los costos de las medicinas pero su paciente SI.

Siempre considere los medicamentos más baratos, más viejos, especialmente si ellos funcionan bien.

88

### **Drogas nuevas y caras**

La medicación **más cara** no es siempre la mejor.

Lo mismo puede decirse de la medicación **más nueva** sobre la cual el visitador médico le habló durante el almuerzo.

89

**Indigentes = sin dinero**

La gente indigente generalmente no puede comprar medicamentos.

Las muestras pueden ser salvadoras.

90

**Dar muestras médicas a los indigentes**

Es mejor dar una muestra a un indigente que a un amigo.

## ABDOMEN Y SISTEMA GASTROINTESTINAL

91

### **El tiempo puede ser un gran diagnosticador**

Cuando evalúa dolor abdominal no hay sustituto para el tiempo.

Después de tener todos los resultados, si Ud. está todavía inseguro —deje al paciente descansar en el servicio de emergencia por una hora o dos— después evalúe de nuevo.

92

### **Quirófano, no Servicio de Emergencia**

Una sospecha de aneurisma de la aorta abdominal debería ir al quirófano, no a la sala de emergencia.

Una vez que se rompe, no hay terapia efectiva.

Si es posible, haga que el médico que refiere y el cirujano vascular estén de acuerdo con la admisión directa al quirófano.

93

### **Narcóticos para dolor abdominal severo**

A menos que el cirujano esté en el ascensor en camino al servicio de emergencia, el dolor abdominal severo debería tratarse rápido con una dosis efectiva de un narcótico potente.

94

### **En el servicio de emergencia, sea cuidadoso con los ancianos estreñidos**

Decirle a un anciano que nunca viene a la emergencia “es solamente estreñimiento”, puede ser decirle a ese paciente una de las últimas cosas que él oirá.

95

### **Los cirujanos necesitan ver al paciente**

Ningún cirujano puede hacer por teléfono un diagnóstico preciso.

Quizá la única excepción sea:

“Suenan como un abdomen quirúrgico. Llamaré al quirófano”

96

### **“No es abdomen quirúrgico” *no es un diagnóstico***

No acepte “no es un abdomen quirúrgico” como un diagnóstico.

97

### **Dolor abdominal agudo, severo**

El dolor abdominal agudo, severo, generalmente amerita una consulta quirúrgica.



98

**Los buenos cirujanos son como los buenos exámenes**

Un cirujano experto cuando evalúa un dolor abdominal agudo es equivalente a una prueba de laboratorio altamente sensible y específica.

99

**Abdomen agudo quirúrgico**

Un abdomen agudo quirúrgico es cuando un buen cirujano dice que *es* un abdomen agudo quirúrgico.

Las tomografías computadas pueden ayudar.

100

**La obstrucción pilórica puede ser engañosa**

La obstrucción pilórica puede ser un diagnóstico que se escapa.

Puede presentarse como estreñimiento o sensación de llenura. El clásico síntoma del vomito algunas veces no está presente.

101

**La *retención* fecal debe sentirse**

El único modo de diagnosticar una *retención* fecal es con su dedo en el recto del paciente.

102

**Bloqueos del nervio muestran la diferencia**

El único modo de diferenciar a alguien que sólo busca droga, de un paciente con verdadero dolor dental es con un bloqueo del nervio.

Un paciente que aún insiste en narcóticos después que el dolor desaparece, quiere drogas, no atención dental.

103

**Seda en la lengua**

Cuando suture una laceración de la lengua, use seda.

104

### **Edema unilateral de la faringe**

El edema unilateral de las amígdalas o farínge es siempre significativo, aún si el paciente tiene síntomas mínimos.

105

### **La diarrea significa heces líquidas**

En un paciente difícil que se queja de diarrea, la presencia de heces sólidas al examen rectal la excluyen.

Sin embargo, tenga cuidado con los ancianos, ellos pueden tener retención fecal.

106

### **La sinusitis siempre es controversia**

Todo lo relacionado con la sinusitis es una controversia; la tomografía puede ser el mejor modo de diagnosticar sinusitis, pero no debería ser elegida de rutina al comienzo.

107

### **No olvide los broncodilatadores en la bronquitis aguda**

El paciente con bronquitis aguda a menudo responde bien a los broncodilatadores, especialmente después que múltiples antibióticos, diferentes y caros han sido probados.

108

### **Mire la garganta**

El único modo exacto de decidir si alguien tiene algo en la garganta es, para Ud. o para cualquier otro, mirar adentro.

109

### **Remueva la comida atascada**

El *atascamiento* de comida no debería ser tratado con glucagón, o con un catéter Foley, nitratos o suavizante de carne.

Requiere endoscopia tan pronto como sea razonable.

110

### **El agua es menos espesa que el bario**

Si ellos no pueden deglutir agua, no intente con bario.

## ADMISIONES

111

### **Casa vs admisión**

Cuando esté ingresando a alguien siempre piense:

“¿Puede este paciente ser tratado en la casa?”

Cuando esté egresando a un paciente siempre piense:

“¿Debería este paciente ser admitido?”

## VÍA AÉREA

112

### **La vía aérea viene primero**

El examen neurológico nunca es más importante que la vía aérea.

113

### **Esté seguro de las intubaciones**

El único momento en que una intubación es fácil es después que la colocación del tubo está confirmada con un instrumento confirmatorio como un detector de CO<sub>2</sub>, y el tubo está fijado.

114

**No tome las intubaciones a la ligera**

Solo los inexpertos en vías aéreas piensan que ellos son tan buenos que no necesitan un detector de CO<sub>2</sub> para ayudar a confirmar la intubación endotraqueal.

115

**Hoja más grande o tubo más pequeño**

Si Ud. falla una intubación endotraqueal, use una hoja más grande o un tubo más pequeño.



116

### **Tener la succión lista**

La única vez que Ud. necesitará la succión para la vía aérea es cuando Ud. no se aseguró de tenerla lista con anticipación.

Siempre prepare de la misma forma para cada paciente —tubos extras, hojas y mangos extras y gran succión— todo listo o de fácil acceso.

117

### **Conectar al oxígeno**

Cuando Ud. está ventilando manualmente a un paciente y la saturación de O<sub>2</sub> no está respondiendo, asegúrese de que el oxígeno esté conectado correctamente.

## ALCOHÓLICOS

118

### **Los alcohólicos pueden estar borrachos y enfermos**

Los alcohólicos nunca están “sólo borrachos” hasta cuando estén sobrios.

119

### **El alcohol puede ser letal**

Un alcohólico profundamente comatoso con un nivel sanguíneo de alcohol de 300 mg/dl (0.3g/L) probablemente seguirá profundamente comatoso o muerto cuando su nivel sea cero.

**120** **Bajo es mejor que alto**

Niveles sanguíneos bajos de alcohol son más útiles que los altos.

Un alto nivel de alcohol en un ebrio puede esconder otras enfermedades o lesiones.

Un bajo nivel le dice que la intoxicación no es la culpable.

**121** **Tratando con gente sorda**

Si un paciente no puede oír, no grite.

Ponga su estetoscopio en los oídos del paciente y hable sobre el diafragma.

## CARDIOLOGÍA

122

### **Taquicardia compleja ensanchada**

Si Ud. piensa que una taquicardia con un QRS ancho es una taquicardia ventricular y la trata como tal, Ud. nunca se equivocará.

Cosas malas suceden cuando buenos médicos piensan que pacientes estables están teniendo un episodio de taquicardia supraventricular.

123

### **Electrocardiogramas en dolor torácico**

Nunca hay *demasiados* electrocardiogramas en un paciente con dolor torácico.

124

**Evite hacer el diagnóstico de un dolor torácico por teléfono**

Aun el mejor cardiólogo no puede decir por teléfono si el dolor torácico es por enfermedad coronaria.

Nunca envíe a la casa a alguien que pudiera tener dolor torácico debido a isquemia.

Ud. o retiene los pacientes, los admite, los estresa, o hace que el cardiólogo venga y personalmente los evalúe.

125

**Haga pruebas de esfuerzo**

Ud. está realizando un test de esfuerzo en Ud. mismo cada vez que manda a casa a un paciente con “dolor torácico atípico” sin una prueba de esfuerzo.

126

**Dolor torácico atípico: un nombre erróneo**

No existe nada como “dolor torácico atípico”.  
El dolor torácico atípico ES típico.

127

**La hipertensión: es difícil de tratar**

No exagere el tratamiento de la hipertensión en el servicio de emergencia.

De hecho piense cuidadosamente antes de tratar en absoluto la hipertensión.

Es mucho mejor bajar poco o más lentamente la presión arterial que ser demasiado agresivo; la única excepción es una emergencia hipertensiva sintomática verdadera.

128

**El masaje carotídeo puede ser peligroso**

No dé masaje a las carótidas en gente que puede tener enfermedad carotídea.

129

### **Electrocardiogramas viejos por fax**

La mejor aplicación de la máquina de fax es para obtener electrocardiogramas previos.

El mejor modo para diagnosticar con precisión un cambio nuevo es mirar un trazado previo.

130

### **Algunas cosas que Ud. no quiere perder**

Un porcentaje aceptable de pérdidas por infarto agudo de miocardio es 0%.

Esto también se aplica al embarazo ectópico.

131

**Algunos soplos son fáciles de que se escapen**

Ud. debe aprender a escuchar los soplos de estenosis aórtica y estenosis mitral.

Ambos se pueden escapar fácilmente.  
Ambos son lesiones reparables.

132

**Algunos soplos están localizados precisamente**

Los soplos de la estenosis mitral pueden estar localizados en un área del tamaño de una moneda.

ALTAS

133

**Si el paciente no puede caminar sepa el por qué**

Yogi Berra dijo: “Ud. ve mucho sólo por observar.” Ud. debería estar viendo mucho si su paciente no puede salir caminando de la emergencia al momento del alta.



## EQUIPO DE EMERGENCIA

134

### **Enfermeras del Servicio de Emergencia**

Las mejores enfermeras quieren que Ud. haga lo mejor y le ayudarán a hacerlo.

135

### **No haga que se molesten las enfermeras**

Si Ud. hace que una buena enfermera se enoje con Ud., ella será capaz de descubrir fallas en su trabajo aun cuando no haya ninguna.

136

### **Gente enferma**

Si un recepcionista, o una secretaria del servicio de emergencia o un ayudante dice que alguien está enfermo, generalmente lo está.

137

### **Hablar demasiado, escuchar muy poco**

Con frecuencia los técnicos de emergencia y paramédicos aportan demasiada *historia*.

Con frecuencia los médicos del servicio de emergencia escuchan muy poco.

138

### **Agradecer a aquellos que envían pacientes**

Es muy fácil hacer saber a los colegas, fuera del hospital, que Ud. piensa que ellos saben muy poco realmente.

¿Por qué es mucho más difícil darles cinco o diez segundos de gracias o encomio?.

## VEJEZ

139

### **Sea cauteloso con los “accidentes” en ancianos**

Cualquier lesión en pacientes ancianos pudiera no ser accidental aún cuando ellos digan que lo es.

Esté atento a convulsiones, síncope y accidentes cerebrovasculares que lucen como accidentes.

Esté atento de familiares y “cuidadores” que pueden estar causando daño.

140

### **Piense en “el testículo” en hombres viejos y jóvenes**

Dolor abdominal en un muchacho joven o en un hombre viejo debería hacerle pensar en el testículo.

Su examen e historia deben incluir examen de los testículos.

141

### **Confusión en la gente anciana**

Cuando la evaluación inicial clínica y la de laboratorio no le da la respuesta, recuerde que el comienzo agudo de confusión en una persona anciana puede ser debida a infección, deshidratación, o estreñimiento.

142

### **Busque abuso de hipnóticos-sedantes en ancianos**

Esté alerta del abuso de hipnóticos-sedantes, especialmente en ancianos.

Síntomas de abstinencia tales como una convulsión o desorientación pueden ser su primera pista.

## OJOS, OÍDOS, NARIZ y GARGANTA

143

### **¿Fractura de nariz o hematoma septal?**

Si una nariz está fracturada o no, es menos importante que si hay un hematoma septal.

Las fracturas siempre se arreglan o rearreglan.

Un hematoma septal no reconocido puede causar daño permanente.

144

### **Agudeza visual, agudeza visual, agudeza visual**

Pruebe la agudeza visual en cualquier paciente con una molestia relacionada con el ojo o con la visión;

documente sus hallazgos;

pruebe cada ojo individualmente.

Cerciórese de que Ud. o su enfermera han documentado el examen.

145

### **Nunca ignore pérdida aguda de la visión**

La pérdida aguda de la visión nunca es benigna —aunque ahora esté totalmente resuelta.

Los pacientes requieren una consulta inmediata con un neurólogo u oftalmólogo.

146

### **Gotas oftálmicas anestésicas o con esteroides:**

Los médicos de emergencia nunca prescriben gotas que contienen esteroides, ni dejan que el paciente se vaya teniendo acceso a gotas anestésicas.

147

### **El glaucoma puede ser engañoso**

El glaucoma generalmente se presenta con dolor ocular agudo —puede presentarse, sin embargo, como una conjuntivitis con dolor de cabeza, o aun como un dolor de estómago.

El único modo de diagnosticar el glaucoma es tomar la presión ocular rutinariamente.

Sospéchelo siempre en cualquiera que sea mayor de 50 años.

148

### **Molestias oculares en las artritis sistémicas**

Nunca subestime molestias oculares menores en pacientes con una artritis seria tal como artritis reumatoidea.

Las uveitis e iritis requieren terapia agresiva.

149

### **Quite los lentes de contacto**

Siempre saque los lentes de contacto antes de poner gotas. Especialmente si se trata de gotas de fluoresceína.

Si Ud., tiñe los lentes, Ud. arruina los lentes.

150

### **Diplopía**

La verdadera diplopía es rara vez una queja benigna.

Llame al oftalmólogo.

151

### **Evite la atropina en el ojo**

Nunca use atropina como ciclopléjico —ella dilata por días.

Use agentes de acción corta.



152

### **Cerumen en los oídos**

Una causa común de disminución de la audición y vértigo es el cerumen.

Si Ud. no puede ver claramente la membrana timpánica, limpie los canales auditivos.

153

### **Extraer cuerpos extraños de la nariz**

El modo más fácil de extraer un cuerpo extraño de la nariz de un niño es hacer que la madre sople en la boca del niño mientras le tapa la fosa nasal no obstruida.

154

### **Extraer las baterías “de reloj”**

Las baterías “de reloj” no deberían pasar toda la noche en un esófago.

Elas pueden dejar escapar su contenido y quemar el esófago.

155

### **El vidrio se verá a los rayos X**

La mayoría de los vidrios es radiopaco.

No desprecie el papel de una placa simple de rayos X.

## PACIENTES FEMENINAS

156

### **Examen pélvico, cuenta de glóbulos blancos y análisis de orina**

Un examen pélvico le informa más que una cuenta blanca.

Lo mismo el examen de orina.

No hay excusa para no hacer el examen de orina Ud. mismo.

Es barato, fácil, y puede tener todos los tests que Ud. necesita.

157

### **Mujeres lesionadas**

Cualquier lesión en una mujer pudiera ser causada por un hombre.

158

**La violencia doméstica puede imitar muchas afecciones**

Cualquier molestia en una mujer podría estar relacionada con violencia doméstica.

159

**Un examen pélvico**

A la mayoría de las mujeres se les debería hacer solamente un examen pélvico en la consulta de emergencia.

Si un ginecólogo va a ver a la paciente, deje que el ginecólogo lo haga.

160

**Embarazo**

Presuma embarazo hasta que la prueba de embarazo sea negativa.

## DOLORES DE CABEZA

161

### **Dolores de cabeza**

Los pacientes con dolores de cabeza dan dolores de cabeza a la mayoría de los médicos tarde o temprano.

Piense en drogadicción, pero también piense en hemorragia subaracnoidea, glaucoma, y arteritis temporal.

Siempre considere drogadicción en pacientes con dolores de cabeza crónicos.

Cuando ningún diagnóstico parece cuadrar, piense en suspensión de drogas antiinflamatorias no esteroideas (AINES).

162

### **Tratamiento no es igual a diagnóstico**

Administre pronto *compazina*\* a pacientes que se quejan de dolor de cabeza. Casi siempre alivia al paciente. Sin embargo, el alivio completo no constituye un diagnóstico.

163

### **Los AINES pueden causar o aliviar dolores de cabeza**

Los AINES son muy buenos para los dolores de cabeza, los alivia y los causa.

Cerciórese de preguntar uso crónico de AINES e investigar la posibilidad de dolores de cabeza por suspensión de AINES.

---

\* Nota de traducción: *compazina* es procloperazina, una fenotiacina, bloqueadora de receptores dopaminérgicos que se usa también como antiemético.

164

**¿Es éste el peor dolor de cabeza de su vida?**

El “peor dolor de cabeza de su vida” requiere evaluación de hemorragia subaracnoidea.

Sin embargo, siempre, pregunte: ¿Ha tenido Ud. muchos otros “peores dolores de cabeza de su vida”?

165

**Punciones lumbares (PL) y tomografías**

La mejor prueba para hemorragia subaracnoidea no es una tomografía.

Es la simple tecnología de una PL.

La tomografía deja escapar de 1 a 10 hemorragias subaracnoideas; la PL no deja escapar casi ninguna.

166

### **Punciones por fluido sanguinolento**

Siempre que la hemorragia subaracnoidea sea una posibilidad, la persona con más experiencia en el servicio de emergencia debería hacer la PL.

167

### **Velocidad de sedimentación normal: muy útil**

Piense en arteritis temporal en pacientes mayores de 50 años con dolores de cabeza nuevos.

La manera de probar que no es una arteritis temporal es con una velocidad de sedimentación normal.



**Dolores de cabeza post PL**

El yacer acostado de espalda no evita el dolor post PL.

La prevención se hace mediante el uso de una aguja de pequeño calibre y reemplazando el estilete antes de retirar de la aguja.

Cuando trate cefaleas post PL, use líquidos y cafeína intravenosa antes de llamar al anestesiólogo para un parche sanguíneo epidural.

169

### **No mezclar narcóticos y migrañas**

Los narcóticos y las migrañas no deberían ir juntos.

Use terapia no narcótica o Ud. estará de pie toda la noche como un médico muy popular en la emergencia.

Se corre la voz cuando los narcóticos son fáciles de obtener.

170

### **Buscadores de drogas**

La mayoría de los pacientes con *neuralgia del trigémino* son buscadores de drogas.

Cerciórese de quién la tiene vs. de quién la quiere.

171

### **Pseudo tumor cerebral**

Mujeres obesas con dolores de cabeza tienen pseudotumor cerebral hasta que Ud. haya visto en el fondo de ojo discos normales y pulsaciones venosas.

Si Ud. está inseguro, búsquelos y luego mida una presión abierta en la PL.

172

### **Dolor de cabeza en *cluster*\***.

El dolor de cabeza en *cluster* es el único dolor de cabeza confiablemente tratado con 100% de oxígeno.

---

\* Nota de traducción: cefalea en *cluster* es la migraña en racimos o cefalea histamínica.

## PROBLEMAS HEMATOLÓGICOS

173

### **Drogadicción y anemia de células falciformes**

La crisis de células falciformes puede fácilmente ser confundida con una conducta de buscar drogas.

Trate al paciente justamente: Ud. es su médico.

Los pacientes de células falciformes que son drogadictos pueden tener una crisis severa y al mismo tiempo pueden estar en abstinencia de narcóticos.

Para empezar, ¿quién hizo dependiente de drogas al paciente con enfermedad de células falciformes?

## HISTORIA

174

### **Escuche, escuche, escuche**

Es gracioso como cambia la historia si Ud. pasa suficiente tiempo escuchando.

175

### **Las caras de la gente reflejan emociones internas**

Aprenda a ver las *caras* de la gente.

Ellas le dirán cuando Ud. o sus preguntas han causado malestar o han puesto al descubierto un punto sensible.

176

### **El color de la piel es un buen índice para vigilar**

Aprenda a vigilar el color de la piel de la cara.

177

### **Abuso de laxantes**

Si Ud. piensa que un paciente puede estar abusando de los laxantes, diga, “Algunas personas toman sólo una cucharada de leche de magnesia al día, algunas toman 2 ó 3 frascos al día. ¿Cuánto laxante toma Ud.?”

178

### **Abuso de enemas**

Si Ud. cree que un paciente está abusando de los enemas, diga, “Algunos pacientes que conozco, sé que se ponen un enema una vez al mes, otros varias veces al día. ¿Con qué frecuencia lo hace Ud.?”

179

**Los pacientes pueden enseñar mucho**

Nada más porque Ud. sabe mucho de fisiología, bioquímica, y anatomía no significa que Ud. sabe algo acerca de la vida o la gente.

Deje que sus pacientes y otra gente le enseñen a Ud.

180

**Escuche, escuche, escuche**

Oiga lo que el paciente NO le está diciendo a Ud.

**No es útil que los órganos hablen**

Evite hablar de “órganos”.

No pregunte:

“¿Cómo está su colon?” o

“¿Su estómago?” o

“¿Sus senos paranasales?” o

“¿Su corazón?” o

cualquier otro órgano.

Pregunte cómo se siente el paciente.

No deje que los pacientes hagan hablar a sus órganos.

Los pacientes saben sólo cómo se sienten  
o lo que ellos piensan.

Insista en el lenguaje de síntomas, sentimientos, y  
pensamientos.



182

**Ud. puede cambiar solamente su propia conducta**

Ud. no puede controlar la conducta de otra persona;  
Ud. puede controlar solamente SU conducta.

183

**El ambiente de la enfermedad**

Aprenda acerca de las condiciones en las cuales la enfermedad se desarrolló. Ello le dirá mucho acerca del diagnóstico.

184

**¿Qué le dijo el especialista al paciente?**

Pregunte a sus pacientes que les dijo el especialista, antes que Ud. les diga que le dijo el especialista a Ud.  
Esto le ahorrará a Ud. y al paciente mucha confusión y repetidas explicaciones.

## HIV\*

185

### **Pacientes HIV positivos con molestias respiratorias**

Pacientes HIV positivos con molestias respiratorias requieren, aislamiento respiratorio, una saturación de O<sub>2</sub>, y una radiografía de tórax.

186

### **Punciones lumbares y tomografías en pacientes con HIV**

Pacientes con HIV requieren una tomografía previa a una punción lumbar. Si Ud. piensa que ellos tienen meningitis, tome dos cultivos de sangre, comience la terapia, y haga la PL después que regresen de la tomografía realizada con prontitud.

---

\* Nota de traducción: HIV siglas en inglés para el virus de inmunodeficiencia humana.

187

### **No arriesgue su vida en el Servicio de Emergencia**

Si su servicio de emergencia no tiene terapia antiretroviral disponible de inmediato para después de un pinchazo, no trabaje ahí.

## HIPERTENSIÓN

188

### **No presuma que los pacientes hipertensos toman la medicación**

Más importante que volver a iniciar la medicación en pacientes hipertensos, es descubrir por qué la suspendieron, especialmente los pacientes masculinos.

Muchos pacientes suspenden sus medicamentos debido a los efectos colaterales, especialmente letargia, molestias ortostáticas y disfunción sexual.

189

### **Los hombres dejan de tomar las drogas antihipertensivas a causa de sus efectos colaterales**

Un paciente masculino joven con una urgencia hipertensiva probablemente suspendió sus medicamentos a causa de sus efectos colaterales.

190

### **Normotensos pueden significar hipotensos**

“Hipertenso, ahora bajo control” en su mente, puede ser “hipotenso” para el cerebro de su paciente.

Siempre recuerde bajar la presión arterial lentamente a “niveles normales” en semanas, no en minutos u horas.

Nunca baje agudamente la presión arterial más del 25%.

## LESIÓN

191

### **Irrigación de las heridas**

Cuando se irriga una herida, la presión es tan importante como el volumen.

Use una jeringa o un irrigador y no sólo derrame la solución sobre la herida.

192

### **La presión detiene la hemorragia arterial ... la mayoría de las veces**

El mejor tratamiento inmediato en una lesión arterial es hacer presión.

La ligadura es peligrosa y puede ser causa de litigio.

**Heridas de cuero cabelludo y cadera pueden ser serias**

Ud. puede desangrarse de una herida del cuero cabelludo o de hemorragia en la cadera.

Nunca subestime cuanta sangre estaba en la escena en un paciente que “sólo tiene una laceración del cuero cabelludo.”

## ARTICULACIONES

194

### **Drene derrames monoarticulares nuevos**

Toda artritis monoarticular nueva con derrame debería ser drenada. Puede deberse a gonorrea, sepsis, o cristales. Descubra a qué se debe.

195

### **Drenajes negativos son buenas noticias**

Un drenaje negativo es una cosa excelente. El paciente no está infectado y no tiene gota.

## NEUROLOGÍA

196

### **Las tomografías pueden ser urgentes**

El examen neurológico no debería retardar la tomografía. Rápidamente tome nota del examen mental del paciente y del tamaño de las pupilas, simetría y reactividad, y si el paciente puede mover cada extremidad. Deje el examen *verdadero* para después.

197

### **Las consultas neurológicas toman tiempo**

Antes de que consulte a neurología, ponga al paciente en un cuarto que Ud. no planea usar en las próximas horas. Los neurólogos hacen excelentes exámenes, pero ellos parecen tomar tiempo en venir a ver al paciente, pasan largo tiempo examinando, y luego un buen rato escribiendo.



198

**El examen neurológico no debe llevar todo el día**

Un buen examen neurológico realizado por un médico de emergencia no debería tomar más de 5 a 6 minutos.

199

**La pérdida unilateral de la visión es algo serio**

La pérdida unilateral de la visión nunca es benigna.

200

**¿Pueden los pacientes caminar, hablar y mover sus ojos?**

Un examen neurológico debería siempre incluir si los pacientes pueden caminar y hablar y mover sus ojos.

201

### **No retarde las punciones lumbares**

Si Ud. piensa en una punción lumbar, entonces debería hacerla.

202

### **Sedación y punciones lumbares**

Cuando Ud. hace una punción lumbar, considere sedar a pacientes desorientados, histéricos o ansiosos.

Mientras el paciente recuerde la punción lumbar con menos claridad, mejor recordará su amabilidad.

## ORTOPEDIA

203

**Examine todas las articulaciones de una extremidad lesionada**

Si alguien se lesionó un tobillo, examine la rodilla.

Si alguien se lesionó una muñeca examine el codo.

204

**Describe las fracturas**

Aprenda a describir fracturas. Olvide los nombres adheridos a ellas.

205

## Columnas cervicales

La “C” en ABCs\* debería también ser por estabilización de la columna cervical.

## DOLOR

206

### ¿Dolor o no dolor?

Es virtualmente imposible decir si un buscador de droga realmente tiene dolor o no.

Así que no lo intente.

---

\* Nota de traducción: ABC iniciales de *airway*, *breathing* y *circulation* orden en las medidas de reanimación de un paciente.

207

### **Use suficientes narcóticos**

En pacientes con dolor severo, agudo, que los incapacita, use suficientes narcóticos para aliviar el dolor.

Hágalo intravenosamente hasta que el paciente se alivie.

208

### **Pacientes buscadores de drogas**

Si Ud. sospecha que el paciente tiene una conducta de búsqueda de drogas, dé al paciente un pequeño número de tabletas narcóticas.

Esto es mejor que discutir sobre sus necesidades.

Cerciórese de escribir la cantidad de tabletas en tres formas:

en palabras, en numeración arábica y en romana (por Ej. cinco, 5 y V) para evitar adulteraciones.

## PEDIATRÍA

209

### **Piense en maltrato**

Cualquier lesión en pediatría pudiera ser debida a maltrato.  
Es preferible sospechar de maltrato en el niño y estar equivocado.

Es malo fallar por no sospecharlo en absoluto.

## EXAMEN FÍSICO

210

### **Pulmones silentes**

Los pulmones están para ser vistos, no oídos.

Si Ud. no está seguro de lo que está pasando, haga una radiografía.

## PSIQUIATRÍA

211

### **Alta médica**

”Alta médica” de un paciente psiquiátrico no significa que el paciente no tiene un problema médico.

Es sólo que Ud. no encontró un problema médico agudo.

212

### **Discusiones con psiquiatras**

Cuando Ud. está en una discusión con un psiquiatra acerca de un paciente, recuerde tomar en cuenta adónde va a ir el paciente; es decir, ¿serán los trabajadores de salud hábiles o no para seguir el cuidado del paciente?

## NEUMONOLOGÍA

213

### **Un agonista beta en aerosol por una vez**

Una nebulización con un agonista beta una vez, nunca hace daño a alguien con dificultad respiratoria.

Es fácil confundir neumonía, insuficiencia cardíaca y enfermedad reactiva de la vía aérea.

Mientras Ud. hace el diagnóstico, el beta agonista puede estar mejorando a su paciente.

214

### **Asma = esteroides**

Si los asmáticos están lo suficientemente enfermos para necesitar del servicio de emergencia, entonces están lo suficientemente enfermos para darles esteroides.



215

**Saturación de O<sub>2</sub> normal y embolismo pulmonar (EP)**

El embolismo pulmonar es una enfermedad que humilla al médico. Pida ayuda si Ud. está usando una saturación normal de O<sub>2</sub> para excluir un EP.

216

**Piense en las piernas**

Cuando Ud. está estudiando los pulmones por un EP, piense en las piernas.

217

**No haga un diagnóstico definitivo de un tumor en el seno**

En el servicio de emergencia, si Ud. encuentra un tumor en el seno, nunca sea demasiado definitivo.

Refiera al paciente para una mamografía y a un especialista de mama.

218

**Primera pregunta para pacientes asmáticos**

La primera y mejor pregunta a un paciente con asma es:

“¿Éste es un ataque igual o diferente a sus ataques habituales?”

Si es igual, pregunte:

“¿Cuáles drogas funcionan mejor y cuáles no?”

## TOXICO-METABÓLICO

219

### ¿El *anion gap*\* elevado?

Nunca ignore un *anion gap* elevado. Siempre es una indicación de la presencia de un metabolito de metanol, uremia, cetoacidosis diabética (y amputación arriba de la rodilla), paraldehido, isoniacida y hierro, acidosis láctica, etilenglicol, o salicilato.

Mejor recordado por MUDPILES\*\*.

---

\* Nota de traducción: *Anion gap* es la concentración de aniones en el suero, determinada indirectamente a partir de concentraciones de sodio menos la suma de cloro más bicarbonato; tiene importancia en los trastornos de equilibrio ácido-básico.

\*\* Nota de traducción: MUDPILES, iniciales en inglés de **M**etanol, **U**remia, cetoacidosis **D**iabética, **P**ara-aldehído, **I**nfección, acidosis **L**áctica, **E**tilenglicol, **S**alicilatos.

220

### **Calcule el *gap* osmolar\***

Siempre calcule la osmolaridad en pacientes que están enfermos y en cualquier alcohólico con acidosis inexplicable.

221

### **Bajo sodio = enfermo**

Si el nivel sérico de sodio es bajo, el paciente está enfermo.  
Si es menor de 120 mEq/L, es una emergencia.

---

\* Nota de traducción: osmolaridad es la concentración de partículas osmóticamente activas por litro de solución, dada fundamentalmente por iones sodio y cloro, la glucosa y la urea contribuyen en un pequeño porcentaje. Cuando la osmolaridad excede de lo normal indica la presencia de un soluto exógeno como alcoholes o venenos. La diferencia entre la osmolaridad calculada y la medida es el *gap* osmolar.

222

### **Calcio sérico y cáncer**

Si el paciente es viejo y tiene cáncer, pida el nivel de calcio sérico.

223

### **Hiperglicemia vs. hipoglicemia**

Nadie muere de hiperglicemia aguda; pero con seguridad lo hacen de hipoglicemia. Siempre haga una estimación de glicemia por punción del dedo en pacientes con estado mental alterado.

224

### **Sangre arterial vs. venosa en envenenamiento por monóxido de carbono (CO)**

¿Por qué pinchar una arteria en un potencial envenenamiento por CO cuando la vida media del CO unido a la hemoglobina es de 4,5 hrs.?

¿Cuánto más bajo podría estar en el lado venoso?

225

### **¿La mascota también está enferma ?**

Si ambos el paciente y su mascota están enfermos, es probablemente un envenenamiento por monóxido de carbono.

226

### **Anciano y frío**

Trate a la gente anciana y fría con extremada gentileza. Mientras más entrometido sea Ud., peor se portarán.

227

### **Agua y ventilación vs. hielo**

El hielo no es el tratamiento de la hipertermia.  
El agua y la ventilación son mejores.  
La pérdida de calor por evaporación es la terapia mejor, más segura, más rápida.  
Mantenga a los pacientes “mojados y ventilados”

228

### **Envenenamiento por acetaminofén**

Casi todos los envenenamientos se manifestarán en un plazo de 6 horas. Recuerde que con el acetaminofén y píldoras de liberación prolongada, esto puede tomar más tiempo.

229

### **El hierro no siempre es radiopaco**

Las tabletas de hierro pueden ser radiopacas, pero muchas tabletas que lo contienen, así como todos los líquidos que contienen hierro, no lo son.

230

### **Omisión de insulina en pacientes diabéticos juveniles**

Cualquier paciente diabético juvenil con admisiones recurrentes por cetoacidosis está omitiendo la insulina hasta que se pruebe lo contrario.

La confrontación acerca de esto rara vez es útil, sí acaso hay una.

Sin embargo, conocer esto, puede ser muy útil.

231

### **Burbujas en el oído medio**

Piense en micoplasma si hay muchas burbujas en el tímpano.



232

**¿Dolor de garganta muy intenso con poco que ver?**

Los dolores de garganta severos con exámenes relativamente benignos deberían hacerlo pensar:

- (1) ¿es una epiglotitis?
- (2) ¿deberíamos dar una mirada con fibra óptica?

233

**Celulitis orbital vs periorbital**

Si el ojo no duele cuando el paciente lo mueve, es una celulitis periorbital y no una celulitis orbital.

234

### **Nariz que sangra**

En la mayoría de casos, de narices que sangran es mejor tratar al inicio con firme presión hecha por el mismo paciente durante un mínimo de 15 minutos.

No sea demasiado agresivo muy pronto, y no use excesivamente los catéteres de balón. ¡Pruebe con un vasoconstrictor!

235

### **Hemorragia nasal anterior vs posterior**

El mejor modo de saber si la hemorragia es anterior o posterior es preguntar al paciente en cuál dirección va la sangre.

La hemorragia anterior baja a la cara y camisa;  
la posterior baja a la garganta.

236

### **¿Úvula edematizada?**

Una úvula edematizada se debe a inhibidores de la ECA\* hasta que se pruebe lo contrario.

Luego piense en *H. Influenzae*.

237

### **Epinefrina: dos potencias**

La epinefrina viene en dos diluciones, 1:1000 y 1:10.000. Use la más fuerte subcutáneamente para las reacciones alérgicas; use la más débil intravenosa para los paros cardíacos.

---

\* Nota de traducción: ECA siglas en español para estas drogas hipotensoras que son inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, en inglés se usa ACE *inhibitors*.

238

**Trate las respuestas alérgicas después del egreso.**

Hay dos fases en las respuestas alérgicas. Asegúrese de dar de alta a los pacientes con medicamentos para ser tomados 4-6 horas después del egreso.

Recuerde que un bloqueador H<sub>2</sub> causa menos o ninguna sedación comparado con un bloqueador H<sub>1</sub>.

Administre ambos siempre en la noche.

239

**Asmáticos con hipotensión y *rash***

Pacientes asmáticos que se presentan con hipotensión o un *rash*: piense en anafilaxia.

240

### **Epinefrina —lleve algo a casa**

La causa número uno de muerte por alergia a comidas se debe a una falla por no usar epinefrina a tiempo o por no usarla en absoluto. Úsela pronto.

Siempre egrese a los pacientes que tienen una severa respuesta alérgica sistémica con un lápiz de epinefrina (*epi pen*) e información acerca de cómo y cuándo usarlo.

241

### **Tres días de esteroides**

Todo aquel que tiene una respuesta alérgica seria (urticaria o anafilaxis) se beneficia de tres días de esteroides.

242

**Vigile la marcha de asmáticos antes de darlos de alta**

Si Ud. no está seguro de si un asmático está listo para irse a casa, hágalo caminar en la emergencia.

El le dirá a Ud.

243

**Consultantes —dos tipos**

Hay dos tipos de consultantes, “útil” e “inútil”.

Cultive el primero y evite el último.

## INDICE

Nota: Los números se refieren al número de las reglas.

Abdomen quirúrgico, 95-99

Absceso, evaluación de, 45

Abuso de laxantes, 177

Acetaminofén envenenamiento con, 228

Administración de la atención médica, 16

Administradores y toma de decisiones, 17

Admisiones, actitudes del médico hacia las, 13

Admisiones y egresos, 73, 111

AINES

    para dolor de cabeza, 163

    suspensión de, 64

Alcoholismo, 118-120

Alergias, respuestas después del egreso, 238

Anemia de células falciformes y confusión con drogadicción, 173

Aneurisma, aórtico abdominal, 92

*Anion gap* elevado, 219

Antibióticos en meningitis, 68

Armas, 22

Arteritis temporal, 167

Asma

con hipotensión y rash, 239

egreso de pacientes con, 242

esteroides para, 214

evaluación de, 218

Atropina, evitarla como ciclopléjico, 151

Barium, contraindicación, 110

Beta-agonista, para disnea, 213

Baterías de reloj, en esófago, 154

Biología humana vs medicina clínica, 37

Bloqueo del nervio, 12

Broncodilatadores, en bronquitis aguda, 17

Café, 30

Calcio sérico en ancianos con cáncer, 222



Cardiología, 122-132  
Carga de volumen, 61  
Celulitis orbital vs periorbital, 233  
Cerumen, 152  
Cetoacidosis en diabéticos juveniles, 230  
COBRA, 16  
Colegas fuera del hospital, 138  
Columna cervical, estabilización de, 25  
Compazina, 162  
Compañías de seguros, 23  
Comunicación con el médico de cuidado primario, 71  
Conciencia del médico sobre la enfermedad, 8  
Confusión, en ancianos, 141  
Contacto lentes de, y gotas oftálmicas, 149  
Control de pacientes, 82  
Costos, de drogas, 87-90  
Cuenta blanca, utilidad de, 42  
Cuerpos extraños en la nariz, 153

Derrames monoarticulares, 194  
Deshidratación, fluidos para, 83-84  
Diagnóstico 42-60, 79-80  
Diarrea, 15  
Digoxina, niveles, 43  
Dióxido de carbono, retención de, 70  
Diplopia, 150  
Documentación, importancia de, 10  
Dolor, 7, 26-28  
    abdominal, 91-93, 96-97, 99  
        agudo severo, 97  
        cirugía para, 95-99  
        narcóticos para el, 93  
        testículos y, 140  
        tiempo como un factor diagnóstico, 91  
bloqueo nervioso para, 12  
de cabeza, 161-172  
    en racimo, 172

torácico

atípico, 126

diagnóstico por teléfono, 124

ECG para , 123

test de esfuerzo para, 125

Drogas

buscadores de, 170, 28

costo, 87-90

dolor torácico y, 123

más vs. menos, 67

nuevas y caras, 99

incumplimiento de tratamiento con , 44

sin valor, 86

ECGs fax y, 129

Edema de la úvula, 236

Egreso

admisión y, 73, 111

deambulaci3n e ingesta de l3quidos como requisitos al, 76, 133

- de pacientes asmáticos, 242
- instrucciones de, 76
- respuestas alérgicas después del, 239
- Embarazo, prueba, 160
- Embolos pulmonares, 215
  - piernas y , 216
- Emociones de los pacientes, 34
- Enema, abuso de , 178
- Enfermedad
  - fáctica, 55-57
  - prevalencia de, 32
  - rara vs. común, 35
  - sistémica vs. localizada, 58
- Enfermeras, aprecio por, 14, 134-135
- Enojo del paciente, 26, 28
- Epiglotitis, 232
- Epinefrina
  - dada al egreso, 240
  - preparaciones de, 237

Eritromicina, 78  
Escuchar a los pacientes, 174, 180, 181  
Esófago, baterías de reloj en , 154  
Estadísticas de población, 47  
Estenosis mitral, soplos en 132  
Esteroides  
    para asma, 214  
    para respuestas alérgicas, 241  
    una sola dosis de, 66  
Estreñimiento, en el anciano en emergencia, 94  
Exámenes de laboratorio, uso efectivo de, 53  
Examen de orina, ver urinálisis  
Examen físico, limitaciones del, 27  
Examen pélvico, 156. 159  
“Expediciones de pesca”, diagnóstico, 50  
  
Facticia, enfermedad. 55-57  
Faringe, edema unilateral de, 14

Fluidos, en deshidratación, 83-84

Fracturas, describir, 24

*Gap* osmolar, cálculo, 220

Garganta, examen de, 18.232

Gotas oftálmicas con esteroides y anestésicos, 146

Glaucoma, 147

Guías de la práctica, limitaciones de, 69

Hemofílicos, 59

Hemorragia arterial, presión para, 192

Hemorragia subaracnoidea, 164-166

Heridas

    cuero cabelludo y cadera, 193

    hierro, tabletas de y radiopacidad, 229

    irrigación de, 191

Hiperglicemia vs hipoglicemia, 223

Hipertensión, 127, 188-190

Hipertermia, tratamiento de, 227

## Hipertiroidismo

manos de pacientes con, 41

pacientes ansiosos y, 40

HIV infección, 185-187

Hojas de la consulta al servicio de emergencia, 4

Incontinencia, 49

Indigentes, preocupación por el costo de las drogas 89-90

Infarto de miocardio, diagnóstico de, 130

Insulina, omisión en diabéticos juveniles, 230

Intubación, 113-115

Laceraciones, autoinfligidas, 54

Lengua laceraciones, seda para, 13

Lesiones articulares, 194-195, 23

Lesiones de piel entre las escápulas, 55

Maltrato de niños, 29

Manos, de pacientes con hipertiroidismo, 41

Masaje carotídeo, 128

Medicamentos, ver drogas

Médicos de emergencia

    conducta de, 182

    consultantes y , 11, 243

    cualidades, 12

    después de medianoche, 24

    necesidad de ayuda de, 18

    proveedores de cuidado primario y , 71

Meningitis, 68

Micoplasma, 231

Migraña, narcóticos y, 169

Monóxido de carbono,

    intoxicación de, 224

    mascota enferma y, 225

MUDPILES, regla mnemotécnica para *anion gap* elevado, 219



Narcóticos, 64-65

para el dolor intenso, 27

para el dolor abdominal, 83

Nariz

cuerpos extraños en, 153

hemorragia en, 234

anterior vs posterior, 235

fractura , hematoma septal y, 143

Neurólogos consultantes, 197

Neurológicas, afecciones, 196-22

Neurológico, examen, 197-198

Obstrucción gastrointestinal, 100

Obstrucción pilórica, diagnóstico de, 100

Ojo, 144-151

## Pacientes

### ancianos

abuso de sedantes e hipnóticos en, 142

“accidentes “ en, 139

confusión en, 141

estreñidos, 94

tratamiento gentil a, 226

ansiosos, hipertiroidismo y, 40

comunicación con , 19

control de, 82

desean magia, 85

dolor de, 7

emociones de , 34

etiquetar, 39

excusas para el trabajo de los, 71

femeninas,156-160

fríos, tratamiento gentil en, 226

necesidad de algunos, para estar enfermos, 36

psiquiátricos, 211

- sangrantes, evaluación inicial, 38
- sordos, 120-121
- tratar, 31
- sin diagnóstico, 56
- enojados, 26-28
- diabéticos, omisión de insulina en, 230
- Patofisiología, de enfermedad y síntomas, 52
- Piel, color, 16
- Piel, lesiones facticias, 55
- Prevalencia, de una enfermedad seria, 32
- Procedimientos
  - alejarse de, 74
  - residentes y , 63
- Prueba rápida de glucosa, 6
- Pruebas
  - de esfuerzo, 125
  - mejores vs. más baratas, 46
  - negativas, valor de, 60
  - uso efectivo de, 53
- Pseudotumor cerebral, 171

Psiquiatras, 212  
Punción lumbar, 21-22  
    vs. tomografía, por hemorragia subaracnoidea, 165  
Rabdomiólisis, 48  
Rayos X  
    tórax, 210  
    vidrio visto con, 155  
Retención fecal, diagnóstico de, 11  
  
Seda, para laceraciones de la lengua, 13  
Sedantes e hipnóticos, abuso en el anciano, 142  
Segundas consultas, del paciente, 9  
Seno tumor del, diagnóstico 217  
Sentido común vs medicina basada en hechos, 25  
SIDA, 185-187  
Signos vitales, 5  
Sinusitis, 16  
Sodio bajo, 221  
Soplos cardíacos, 131-132

Succión para la vía aérea, 116

Sudación no por ejercicio, 49

Taquicardia, complejo ancho, 122

Teofilina niveles, 43

Terapia, 61-86

Testículo afecciones, y dolor abdominal, 140

Tímpano, burbujas en el, 231

Tomar decisiones por teléfono, 20, 95, 124

Tomar la historia, 174-184

Tomografía computada

    medidas terapéuticas y, 81

    para abdomen quirúrgico, 99

Traumatología, 23-25

*Triage*, notas de, 2-3

Urianálisis, 156

Vasoconstrictor para la nariz que sangra, 234

Vía aérea, 112-117

Vidrio, a los rayos X, 155

Violencia doméstica en mujeres, 157-158

Visión, pérdida de la

aguda, 145

unilateral, 199

Visual agudeza, medición de 144.