

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: If: 23721611849

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

Depósito Legal: If 2372161813

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

Impreso en 21 por Editorial Venezolana en Mérida, Venezuela.

CONTENIDO

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

Tópicos	Desde la regla
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

Tópicos	Desde la regla
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 CO_2 cuando la saturación de 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 CO₂, 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 CO₂ 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 O₂ 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 O₂, 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 O₂ 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 O₂ 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 H₂ causa menos o ninguna sedación comparado con un bloqueador H₁.

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 líquidos 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.