



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

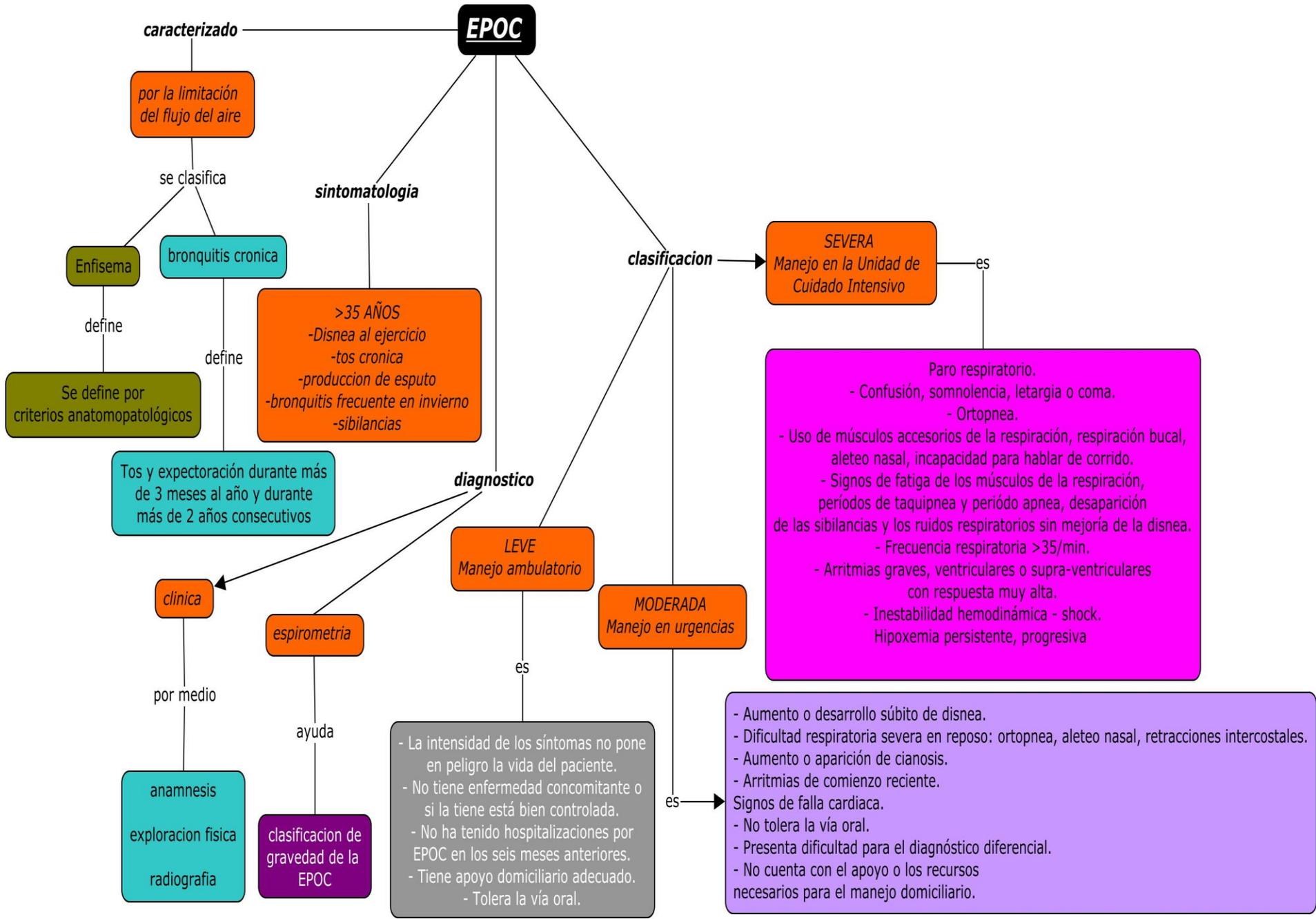
Cuadros sinópticos

Gómez Vázquez Juan Carlos

Urgencias médicas

8° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas; a 19/marzo/2021



NEUMONIA

caracterizado

Proceso Infectocontagioso que afecta al parénquima pulmonar, dañando los espacios alveolares

se clasifica

neumonía

en

intra-hospitalaria

NAC

bacteriana

Viral

en dos más

tipica

atipica

sintomatología

Fiebre >37.8c
Fr: >25 rpm
Producción de esputo
Mialgias
Disnea,
Diaforesis nocturna
Confusión (adultos mayores)
Presencia o ausencia de Tos
Estertores pulmonares

diagnostico

Exámenes microbiológicos
Hemocultivos
Tinción de Gram en esputo
PCR (virus respiratorio en NAC)

Consolidación lobar,
consolidación multilobar o bronconeumonía
e infiltrado intersticial

tratamiento no farmacológico

Reposo
Abundantes líquidos
Evitar tabaco
Aporte nutricional
Medición de signos vitales

tratamiento

SatO2 <94%-----oxigenoterapia
Paciente ambulatorio con neumonía de bajo riesgo el tratamiento de elección:
Amoxicilina 500 mg VO C/8 hrs x 7-10 días
Claritomicina 500 mg VO C/12 hrs x 7-10 días
Eritromicina 500 mg Vo C/8 hrs x 7 días
Pacientes hospitalizados:
Quinolona (Levofloxacino 750 mg/Moxifloxacino 400 mg)
B-lactamico (Ceftriaxona o Cefotaxima + Claritromicina o Eritromicina)

TROMBOEMBOLIA PULMONAR

caracterizado

Oclusión parcial o completa del lecho vascular pulmonar como consecuencia de la trombosis venosa profunda (TVP)

caracterizada por

TRIADA DE VIRCHOW

en

Lesión Endotelial

Hipercoagulabilidad

Estasis Venosa

sintomatología

disnea
dolor pleurítico
dolor torácico
tos
hemoptisis
taquipnea
taquicardia
signos de TVP
cianosis

tratamiento

HBPM

son

Nadroparina (SC): 171 U/kg c/24
Enoxaparina (SC): 1mg/kg c/12
Dalteparina (SC): 100U/kg c/12
Bemiparina (SC): 115U/kg c/24

diagnostico

dimero-D
angio TC
gammagrafia v/q
angiografia pulmonar
radiografia
ecografia transtoracica
eco-doppler (TVP)

factores de riesgo

Leve

son

Postración > 3 días, inmovilidad prolongada, edad > 75 años, cirugía laparoscópica, obesidad, embarazo, várices.

fuerte

son

Fractura de cadera o fémur, reemplazo de cadera o rodilla, cirugía mayor, traumatismo mayor, lesión de médula ósea.

moderado

son

Artroscopia, catéter venoso central, quimioterapia, insuficiencia cardiaca crónica, insuficiencia respiratoria crónica, cáncer, anticonceptivos orales, EVC, puerperio, TVP previa, trombofilia

crisis asmaticas

caracterizado

Episodios agudos o subagudos caracterizados por aumento de la sintomatología típica de la enfermedad.

se puede dar en

Primera presentación de la enfermedad

Pueden ocurrir en pacientes con asma ya conocida

son

De instauración rápida (en menos de 3 h)

Son las más frecuentes (más del 80 % de las que acuden a Urgencias). Las causas principales (infecciones y mal cumplimiento terapéutico). Fisiopatológicamente se caracterizan por procesos inflamatorios grado de obstrucción al flujo aéreo menor respuesta al tratamiento lenta.

son

De instauración lenta (en días o semanas).

Se producen habitualmente por la exposición a alérgenos inhalados, fármacos, alimentos o estrés emocional. Otro aspecto importante es que algunos pacientes son malos perceptores de los síntomas, de forma que pueden tener un deterioro importante de la función pulmonar sin percibir cambios en la sintomatología (alexitimia).

sintomatología

diagnostico

El primer paso será confirmar que se trata de una crisis de asma y no de otra patología.
Interrogar acerca de la duración de la crisis
Determinar la secuencia temporal de la agudización
Identificar la posible causa de la misma
Evaluar la posibilidad de anafilaxia
Identificar factores asociados con el ARV
Conocer los tratamientos previos realizados y la respuesta a estos.

tratamiento

Se pueden administrar, durante la primera hora, de 4 a 10 inhalaciones de 100 mg de salbutamol una nebulización de 2,5 mg/30 min (10 mg/h).

La administración intravenosa no debe ser la primera elección, aunque puede ser de utilidad en algunos casos si no responden al tratamiento inhalado (200 mg i.v. en 20 min, seguido de 0,1-0,2 mg/kg/min).

Se aconsejan dosis de 500 mg de fluticasona o equivalente, que se pueden repetir cada 30 min.

Aportan un beneficio adicional a los SABA, pero no son adecuados como broncodilatador de primera elección. Las dosis habituales serán hasta 4 inhalaciones (80 mg) de bromuro de ipratropio cada 10 min o 500 mg nebulizados cada 20 min.

La aminofilina como monoterapia es inferior a los SABA. Se puede utilizar en dosis de 6 mg/kg a pasar en 30 min seguido de 0,5-0,9 mg/kg/h.

pruebas complementarias

Las primeras exploraciones complementarias
la pulsioximetría
la determinación del grado de obstrucción al flujo aéreo (PEF o espirometría (FEV1)).

La determinación de un FEV1 o un PEF superior al 45 % del valor de referencia y un incremento del PEF de 50 l/min a los 30 min de iniciar el tratamiento son indicadores de buena respuesta.

Si la SatO2 < 92 %, con FEV1 o PEF < 50 % del valor de referencia o presentan deterioro clínico tras el inicio del tratamiento, deberá realizarse una gasometría arterial, ya que existe el riesgo de hipercapnia que no puede determinarse por pulsioximetría.