



# Universidad del Sureste

## Escuela de Medicina

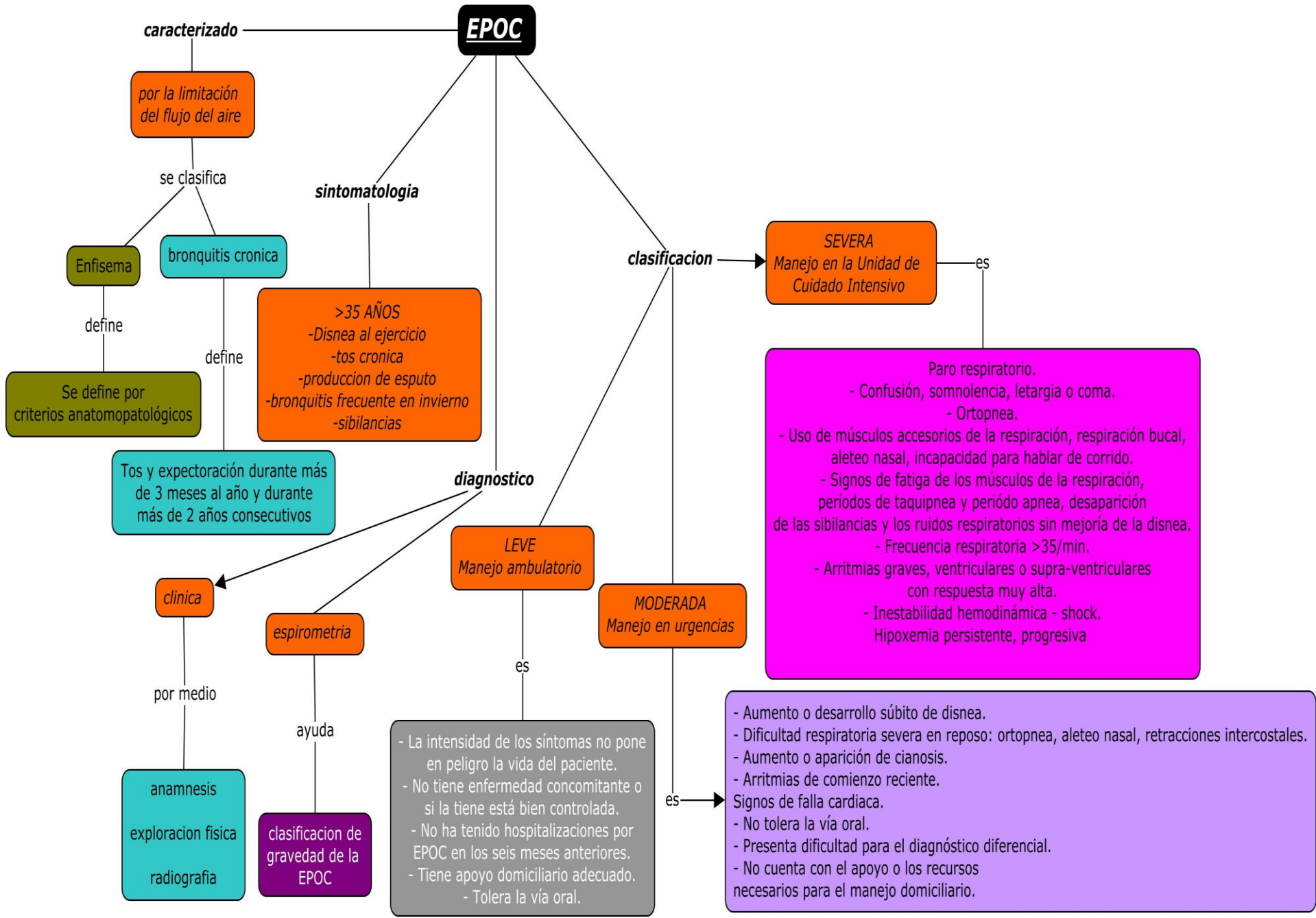
### Cuadros sinópticos

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.