



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**URGENCIAS MEDICAS**

**Mapas conceptuales**

Catedrático: Dr. Romeo Suarez Martinez

Alumna: Janeth Araceli Álvarez Gordillo

Grado: 8 semestre Grupo: "A"

-Incremento de la disnea  
-Aumento del volumen o purulencia del esputo  
-Aumento de la tos  
-síntomas referidos a vías aéreas superiores (odinofagia)  
-opresión torácica o escasa tolerancia al ejercicio  
-alteraciones auscultatorias (sibilancias, roncus, crepitantes)

-Fiebre  
-taquicardia,  
-taquipnea  
-cianosis  
-síntomas derivados de la eventual  
-Presencia de insuficiencia respiratoria

**Espirometría y Pico Flujo Espiratorio:**  
No se recomienda por lo difícil de realizar en una exacerbación.  
**Gases arteriales**  
PaO<sub>2</sub> < 60 mm Hg y/o una SaO<sub>2</sub> < 90%  
con o sin PaCO<sub>2</sub> > 50 mmHg respirando aire ambiente indican la presencia de insuficiencia respiratoria.  
**Espudo purulento:**  
Es indicación de inicio antibióticoterapia.  
Gérmenes más frecuentes: S pneumoniae, H Influenzae y Moraxella catharralis.

**Sintomatología**

**OTROS**

**EXACERBACIONES DE EPOC**

**Definición**

Es un empeoramiento sostenido de la condición del paciente con EPOC que se manifiesta con la aparición de nuevos síntomas respiratorios o aumento de los ya existentes

**Métodos diagnóstico**

**Tratamiento**

Administración de oxígeno a 2 lts. x min. cánula nasal o Vénturi 24% a 28% para mantener una saturación de O<sub>2</sub> > 90%.  
-Líquidos endovenosos para sostenimiento de vena(solución salina 0.9% o Hartman).  
- Posición semisentado.  
-Terapia con inhaladores:  
-Broncodilatadores B2 (Salbutamol)  
-Realice nebulizaciones si el paciente es incapaz de realizar inhalaciones efectivas: Salbutamol 1 cc. en 3 ml. de SSN cada 20 min. por una hora y evaluar.  
Glucocorticoides sistémicos: Orales Prednisolona 1-2Nm/kg/día dosis única día VO o Hidrocortisona 100 mg IV

Evaluación rápida del paciente, abordar la causa siempre que sea posible, y por otra, mejorar la obstrucción bronquial incrementada.

**MODERADO**  
Glucocorticoides inhalados  
Teofilina

**LEVE**  
-Anticolinérgico inhalado y /o  
-B2 agonista de larga duración  
-Agonista B2 a demanda  
-Abandono Tabaco

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.

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

-Pulsioximetría  
-la determinación del grado de obstrucción al flujo aéreo (PEF o espirometría (FEV1)).  
-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

### Métodos diagnóstico

## CRISIS ASMÁTICA

### Definición

Episodios agudos o subagudos caracterizados por aumento de la sintomatología típica de la enfermedad. Puede ocurrir en pacientes con asma ya conocida

### Tratamiento

Deben recibir b2-agonista de acción corta (SABA), ya que suponen la medida más adecuada para revertir la obstrucción de la vía aérea.  
  
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).  
  
Para el control de la inflamación deben utilizarse corticoides  
  
-Se aconsejan dosis de 500 mg de fluticasona

- Disnea
- Dolor Pleurítico
- Dolor Torácico
- tos
- hemoptisis

Taquipnea  
taquicardia  
cianosis

**Sintomatología**

**SIGNOS**

Dimero-D  
Angiografía Pulmonar  
Angio-TC  
Gammagrafía V/Q  
Ecocardiografía transtorácica

**Métodos diagnóstico**

**Definición**

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

**TROMBOEMBOLIA PULMONAR**

**Tratamiento**

Carga de fluidos de 15 a 20 minutos promedio, considerar en pacientes con presión venosa central normal-baja debido a la hipobolemia

Independientemente de la presencia de factores de riesgo o no, después de un primer evento de TEP la anticoagulación se debe mantener por lo menos 3 meses.

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



