



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
PaO₂ < 60 mm Hg y/o una SaO₂ < 90%
con o sin PaCO₂ > 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 O₂ > 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 1-2Nmg/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



