ASEPEYO

Guía de urgencias médicas en traumatología

Hospital Asepeyo Coslada

Algoritmos

Guía de urgencias médicas en traumatología
Hospital Asepeyo Coslada

Autor

Javier Gutiérrez Guisado
Tutor Hospitalario MIR Medicina del Trabajo. Departamento de Medicina Interna Hospital Asepeyo Coslada-Madrid.

Diseño: Dirección de Comunicación de Asepeyo

www.asepeyo.es

Introducción

Esta Guía de Urgencias médicas en Traumatología, llevamos fraguándola hace varios años, y gracias al esfuerzo y dedicación de los MIR de Medicina del Trabajo ha podido salir adelante. Para mí, nuestros residentes de Medicina del Trabajo constituyen un valor añadido para la Mutua fundamentalmente por su compromiso con nuestra organización y porque el día de mañana se convertirán en unos profesionales que se habrán formado en los valores y en el funcionamiento de las mutuas y en concreto de nuestra Institución.

Ha sido muy agradable revisar y coordinar estos temas que considero que son los fundamentales en nuestro entorno si bien pudiera haber otros que se podrán añadir pues la intención es una revisión continua de los distintos temas que constituyen la guía.

Espero que la guía nos ayude a orientar y tratar mejor a nuestros pacientes no solo en los hospitales de la organización sino también en los CCAA.

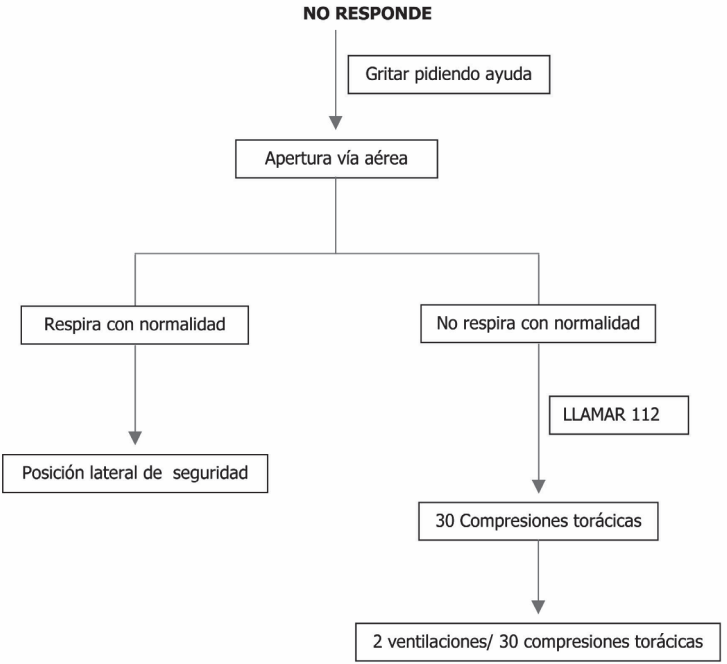
Javier Gutiérrez Guisado
Tutor Hospitalario MIR Medicina del Trabajo
Departamento de Medicina Interna
Hospital Asepeyo Coslada-Madrid

Agradecimientos:

En primer lugar me gustaría agradecer la predisposición del Dr. García Barreiro y de la Gerente del hospital de Coslada, la Dra. García Gismera para que esta Guía pudiera ver su luz y la del Dr. Erice por revisar los temas de infecciosas.También quiero destacar la ayuda prestada por Sonia Viñas Molina, que ha colaborado de forma muy importante para que esta guía tuviera el formato adecuado.

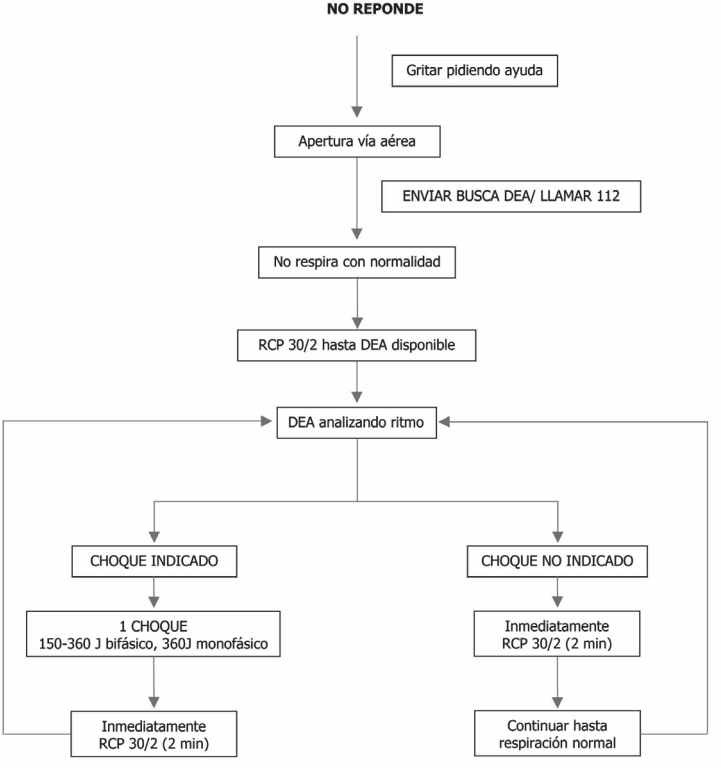
Resucitación pulmonar

Algoritmo SVB



Resucitación cardiopulmonar

SVB con desfibrilador automático

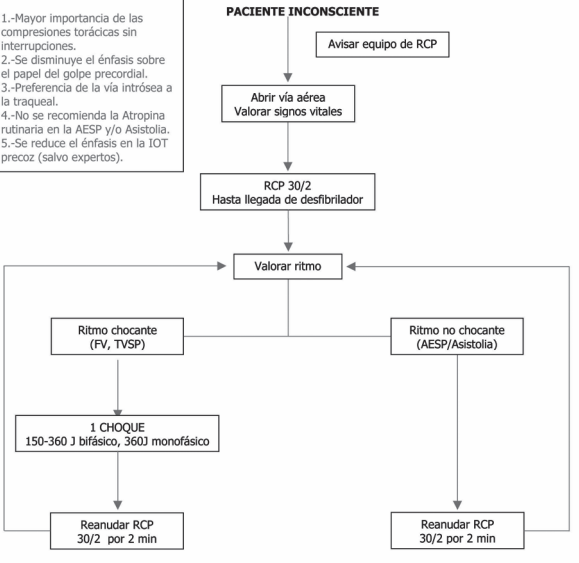


Resucitación cardiopulmonar

Manejo de PCR intrahospitalaria

Recomendaciones Guías 2010 ERC:

1.-Mayor importancia de las compresiones torácicas sin interrupciones.
2.-Se disminuye el énfasis sobre el papel del golpe precordial.
3.-Preferencia de la vía intrósea a la traqueal.
4.-No se recomienda la Atropina rutinaria en la AESP y/o Asistolia.
5.-Se reduce el énfasis en la IOT precoz (salvo expertos).



DURANTE PCR:

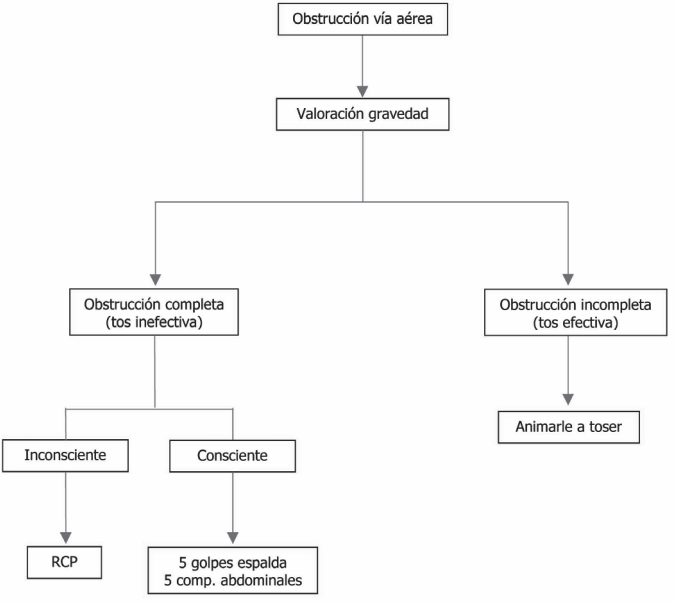
- Chequear posición y contacto de electrodos.
- Descartar causas reversibles
- Intentar/verificar:
  +acceso iv
  +vía aérea y O2
- Dar ininterrumpidamente compresiones con vía aérea segura y repetir ciclo cada 2 min, valorando ritmo.
- Dar adrenalina cada 3-5 min.

Causas reversibles de PCR:

- 4H: Hipoxia, Hipovolemia, Hiper/Hipokaliemia, Hipotermia.
- 4T: neumotórax a **Tensión**, Trombosis coronaria o pulmonar, Tóxicos, Taponamiento cardíaco.

Resucitación cardiopulmonar

Manejo obstrucción vía aérea

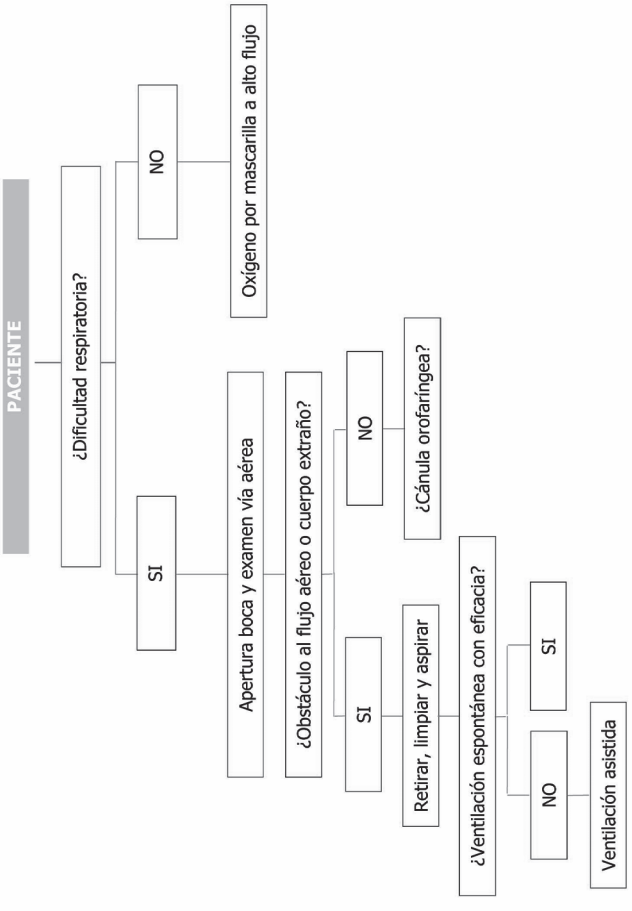


Fármacos

Fármacos	Indicaciones		Dosis	Presentación
	FV/TVSP	Asistolia/AESP		
Adrenalina	Entre 2º-3º choque; Después cada 3-5 min	Cada 3-5 min	1 mg	Ampolla 1 mg
Atropina		< 60 l/m	3 mg	Ampolla 1 mg
Amiodarona	Tras 3º choque		300 mg en bolo iv; se puede añadir 150 mg y después 900 mg/24 h	Trangorex Amp. 3 ml = 150 mg
Lidocaína	Si amiodarona no posible		100 mg; se puede añadir otros 50 mg. No exceder 3 mg/kg	Lincaina 1% Amp. 10 ml = 100 mg
Calcio	Hiper-K, hipo-Ca, intox. Antag. Ca		2-5 ml iv lento	Cloruro cálcico al 10% Amp. 10 ml = 1 gr
Magnesio	Hipo-Mg o Trosades Points.		1-2 gr iv en glucosa al 5% 1-2 min	Sulmetin Amp. 1.5 mg de sulfato magnésico al 15% 10 ml = 1500 mg
Bicarbonato	En general no recomendado; considerar en hiper-K, acidosis metabólica severa (ph<7.1) o Intox. ADT		1 mEq/Kg en bolo iv	Bicarbonato Na 1M; 250 ml. (1 ml = 1 mEq)

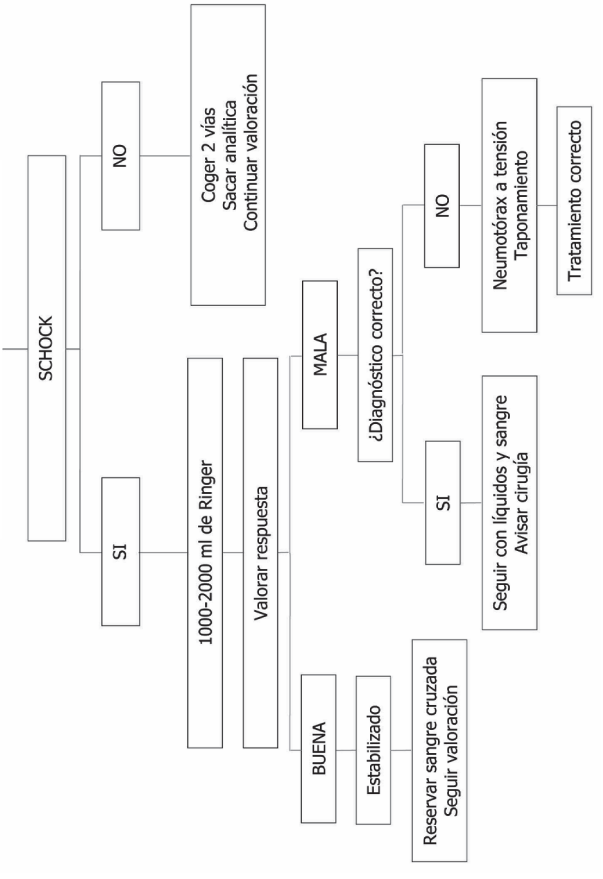
Valoración inicial del paciente politraumatizado

Primer grupo de actuación



Valoración inicial del paciente politraumatizado

Reconocimiento del shock



Analgesia

Guía de administración

1. Pacientes con dolor leve (Puntuación escala numérica 0-3), administre AINES solos.

- Paracetamol iv a dosis de1 g (10 - 15 mg/kg. en niños) (4-6h).
- Metamizol Magnésico iv bolo lento a dosis de 20 - 40 mg/kg. (1 amp de 2gr/6h).
- Ketorolaco Trometamol iv a dosis de 30 mg/8h (no exceder de 2 días iv).

2. Pacientes con dolor moderado (Puntuación escala numérica 4-6), administre AINES combinados.

- Ketorolaco Trometamol iv (30 mg) + Paracetamol iv (1 g)
- Metamizol Magnésico iv (2 g) en bolo lento + Ketorolaco Trometamol iv (30 mg)
- Si fuese necesario puede añadir Midazolam a dosis de 0,02-0,05 mg/kg.

3. Pacientes con dolor intenso (Puntuación escala numérica 7-10), administre AINES combinados + opiáceos.

- Ketorolaco Trometamol iv (30 mg) + Paracetamol iv (1 g) + Fentanilo iv (1 mcg/kg)
- Si fuese necesario puede añadir Midazolam a dosis de 0,02-0,05 mg/kg., en bolo lento.
- Valore cada 3 min el nivel de dolor, pudiéndose repetir dosis de Fentanilo a 0,5 mcg /kg.

4. Paciente con inestabilidad hemodinámica y dolor intenso, administre AINES combinados + opiáceos comenzando a dosis bajas.

- Paracetamol (1 g) + Fentanilo (0,5 mcg/kg)
- Comience con dosis bajas de Fentanilo (0,5 mcg/kg)
- Valore sedación con Midazolam
- Comience a dosis mínimas: 0,01 mg/kg)
- Tras 3 min reevalúe la respuesta y si es necesario repita las dosis
- El empleo de mórficos y benzodiazepinas, aún a dosis pequeñas, puede provocar aumento del colapso, disminución del nivel de conciencia y apnea.

Analgesia

Guía de administración

5. En pacientes quemados, con hiperreactividad bronquial, acceso a vía aérea difícil, e inestabilidad hemodinámica, valore como alternativa a las benzodiacepinas, la sedación con Ketamina:

- En iv a dosis sedante-analgésica de 0,3 - 0,7 mg/kg. En sedación de adultos comience con bolos de 10 - 20 mg y repita dosis según efectos.
- Valore la administración de Midazolam a dosis de 1 - 2 mg iv para evitar los efectos psicóticos y hemodinámicos.
- Tras 5 minutos revalúe la respuesta y, si es necesario, repita la dosis de Ketamina.

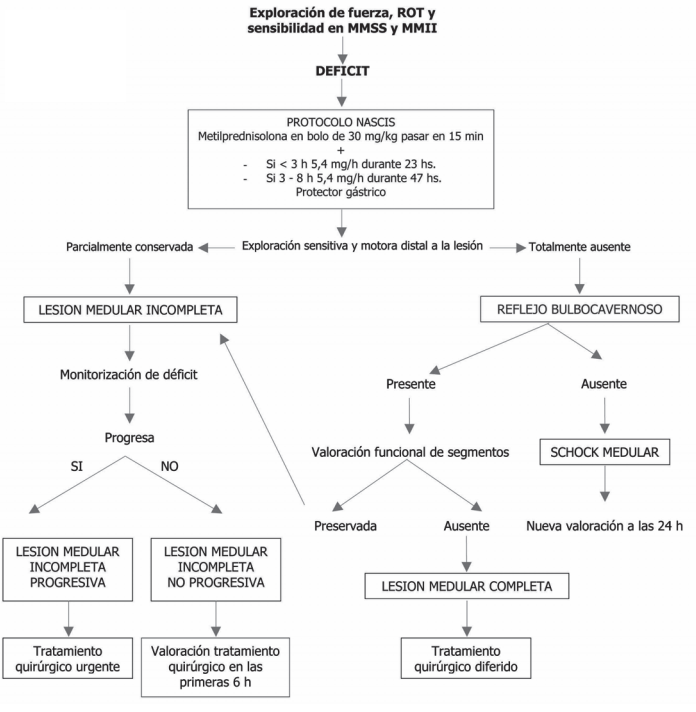
6. Paciente con dolor abdominal, síndrome coronario agudo, cefalea, cólico nefrítico... actúe conforme a procedimientos específicos.

7. Sedoanalgesia en cardioversión sincronizada:
- Valore cuidadosamente estado hemodinámica del paciente, horas de ayuno, patologías de base, edad y resto de antecedentes.
- Administre alguno de los siguientes fármacos considerando sus efectos:
- Midazolam iv a dosis de 0,02 - 0,05 mg/kg
- Produce amnesia retrógrada.
- Se antagoniza con flumacenilo.
- Mayor riesgo de depresión respiratoria y efectos hemodinámicos.
- Etomidato iv a dosis de 0,15 - 0,3 mg/kg
- Más estable hemodinámicamente.
- Mínimos efectos respiratorios.
- Duración de su efecto es breve y dosis dependiente.
- Asocie a estos fármacos, si es necesario, Fentanilo a bajas dosis (50 mcg), aunque aumenta el riesgo de depresión respiratoria.
- Administre Paracetamol iv (Perfalgan®, 1 g/100 ml por vial) a dosis de 1 g si existen molestias locales tras la cardioversión.

NOTA: Toradol no conviene administrarlo de forma iv más de 2 días y si se pasa a vo no exceder de una semana (fármaco de uso hospitalario, según nota informativa de 7-2-2009 de la AEMPS).

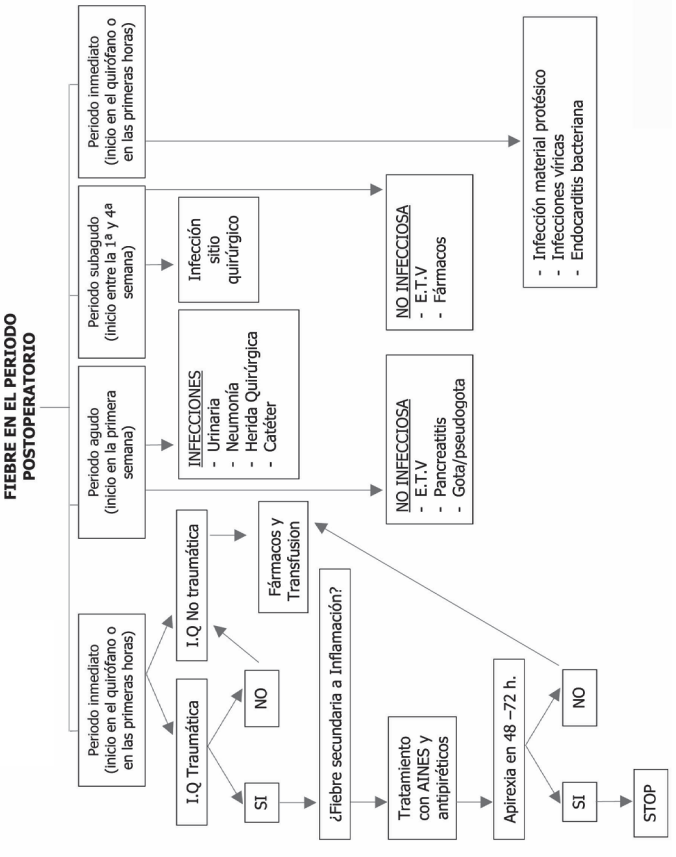
Lesión medular traumática

Algoritmo de valoración neurológica en pacientes con lesión medular



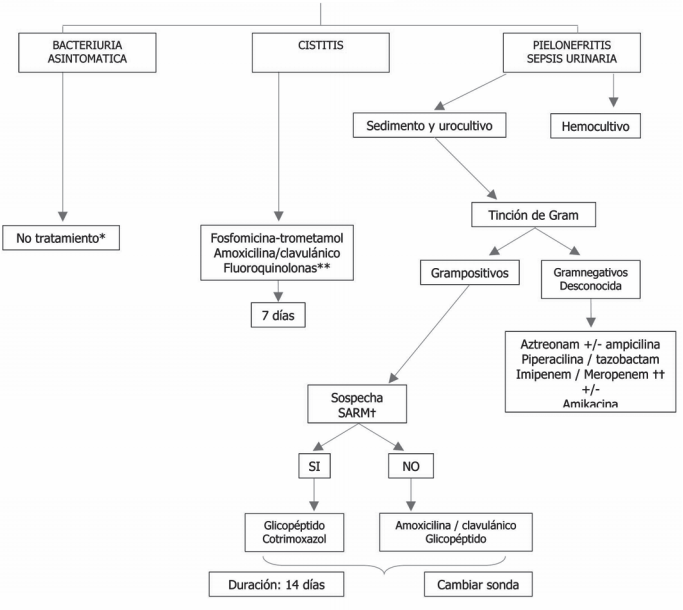
Infecciones urinarias

Algoritmo de diagnóstico



Algoritmo de actuación

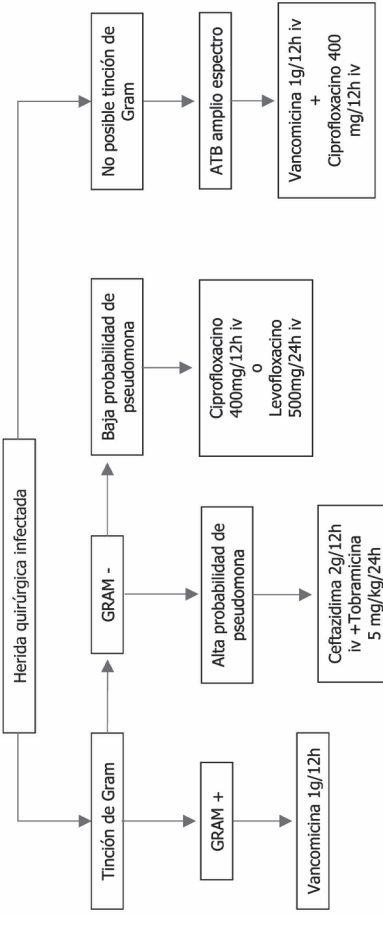
Infección urinaria asociada a sonda



*Excepto: Cirugía Urológica, Embarazadas, Recambio de sonda si hay riesgo de endocarditis
**Evitar su uso si se han administrado recientemente.+SAMR: S. aureus resistente a la meticilina++ Reservado para casos de pacientes graves.

Infección herida quirúrgica

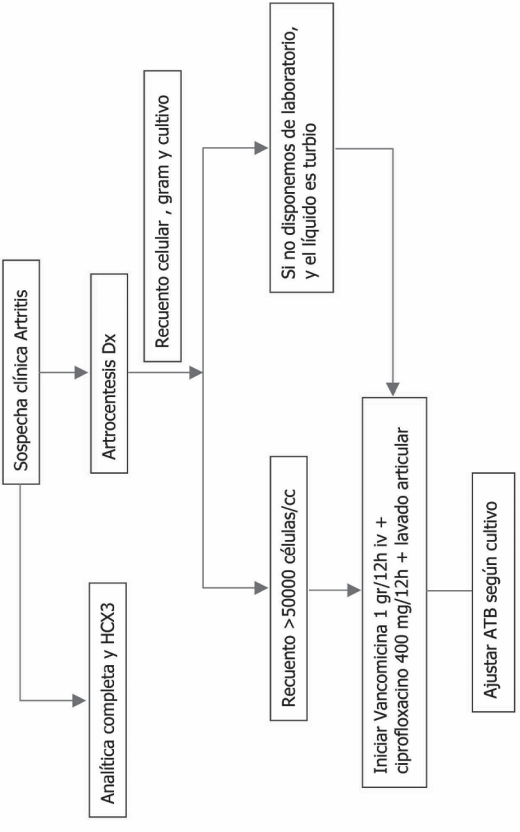
Algoritmo



Celulitis simple	NO ⇒	Celulitis necrotizante
Paciente con cuadro clínico de:		Paciente con cuadro clínico de:
▪ Dolor ▪ Calor ▪ Eritema ▪ Fiebre ▪ Bordes no definidos ni sobreelevados		▪ Edema e induración más allá del área de eritema ▪ Flictemas o bullas sobre todo si el contenido es homorrágico ▪ Crepitación o gas en la radiología. ▪ Ausencia de linfangitis o adenitis ipsilateral
⇓ SI		⇓ SI
Tratamiento empírico con:		
▪ Cloxacilina 1-2 gr/4 h iv o ▪ Cefazolina 1 gr/8 h iv		▪ Cefotaxima 2gr/6h iv + metronidazol 500 mg/6h iv + vancomicina 1 gr/12h (si sospecha de SAMR) o ▪ Meropenem 1 gr/8h iv
En alérgicos a penicilina:		En alérgicos a penicilina:
Vancomicina o Linezolid		Ciprofloxacino 400 mg/12 h + clindamicina 600 mg/8 h

Artritis séptica

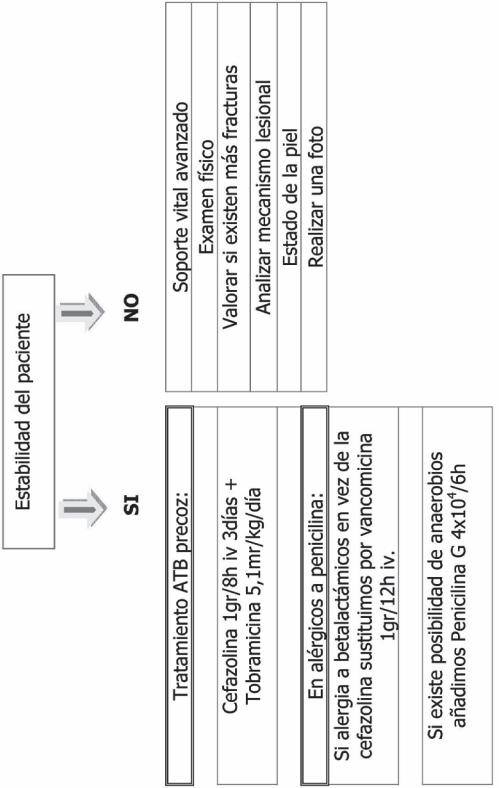
Algoritmo



Profilaxis infección con fractura abierta

Manejo del paciente

Manejo del paciente con fractura abierta



Guía de principales antibióticos en traumatología

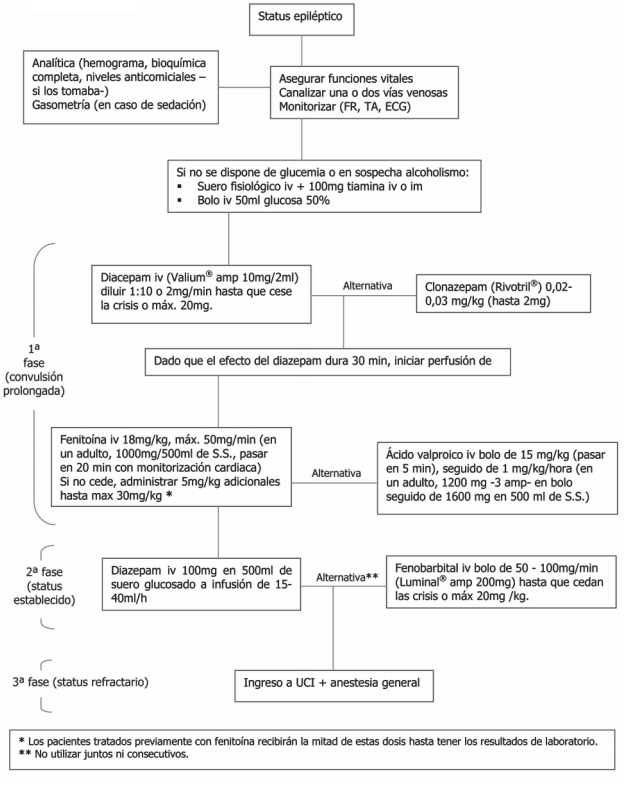
Fármaco	Espectro	Dosificación	Nombre comercial
BETALACTAMICOS			
Penicilinas			
Naturales	*Espiroquetas, estreptococcus, anaerobios* *E. Fecales*, CG-, BG+	**Penicilina G sódica** 1-3x10^6 UI/2-4h iv (dosis millonarias) o vo 250-500 mg/8h	Penibiot viales 2x10^6 UI; Penilevel 250 mg-500 mg sobres.
Aminopenicilinas	G+ *E. Fecalis*	**Amoxicilina** 250mg-1g/8h vo **Ampicilina** 1-2g/4-6h iv; 250-500 mg/6h vo	Amoxi-gobens 500 mg sb (NORMON) Nuvapen vial 1gr; Britapen 500 mg cáp.
Combinaciones con inhibidores betalactamasas (penicilinas betalactamasas resistentes)	BG-, *SAMS, E. Fecales* *Pseudomonas,* BG-	**Amoxicilina-Clavulánico** 875-1gr/12h- vo o 1-2g/6-8h iv **Piperacilina-tazobactam** 2-4g/6-8h iv	Amoxi-clavuláncio 1gr/200 mg vial; Augmentine plus 1g comp; Amoxi-clavulancio 875 mg sb; Amoxi-gobens 500 cáps. Tazocel (WYETH FARMA)
Antiestafilocócicas	*SAMS*	**Cloxaciclina** 0,5-1g/4-6h vo o 1-2g/4-6h iv	Cloxacilina 1 gr vial; Orbenin 500 mg cáp.
Antipseudomonas		**Piperacilina 2-4 gr iv/4-6h**	
Cefalosporinas			
1ª Generación	SAMS, Estreptococos	**Cefazolina** 1-2g/8h im o iv	Tasep vial 1gr
2ª Generación	BG-; no pseudomonas	**Cefuroxima** 750mg-1.5 g/8h im o iv ó 125-500mg/12h vo	Cefuroxima 750 mg vial; Zinnat 250-500 mg comp.
3ª Generación	Amplio espectro Pseudomonas acinetobacter	**Ceftriaxona** 1gr/d; iv meningitis 2gr/12h; **Cefotaxima** 1-2g/6-8h iv **Ceftazidima** 1-2gr/8-12h im o iv.	Ceftriaxona vial 1 gr Cefotaxima vial 1gr; Ceftazidima viales 1 o 2 gr.
4ª Generación	CG+, BG- ; más activa frente SAMS que otras cefas 3ª gen.	**Cefepime** 1-2g/12h im o iv	Maxipime vial 2gr
Carbapenemes (muy amplia cobertura, incluidos anaerobios)	CG+, *E. Faecalis,* CG- , anaerobios, BG-, pseudomonas, acinetobacter BG-, cubre pseudomonas resistentes a betalactámicos CG+, CG-, anaerobios, BG-	**Imipenem** 0,5-1g/6-8h iv **Meropenem** 0,5-1g/6-8h iv **Ertapenem** 1g/24h iv/im	Tienam vial 500 mg Meropenm viales 500mg -1 gr. Invanz vial 1 gr

Guía de principales antibióticos en traumatología

Fármaco	Espectro	Dosificación	Nombre comercial
GLUCOPEPTIDOS			
	CG+ y BG+	**Vancomicina** 1g/12h iv o 0.5g/6h iv	Vancomicina vial 1 gr Normon EFG (NORMON)
	CG+ y BG+	**Teicoplanina** 400mg/12h im o iv x 3 y seguir con 400mg/24h im o iv	Targocid viales 200-400 mg.
AMINOGLUCOSIDOS			
	Pseudomonas, BG- y CG+	**Gentamicina** 5-7mg/kg/24 im o iv	Genta-Gobens viales: 40-80-240 mg (NORMON)
	Pseudomonas,	**Tobramicina** 5-7mg/kg/24 im o iv	Tobra-Gobens viales 50-100 mg (NORMON)
QUINOLONAS (amplio espectro)			
2ª Generación (urinarias)		**Norfloxacino** 400mg/12h vo	Norfloxacino comp 400 mg
2ª Generación (sistémicas)	*Chlamydia, Micoplasma, Legionella, M tuberculosis*	**Ciprofloxacino** 250-750mg/12h vo, 200-400mg/8-12h iv	Ciprofloxacino normon EFG vial 200 cc=400 mg
3ª Generación	CG+, M tuberculosis	**Levofloxacino** 500mg/24h vo o iv	Tavanic vial y comp 500 mg
TETRACICLINAS			
	CG+, CG-, brucella	**Doxiciclina** 100-200mg/12-24h vo o iv	Vibracina comp 100 mg
SULFAMIDAS			
	SAMR, *listeria, P. carinii*	**Cotrimoxazol** 160/800mg/8-12h vo o iv	**Septrim forte 1 comp/12h**
CLINDAMICINA			
	CG+, anaerobios, resist. cruzada macrólidos	**Clindamicina** 150-450mg/8h vo o 300-900mg/8h iv	Clindamicina 600 mg vial; Comp 150-300 mg (dalacin)
METRONIDAZOL			
	Anaerobios, H.Pylori	**Metronidazol** 250-750mg/8h iv/vo	Metronidazol vial 500 mg; Comp 250 mg (flagyl)
RIFAMPICINA			
	CG+, CG-, BG+, *M. tuberculosis*	**Rifampicina** 600 mg/d	Rifampicina comp 300-600 mg
LINEZOLID			
	G +	**Linezolid** 600mg/12h vo-iv	Zyvoxid (PFIZER) Vial-comp 600 mg

Crisis comiciales

Algoritmo de tratamiento



* Los pacientes tratados previamente con fenitoína recibirán la mitad de estas dosis hasta tener los resultados de laboratorio.
** No utilizar juntos ni consecutivos.

Crisis comiciales

Tratamiento del status epiléctico

- Asegurar funciones vitales.
- Canalizar una o dos vías venosas y extracción de analítica,gases arteriales y niveles de anticomiciales si los tomaba.

Medidas inmediatas

- Monitorización (FR, TA, ECG)
- Suero fisiológico i.v. y 100 mg de tiamina i.v. o i.m. (Benerva®)
- Bolo intravenoso de 50 ml de glucosa al 50% (2 amp de glucosmon®) si no se dispone de glucemia.

(Recordar que siempre se administra la tiamina antes del suero glucosado)

1ª fase (convulsión aguda prolongada: mas de 10 minutos)

- **Diazepam** i.v. (Valium® amp 10 mg) 2 mg/min hasta que cese la crisis o hasta un máximo de 20 mg.
- Alternativa: **Clonacepam** (Rivotril®) 0,02-0,03 mg/kg (hasta 2 mg).
- Dado que el efecto del diazepam dura 30 min, al mismo tiempo se debe iniciar perfusión de: **Fenitoína** i.v. 18 mg/kg a un ritmo de infusión máximo de 50 mg/min (para un adulto alrededor de 1000 mg en 500 ml de s.s. a pasar en 20 min, con monitorización cardiaca). Si no cede tras 18 mg/kg se pueden administrar 5 mg/kg adicionales hasta un máximo de 30 mg/kg. Los pacientes tratados previamente con fenitoína recibirán la mitad de estas dosis hasta tener los resultados de laboratorio.
- Ó **Ácido valproico** i.v.: bolo de 15 mg/kg a pasar en 5 min, seguido de perfusión de 1 mg/kg/hora. Para un adulto, aprox 1200 mg (3 amp) en bolo seguido de perfusión de 1600 mg en 500 ml de s.s.

2ª fase (considerar status establecido)

Si el status persiste más de 30-60 min se puede utilizar una de las opciones siguientes (no juntas ni consecutivas):

- **Diazepam** i.v. 100 mg en 500 ml de suero glucosado a un ritmo de infusión de 15-40 ml/h. Produce depresión respiratoria, no debe asociarse a fenobarbital y sólo debe utilizarse si se dispone de equipos de monitorización y reanimación.
- **Fenobarbital** i.v. en bolos de 50-100 mg/min (Luminal® amp 200 mg) hasta que ceden las crisis o dosis máxima de 20 mg /kg. Produce sedación y depresión cardiorrespiratoria.

3ª fase (status refractario)

Ingreso en UCI y anestesia general con pentobarbital, midazolam o propofol.
Si no se dispone de UCI o hasta que se intuba al paciente se puede intentar tratamiento con:

- **Lidocaína** i.v. bolo de 1,5-2 mg/kg a pasar en 2 min y seguir con perfusión de 3 mg/kg/hora si hay respuesta, bajo monitorización cardiaca.
- **Clometiazol** al 0,8% 25-60 mg/min i.v. durante 10 min (Distraneurine®) si cesan las crisis se disminuye el ritmo a 4-8 mg/min, vigilando frecuencia respiratoria y tensión arterial.

Crisis comiciales

Principales fármacos anticomiciales

Fármacos	Preparados comerciales	Indicaciones	Dosis	Tomas diarias	Nivel terapéutico (mcg/dl)
Fenitoína	Epanutin 100mg Neosidanteoina 100 Fenitoína rubio 250iv	CGTC, CP, Status	300-400 mg/d	2-3	10-20
Carbamazepina	Tegretol 200-400mg	CP, CGTC en niños y mujeres	DI: 100-200 mg hasta 600-1200/d	2-3	4-12
Valproato	Depakine comp. 200-500mg Iny: 400mg Depakine Crono 300-500mg	CGTC, Ausencias, Mioclonías, CP, SD de West, EMJ	DI: 200 mg hasta 600-1000/d	2-3	50-100
Fenobarbital	Luminal vo 100mg Iv: 200mg Luminaleta 15mg Gardenal 50mg	CGTC, CP, Status, prevención crisis febriles	DI: 50 mg/d hasta 100-150 mg/d	2-3	15-40
Primidona	Mysoline 250mg	CGTC, CP	DI: 125 mg hasta 750 mg/d	1-2	5-12
Clonacepam	Rivotril 0,5 y 2mg amp 1mg	Ausencias, mioclonías, CGTC, Status	DI: 0,5-1 mg/d hasta 4 mg/d	1-3	-
Etosuximida	Zarontin 250mg/cuch Etosuximida 250mg	Ausencias	DI: 500 mg/d hasta 1000	3	40-100
Lamotrigina	Labileno y lamictal 25, 50, 100 y 200mg	SD Lennox-Gastaut, CGTC, CP, EMJ	DI: 25 mg/d aumentar 25 c/2sem hasta 100-200 mg	2-3	1-5
Vigabatrina	Sabrilex 500mg	CPC refractarias	DI: 500 mg hasta 3 g/d	2-3	
Gabapentina	Neurontin 300, 400mg	CP	DI: 300 mg/d aumentar 2400 mg/d	3	-
Topiramato	Topamax 25, 50, 100, 200mg	SD Lennox-Gastaut, CGTC, CPCSG, EMJ	DI: 50 mg/noche hasta 200-400 mg/d	2-3	-
Tiagabina	Gabitril 5, 10, 15mg	CP con o sin generalización	DI: 7,5-15 mg/d hasta 30-50 (si IE) o 15-30 (si no IE)	3	-
Oxcarbazepina	Trileptal 150, 300, 600mg	Similar a carbamazepina	DI: 150/12h hasta 600-1200mg	2-3	-
Levetiracetam	Keppra 250, 500, 750mg	CPC +/- CPCSG	DI: 250/12h hasta 500-1000/12h	2	-

DI: Dosis inicial; CP: Crisis parcial; CGTC: Crisis generalizada tónico-clónica; CPC: Crisis parcial compleja; CPCSG: Crisis parcial compleja secundaria generalizada; IE: Inductor enzimático; EMJ: Epilepsia mioclónica juvenil; SD: Síndrome.

Síndrome confusional agudo

Escala CIWA-Ar

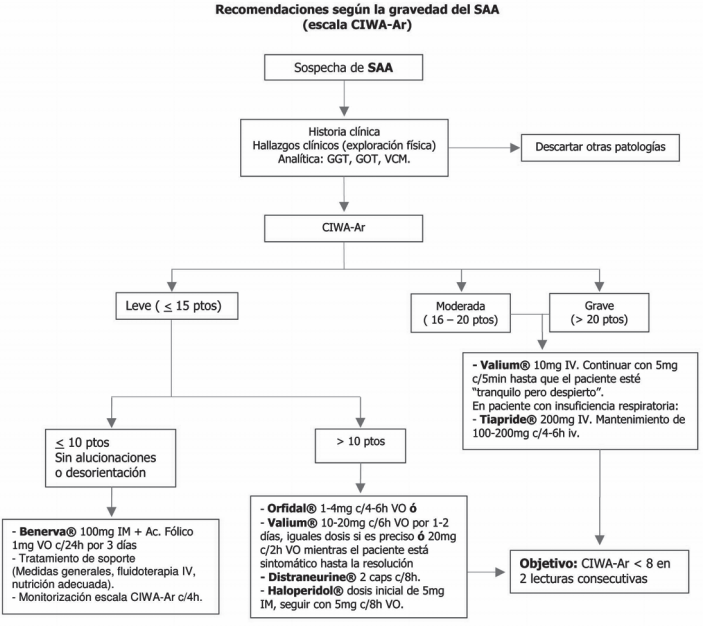
Evaluación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica

Náuseas y vómitos	Alteraciones táctiles
0: Sin náuseas ni vómitos 1: Náuseas leves sin vómitos 2 3 4: Náuseas intermitentes con arcadas 5 6 7: Náuseas constantes y vómitos	0: Ninguna 1: Muy leve sensación (punzante, ardiente, cosquilleo.) 2: Idem leve 3: Idem moderado 4: 5: Alucinaciones severas 6: Alucinaciones extremas 7: Alucinaciones continuas
Temblor	**Alteraciones auditivas**
0: Sin temblor 1: No visible, puede sentirse al tacto 2 3 4: Moderado con los brazos extendidos 5 6 7: Severo, incluso con los brazos en reposo	0: No 1: Sonidos secos muy leves o capaces de asustar 2 3: Con intensidad o capacidad para asustarse moderado 4 5: Alucinaciones severas 6 7: Alucinaciones continuas
Sudor	**Alteraciones visuales**
0: No sudor 1: Sudoración leve en palmas de las manos 2 3 4: Sudoración visible en la frente 5 6 7: Sudoración profusa generalizada	0: No hay 1: Muy leves 2 3 4: Alucinaciones moderadas 5 6: Alucinaciones extremas 7: Alucinaciones continuas
Ansiedad	**Cefalea**
0: Tranquilo 1: Ligeramente ansioso 2 3 4: Moderadamente ansioso, reservado 5 6 7: Equivalente a estado agudo de pánico, con delirio grave	0: No hay 1: Muy leve 2: Leve 3: Moderada 4: Moderadamente severa 5: Severa 6: Muy severa 7: Extremadamente severa
Agitación	**Orientación y funciones superiores**
0: Actividad normal 1: Actividad un poco mayor de lo normal 2 3 4: Moderadamente inquieto 5 6 7: Cambio continuo de postura	0: Orientado y puede sumar 1: No puede sumar, indeciso en la fecha 2: Desorientado temporalmente (< 2 días calendario) 3: Mayor desorientación temporal (> 2 días) 4: Desorientación en lugar y/o en persona.

La puntuación total es la suma simple de cada ítem. Puntuación máxima = 67.

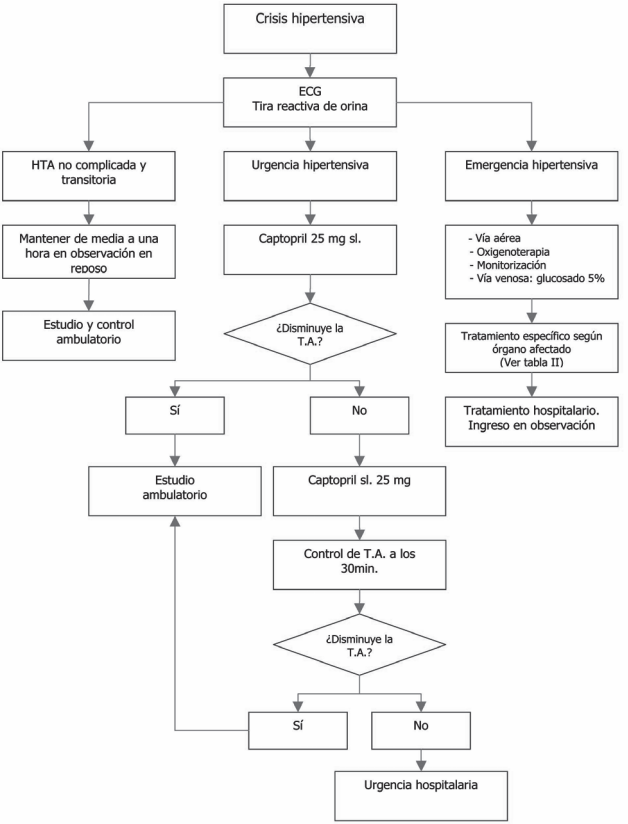
Síndrome confusional agudo

Recomendaciones de manejo farmacológico



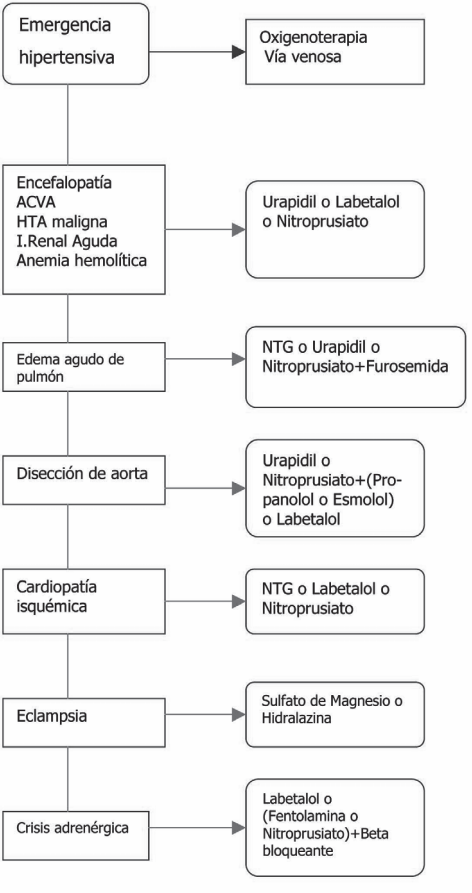
Crisis hipertensivas

Algoritmo



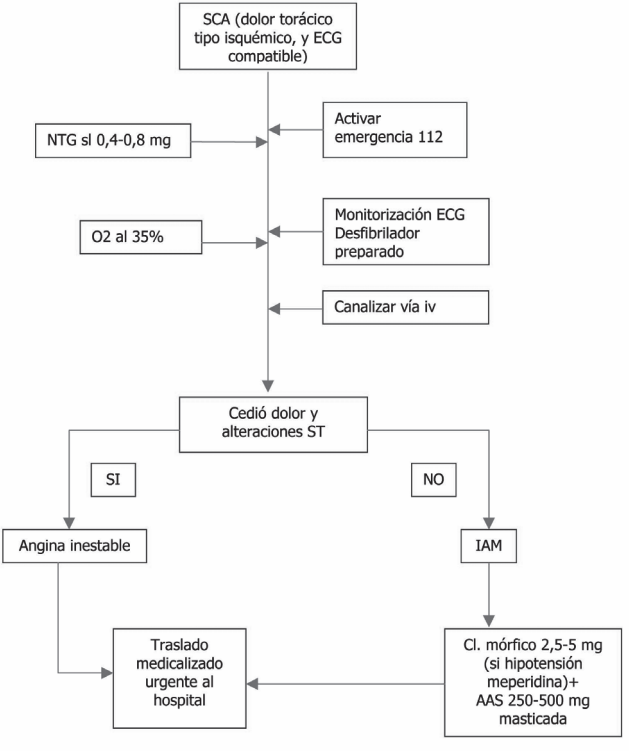
Crisis hipertensivas

Algoritmo de tratamiento específico



Síndrome coronario agudo

Algoritmo de manejo



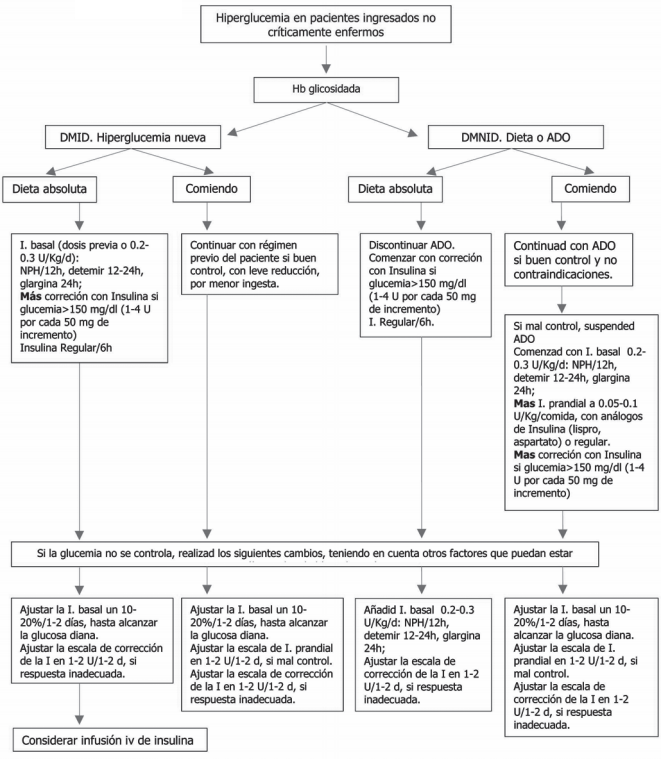
Tipos de insulina comercializados en España

	Inicio	Pico (horas)	Duración (horas)	Presentación y Nombre comercial
Ultrarrápida	15 min.	1	5	Lispro (Humalog KwikPen®) [1] Aspart (NovoRapid fp®) [1] Glulisina (Apidra solostar y op tiset®) [1]
Rápida	30 min.	3	8	Regular (Actrapid inn®) [2]
Intermedia	1-2 h.	6-10	24 15	NPH (Humulina NPH pen®) [2] NPL (Humalog Basal KwikPen®) [1]
Prolongada	2 h.	no	24 20	Glargina (Lantus optiset y solostar®) [1] Detemir (Levemir fp e inn®) [1]

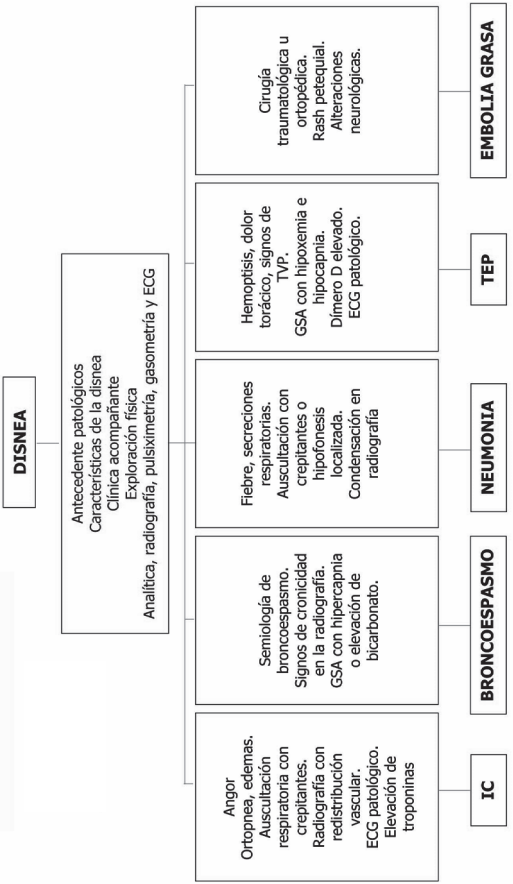
(1) Análogos de insulina (2) Insulinas humanas

Hiperglucemia en pacientes hospitalizados

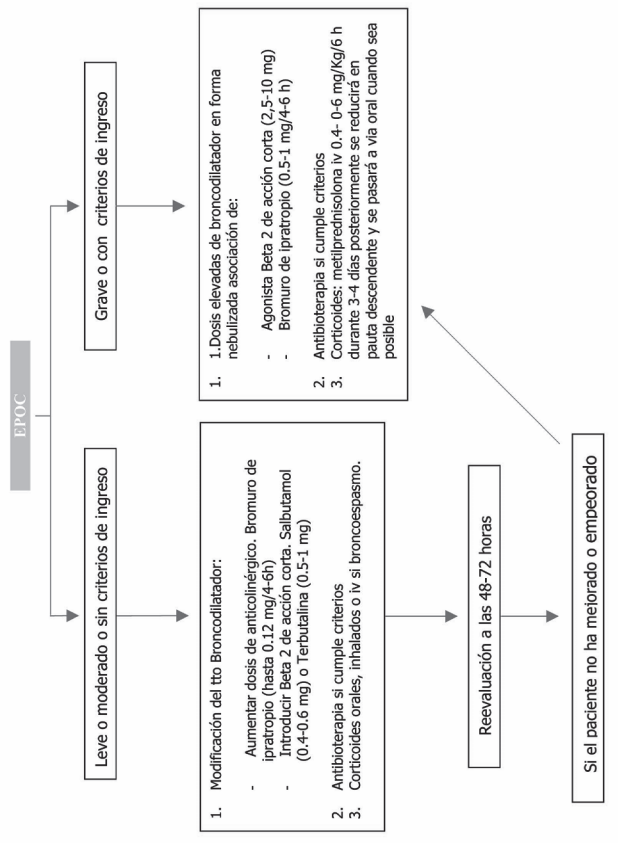
Protocolo de actuación



Aproximación diagnóstica al paciente con disnea

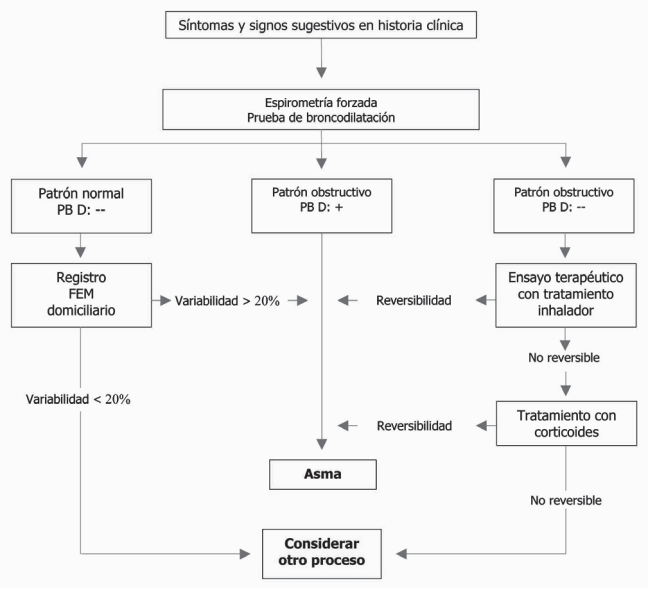


Epoc - Manejo


EPOC
Leve o moderado o sin criterios de ingreso
Grave o con criterios de ingreso
1. Modificación del tto Broncodilatador:
- Aumentar dosis de anticolinérgico. Bromuro de ipratropio (hasta 0.12 mg/4-6h)
- Introducir Beta 2 de acción corta. Salbutamol (0.4-0.6 mg) o Terbutalina (0.5-1 mg)
2. Antibioterapia si cumple criterios
3. Corticoides orales, inhalados o iv si broncoespasmo.
1. 1.Dosis elevadas de broncodilatador en forma nebulizada asociación de:
- Agonista Beta 2 de acción corta (2,5-10 mg)
- Bromuro de ipratropio (0.5-1 mg/4-6 h)
2. Antibioterapia si cumple criterios
3. Corticoides: metilprednisolona iv 0.4- 0-6 mg/Kg/6 h durante 3-4 días posteriormente se reducirá en pauta descendente y se pasará a vía oral cuando sea posible
Reevaluación a las 48-72 horas
Si el paciente no ha mejorado o empeorado

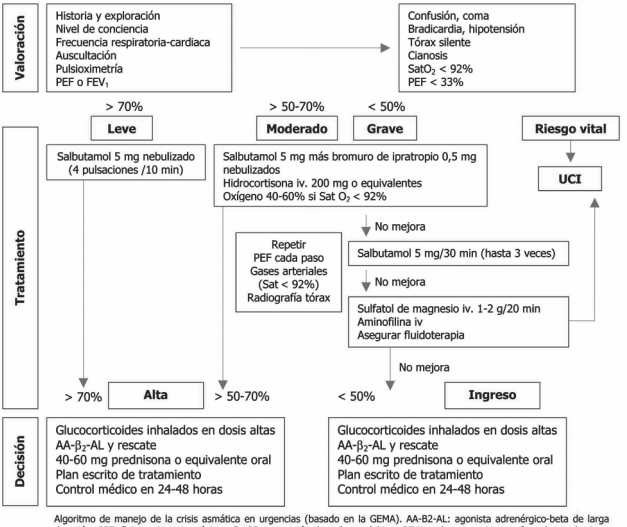
Asma bronquial

Síntomas y signos en la historia clínica



Asma bronquial

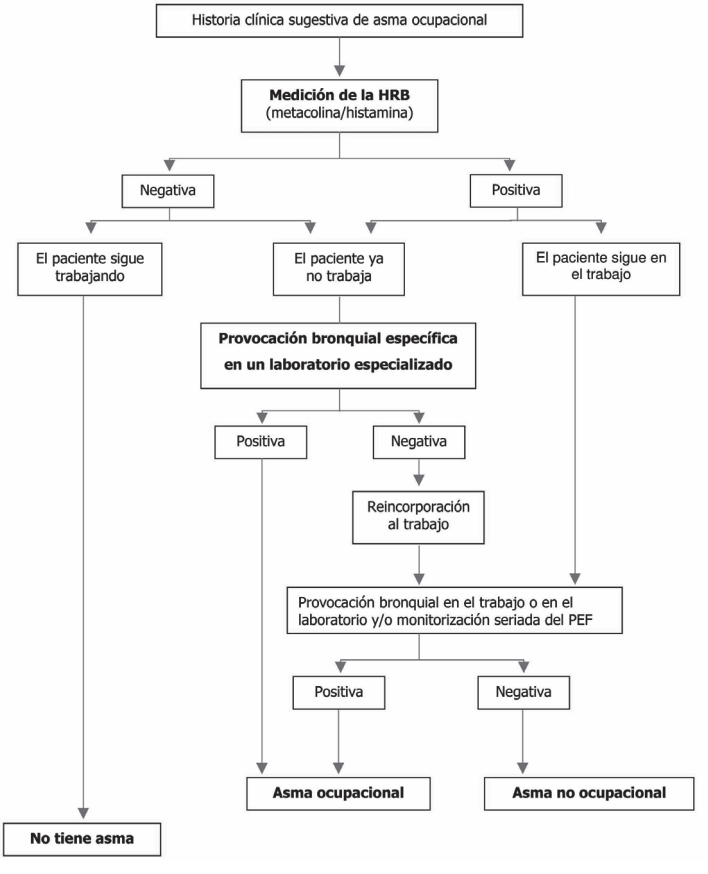
Tratamiento de crisis en el Hospital



Algoritmo de manejo de la crisis asmática en urgencias (basado en la GEMA). AA-B2-AL: agonista adrenérgico-beta de larga duración; PEF: flujo espiratorio máximo; SatO2: saturación de oxihemoglobina; FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo.

Asma bronquial

Diagnóstico del asma ocupacional



TVP

Modelo clínico de probabilidad

Modelo clínico de probabilidad de TVP **Parámetro clínico**	**Puntuación**
Cáncer activo	1
Parálisis o inmovilización reciente de un miembro inferior	1
Encamamiento> 3 días o cirugía mayor último mes	1
Dolor en el trayecto venoso profundo	1
Tumefacción miembro inferior	1
Aumento del perímetro pierna afecta	1
Edema con fóvea	1
Circulación colateral (no varices previas)	1
Diagnóstico alternativo a la TVP	-2

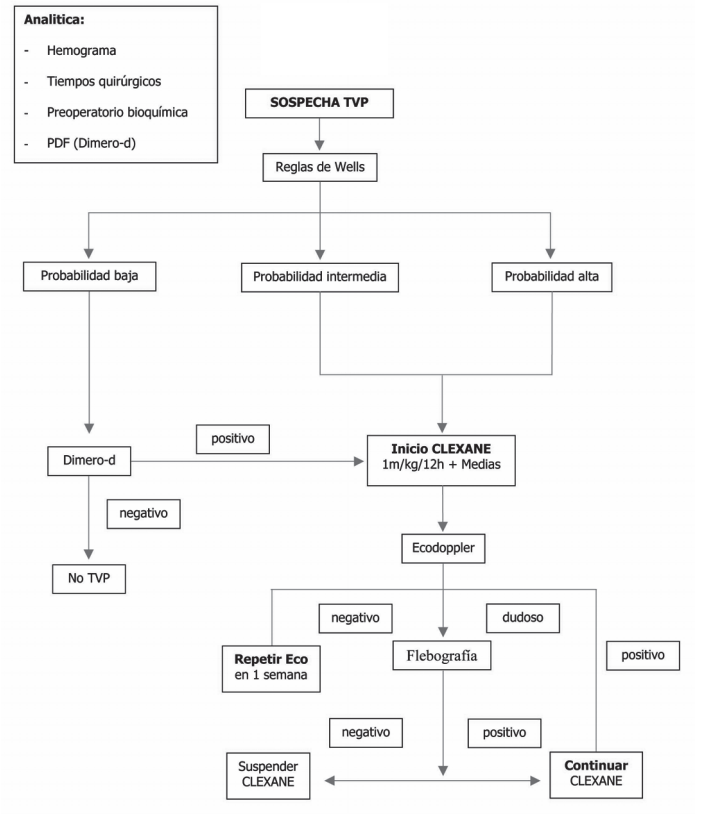
TEP

Protocolo de Wells

Protocolo de Wells	Puntos
Signos y síntomas de TVP	3
TEP más probable que otro diagnóstico alternativo	3
Inmovilización >3 días o cirugía < 3 semanas	1,5
FC >100 l/m	1,5
Antecedentes ETV	1,5
Hemoptisis	1
Cáncer	1

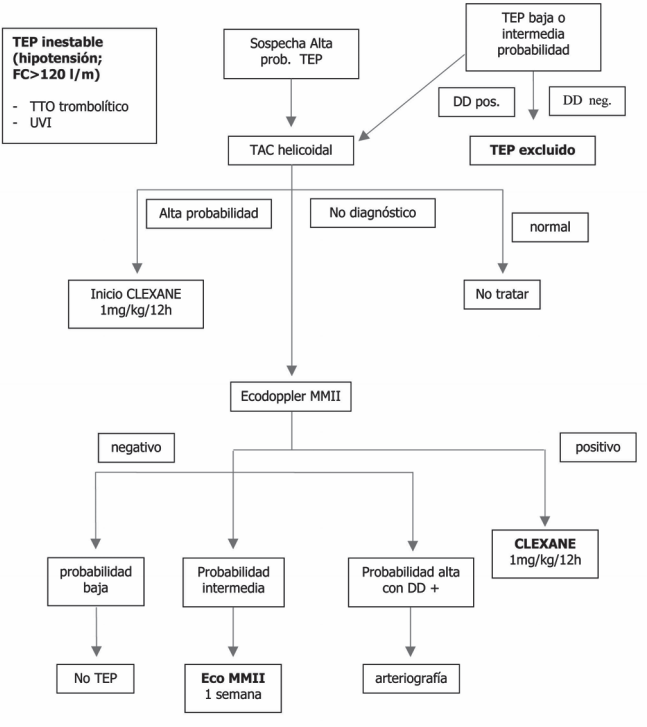
TVP

Algoritmo de diagnóstico



TEP

Algoritmo de diagnóstico

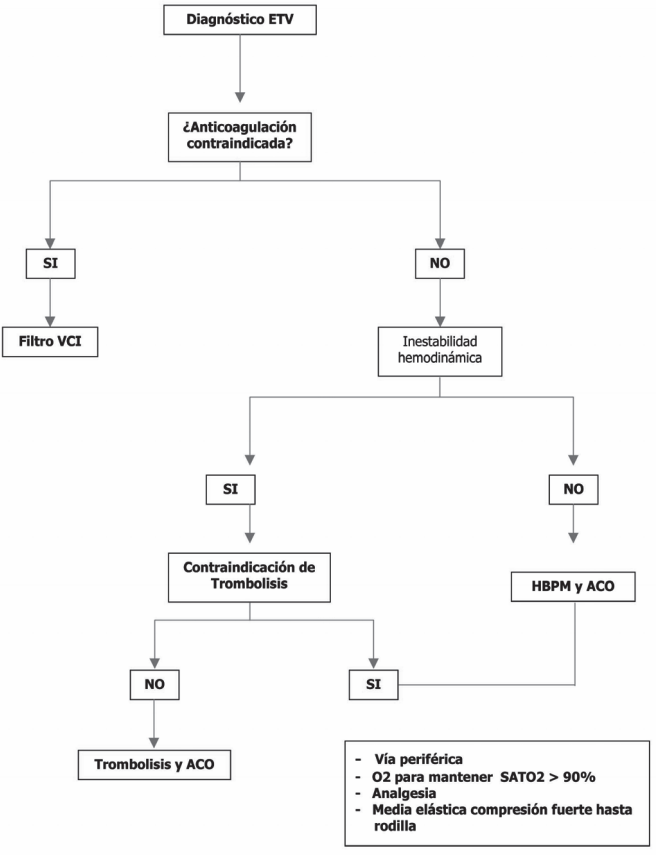


- Hemograma
- Tiempos quirúrgicos con PDF (DD)
- Preoperatorio bioquímica

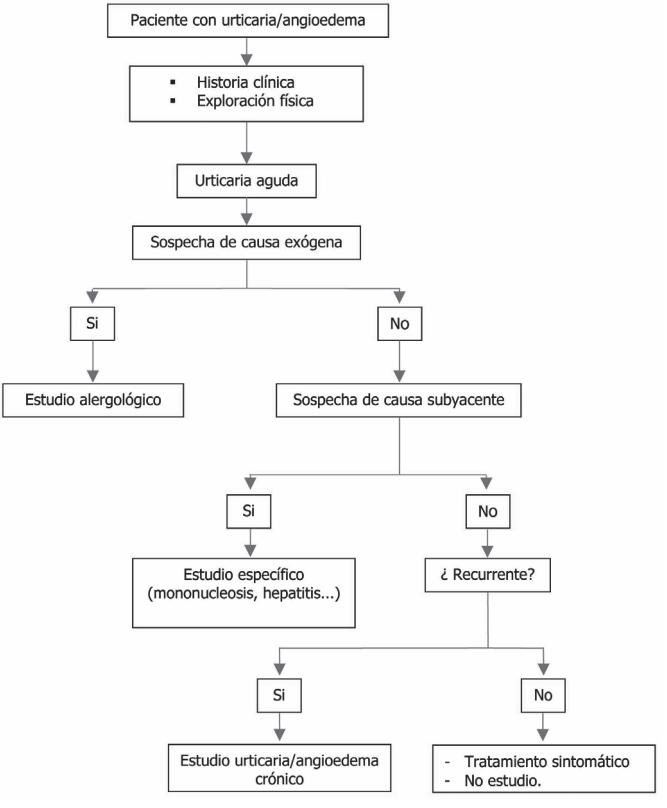
- RX Tórax ap y lat
- ECG
- GAB

ETV

Manejo


Diagnóstico ETV
¿Anticoagulación contraindicada?
SI
NO
Filtro VCI
Inestabilidad hemodinámica
SI
NO
Contraindicación de Trombolisis
HBPM y ACO
NO
SI
Trombolisis y ACO
- Vía periférica
- O2 para mantener SATO2 > 90%
- Analgesia
- Media elástica compresión fuerte hasta rodilla

Algoritmo tratamiento paciente con urticaria-angiodema



ASEPEYO

MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO
Y ENFERMEDADES PROFESIONALES
DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 151

Urgencias 24 h
900 151 000

Servicio de Atención
al Usuario
902 151 002

www.asepeyo.es