

# APP EN LA CONSULTA



Laura Martin EIR 1r  
Meritxell Munné MIR 1r  
Carla Muñoz MIR 3r  
Eduardo Estruch MIR 4rt  
Tutora: Encarna Romero

# Índice

1. **iDoctus - Sintrom ® y Vacunas**
2. **Healico - Seguimiento de heridas**
3. **PROA y Guía Mensa - Urgencias**
4. **MultiResis App - Urgencias CAP**
5. **QxAApp - Anticoagulación**
6. **Dosis Pedia - Pediatría**
7. **Espiro e Inhaladores - CAP**
8. **RESUS Ultrasound, EcoApp y Videos for POCUS: Ultrasound -  
Evaluación inicial en urgencias de atención primaria**

# 1. Sintrom ®

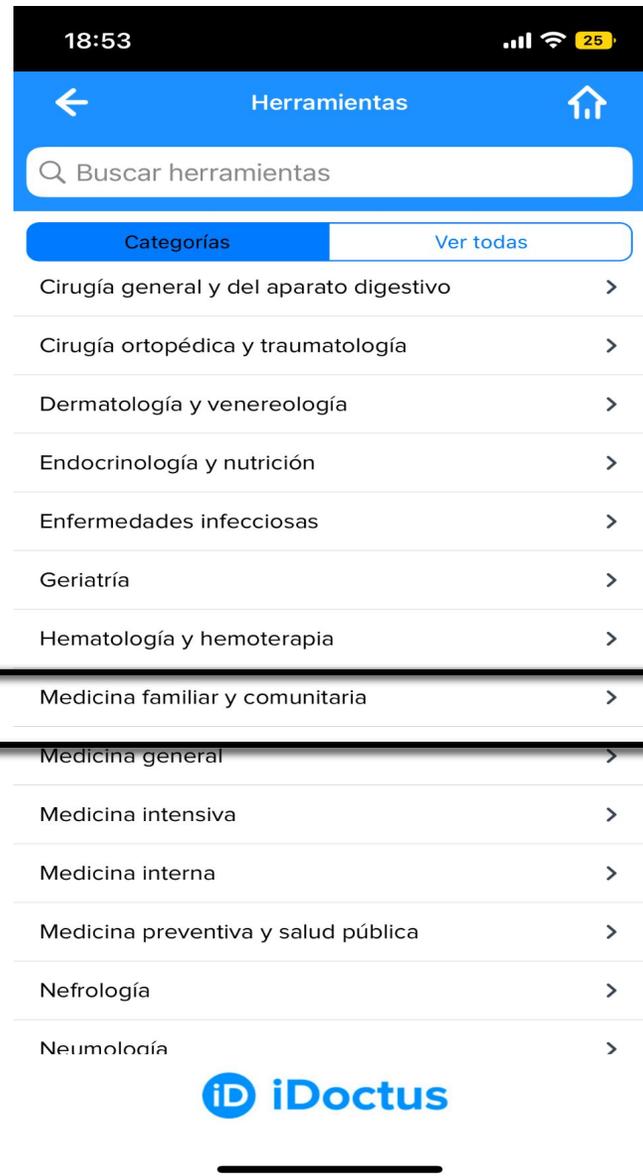
- ▶ Mujer de 71 años que acude a la consulta de enfermería para realizarse el control periódico de INR. Toma Acenocumarol desde hace 13 años cuando en un examen rutinario por su HTA le diagnosticaron FA.
- ▶ En el anterior control su resultado de INR fue de 2,3 con una dosis semanal de 20 mg.
- ▶ El resultado actual es INR: 6.
- ▶ Refiere no haber duplicado dosis ningún día y haber tomado la dosis correcta diariamente.

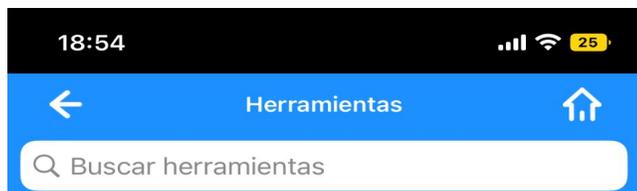


**iDoctus**  
iDoctus

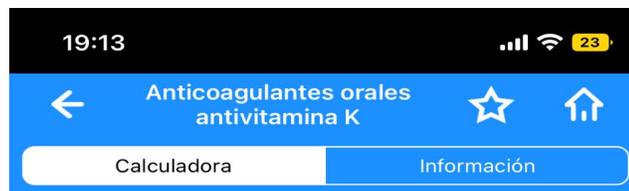
OBRIR







- Medicina familiar y comunitaria**
- Anticoagulantes orales antivitamina K**  
*Ajuste de dosis semanal de anticoagulantes orales antivitamina K*
- BUN**  
*Cálculo del nitrógeno ureico*
- CHADS<sub>2</sub>**  
*Estimación de riesgo de ACV tromboembólico en pacientes con FA*
- CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc**  
*Estimación de riesgo de ACV tromboembólico en pacientes con FA*
- CKD-EPI**  
*Cálculo del filtrado glomerular*
- Cicatrices de acné**  
*Herramienta de valoración del riesgo de cicatrices de acné*
- Cockcroft Gault**  
*Cálculo del filtrado glomerular*
- Colesterol LDL**  
*Cálculo del colesterol LDL*
- Consejero de vacunas**  
*Vacunas recomendadas según la edad y características individuales*
- Corrección calcio-albúmino**



Situación clínica  
FA sin valvulopatía

Valor INR  
6

Dosis total semanal  
20 mg

Resultado:

Rango de INR recomendado: 2 - 3

Ajuste de dosis: -2 a -4 mg

Dosis total semanal ajustada: 16 a 18 mg

Comentario:

Según el riesgo de sangrado (\*):  
En el caso de que no haya factores de riesgo de sangrado. Además, omitir 1-2 dosis y repetir control en 2-5 días

iDoctus

# 1. Vacunas

- ▶ Hombre 49 años que acude a consulta con motivo de conocer a su enfermera de referencia tras cambio de municipio reciente (anteriormente vivía en Sevilla).
- ▶ AP hepatitis B crónica. No AMC.
- ▶ Entre otras cosas, preguntamos por su historial de vacunas y consultamos cuáles estarían indicadas de manera individualizada.



20:08

Consejero de vacunas

Calculadora Información

Borrar datos

Edad 45-60 años

Situaciones clínicas

Inmunodef. No Sí

Infección VIH

Linfocitos CD4+ < 200 cél/μL o < 15% No Sí

Linfocitos CD4+ ≥ 200 cél/μL o ≥ 15% No Sí

Asplenia o déficit de complemento No Sí

Hepatopatía crónica No Sí

20:09

Consejero de vacunas

Calculadora Información

Nefropatía crónica No Sí

Otra enfermedad crónica No Sí

Situaciones especiales

Conductas de riesgo No Sí

Viajero No Sí

Personal sanitario o cooperante No Sí

Personas en riesgo de exposición a animales no controlados No Sí

Embarazo o lactancia No Sí

20:09

Consejero de vacunas

Calculadora Información

Situaciones especiales

Resultado:

**Vacunas recomendadas:**

- Gripe
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Neumococo (conjugada)
- Neumococo (polisacárido)
- Tétanos-Difteria

**Vacunas a considerar:**

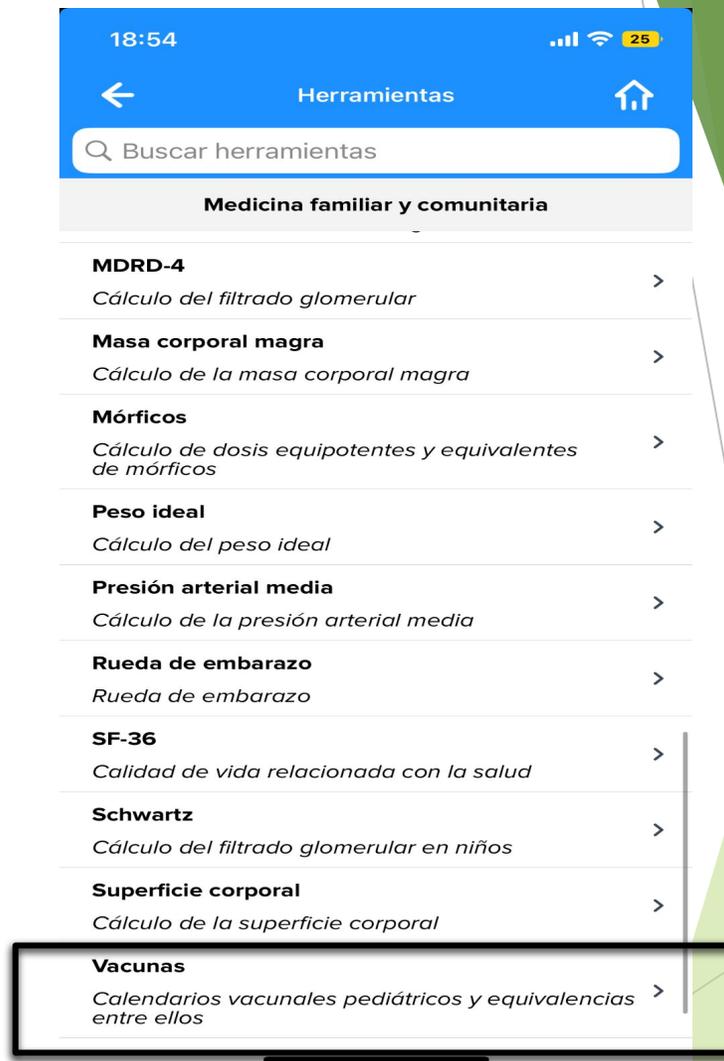
- Haemophilus influenzae* tipo B
- Meningococo ACWY (conjugada)
- Meningococo B

**Vacunas contraindicadas:**

- Fiebre tifoidea (oral)

NOTA: La recomendación de las vacunas indicadas se ha realizado desde un enfoque preexposición, no postexposición.

- ▶ Aprovecha la visita para comentarnos que tiene un hijo de 5 años que también ha venido a vivir con él.
- ▶ Pregunta si, al tratarse de otra comunidad autónoma, hay un calendario vacunal diferente.



20:21 📶 🔋 13

← Vacunas ☆ 🏠

Calculadora Información

CC.AA

Andalucía

Edad: 3 años

📊

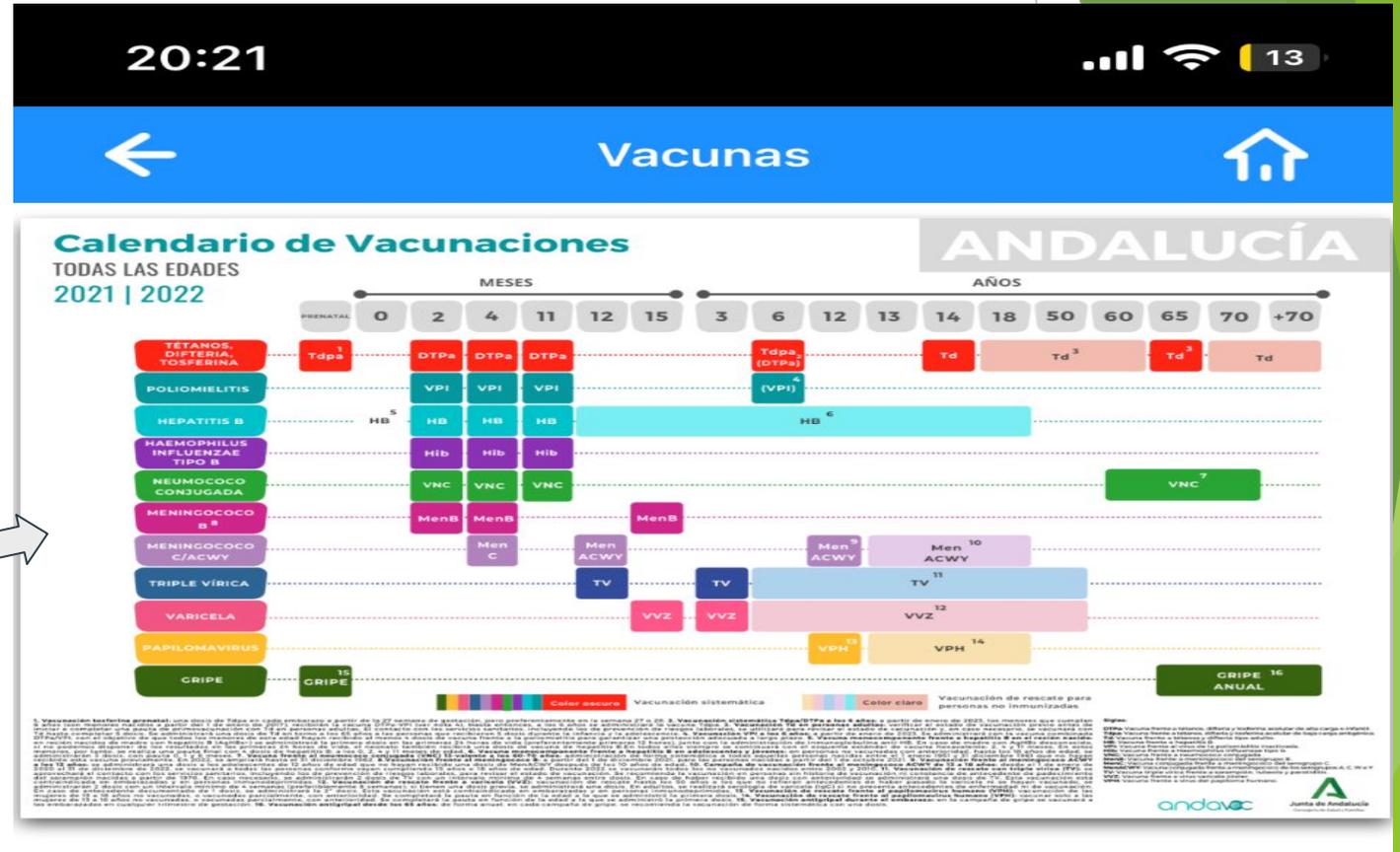
Resultado:

**Hepatitis B - HB7**

Sarampión-Rubeola-Parotiditis - TV2

Varicela - VVZ2

[Ver calendario de Andalucía en pdf >](#)



Disclaimer legal: Advertencia de uso

## 2. Seguimiento de heridas

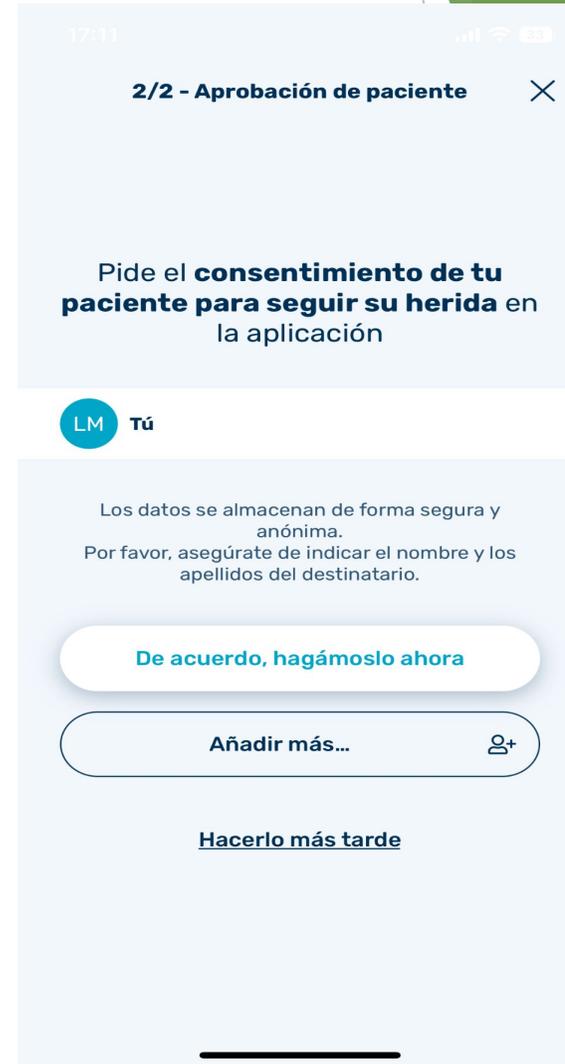
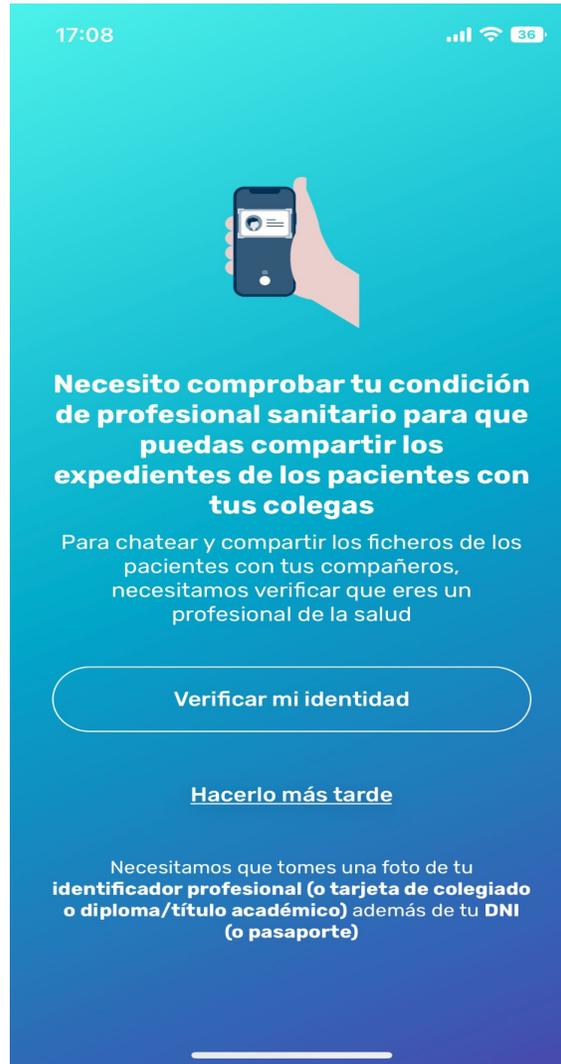
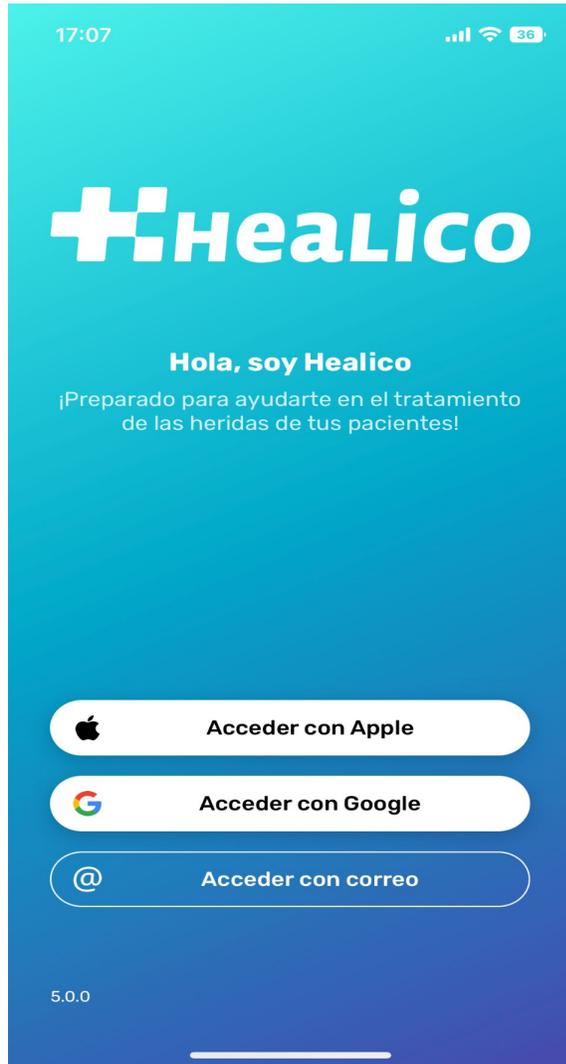
- ▶ Paciente de 62 años sin AMC. Fumador desde hace 43 años de 10 cigarrillos / día. Diabetes Mellitus 2 (con una HbA1c de 7,9% y tratamiento con ADO), DLP, arteriopatía periférica y EPOC.
- ▶ Acude para realizar la primera cura de úlcera en talón izquierdo de aparición hace 2 semanas.
- ▶ EF en la consulta: TA: 129/81 mmHg, FC: 71 lpm, T<sup>a</sup>: 36.3°C. Presenta lesión de unos 1,5x1,5 cm, bordes bien definidos y piel perilesional levemente eritematosa. Lecho con esfacelo y < 0.5 cm de cavitación. Exudado moderado seroso y sin presentar otros signos de infección. ITB realizado hace unos meses por vascular con resultado de grado leve en ambas extremidades.

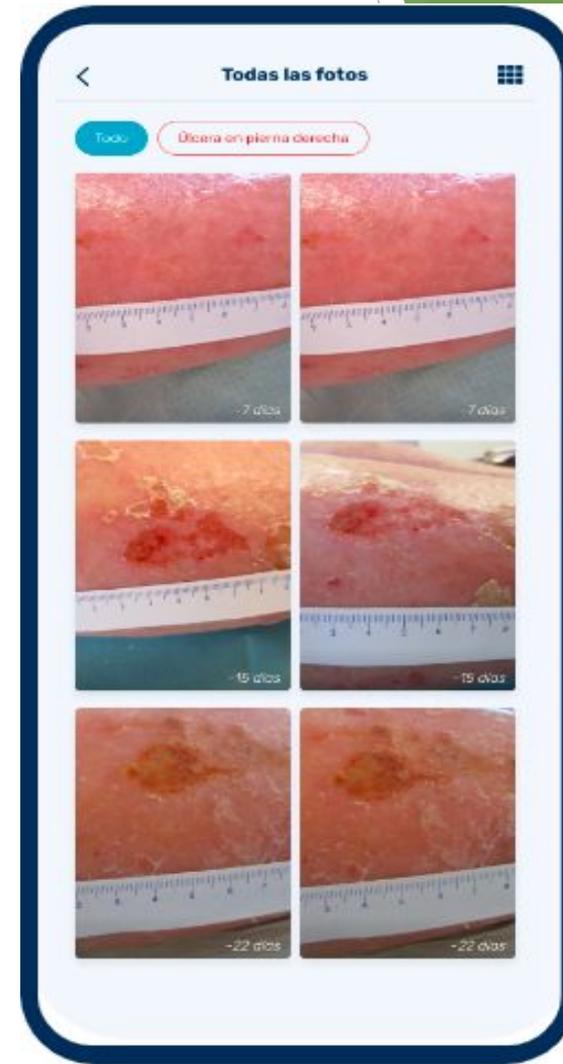
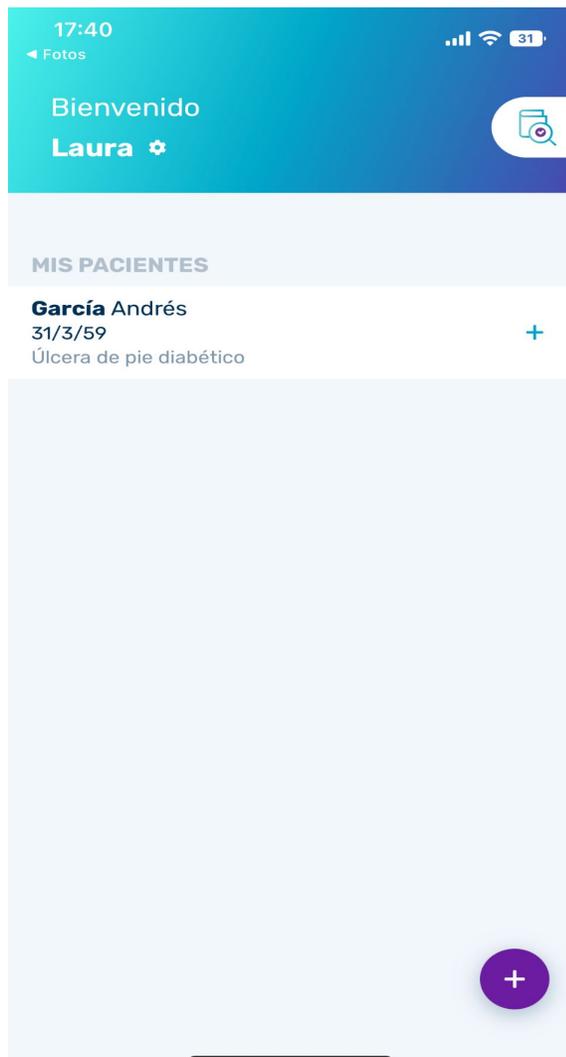


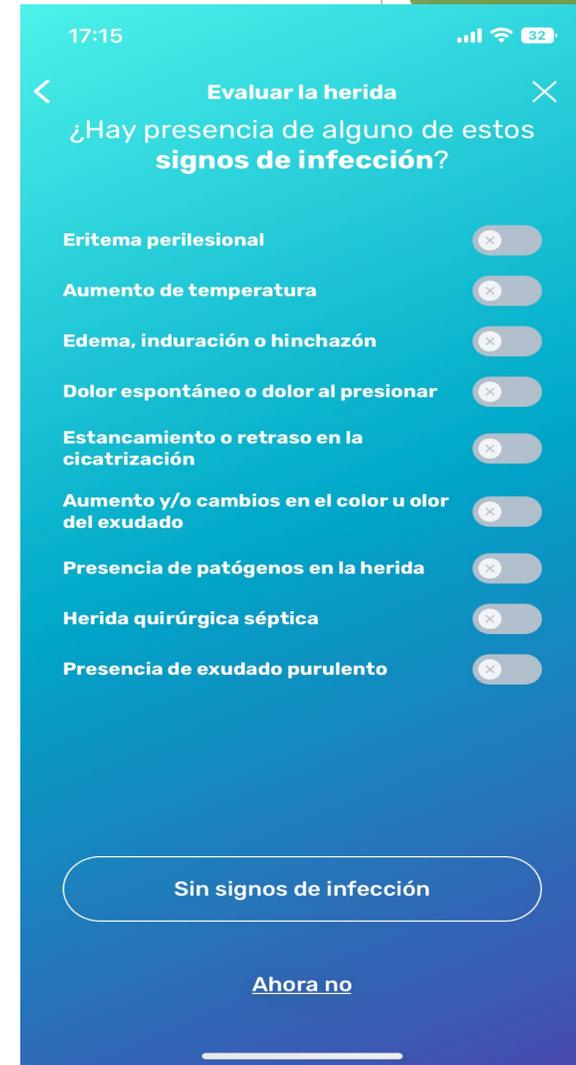
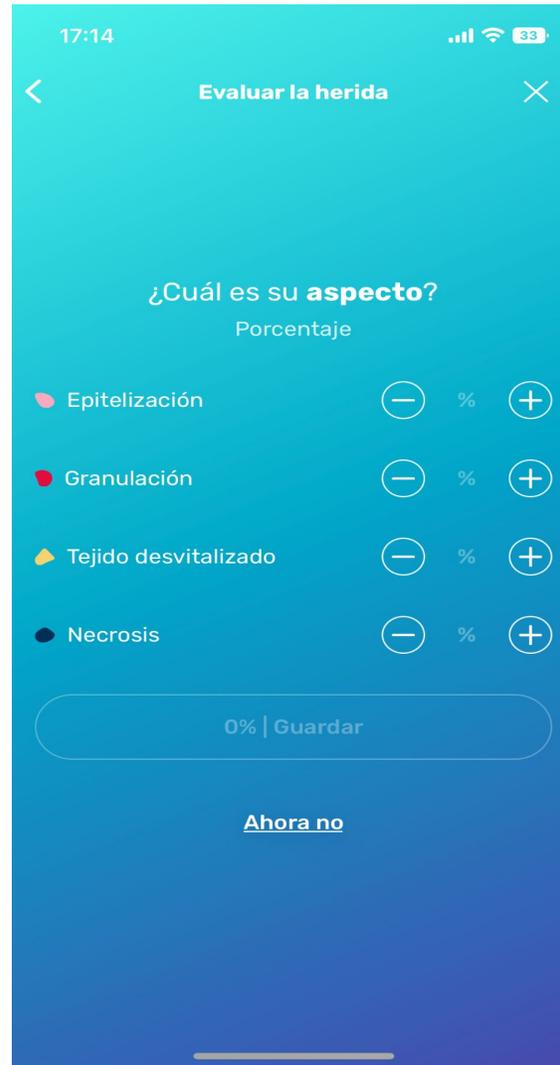
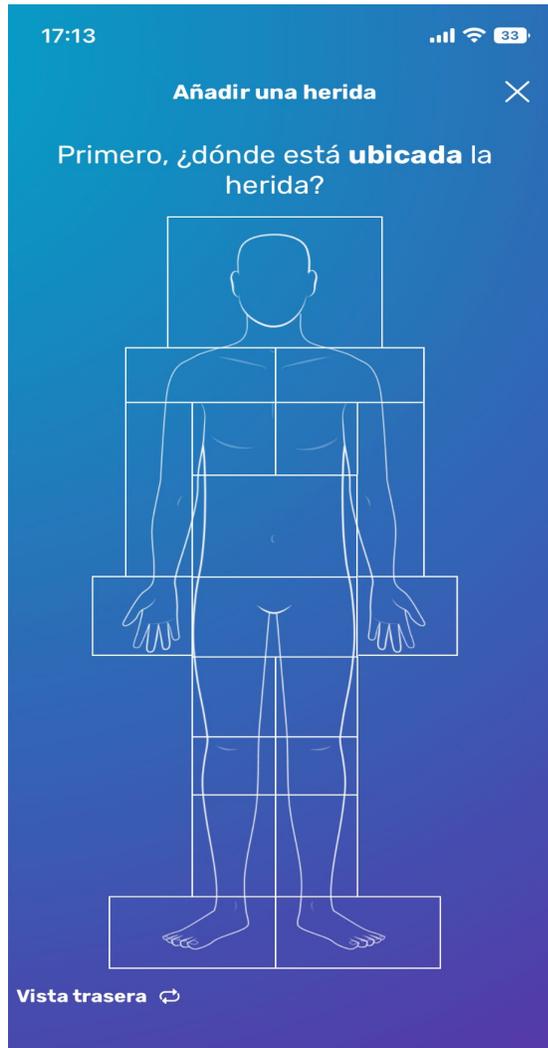
Healico  
Healing together

OBRIR

A dark-themed app card for Healico. On the left is a square icon with a blue-to-purple gradient and a white cross symbol. To the right of the icon, the text "Healico" is displayed in a bold white font, with "Healing together" in a smaller white font below it. At the bottom center of the card is a blue rounded button with the white text "OBRIR". On the bottom right of the card is a small white share icon.









# 3. Urgencias

Paciente de 87 años con AP de HTA, DL, IC, TEP bilateral en 2021 y demencia

- ▶ Refiere que hace dos semanas presenta disuria, polaquiuria y hematuria. Hoy ha presentado un pico febril de más de 38°C con tiritonas y dolor lumbar.
- ▶ EF: TA 105/58 FC 85 lpm T 36.2 °C. AC: Rítmica, sin soplos. AR: MVC, sin ruidos sobreañadidos. ABD: Globuloso. Peristaltismo presente. No doloroso a la palpación. PPL negativa.
- ▶ PPCC:  
AS: Hb 12.5 mg/dL, **Leucocitos 15500**, **FG 35.8** (previos de 70), **Urea 83**, **Creatinina 1.69**, Ionograma normal, **PCR 183**, PCT negativa.  
GSV: pH 7.3, pCO2 49 mmHg, Bicarbonato 24.1 mmol/L  
Sedimento de orina: Nitritos positivos, Leucocitos 100-200/campo, Eritrocitos 50-100/campo.

## ORIENTACIÓN DX: PIELONEFRITIS AGUDA + FRACASO RENAL AGUDO



### PROA Mutua Terrassa

PROA Optimización de Anti...

OBRIR



### Guía Mensa

GARMENMED, SCP

OBRIR





PROA

## ITU-Pielonefritis

Pielonefritis aguda no complicada (7-10 dies)

Prostatitis (21 dies):



CEFTRIAXONA IV  
2g      dosi inicial



+



CEFUROXIMA VO  
500 mg    8 h    7-10 dia



Ajustar segons antibiograma. Si és possible cotrimoxazole o ciprofloxacina

Pielonefritis o prostatitis complicada:



CEFTRIAXONA IV  
2g      24 h



+/-



AMIKACINA\* IV  
15 mg/kg    24 h



\*Si sospita multiR (residència, hospitalització 3 mesos previ, antibiòtic previ)



# Guía Mensa



Q Buscar

 Antimicrobianos

 Microorganismos

 Síndromes

 Prevención

 Utilidades

★ Favoritos

Última actualización: 29 nov 2022

- < Pielonefritis
  - > Microorganismos
  - > Exploraciones
  - > Tratamiento antimicrobiano empírico
  - > Otras medidas terapéuticas
  - > Bibliografía

- < Pielonefritis
  - ▼ Tratamiento antimicrobiano empírico
    - **PIELONEFRITIS AGUDA COMPLICADA**
      - ▶ Se considera complicada la pielonefritis: (a) en el varón y (b) en la mujer cuando cumple alguno de los siguientes criterios: embarazo, edad avanzada, enfermedad de base\* o clínica con criterios de sepsis.
      - Paciente sin riesgo de infección por microorganismos multirresistentes ◀ y sin criterios de sepsis:
        - Cefalosporina de 3ª generación iv (**ceftriaxona** 1-2 g/24 h o **cefotaxima** 1-2 g/8 h)\*.
        - En caso de alergia anafiláctica a la penicilina puede emplearse **aztreonam** 2 g/8 h iv, **fosfomicina** 6 g/8 h iv\* o un aminoglucósido, **gentamicina** 5 mg/kg o **amikacina** 20 mg/kg (peso ajustado) iv en dosis única diaria, hasta disponer del resultado del urocultivo\*.
      - Paciente con riesgo de infección por microorganismos multirresistentes, ◀ pero sin criterios de sepsis:
        - **Ertapenem** 1 g/día iv o **meropenem** 1 g/6-8 h iv.
        - **Piperacilina/tazobactam** 4-0,5 g/6-8 h iv (alternativa para infecciones no graves).





## Pielonefritis

### Microorganismos

#### Pielonefritis aguda

- FRECUENTES**
  - Escherichia coli*
  - Proteus spp*
  - Klebsiella pneumoniae*
- MENOS FRECUENTES O RAROS**
  - Pseudomonas aeruginosa*\*
  - Enterococcus spp*\*
  - Streptococcus agalactiae*\*
  - Staphylococcus saprophyticus*\*
  - Staphylococcus aureus*\*
  - Otras bacterias
  - Candida* y otros hongos\*

#### Pielonefritis xantogranulomatosa

- Proteus mirabilis*
- Escherichia coli*
- Otros\*

#### Malacoplaquia

- BGN, en particular *E. coli* y con menor frecuencia otras *Enterobacteraceae*, *P. aeruginosa* y *Acinetobacter*.  
El microorganismo más frecuente varía según la localización de la malacoplaquia

## Pielonefritis

### Microorganismos

### Exploraciones

- ANALÍTICA GENERAL**
  - Análítica general básica:**
    - Hemograma y fórmula leucocitaria.
    - Proteína C reactiva y/o procalcitonina.
    - Glucemia, ionograma, creatinina, ASAT y ALAT.
  - Pruebas para detección de leucocituria.** El aspecto blanquecino de la orina no implica la existencia de piuria. La leucocituria puede faltar en caso de obstrucción ureteral o de neutropenia importante ( $\leq 100$  células/ $\mu$ L). La leucocituria puede detectarse mediante:
    - Prueba de la esterasa leucocitaria.
    - Recuento de leucocitos en una cámara cuentaglobulos.
    - Examen del sedimento de orina.
  - Prueba para detección de nitritos.**
- ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS**
  - Examen directo o con tinción de Gram** de una muestra de orina sin centrifugar.
  - Urocultivo con antibiograma.**

## Pielonefritis

### Exploraciones

- ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS**
  - Examen directo o con tinción de Gram** de una muestra de orina sin centrifugar.
  - Urocultivo con antibiograma.**
  - Eventualmente está indicada la práctica de **hemocultivos**.
- DIAGNÓSTICO POR IMAGEN**
  - Se recomienda la obtención de imágenes por **ecografía y/o TC abdominal**, con carácter urgente en las siguientes situaciones:
    - Presencia de criterios de sepsis o de shock séptico.
    - Disminución del FG a  $\leq 40$  mL/min.
    - Urolitiasis conocida o sospecha de urolitiasis. Presencia de hematuria o de dolor cólico (por litiasis o por necrosis papilar).
    - Presencia de una masa renal.
    - pH de la orina  $\geq 7,0$ .
    - Empeoramiento clínico o falta de mejoría a las 24-48 horas de tratamiento.
  - Las pruebas de imagen permiten descartar la existencia de obstrucción ureteral, de un absceso, una nefritis aguda focal o una



# Guía Mensa



🔍 Buscar

 Antimicrobianos

 Microorganismos

 Síndromes

 Prevencción

 Utilidades

★ Favoritos

Última actualización: 29 nov 2022

## Utilidades

Calculadoras Scores Tablas

🔍 Buscar en utilidades

### Calculadoras

- Agua corporal total >
- Anión gap >
- Calcio corregido por albúmina o proteínas >
- Concentración sérica de un  $\beta$ -lactámico administrado en "bolus", infusión extendida o infusión continua >
- Déficit de agua libre >
- Excreción fraccional de sodio >
- Filtrado glomerular (Cockcroft-Gault) >
- Filtrado glomerular estimado (MDRD y CKD-EPI) >

## Excreción fraccional de sodio

**0,4 %**  
Pre-Renal

- Sodio sérico** 140 mEq/L
- Creatinina sérica** 1,7 mg/dL  $\mu$ mol/L
- Sodio urina** 60 mEq/L
- Creatinina urina** 200 mg/dL  $\mu$ mol/L

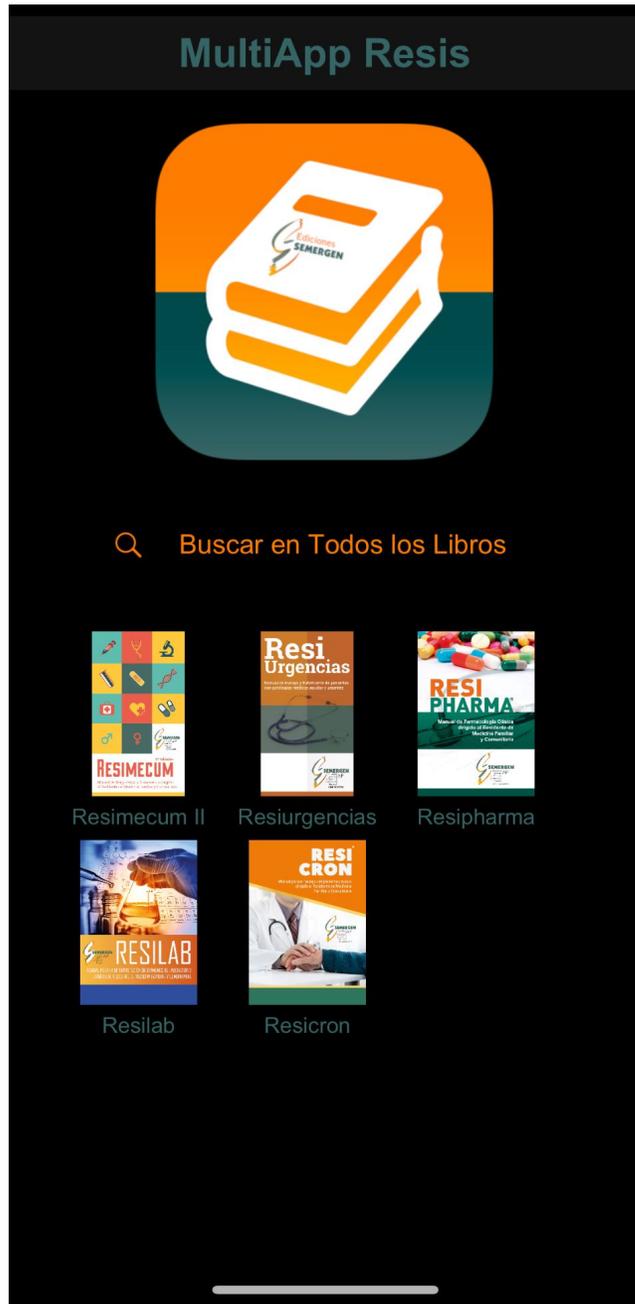
★

## 4. Urgencias CAP

Paciente de 20 años sin antecedentes personales de interés, que consulta a urgencias del CAP por aparición de manchas hipopigmentadas en cuello y espalda, de meses de evolución. Refiere prurito ocasional.



**ORIENTACIÓN DX: PTIRIASIS VERSICOLOR**





Pg. 15 de 778 Resimecum II

INDICE

- PERIODONTITIS
- PERITONITIS AGUDA
- PICADURAS DE INSECTOS
- PIE DE ATLETA
- PIE DIABÉTICO
- PIELONEFRITIS AGUDA
- PITIRIASIS ROSADA DE GILBERT
- PITIRIASIS VERSICOLOR
- POLIGLOBULIA
- POLIMALGIA REUMÁTICA
- POLINEUROPATÍA
- PÓLIPOS NASALES
- PORFIRIA HEPÁTICA
- PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA
- PREVENCIÓN EN ESTILOS DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
- PREVENCIÓN DE CÁNCER EN ATENCIÓN PRIMARIA
- PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- PREVENCIÓN EN LA MUJER
- PREVENCIÓN EN PERSONAS MAYORES
- PRIAPISMO
- PROCTITIS
- PROSTATITIS
- PROTEINURIA
- PRURITO ANAL

INDICE

- PRURITO VULVAR

Pg. 446 de 778 Resimecum II

P

PITIRIASIS VERSICOLOR

Miguel Turégano Yedro  
Ana Núñez Villen  
M<sup>a</sup> Dolores Aicart Bort  
José Luis Llisterri Caro

¿Qué es?  
La pitiriasis versicolor es una micosis cutánea superficial, causada por un hongo del género *Malassezia*, que es una levadura que forma parte de la flora habitual de la piel (90-100% de la población la tiene). Por este motivo no se considera una enfermedad contagiosa. También se denomina tinea versicolor, tinea flava y mal de amores. Los factores que pueden facilitar la aparición de esta micosis son: calor, humedad, productos cosméticos, factores genéticos, inmunosupresión (VIH, diabetes, fármacos), o enfermedades de base de la piel (dermatitis seborreica) que favorecen la proliferación del hongo.

¿Cómo se diagnostica?  
Se caracteriza por la aparición, principalmente durante el otoño o invierno, de unas máculas (manchas) irregulares, de coloración canela o marronácea, con una fina descamación al rascado ("signo de la uñada"), localizadas en el cuello, tronco y en las zonas proximales de las extremidades. Otras zonas menos dañadas son los antebrazos, el abdomen, las nalgas y los pliegues. En niños puede afectar a la cara, la frente y las regiones preauriculares; y en lactantes, a la zona del pañal. Las lesiones son de evolución crónica y asintomáticas, aunque en ocasiones pueden acompañarse de un prurito leve. Después de la exposición solar (verano) las manchas pueden hacerse más visibles y adoptar un color blanco (hipopigmentadas), contrastando con la piel de alrededor (que se ha pigmentado normalmente). Las manchas blancas son, a menudo, el motivo de consulta. El diagnóstico diferencial debe hacerse con dermatitis seborreica, pitiriasis rosada de Gibert, roséola sifilítica, tinea corporis, eritema (cuando asienta en axilas e ingles), pitiriasis alba, vitiligo, psoriasis, lepra y leishmaniosis cutánea post-kala-azar.

¿Qué pruebas complementarias realizar?  
El diagnóstico se fundamenta en el cuadro clínico típico junto con fluorescencia de co-

¿Cómo se trata en Atención Primaria?  
Se utilizan numerosas sustancias acuosas, evitando los vehículos oleosos debido a la lipofilia del hongo:

- Evitar baños calientes y aplicación de aceites en la piel.
- Sulfuro de selenio al 2,5% gel o champú durante 7 días.
- Antifúngicos tópicos (cremas de imidazoles, terbinafina, ciclopirox...) entre 2 y 4 semanas. Suelen aplicarse en todas las zonas afectadas (que en casos extensos puede ser desde el cuello a la región púbica).
- Antifúngicos por vía oral:
  - Itraconazol (de elección): 400 mg en dosis única es igual de eficaz que 200 mg al día durante 7 días.
  - Ketoconazol: 200 mg/día durante 10 días.
  - Fluconazol: 300 mg una vez a la semana durante 2-3 semanas.
- La terbinafina, aunque es efectiva de forma tópica, no lo es usada por vía oral.

El tratamiento oral suele reservarse a casos con frecuentes recidivas, lesiones con gran extensión, o tras un fracaso del tratamiento tópico.

- Después del tratamiento, las manchas blancas no desaparecen de forma inmediata y pueden tardar meses en desaparecer totalmente.
- En los pacientes con pitiriasis versicolor recurrente con la exposición al sol y la humedad:
  - Sulfato de selenio al 2,5% (loción o champú) aplicado por todo el cuerpo, dejando actuar durante 10 minutos cada dos o tres semanas.
  - Ketoconazol 2% champú, una vez al día cada 3 días desde el comienzo del verano.
  - Ketoconazol 400 mg vía oral, una vez al mes.
  - Itraconazol 200 mg cada 12 h., una vez al mes durante 6 meses.

¿Cuándo derivar?  
En caso de recurrencias múltiples y formas extensas, valorar profilaxis a largo plazo previa consulta al dermatólogo.

Bibliografía  
• Renati S, Cukras A, Bigby M. Pitiriasis versicolor. *BMJ* 2015; 350:h1394.  
• Malassezia spp. DC. *Microbiología Médica y Clínica*

¿Cuándo derivar?

En caso de recurrencias múltiples y formas extensas, valorar profilaxis a largo plazo previa consulta al dermatólogo.

P

## ¿Qué es?

La pitiriasis versicolor es una micosis cutánea superficial, causada por un hongo del género *Malassezia*, que es una levadura que

## ¿Cómo se diagnostica?

Se caracteriza por la aparición, principalmente durante el otoño o invierno, de unas máculas (manchas) irregulares, de coloración canela o marronácea, con una fina descamación al rascado ("signo de la uñada"), localizadas en el cuello, tronco y en las zonas proximales de las extremidades. Otras zonas menos dañadas

## ¿Qué pruebas complementarias realizar?

El diagnóstico se fundamenta en el cuadro clínico típico junto con fluorescencia de color amarillo u oro en el examen con luz de Wood, así como el hallazgo de hifas en la microscopía directa con hidróxido de potasio (KOH) al 10%. El cultivo debe realizarse en

## ¿Cómo se trata en Atención Primaria?

Se utilizan numerosas sustancias acuosas, evitando los vehículos oleosos debido a la lipofilia del hongo:

- Evitar baños calientes y aplicación de aceites en la piel.
- Sulfuro de selenio al 2,5% gel o champú durante 7 días.
- Antifúngicos tópicos (cremas de imidazoles, terbinafina, ciclopirox...) entre 2 y 4 semanas. Suelen aplicarse en todas las zonas afectadas (que en casos extensos puede ser desde el cuello a la región púbica).

# 5. Anticoagulación

- ▶ Paciente de 75 años con AP de HTA, DLP y FA en tratamiento con enalapril 5mg c/12h, simvastatina 20mg/día, bisoprolol 2.5mg/día y Sintrom según pauta.
- ▶ Acude a la consulta para explicarnos que por fin lo han llamado de la lista de espera, de hace tanto tiempo, para operarlo de la rodilla y no sabe qué hacer con la medicación que toma, porque le han dicho, que debe suspender el Sintrom antes de la cirugía.
- ▶ EF: TA 135/80, FC 85lpm, Sat 97%





Fármacos



¿Qué fármacos está tomando el paciente?

**TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE**

- Dabigatrán
- Rivaroxabán
- Apixabán
- Edoxabán
- Acenocumarol
- Warfarina

**TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE**

- Aspirina
- Ticagrelor
- Clopidogrel
- Prasugrel



Intervenciones



**TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA**



Buscar...

Artrodesis de la columna lumbar (hasta 2 niveles abierta y procedimientos mínimamente invasivos (XLIF, TLIF, etc.)

Artroplastia de cadera bilateral

Artroplastia de rodilla bilateral

Artroplastia del hombro

Artroplastia primaria de cadera

**Artroplastia primaria de rodilla**

Artroscopia hombro (descompresión subacromial, reparación de manguito rotador)

Artroscopia rodilla (incluyendo plastias de ligamentos cruzados)

**Riesgo hemorrágico: Moderado**

CONTINUAR



Riesgo tromboembólico



**i** Selecciona el motivo de la anticoagulación

Válvulas cardiacas mecánicas

Fibrilación auricular

Tromboembolia venosa





## < Riesgo tromboembólico



### Fibrilación auricular

#### CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc

Insuficiencia cardíaca

Hipertensión

Presión arterial constantemente por encima de 140/90 mmHg (o hipertensión tratada en la medicación).

Edad >= 75 años

Diabetes Mellitus

ACV o AIT previo o tromboembolismo

Enfermedad vascular

Enfermedad arterial periférica, infarto de miocardio, placa aórtica, etc.

Edad 65-74 años

Sexo femenino

**Resultado: 0**



## < Resumen



### TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

**Fármaco:** Acenocumarol

**Riesgo hemorrágico:** Moderado

**Riesgo tromboembólico:** Bajo

Para continuar, elige una de estas opciones.

**INR:**

< 2  2-3  > 3

CONTINUAR

## < Conclusiones



### TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

#### Suspensión

La última dosis de Acenocumarol será **4 días** antes de la intervención.

No es preciso terapia puente.

#### Reanudación

Se debe reanudar el tratamiento **24h** tras la intervención.

REINICIAR

## 6. Pediatría

- ▶ Niño de 7 años de edad que es traído al CUAP por odinofagia, fiebre de 38° y malestar general de 3 días de evolución. No presenta otra clínica asociada. Vacunación al día. Sin antecedentes personales de interés.
- ▶ EF: Temp 38.2°, Peso 24 Kg

TEP estable. Buen estado general.

ACR normal

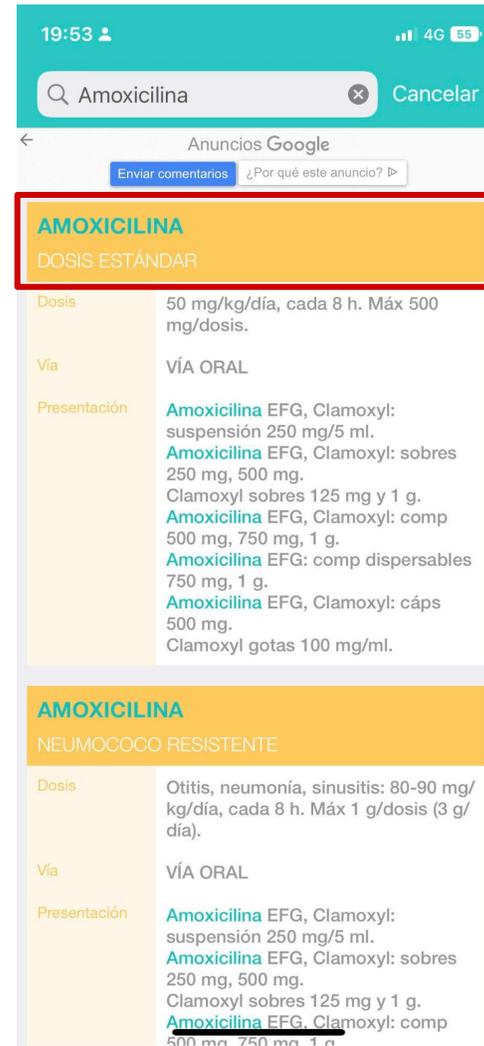
Orofaringe hiperémica con hipertrofia amigdalina bilateral y exudados.

Presenta adenopatía laterocervical derecha no dolorosa.

- ▶ Streptotest: positivo



# OD: Faringoamigdalitis estreptocócica



19:54 4G 55

**AMOXICILINA**  
Dosis estándar

Grundig  
Disfruta de colores increíbles con 4K HDR y la tecnología de las Smart TV de Grundig [ABRIR](#)

**Dosis**  
50 mg/kg/día, cada 8 h. Máx 500 mg/dosis.

**Vía**  
VÍA ORAL

**Indicaciones para 24.0 kg**

400 mg (8 ml de la suspensión 250 mg/5 ml) cada 8 horas.



20:07 4G 54

**IBUPROFENO**  
ANTITÉRMICO Y ANALGÉSICO

Dalsy  
Cuida de la salud de tus hijos [ABRIR](#)

**Dosis**  
En >3 meses: 5-7 mg/kg/dosis, cada 6-8 horas (máx 40 mg/kg/día ó 2400 mg/día).

**Vía**  
VÍA ORAL

**Indicaciones para 24.0 kg**

Solución oral 4% (Apirofeno 4%, Dalsy 4%, Ibuprofeno genérico 4%): 4 ml cada 6-8 horas.  
Solución oral 2% (Dalsy, Ibuprofeno genérico 2%): 8 ml cada 6-8 horas.



20:07 4G 54

**PARACETAMOL (Acetamin...**  
ORAL

PPDS  
Personaliza el contenido [ABRIR](#)

**Dosis**  
10-15 mg/kg/dosis, cada 4-6 h. Máx 60 mg/kg/día (10 mg/kg/4 h ó 15 mg/kg/6 h) y sin sobrepasar 4 g/día (dosis máx adultos).  
**Dosis tóxica** (referida a una toma única oral y en niños sin otros factores de riesgo):  
< 3 meses edad: ≥ 75 mg/kg.  
> 3 meses edad: ≥ 150 mg/kg.  
Adolescentes y adultos: ≥ 8 g.  
Antídoto: N-Acetilcisteína (NAC).

**Vía**  
VÍA ORAL

**Indicaciones para 24.0 kg**

SOLUCIÓN de 100 mg/ml (Apietal gotas, Dolocatil Infantil solución oral): 3,5 ml cada 6-8 horas. (Se puede administrar cada 4 horas, pero bajando la dosis a 2,4 ml). Paracetamol MEDIO comp de 650 mg cada 6-8 horas.



# 7. Inhaladores y espirometría

- ▶ Paciente de 66 años. No AMC. Ex-Fumador desde hace 10 años con un DA 20 paq/año. HTA, DLP y en tratamiento con Formoterol 1 inhalación cada 12h
- ▶ Refiere que desde hace 4 meses presenta aumento de la disnea que se ha hecho a mínimos-moderados esfuerzos y que ha de utilizar más frecuentemente el inhalador en los últimos días. Aumento de esputo y mucosidad blanquecina  
Niega fiebre, edemas en EEII, ortopnea, ni DPN
- ▶ EF: EF: TA: 135/75mmHg, FC: 85lpm T: 36°C. SatO2: 94-95%aa FR: 18rpm  
AR: Sibilantes espiratorios
- ▶ AC: TCR sin soplos ni roces

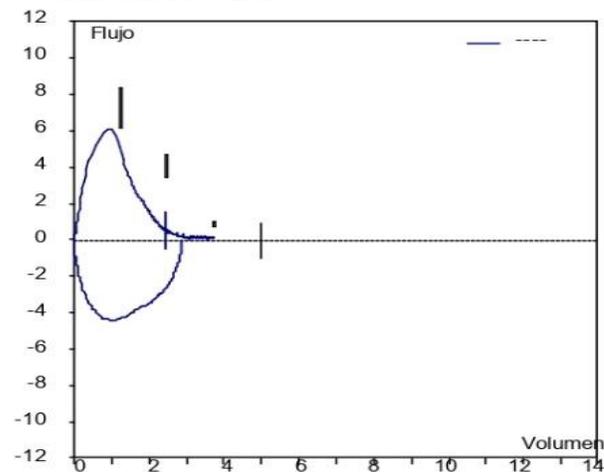


Cognoms:		Sexe :	M	Teòrics :	separ Zap.db
Nom:		Edat :	66	Habitació:	
NHC:		Alçada (cm) :	177	DUI/Tècnic:	
Procedència:	A.P.	Pes (kg) :	105	Metge:	Dra Romero
Diagnòstic:	Estudi	IMC:	33,5	Data exploració :	27/10/2022

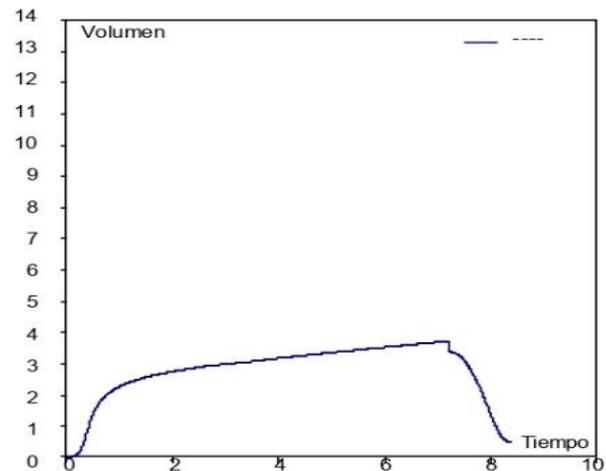
### **ESPIROMETRIA FORÇADA**

	Pre	Teòric	%Teòric	Post	%Teòric	%Canvi
FVC(L)	3,73	4,96	75	---	---	---
FEV1(L)	2,45	3,70	66	---	---	---
FEV1/FVC(%)	65,59	72,88	90	---	---	---
PEF(L/S)	6,09	9,56	64	---	---	---
MEF(L/S)	1,08	2,91	37	---	---	---
Texp(Sec)	6,93	0,00	---	---	---	---
FVC ins(L)	2,88			---		
FIV1(L)	2,74			---		
F50Ex/In(%)	49,12			---		

**Corva Fluxe / Volum**



**Corva Volum / Temps**



**INFORME:**

Trastorn ventilatori obstructiu moderat.



**Espiro**  
Fundacio Atencio Primaria

**ABRIR**



**Inhaladores**  
Boehringer Ingelheim  
Pharma GmbH & Co.KG

**ABRIR**





13:04 4G

< Entrar datos

Sexo	
Edad	
Altura (cm)	
Peso (Kg)	
Tablas de reerencia	<b>SEPAR</b>

Tabla de valores de referencia espirométricos de la SEPAR recomendados en nuestro medio, publicados por : F. García-Río et al / Arch Bronconeumol. 2013;49(9):388-401

**Datos espirometría**



13:04 4G

< Entrar datos **Datos**

**Datos espirometría**

FVC (L)	
FEV1 pre (L)	
FEV1/FVC (%)	
<b>Prueba BRONCODILATADORA (Opcional)</b>	
FVC post (L)	
FEV1 post (L)	

**Calcular**





17:51 4G

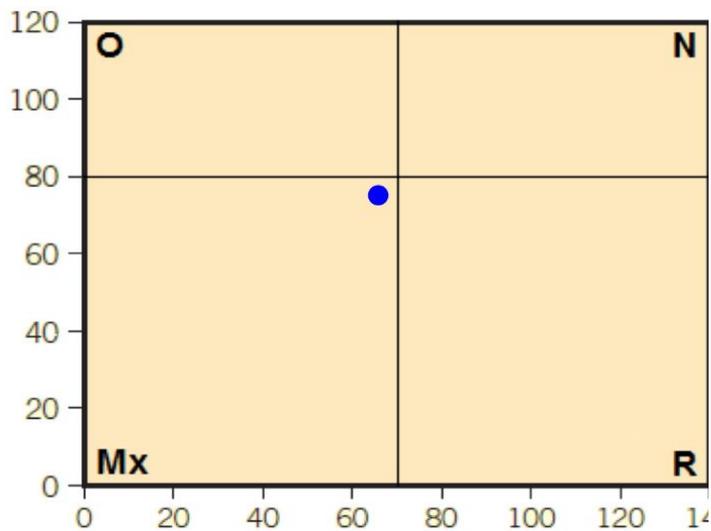
< Datos Resultados

Interpretación:

Alteración ventilatoria de patrón MIXTO

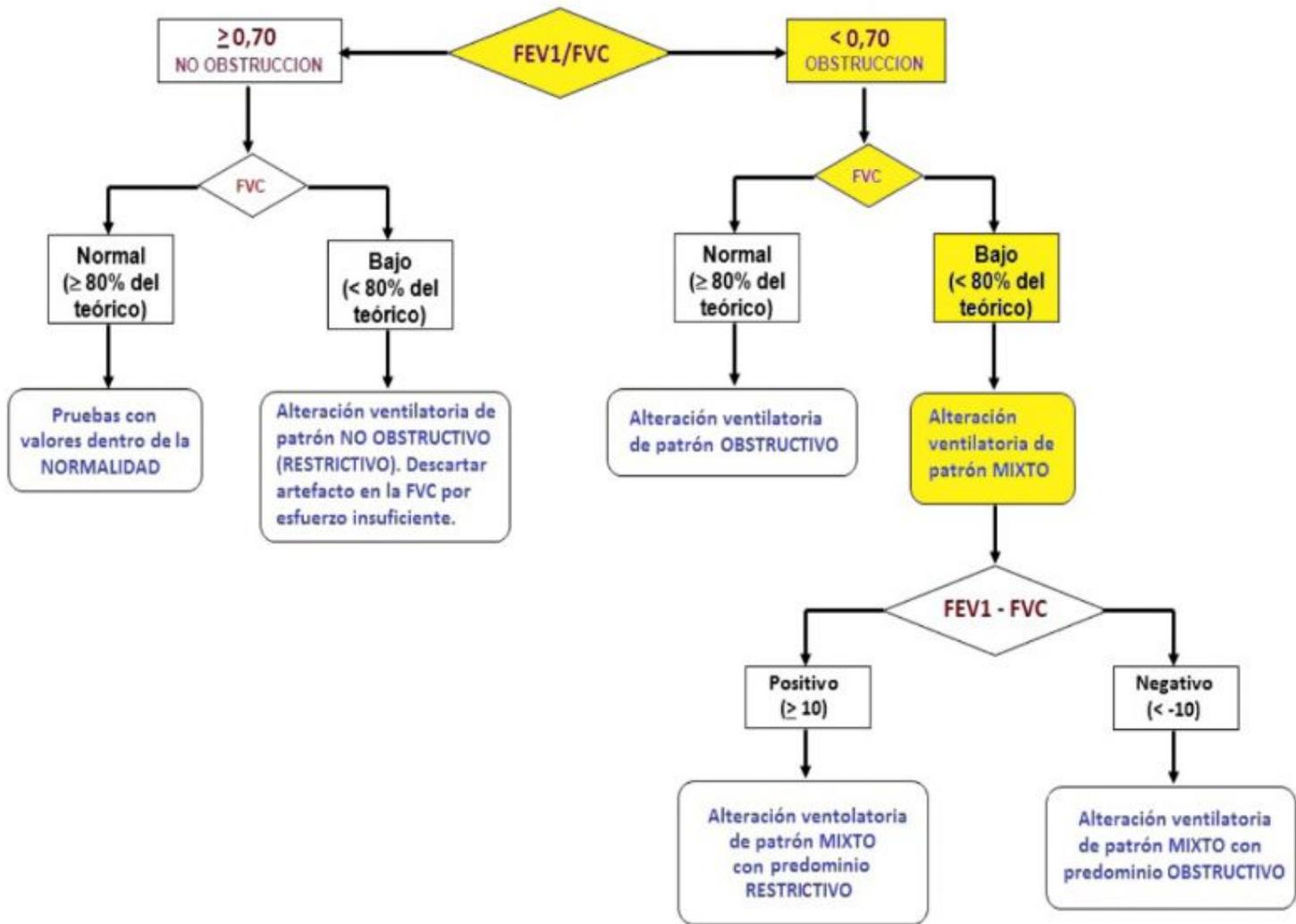
Gravedad:

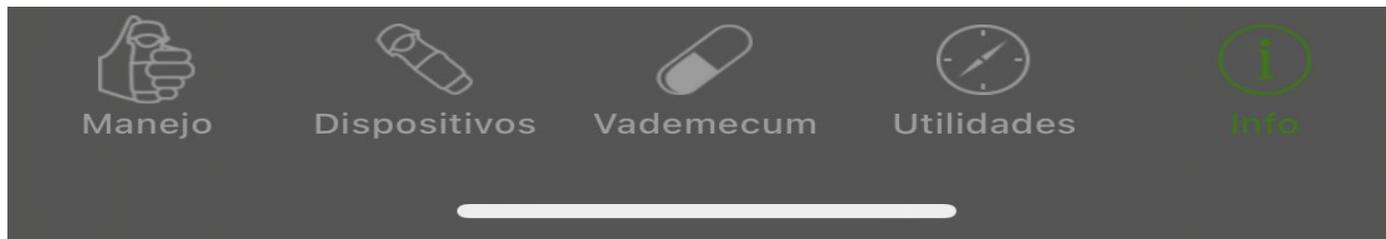
Moderada



DATA XYZ  
DW3 0 2 1  
WAX 3 4 6  
QAA 3 2 1

Correo

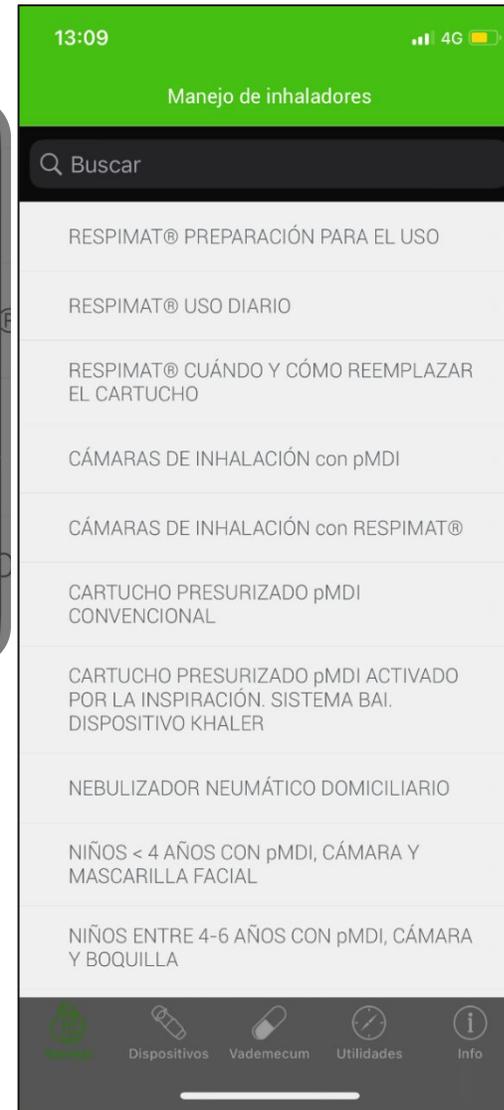


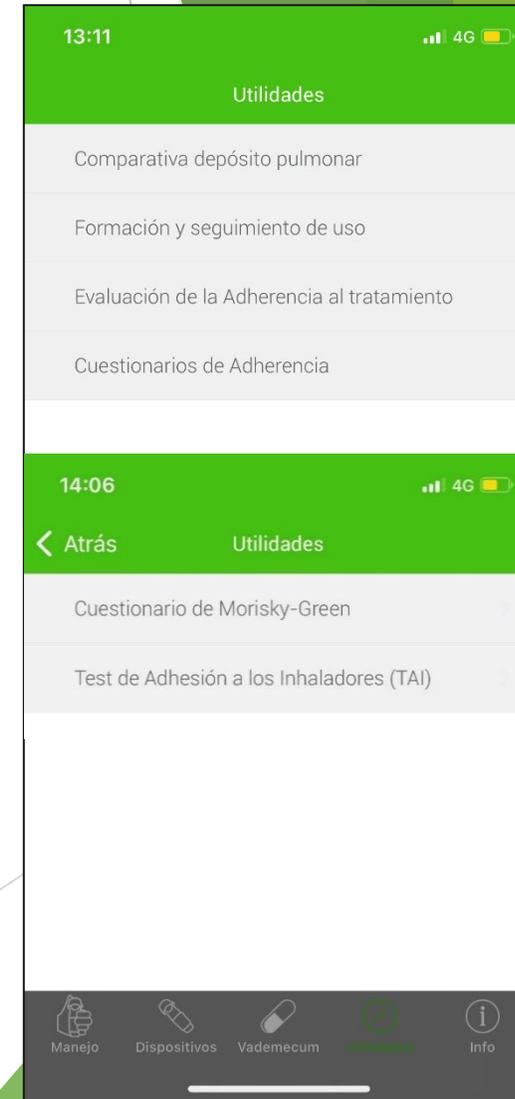
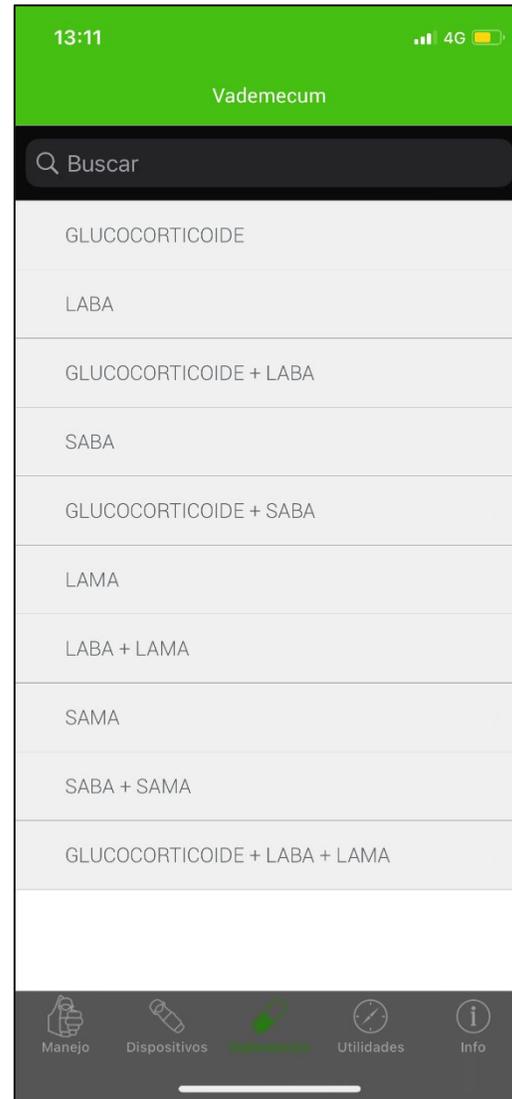
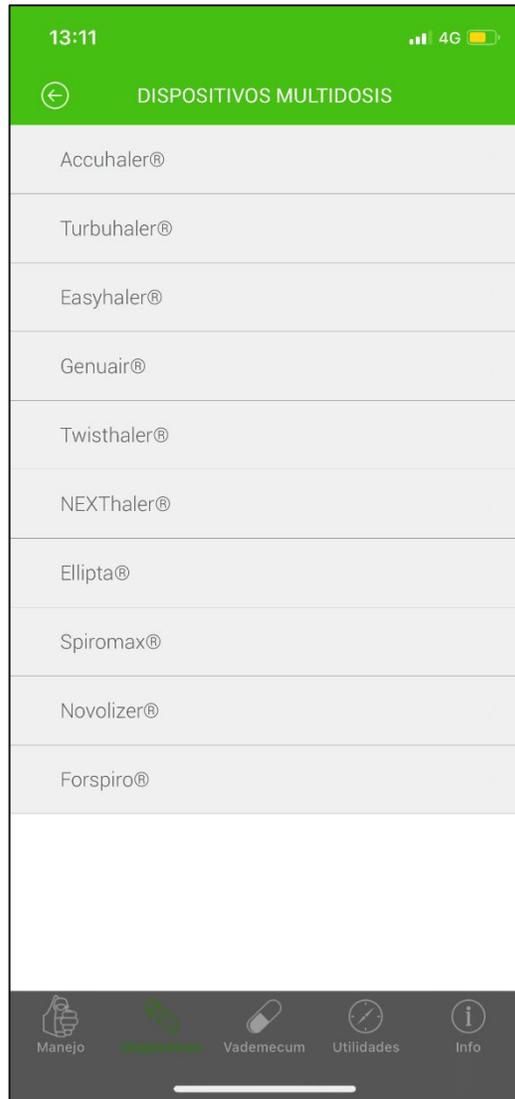
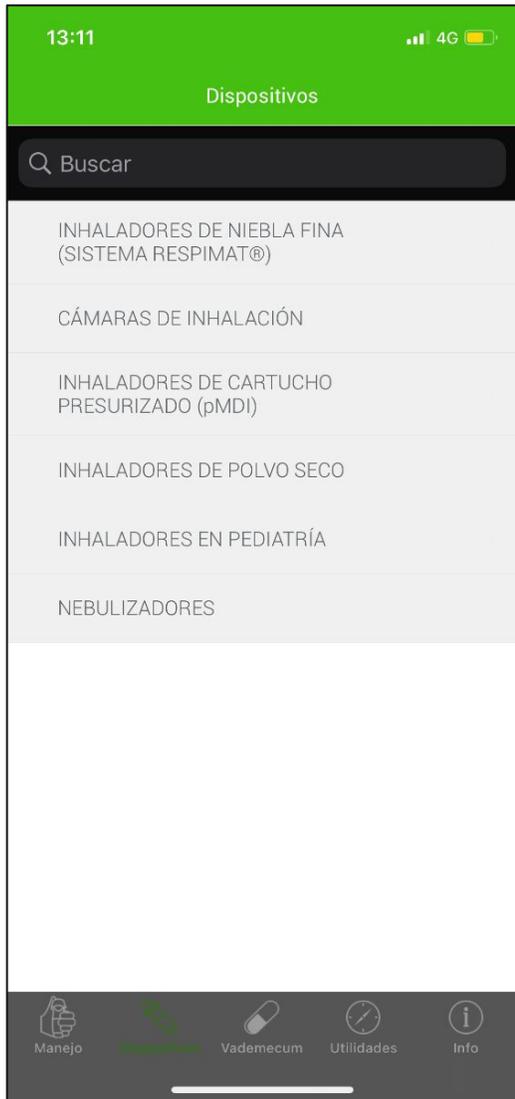
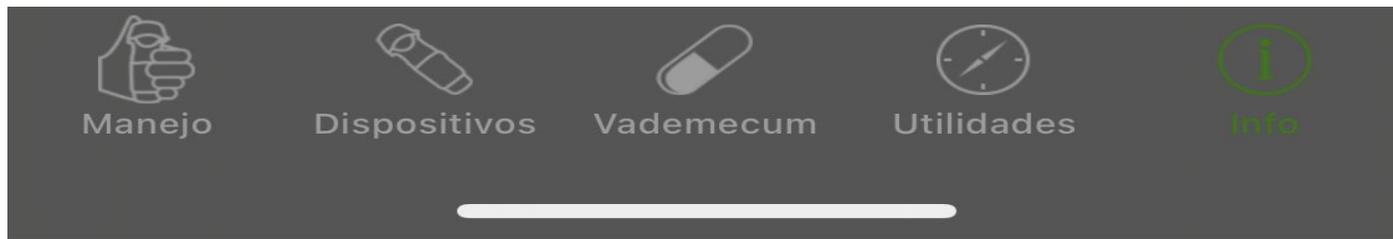


La información que figura en esta app está dirigida exclusivamente al profesional sanitario residente en España facultado para prescribir o dispensar medicamentos, por lo que se requiere una formación especializada para su correcta interpretación.

**Soy profesional sanitario**

**No soy profesional sanitario**





## 8. Ecografía y evaluación inicial en urgencias de atención primaria

- ▶ Paciente de 22 años. No AMC, No AP de interés
- ▶ Refiere que tras caída en bicicleta se ha golpeado con el manillar en el abdomen presentado un dolor muy intenso.
- ▶ EF: TA: 110/75mmHg. FC: 120lpm T: 36,5°C. SatO2: 99%aa FR: 22rpm Glasgow 15
- ▶ ABD: Abdomen doloroso panfocal, no se palpan masas ni megalias, imposibilidad de valorar si irritación peritoneal.



*¿Qué más podríamos hacer  
para orientar mejor el  
caso?*

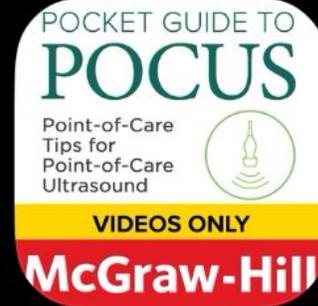




## RESUS Ultrasound

Suthaporn Lumlertgul

ABRIR



## Videos for POCUS: Ultrasound

Usatine & Erickson Media L...

ABRIR

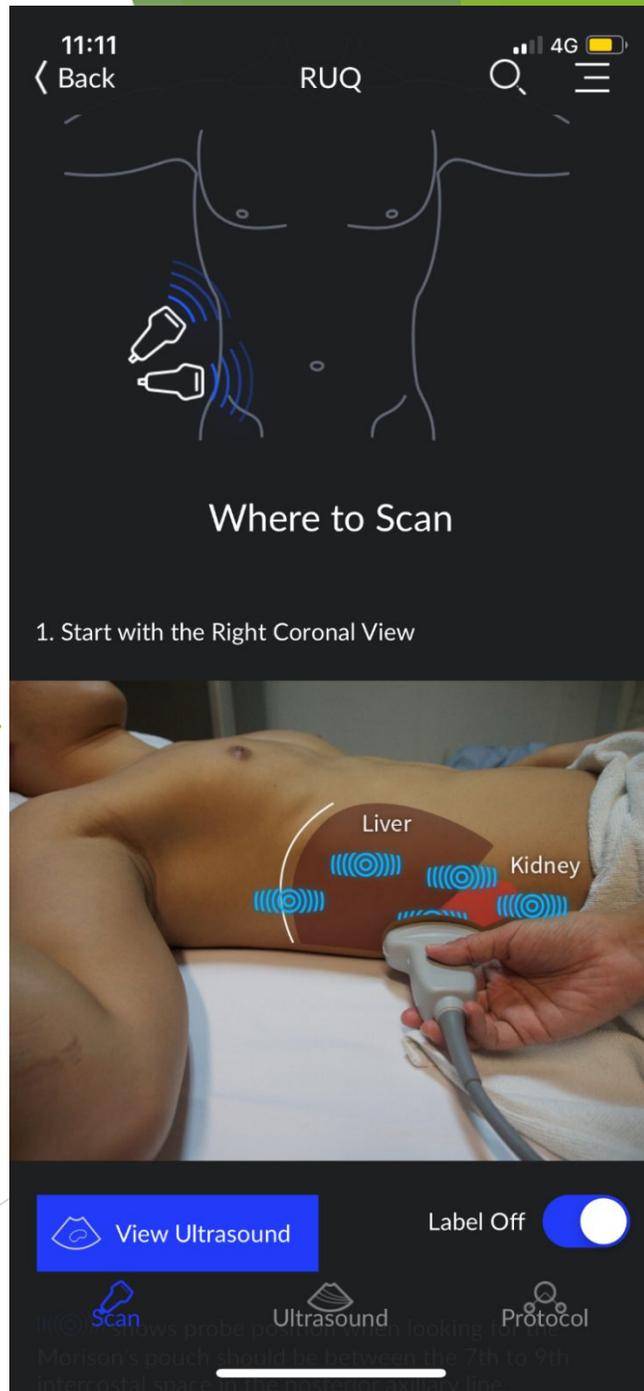
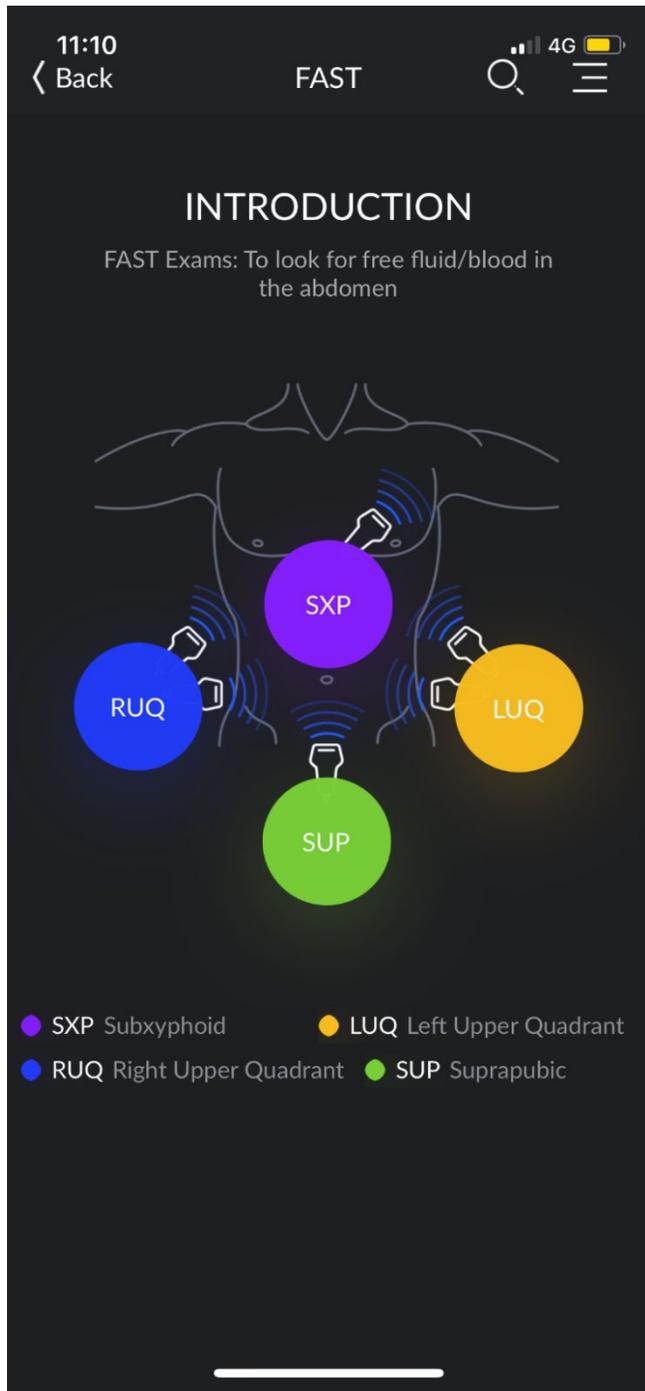
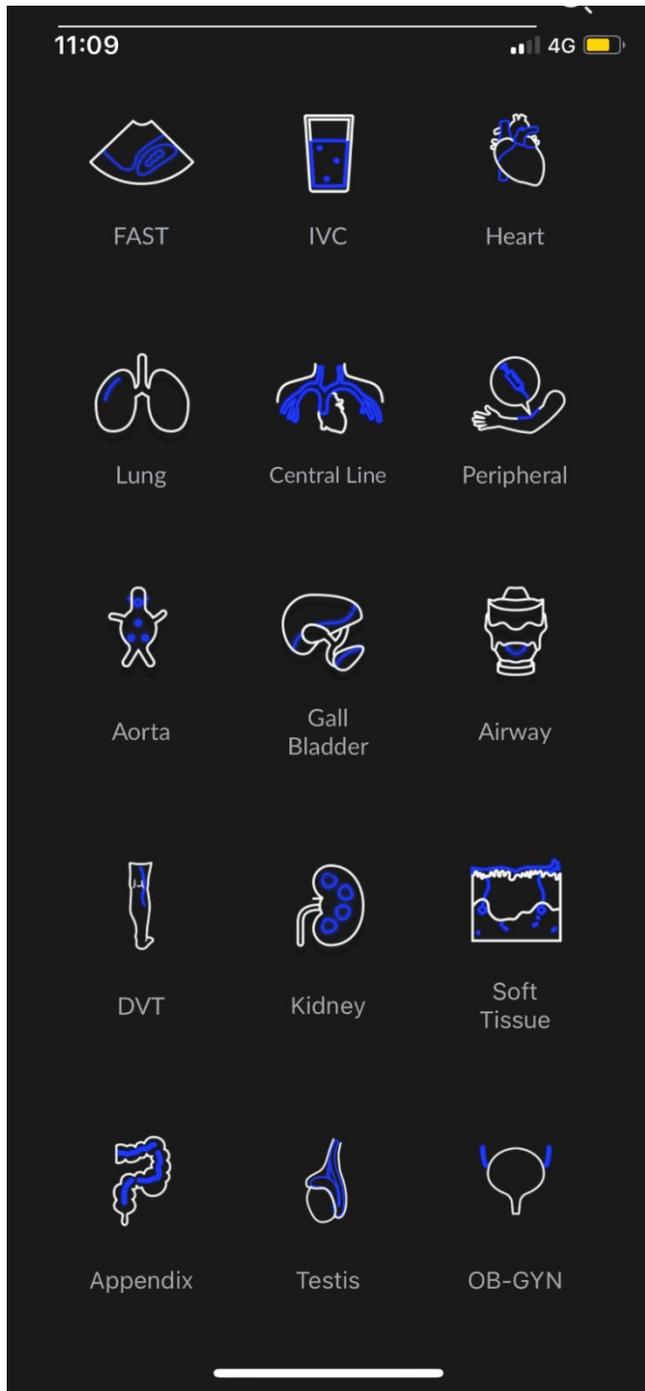


## EcoAPp

Fundacio Atencio Primaria

1,19 €



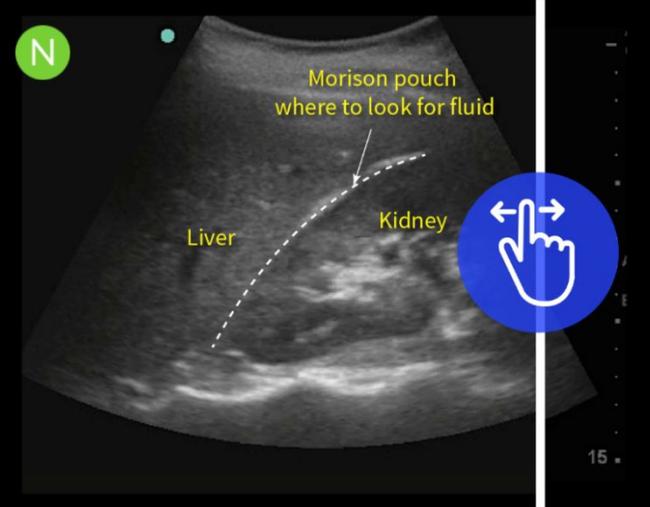




11:11 Back RUQ 4G

Hepatorenal recess in normal/abnormal case

**N**



Video Label Off

This picture shows hypoechoic area(fluid) between liver and kidney, which could be blood in trauma patient or pericardial effusion in non trauma patient.

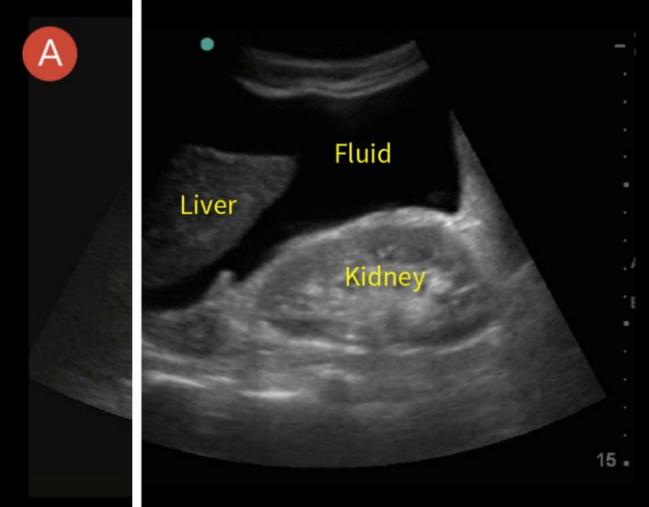
Free intraperitoneal fluid in the right upper quadrant will tend to accumulate in Morison's pouch first and then rt. paracolic gutter

Renal Cyst

11:11 Back RUQ 4G

Hepatorenal recess in normal/abnormal case

**A**

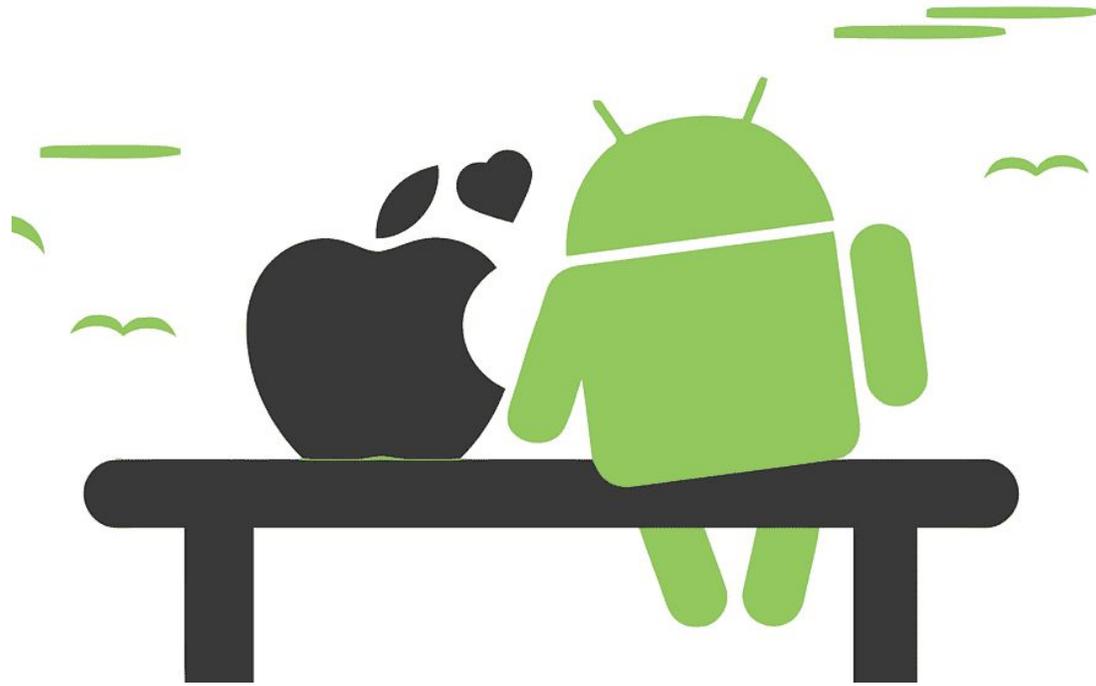


Video Label Off

This picture shows hypoechoic area(fluid) between liver and kidney, which could be blood in trauma patient or pericardial effusion in non trauma patient.

Free intraperitoneal fluid in the right upper quadrant will tend to accumulate in Morison's pouch first and then rt. paracolic gutter

Renal Cyst



Muchas Gracias