

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Escuela de Medicina.

Catedrático: Dr. Suarez Martinez Romeo.

Alumna: Ximena Alejandra Gómez Britones.

URGENCIAS MEDICAS.

RESUMENES:

- 1: EPOC.
- 2: Crisis Asmática.
- 3: Neumonías.

Comitan Chiapas A 02 de septiembre de 2020.

EPOC Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Definición: Se caracteriza por una limitación crónica al flujo aéreo escasamente reversible y que se asocia principalmente al humo del tabaco, es uno de los problemas en salud pública relevantes por su impacto en mortalidad, discapacidad y capacidad de vida.

Etiología: 50-70% de las agudizaciones son causadas por infección del árbol traqueobronquial.

Contaminación ambiental puede ser causa del 5-10% adicional
20-30% de los casos la etiología es desconocida

Rinovirus es el más frecuente (50%)
Haemophilus influenzae, streptococo pneumoniae y Moraxella
Catharralis.

Fisiopatología: Inflamación bronquial e hipersecreción de moco que se asocian a tos, expectoración, obstrucción al flujo respiratorio
Aumento de la distensibilidad pulmonar e inflamación con aumento de la capacidad pulmonar total, Atrapamiento de aire en la espiración que se aumenta del volumen residual, Disfunción del diafragma secundaria a hiperinflación.

Factores de riesgo: Humo del tabaco en mayor % en hombres.
Exposición a humos leña en % en mujeres.
Exposición a humos industriales y polvos minerales.
Uso de carburante de uso orgánico para cocinar.

Manifestaciones Clínicas:

Enfisema pulmonar: Crecimiento persistente y anormal
Destrucción de espacios respiratorios
distales a las bronquias terminales.

Bronquitis crónica: Secreción excesiva de moco en el árbol bronquial.

Tos productiva crónica, todas las días
mínimo 3 meses al año, durante
por lo menos 2 años consecutivos

Disnea.

Diagnostico: Los sintomas clinicos no son utiles de manera aislada para establecer el diagnostico de EPOC

- > Disnea al ejercicio, tos cronica, produccion regular del esputo, bronquitis frecuente en invierno y sibilancias
- > Disnea sintoma primario mas importante
- > Insuficiencia respiratoria = GSA.
- > Para evaluar disnea utilizar escala Medical Council
- > Diagnostico espirometrico VEF1 por debajo 80% de predicho o si VEF1/CVF es menor a 0.7.

Clasificación de gravedad EPOC:

Nivel de gravedad	VEF postbroncodilatador
Leve	> 80% (-/+)
Moderada	> 50% < 80%
Grave	> 30% < 50%
Max grave	< 30% Insuf. resp.

Dx diferencial: Neumonia, IC, TEP, Arritmias, Traumatismo Neurologico.

Exacerbación del EPOC: Es el empeoramiento de los sintomas basales Aumentando la tos, expectoracion, sibilancias, disnea, Opresion toracica, fatiga ect.

CAUSAS INFECCIOSAS:

BACTERIAS: Hemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Streptococcus pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, enterobacteriaceae, Hemophilus parainfluenzae.

Virus: Rinovirus (gripa), Influenza, Parainfluenza, Coronavirios, Adenovirus, Virus sincitial resp.

Atipicas: Chlamydia, Pneumoniae, Micoplasma, Neumoniae, Legionella.

Tratamiento:

Epoc. leve y Moderado.

1- Mantener tratamiento habitual.

2: Introducir o aumentar dosis habitual de broncodilatador

- Beta 2 agonista acción rápida: Salmeterol 0,4-0,6mg cda 4-6hrs o Terbutalina 0,5-1mg cda 4-6hrs.

Antibióticos: Están indicados si además de disnea el px presenta aumento de expectoración y esputo purulento.

Anticongestivo:
Bromuro de ipropirato 0,02-0,012mg cda 4-6hrs.

Se recomienda: Amoxicilina-clavulánico 875/125mg 8hrs. 7 o 200/125mg cda 12hrs x 5 días. en alternativa:
Cefditoren 400mg/12hrs 5 días. en alergico. Acritamicina 500mg cda 24 3-5 días.

Con riesgo Pseudomonas: Moxifloxacino 400mg 24hrs x 5 días
Levofloxacino 500mg cda 24hrs x 5 días.

En paciente con epoc con Pseudomonas a eruginosa.
- Levofloxacino 500mg 112h x 7 días.
- Clpofloxacino 750mg /12h x 7 días.

Glucocorticoides: En broncoespasmos

Prednisolona o Prednisona 0,5mg/kg/día dosis única.

Paciente en Urgencia. A) Oxigenoterapia. FIO₂ 24%. O₂ > 90%.
Sistemas de bajo flujo.

B) B₂ Adrenergico. de Acción Corta. + Anticongestivo

Broncodilatador. → nebulización. 20 minutos 4-6hrs.
Corticoides → Melfiprednisolona IV 40mg cda 8hrs o 20mg 6hrs.
diluido en 100ml suero fisiológico.

Hidrocortisona. IV. 200mg 6hs diluido en 100ml

Bibliografía.

- EPOC, Diagnóstico y tratamiento, GUA, Referencia Rápida.
- Lima, M.J (2007) Guía de Referencia Rápida en Urgencias 3era ed.
- Manca. Urgencias. 3era edición.

CRISIS ASMÁTICA: Las exacerbaciones del asma, son episodios caracterizados por un aumento progresivo de la dificultad para respirar. Sensación de falta de aire, sibilancias, tos y opresión torácica, o una combinación de estos síntomas.

Cuadro clínico: La intensidad de la crisis puede ir desde una exacerbación leve de los síntomas hasta producir un paro respiratorio, por lo que es importante evaluar los síntomas y signos del paciente. Para una clasificación presenta, frecuencia cardíaca $< 120/\text{min}$ o $> 120/\text{min}$. Frecuencia respiratoria < 20 o > 20 para la edad. $1 \rightarrow 2$ DE para la edad. Disona 0 NO o mínima 1 = moderada o grave uso de máscara

La gravedad y la duración de las crisis asmáticas varían de una persona a otra e incluso entre episodios diferentes de una misma persona. Las crisis pueden surgir sin previo aviso; con un ataque de tos repentino, falta de aire y resaca. Pero, puesto que las personas asmáticas tienen las vías respiratorias inflamadas de por sí y esta inflamación se exagera con la exposición gradual a los desencadenantes. Los signos de la crisis asmática incluyen: tos, carraspeo, respiración acelerada o irregular; problemas para realizar actividades. Sueño inquieto o tos nocturna, leve opresión.

Diagnóstico: Para adultos y niños de 5 años, se utilizan pruebas de función pulmonar para verificar que tan bien están funcionando. Hacer pruebas de función pulmonar incluyen lo siguiente:

Flujo máximo: Este examen mide que tan rápido puedes exhalar, también puedes usar un medidor de función pulmonar (los resultados (PEF))

Espirometría: Una medida médica de la capacidad de exhalar en un segundo. Indican elevaciones de los gases.

Medición de óxido nítrico: Este examen

Pulsioximetría: mayor a 90%

Tratamiento:

- Agonistas Beta de acción corta como albuterol: Son de acción rápida, Aplicar en nebulizador, para inhalar profundamente dentro de pulmones.
- Corticosteroides orales: Tomando en forma de comprimidos o IV. general. Para insuficiencia respiratoria.
- Ipratropio = Se utiliza como broncodilatador.
- Intubación, Ventilación mecánica y Oxígeno: Siendo mejor tener que controlarse el asma.

Casos De hospitalización en pacientes con asma.

Bibliografía:

GUÍA de PRÁCTICA CLÍNICA DIAGNÓSTICO Y TX DE ASMA, (2009).

Neumonías:

La Neumonía es la infección que inflama los sacos aereos de uno o ambos pulmones. Los sacos aereos se pueden llenar de liquido o pus (material purulento) lo que provoca tos con fleco de color, fiebre escalofrío, dificultad para respirar. Diversos microorganismos como bacterias, virus, hongos pueden provocar neumonía.

CLASIFICACION: Se pueden clasificar en función de su agente causal: así por ejemplo, neumonía neumocócica, neumonía estafilocócica o neumonía por flebsella pneumonae o por Legionella pneumophila. Esta clasificación es poco práctica desde el punto de vista clínico pues, aunque puede haber ciertas particularidades en relación al agente etiológico concreto, no son suficientes para establecer un diagnóstico con un mínimo grado de confianza, y el patógeno causal generalmente no conoce en el momento del inicio del tratamiento.

Neumonía adquirida en la comunidad y neumonía nosocomial.

Neumonía nosocomial. En bacterias, y otras mencionada. La neumonía se puede subdividir en neumonía típica y atípica y ha propuesto para orientar el tratamiento.

- S. pneumoniae.
- H. Influenza.
- S. aureus.

Neumonía típica: Ejemplificada por la neumonía neumocócica, se caracteriza por un cuadro brusco de fiebre alta, dolor pleurítico, tos y expectoración purulenta o herrumbrosa, leucocitosis con neutrofilia y datos en la exploración y estudios radiológicos, de consolidación pulmonar.

Neumonía Atípica: Tiene un inicio más larvado; fiebre de bajo grado; tos escasamente productiva e infiltrado no segmentario parcheados o intersticiales como la Neumonía por M. pneumoniae.

Aunque puede orientar el diagnóstico en gente joven y sin Comorbilidad, esta clasificación carece utilidad en actualidad.

Neumonia necrotizante: Se reconoce por la presencia de factores de riesgo, como enfermedades periodontal, período de concreción Patología esofágica, trastorno de la deglución o aspiración pévica. O por la cavidad con radiología en gemeros anacrobios.

CLASIFICACION DE LA NEUMONIA INTRA HOSPITALARIA:

Se clasifican en función del tiempo de aparición, en los procesos las que se desarrollan hasta el 4º día de ingreso y tardías las que se desarrollan a partir de 5º día hasta criterios de riesgo. Hay otros factores como la aspiración para gemeros anacrobios como S. aureus o enterococos por L. pneumoniae y Aspergillus.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE NEUMONIAS:

Neumonias Adquiridas en la comunidad:

- Tromboembolismo pulmonar.
- Neumonía Organizada criptogénica.
- Vasculitis pulmonar y granulomatosis.
- Síndrome de hemorragia alveolar.
- Neumonía eosinofílica aguda y crónica.
- Aspergillus broncopulmonar alérgica.
- Otros Síndromes de infiltración pulmonar con eosinofilia.
- Atelectasia
- Derrame pleural
- Síndrome postpericardiotomía
- Bronquiectasias
- Neumonía lipóidea.

Neumonía necrotizante:

- Tromboembolismo pulmonar
- Edema agudo pulmonar
- Síndrome de distress respiratorio agudo
- Neumonitis aguda
- Atelectasia
- Toxicidad por fármacos
- Hemorragia pulmonar
- Derrame pleural.

≠ Neumonía en inmuno deprimido

- Edema pulmonar
- Progresión enfermedad subyacente
- Toxicidad radiación o fármacos
- Daño alveolar difuso
- Rechaz.
- Neumonía idiopática.
- Bronquiolitis obliterante org.
- Enf. linfoproliferativa.

TRATAMIENTO:

Neumonía necrotizante o abscesa pulmonar.

Microorganismo

Flora polimicrobiana orofaríngea

Tratamiento propuesto Amoxicilina - ácido clavulánico 2g/6h IV. o Clindamicina 600mg/8hrs IV.

Apertura de la drenaje se realiza amoxicilina - ácido clavulánico vía oral. (875/125mg/8hrs) hasta cumplir 3 o 4 semanas NAC. que ha recibido tratamiento antibiótico.

Tratamiento Compuerto:

Cefepima 2g/12h IV. Asociado a amikacina 15-20mg/kg/.

Meritramicina 1g/6hr IV.

Como alternativa Ceftazidima 400mg/8-12 Asociado Amikacina 15-20mg/kg/día IV.