

Universidad Del Sureste

URGENCIAS MEDICAS

**CATEDRATICO: DR. SUAREZ MARTINEZ
ROMEO**

Alexis Fernando Cancino Dominguez

“RESUMENES”

SEMESTRE: 8

GRUPO: A

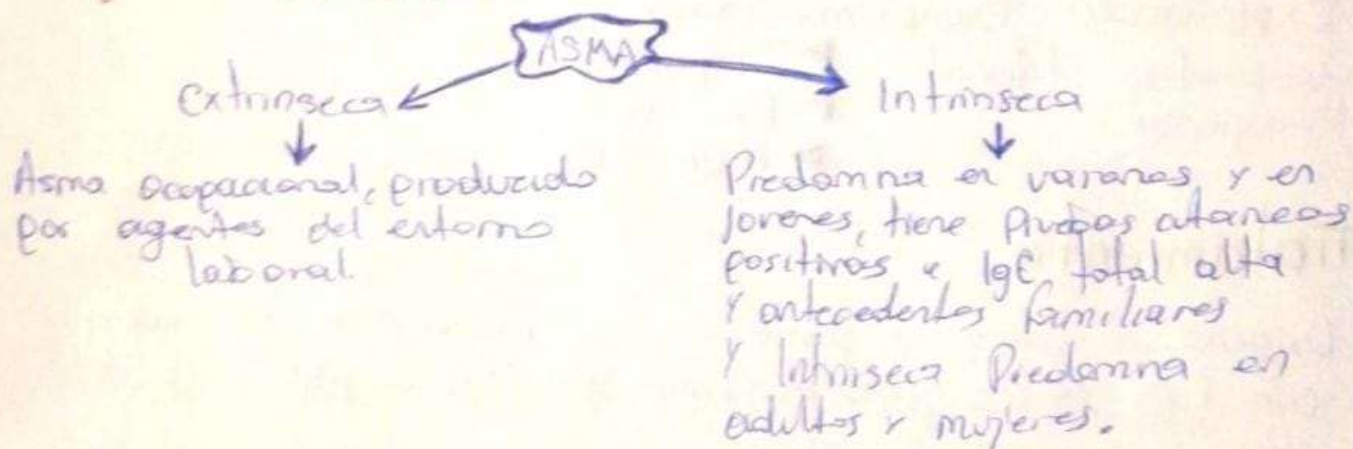
CRISIS de ASMA

Es una alteración inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que participan Mastocitos, Eosinófilos, Linfocitos T.

En los individuos susceptibles, esta inflamación produce episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente por la noche.

Estos síntomas ocasionan generalmente un grado variable de limitación al flujo aéreo parcialmente reversible de forma espontánea o con el tratamiento.

Tipos y Clasificación



Diagnóstico

- Historia Clínica - Anamnesis
- Inicio de Síntomas → Cuando comenzó → ¿empeora?
- Desencadenante → Se relaciona con Disnea
- Estacionalidad → Primavera, Invierno
- Zoonosis Positiva
- Se asocia con otra Patología
- A que se dedica el Px
- Ha cambiado de Trabajo
- Ha tomado HAMS
- Ejercicio Físico

- Se ha realizado inmunoterapia
- Ha dejado de realizar tratamiento.
- Ha usado Broncodilatadores / Corticoides
- Que tipo de Asma tiene

Exploración Física

- Aspecto general
- Signo de Atopia
- ICD
- Sudoración
- Cianosis
- Glasgow
- Asimetría Pulmonar
- Pulsos Periféricos
- TA
- Pulso Paradojico
- FR
- saturación de O₂

Exploración Complementaria

- ▶ Gasometría Arterial
- ▶ Hemograma
- ▶ Bioquímica
- ▶ Rx - Torax
- ▶ Peak-flow

Tratamiento

1. Oxígeno, en todos los pacientes con mascarilla Ventimasker, con FiO₂ 28-31% para mantener una Sat O₂ > 90%

2. β_2 -adrenérgicos (Broncodilatadores).

A) Para exacerbaciones leves a moderadas, la administración B-2 agonista para exacerbación

B) Nebulizado: Salbutamol 0.5-1cc en 3.5cc de suero salino cada 30 minutos, hasta estabilizar al paciente (máximo 2-3 veces)

C) salbutamol (1amp=0.5mg), a dosis de 1/4 - 1/2 de ampolla en cada brazo 6 horas y Adrenalina 1amp-1cc, a dosis 0.3-0.5 cc, pudiéndose repetir cada 15-30 minutos, 3 veces como máximo.

Salbutamol 1amp=0.5mg a dosis 1/2 ampolla en 20cc de Suero Glucosado al 5% a pasar 15-30 minutos.

3. Corticosteroides Sistémicos

- Hidrocortisona: amp de 100 y 500mg, a dosis 2mg/kg q_4h en bolos cada 4 horas
- Metilprednisolona: 60-125 mg IV en bolos cada 6 hrs, es decir, el equivalente a 1-2mg/kg/día

4. Anticolinérgicos

Bromuro de ipratropio 500mg nebulizado cada 4-6-8hrs.
Efectivo en broncoespasmos agudo asociado β_2 agonistas.

5. Metilxantinas

La teofilina es menos eficaz que los β_2 -agonistas y debe reservarse para aquellos pacientes que no responden a los broncodilatadores.

6. Nutrición. Ritmo lento con suero Glucosado/Salino mientras recibe el resto del tratamiento

7. Sedación debe estar prohibida durante las exacerbaciones de asma por el efecto depresor respiratorio de los ansiolíticos y de los medicamentos hipnóticos. Se han demostrado el efecto letal de estos medicamentos.

Exacerbación del EPOC

Se agrupan a varias enfermedades caracterizadas por obstrucción crónica, difusa, irreversible, y progresiva de las vías aéreas, asociada a una respuesta inflamatoria anormal del pulmón, incluye al emfisema, la bronquitis crónica obstructiva y el asma crónico irreversible del adulto.

La enfermedad no tiene manifestaciones clínicas uniformes, en algunos individuos se inicia con tos, expectoración, gripa frecuente asociada a tos y expectoración, en otros la primera manifestación es disnea o una espirometría anormal.

Clasificación de EPOC

Característica	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
VEF	>80%	50-80%	<50% >30%	<30%
Disnea	Ausente	+	++	+++
Capacidad de Ejercicio	Normal	↓	↓↓	↓↓↓
Exacerbaciones	Leves	+	++	+++
Hipoxemia/Hipercapnia	NO/NO	SI/NO	SI/SI	SI/SI
HTA Pulmonar	NO	NO	SI	SI
Calidad de Vida	Normal	↓	↓↓	↓↓↓

Exacerbación

Definición: La exacerbación es el empeoramiento de los síntomas basales, de inicio agudo, sostenido y más severo que las variaciones diarias usuales, que requiere de cambio de la medicación. Se manifiesta por un aumento de la tos, expectoración, sibilancias, disnea, opresión torácica, fatigabilidad.

Diagnostico / Evaluación del Paciente.

En Urgencias es muy importante identificar pacientes con exacerbaciones severas o con riesgo cardiopulmonar.

Varios estudios han mostrado que los pacientes con menor VEF, menor PaO_2 , menor $PaCO_2$ y menor PH, quienes reciben dosis mayores de broncodilatadores los pacientes con Oxígeno en casa o con exacerbaciones recurrentes tiene mayor probabilidad de regresar a Urgencias en 2 semanas siguientes si se maneja ambulatoriamente.

- 1.- Enfermedad actual, Severidad y causa de la descompensación
- 2.- Severidad de la enfermedad Previa y comorbilidades.
- 3.- Necesidad de Ventilación mecánica
- 4.- Tratamiento, Oxígeno, broncodilatadores, esteroides, antibióticos
- 5.- Respuesta al tratamiento
- 6.- Indicación de hospitalización
- 7.- Criterio de egreso.

Evaluación Inicial

1. **Historia Clínica** → Evalúa la severidad de la enfermedad pulmonar crónica con especial énfasis en el estado pulmonar actividad física, limitaciones para ejercicio, disnea, actividad para la vida diaria, tos, etc.
2. **Examen Físicos** → Debe determinar en detalle temperatura, frecuencia y ritmo cardíaco, estabilidad hemodinámica, cianosis, movimiento paravertebral del abdomen, edema en miembros inferiores, falla cardíaca, cambios de conciencia.
3. **Comorbilidad** → Evaluar enfermedad asociadas que pueden influir en el tratamiento o ser desencadenantes de la exacerbación, falla cardíaca, arritmias, neoplasia, tromboembolismo, medicamentos hipnóticos o sedantes.
4. **Exámenes Paraclínicos**
- cuadro Hemático, glicemia, electrolitos, Creatinina, EKG
 - Rx de Tórax
 - Grases Arteriales SaO_2 , PaO_2 ,
 - Espirometría y Flujo respiratorio máximo
5. **Signo de Exacerbación Severa**
- EPOC severo
 - Disnea en reposo
 - Hipoxemia Severa
 - Indicaciones de Intubación
 - Edema Severo
 - Depresión del estado mental.

NEUMONÍAS

Infección del parénquima pulmonar producida por microorganismos patógenos. Los criterios diagnósticos fundamentales son la presencia clínica respiratoria y radiológica (Infiltrados Pulmonares)

Clasificación

- A) Neumonía extrahospitalaria o adquirida por la/en la comunidad
- B) Neumonía intrahospitalaria o nosocomial. Aparición de la clínica a partir de 48-72hs del ingreso de un paciente previa exclusión de que la infección no estuviera presente o en periodo de incubación y hasta 10 días después de la alta hospitalaria.

NEUMONÍA adquirida en la Comunidad

Se clasifica en 3 grupos.

- A. Grupo 1. Tratamiento ambulatorio. Pacientes sanos sin datos de gravedad.
- B. Grupo 2. Cumple criterios de ingreso en planta
- C. Grupo 3. Criterios de gravedad inmediata: Sepsis, insuficiencia R, progresión radiológica, ingreso en UCI.

Manifestaciones Clínicas.

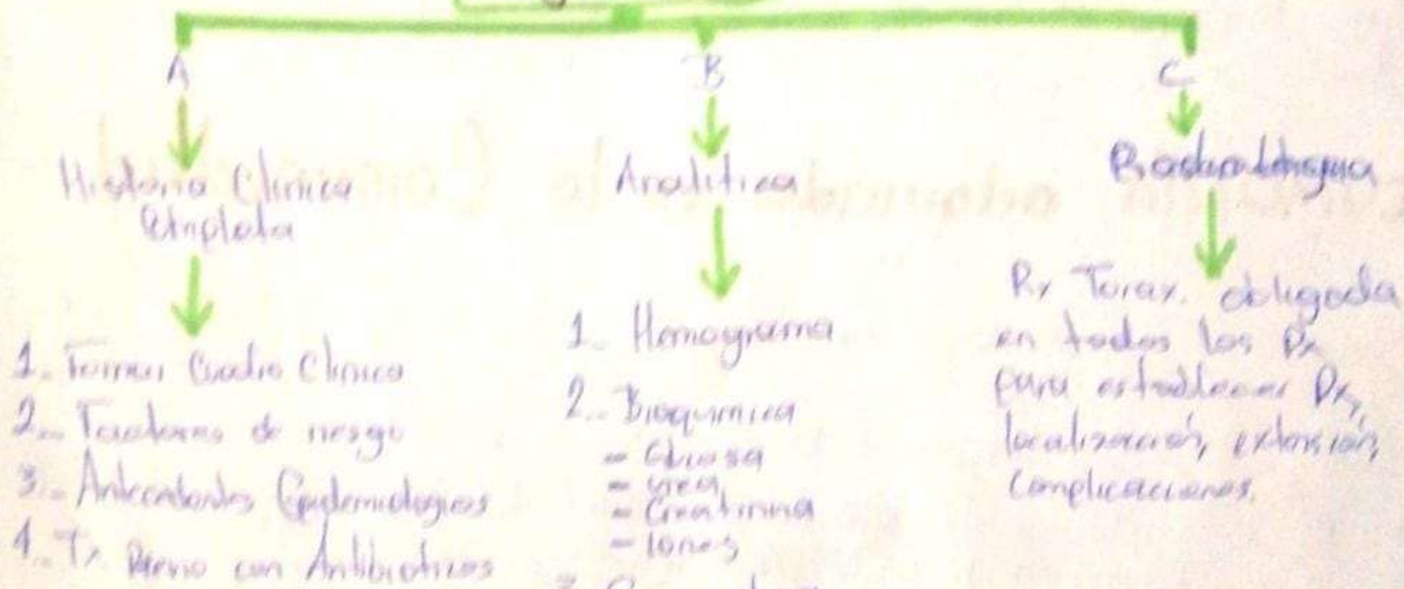
A. Síndromes Típicos → Cumple 3 o más Criterios

- 1) Fiebre brusca con escalofríos
- 2) Dolor torácico de características pleuríticas
- 3) Tos Productiva. Esputo Purulento
- 4) Crepitantes y/o soplo tubarico
- 5) Leucopenia, leucocitosis
- 6) Consolidación lobar en broncograma aéreo

B. Síndrome Atípico

- 1) Comienzo y recuperación posterior gradual
- 2) Fiebre sin escalofríos
- 3) Tos no productiva
- 4) Síntomas extrapulmonares: Cefalea, Malestar general, Mialgias, Artralgias, Fatiga, Náuseas, Vómitos, Diarrea.
- 5) Infiltrados múltiples - patrón intersticial.

Diagnostico



En caso de ingreso solicitar:

D - 2 hemocultivos antes del inicio del Tx

E - Antígenos Urinarios de *Neisseria* y *Legionella*

F - Toracocentesis (Demarcar 20mm), Tinción Gram, cultivos, citología ADA, pH

G - Prueba de ESRto

Tratamiento

Sospecha de NAE

Valoración de estado general

Anamnesis y Exploración física
Rx PA y lateral

Edad del paciente > 90 años

No

Presenta:
- Neplasia
- Hepatopatía
- IC
- Enf. Cerebrovascular
- Nefropatía

No

Presenta:
Alteración de Conciencia
FR ≥ 30 lpm
FC ≥ 125 lpm
PAS ≥ 90 mmHg
T $\geq 35^{\circ}\text{C}$ o $\leq 40^{\circ}\text{C}$

No

Valorar condicionamiento que comprometa o dificulte la asistencia domiciliar y concentraciones de Biomarcadores

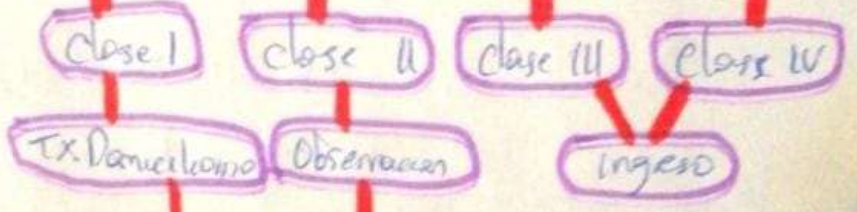
Tratamiento Domiciliario

Si

NAE Probable clase PSI-U-V

Descartar otros diagnósticos

confirmada NAE



Valorar condicionantes que comprometan o dificulten la asistencia domiciliar y concentración de Biomarcadores

PSI IV II

Moxifloxacin 400mg/24hrs

Levofloxacin V.O. 500mg/12h por 3 dias 500 cada 24hrs

Amoxicilina 1g/8hrs + clavulanic 875/125mg cada 8hrs

Cefditore V.O. 400mg/12hrs + dextrometor V.O. 500mg/6hrs

PSI III

Moxifloxacin IV 0 10 400mg qd 24hrs

Ceftriaxona 2g qd 24hrs IV

Amoxicilina + Clavulanic IV 1g/8hrs

PSI IV y V

Levofloxacin IV 500mg/12hrs por 2-3 dias y despues
500 cada 24hrs.

Moxifloxacin IV 400mg/24hrs

Ceftriaxona IV 2g/24hrs + Azitromicina IV 500mg

Amoxicilina - Clavulanic IV 1g/8hrs +

Azitromicina I.V. 500mg/24hrs por 3-5 dias.