

Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

RESUMENES

Presenta: Andryck Jossue Montoya Solano

Materia: Urgencias Medicas

Medicina Humana 8to A

Doc. Suarez Martínez Romeo

Comitán de Domínguez Chiapas

05/09/2020

EXACERBACION DEL EPOC

La enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) es uno de los problemas en salud pública relevantes por su impacto en la mortalidad, discapacidad y calidad de vida.

FACTOR DE RIESGO

El humo del tabaco es el principal desencadenante para el proceso inflamatorio en la EPOC. Muchas ocupaciones no muestran asociación con el incremento del riesgo de EPOC, sobretodo la exposición a humos industriales y polvos minerales.

La epaa tiene dos formas predominantes: a) enfisema pulmonar caracterizado por aumento permanente y anormal, así como destrucción de los espacios respiratorios distales a los bronquios terminales. b) bronquitis crónica, un trastorno que se caracteriza por secreción excesiva de moco en el árbol bronquial con una tos productiva crónica casi todos los días durante 3 meses al año por dos años consecutivos.

CUADRO CLINICO

Es característico que los pacientes con exacerbaciones de asma o EPOC tengan disnea, sensación de tirantez en el tórax, sibilancias y tos. La exploración física muestra sibilancias con la exhalación prolongada. Los individuos con crisis graves pueden estar erguidos inclinados hacia delante cuando están sentados y exhalar con labios fruncidos, uso de músculos accesorios y tener respiraciones paradójicas y diaturosis.

La obstrucción grave del flujo de aire y el desequilibrio de la ventilación y la perfusión pueden ser causa de hipoxia e hipercapnia. La hipoxia se caracteriza por taquipnea, cianosis, agitación, ansiedad, taquicardia e hipertensión. Los signos de hipercapnia son confusión, temblor, letargo, estupor, hipopnea, y apnea.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de asma o EPOC en el servicio de urgencias se establece con base en las manifestaciones clínicas. La gravedad se determina por la tasa del flujo espiratorio máximo (PEF). La oximetría de pulso es un medio rápido, fácil y sin penetración corporal de valor y vigilar la saturación de oxígeno. La gasometría arterial sirve sobre todo para valorar hipercapnia y acidosis en las crisis moderadas a graves. Los radiografías torácicas sirven para diagnosticar complicaciones como neumonía y neumotórax.

TRATAMIENTO

El objetivo principal es corregir la oxigenación de los tejidos. Se debe administrar oxígeno complementario para corregir la SpO_2 por arriba del 90%. El oxígeno puede exacerbar la hipercapnia en pacientes con EPOC. Los agonistas adrenérgicos β_2 son los fármacos de primera opción. El sulfato de albuterol, en dosis de 2.5 a 5 mg, es el fármaco de uso más frecuente. Se debe administrar esteroides en un servicio de urgencias a los pacientes con exacerbaciones de asma y EPOC. Antibiótico terapia en pacientes con cambios de color y volumen del esputo. Ventilación mecánica en los pacientes con fatiga de los músculos respiratorios, acidosis respiratoria, alteraciones del estado mental o hipoxia persistente.

CRISIS ASTMÁTICA

Los exacerbaciones asmáticas se definen como episodios agudos o subagudos caracterizados por aumento de la sintomatología típica de la enfermedad acompañados de un deterioro de la función pulmonar evaluado por pico de flujo espiratorio (PEF) o volumen espiratorio forzado en 1s (FEV₁).

ETIOLOGIA Y CLASIFICACION

La causa más frecuente de las EA son las infecciones víricas, suponiendo en algunas series al rededor del 60% de los casos. Las EA se estratifican en leve, moderada, grave y parada respiratoria inminente, en función de su gravedad. Se considera el grado de disnea, la frecuencia respiratoria y cardiaca, el uso de musculatura accesoria la presencia de sibilancias, el nivel de consciencia datos de función pulmonar (FEV₁, PEF), intercambio de gases (S_{at}O₂, PaO₂, PaCO₂).

CUADRO CLINICO

Es muy variable, desde incrementos discretos de la sintomatología propia del asma en los crisis leves, hasta la parada cardiorespiratoria.

CRISIS DE INSATURACIÓN LENTA

Son las más frecuentes, predominando en mujeres. Causa principal son las infecciones respiratorias o mal cumplimiento terapéutico.

CRISIS DE INSATURACIÓN RÁPIDA

Se produce habitualmente por la exposición a alérgenos inhalados, formados (AINE); betabloqueantes; alimentos

o estrés emocional. Predomina la broncoconstricción inicialmente suele presentar mayor gravedad que los de instauración lenta, para lo respuesta al tratamiento es más rápida

DIAGNOSTICO

El primer paso sera confirmar que se trate de una crisis asmatica y no otra patologia. Luego se debe clasificar la gravedad de la crisis. Los primeros exploraciones complementarias seran la pulsioximetría y la determinación del grado de obstrucción al flujo aereo mediante medidor de PEF o espirómetro. La radiografía de tórax no es necesaria de rutina se realiza en casos de sospecha de diagnósticos alternativos, ARV, mala respuesta al tratamiento o requerimiento de ventilación mecánica.

TRATAMIENTO

El tratamiento dependera de la gravedad de la exacerbación. Los objetivos seran mantener una oxigenación adecuada y reducir la obstrucción y la inflamación de la via aerea. Debe mantenerse una $SpO_2 > 95\%$ en embucados plestedor del 95% . Administra β_2 -agonista de acción corta ya que suporan la medida más adecuada para reducir la obstrucción, se puede administrar la primera leva, de 4 a 10 inhalaciones de 100 μ g de salbutamol. la forma más eficiente es mediante canula espiradora o una nebulización de 2.5 ml / 30 min. Para el control de la inflamación debe utilizarse corticoides. Los anticolinergicos son de utilidad para disminuir la broncoconstricción. En los pacientes más graves puede ser necesaria la VM invasiva.

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección aguda del tracto respiratorio inferior caracterizada por aparición de fiebre y/o síntomas respiratorios junto con evidencia radiográfica de infiltrado pulmonar. La NAC es una de las infecciones más frecuentes de la infancia.

ETIOLOGIA, CLINICA Y CLASIFICACION

El diagnóstico etiológico es complicado en niños; en un 70-60% de casos no se identifica agente causal. El virus sincitial respiratorio (VRS) es el más frecuente, seguido de rinovirus, parainfluenza, influenza, adenovirus, metapneumovirus y bocavirus.

Se clasifica en leve-moderada y grave, y estas dan manifestaciones clínicas diferentes.

Leve-moderada: $< 38.5^{\circ}\text{C}$, frecuencia respiratoria < 50 rpm, rales leves, ingesta normal, disnea moderada.

Grave: $> 38.5^{\circ}\text{C}$, frecuencia respiratoria > 70 rpm, rales moderadas-graves, alitos nasal, cianosis, apnea intermitente, quejido, taquicardia, signos de deshidratación.

Se clasifica también según el agente causal dándose como típica o atípica.

Típica: Fiebre alta $> 39^{\circ}\text{C}$, mal estado general, tos, auscultación pulmonar focal, leucocitosis > 15.000 ml, elevación de reactores de fase aguda (PCR > 80 ng/dl) infiltrados alveolares, consolidaciones

Atípica: Afebril o $< 39^{\circ}\text{C}$, escasa afectación del estado general, tos frecuente, auscultación pulmonar diseminada, síntomas no respiratorios asociados (mialgias, exantema, conjuntivitis) infiltrados intersticiales.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y radiológico. La realización de analítica de sangre y recogida de hemocultivo puede ser útil para intentar definir la etiología. En caso de complicación con derrame pleural, la etiología bacteriana y la toxicocidosis son útiles.

TRATAMIENTO

Depende de la forma clínica de presentación, edad del paciente, resistencia a antimicrobianos y la gravedad. Todos los pacientes con NAC, deben tomar líquidos abundantes, hacer reposos. Deben recibir oxigenoterapia para mantener una $\text{SpO}_2 > 90\%$ o $\text{PaO}_2 > 60\text{ mmHg}$.

El tratamiento de NAC típica se realiza con macrólidos (claritromicina o azitromicina).

En el caso de NAC grave o complicada el tratamiento de elección sería ampicilina.