



Universidad del sureste
Escuela de medicina Humana

Urgencias

Docente: Dr. Romeo Suarez Martínez

Resúmenes

Presenta: Jesús Eduardo Cruz Domínguez

Octavo Semestre

Grupo A

Neumonía extrahospitalaria.

Definición:

Neumonía se define por los síntomas y signos agudos de infección del tracto respiratorio inferior, con la presencia de un nuevo infiltrado pulmonar en la radiografía de tórax. Se presenta con mayor frecuencia en la población <5 años y >65 años.

Etiología y factores de riesgo:

Streptococcus pneumoniae es la causa más común en el mundo. Tradicionalmente se han dividido en dos grupos, típicos y atípicos, según sus agentes etiológicos. Se le denomina así porque no crecen en cultivos de rutina, la presentación clínica varía n de infiltrados intersticiales, opacidades hasta consolidaciones.

Los patógenos típicos incluyen: *S. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Legionella* y virus como: *Influenza*, *Parainfluenza*, *Adenovirus*, *Virus sincicial respiratorio*.

Existen distintos factores de riesgo que producen NEH, tiene relación con los agentes causales, por ejemplo: EPOC, que predispone frecuentemente a infección por *Bac. obnuncos*.

Cuadro clínico:

Los signos y síntomas más comunes son disnea, tos, fiebre. Otras manifestaciones comunes son dolor pleural, disnea, expectoración purulenta; con signos como taquipnea, tequicardia, estertoros secos.

Diagnóstico:

Requiere una radiografía de tórax en busca de infiltrados, en un paciente con clínica compatible con neumonía.

Historia clínica y exploración física:

En la EF se puede encontrar taquipnea, fiebre, taquicardia, desaturación, estertores, crepitantes, aumento de las vibraciones vocales, Sople bronquial.

Estudios de imagen: Radiografía de tórax simple, los hallazgos incluyen: infiltrados lobares (broncograma aéreo), consolidación.

Tomografía computada: Estándar de oro.

Pruebas de laboratorio: HT: leucocitos desplazado hacia la izquierda, leucopenia se relaciona con mal pronóstico.

- PCR: Miden la gravedad del paciente, determinar la duración adecuada del tratamiento antibiótico.

- PCR ultrasensible: $> 740 \text{ mg/L}$

- PCT: Neumonía por neumococo

Pruebas específicas: - Hemocultivos (comumente para neumococo)
- Tinción de gram y cultivo de expectoración

Tratamiento:

Macrolido: Azitromicina 500 mg c/24 h por 5 días
ó claritromicina 500 mg c/12 h por 5 días.

Crisis asmática

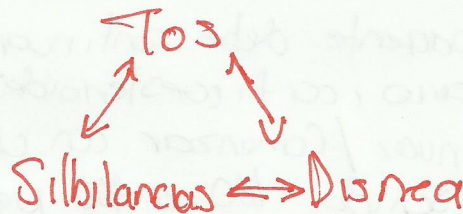
El asma es una enfermedad crónica inflamatoria de las vías aéreas. Se caracteriza por hiperreactividad y acumulación de placas mucosas con obstrucción y limitación al flujo de aire por broncoconstricción, la cual es reversible al tratamiento.

Las exacerbaciones de asma o crisis asmáticas se definen como episodios de un incremento rápido y progresivo en la dificultad respiratoria, tos, disnea, silbidos y opresión torácica, con una disminución del flujo respiratorio.

Los factores predisponentes son:

- 1) Irritantes respiratorios
- 2) Alérgenos
- 3) Infecciones
- 4) Fármacos (AINES, β bloqueadores)
- 5) Misceláneos (ejercicio, factores emocionales).

Cuadro clínico



A la exploración física se suele encontrar datos de dificultad respiratoria, como uso de músculos accesorios y presencia del pulso paradójico.

Diagnóstico:

Se establece con el cuadro clínico y el examen físico. Es importante la oximetría de pulso y solicitar gasometría arterial, así como una radiografía de tórax en pacientes con ataques moderados a graves.

Diagnóstico diferencial:

Hiperventilación, ataques de pánico, reflujo gástrico esofágico, obstrucción de vías aéreas, ICC, embolia pulmonar, exacerbación aguda de EPOC, neuritis.

Tratamientos:

- Administración de oxígeno para alcanzar $SpO_2 > 90\%$
- Agonistas β_2 de acción rápida (salbutamol) en combinación con ataques anticolinérgicos (ipratropio).
Se debe valorar la respuesta 60 a 90 min después del tratamiento inicial y a partir de esto decidir el manejo en las horas subsiguientes.

Al egreso, el paciente debe continuar con salbutamol según sea necesario, corticosteroides sistémicos 3 a 10 días y continuar / comenzar con un corticosteroide inhalado (budesonida 100 a 400 μg una o dos veces por día).

Exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Es un proceso que se caracteriza por empeoramiento de los síntomas respiratorios basales, más allá de la variabilidad diaria, lo cual precisa un cambio en la medicación. La mortalidad intrahospitalaria de una exacerbación que se acompaña de acidosis es de 10%.

Fisiopatología:

La base es el estado inflamatorio; cuando éste se intensifica se genera la agudización con el consiguiente aumento en la constricción de la vía aérea y cambios en la relación ventilación - perfusión.

Causas de exacerbación de EPOC:

- Virus:
- Rinovirus
 - Influenza
 - Parainfluenza
 - Adenovirus
 - Virus sincicial respiratorio

- Bacterias:
- *Haemophilus influenzae*.
 - *Streptococcus pneumoniae*
 - *Moraxella catarrhalis*.
 - *Pseudomonas aeruginosa*

- Otros:
- Contaminación ambiental.
 - Tabaco
 - Efectos adversos de los medicamentos
 - Falta de apego al tratamiento

Cuadro clínico

Existen tres síntomas cardinales que comprenden el cuadro clínico: aumento de la disnea, aumento del volumen del esputo o purulencia del mismo.

Indicaciones para UCI:

- Disnea grave con pobre respuesta a la terapia inicial.
- Cambios en el estado de alerta.
- Hipoxemia persistente.
- Acidosis respiratoria ($pH < 7.25$)
- Requerimiento de ventilación mecánica
- Inestabilidad hemodinámica.

Diagnóstico

Clinico, con base en los síntomas agudos del paciente.

Estudios de laboratorio y gabinete:

- Gases arterial
- Proteína C reactiva
- ECG (para identificar complicaciones).

Tratamiento

- 1) aliviar la obstrucción de la vía aérea.
- 2) Corregir hipoxemia
- 3) Controlar enfermedades coexistentes

EPIC severo:

- nebulizaciones con agonistas β_2
- Corticosteroides vía sistémica
- Oxígeno: lograr oximetría de pulso $> 90\%$
- Soporte ventilatorio: