

Universidad del Sureste

ESCUELA DE MEDICINA

RESUMENES

Catedrático: Dr. Romeo Suarez Martinez

Alumna: Mariana C. Sucedo Dominguez

8° Semestre Grupo "A"

"URGENCIAS"

Comitán de Domínguez, Chiapas, 03 de Septiembre del 2020.

Exacerbación del EPOC

> Definición: Es un agravamiento agudo en la situación basal del paciente, generalmente reversible que obliga a realizar un cambio en su tratamiento habitual. Presentan 1 o más de los 3 síntomas cardinales; ↑ de la disnea, ↑ del volumen de esputo o purulencia del mismo. La exacerbación grave asocia IR, acompañada a veces de hipercapnia.

> Clasificación: Esta dada por el grado de alteración funcional del paciente en fase estable, el valor del FEV₁, expresado como % respecto al valor de referencia.

- EPOC leve: FEV₁ > 80% del valor de referencia
- EPOC moderado: FEV₁ entre el 50 y el 80%.
- EPOC Grave: FEV₁ entre el 30 y el 50%.
- EPOC muy grave: FEV₁ < 30%.

Corresponden a la medición del FEV₁, tras la prueba broncodilatadora.

> Etiología

- Infecciosas (65-75%): la infección respiratoria, principalmente bacteriana, es la causa más habitual de EPOC. las bacterias halladas con más frecuencia son: haemophilus influenzae, S. pneumoniae, Moraxella catarrhalis, C. pneumoniae y en casos de EPOC grave-muy grave, existe probabilidad de que sea por bacilos gram - (E. coli, K. pneumoniae, etc.) y pseudomonas aeruginosa
- Otras causas (25-35%): Pleuropulmonares (neumonía, TEP, neumotórax, derrame pleural, traumatismo torácico. Otras C incumplimiento terapéutico, contaminación e irritantes, IC, alcalosis metabólica, cirugía, anemia, nutrición parenteral, hipotiroidismo, exceso de oxigenoterapia, hipnóticos, bcd, BB).

Sintomatología

El aumento de la disnea es el síntoma fundamental, otros síntomas es el ↑ de la tos y/o volumen de la expectoración o cambios de la coloración de esta, puede pasar de purulenta a contener sangre. En casos de infección puede haber fiebre. Otros signos frecuentes son: taquipnea, cianosis si hay hipoxemia marcada, raras, sibilancias. Si existe un ↑ del trabajo respiratorio → uso de musculatura ventilatoria accesorias.

En caso de fallo ventricular derecho e hipoperfusión o hipoxia renal, podrán evidenciarse edemas en las partes acvies. En casos muy graves con alteración marcada de los gases sanguíneos y del equilibrio ácido base pueden observarse cambios en el estado de la consciencia.

Método diagnóstico

> Valoración inicial

- Hc → Antecedentes personales (estado basal de su EPOC, situación clínica, espirométricas, gasométricas), comorbilidades, exacerbaciones previas.
- Tx actual
- Forma de inicio, evolución de los signos y síntomas en el tiempo
- Exploración física → Toma de constantes (TA, Tcm, FC, FR), Auscultación pulmonar (valora asimetría ventilatoria pulmonar, ↓ del murmullo vesicular, sibilancias, rales, crepitantes).

> Exploraciones complementarias iniciales

- Pulsioximetría: útil para identificar la hipoxemia, Sat de O₂ debe ser >90%. lo que se relaciona con una PO₂ >60 mmHg
- ECG: valorar posibles arritmias, isquemia, hipertrofia, bloqueos, sobrecarga derecha
- A todos los enfermos se les debe solicitar una Rx de tórax PA y lateral, ECG, hemograma, bioquímica básica y gasometría arterial. Los criterios de descompensación son; ↓ de la PaO₂ >10-15 mmHg, ↓ del Pit <7.3 y ↑ de la PaCO₂ >5.10 mmHg.
- Tinción de Gram y cultivo de esputo: se hallan indicados en pacientes con agudizaciones frecuentes o graves y en los que representen fracaso terapéutico → también se recomienda si el Px ingresó en UCI o tiene necesidad de ventilación mecánica.
- Si tiene criterios de Sepsis → estudio de coagulación, hemocultivo, prot C reactiva y procalcitonina.

Tratamiento en urgencias

1) Oxigenoterapia controlada: iniciar tx con O₂ con FiO₂ al 24%. $c_{ir} \uparrow$ en caso necesario. La monitorización por controles gasométricos debe ser

Cada 30-60' después de Cada Cambio de F_{iO_2} → Mantener la P_{aO_2}
> 60 mmHg o Sat O_2 > 90%. ↑ de 2-3% de F_{iO_2} genera ↑ en la
 P_{aO_2} de 6-10 mmHg.

B) β -adrenérgicos de acción corta + anticolinérgicos:

1 → Nebulizar con mascarilla a un flujo de O_2 de 6 l/min / 4-6 h x 10 min:
de 2,5-5 mg Salbutamol + 1cc de bromuro de ipratropio + Suero fisiológico
hasta completar 3-5 cc.

2 → Si el px retiene CO_2 → ad salbutamol SC o IM amp 500 mcg / 1
- 2 inh / 4-6 h + bromuro de ipratropio 2-4 inh / 4-6 h.

C) Corticoides: vía sistémica → metilprednisolona 0.4-0.6 mg / Kg c/ 6 horas o
hidrocortisona 100-500 mg / 6-8 h → 3-4 días

D) Metilxantinas → En caso de mala respuesta asociar aminofilina endovenosa
dosis inicial: 2.5-5 mg / Kg a pasar en 30 min, seguida de una perfusión
continua c.o. 2-0.5 mg / Kg / h

E) Antibióticos: Solo si cumple con criterios de infección bacteriana

- E. leve - moderado sin comorbilidad → Amoxi-clavulánico 875 mg / 8 h o 2g / 12 h
5-7 días o cefditaxeno 400 mg / 12 h / 5-7 días.

- E. leve moderado con riesgo de pseudomona: Amoxi-clavulánico (875 mg / 8 h o
meropenem 400 mg / 24 h / 5-10 días) o levofloxacino 500 mg / 24 h

- E. grave con riesgo de pseudomona: levofloxacino 500 mg / 24 h / 5-10 días o
cefepime 750 mg / 12 h

> ventilación mecánica no invasiva, si tiene: Px con fracaso ventilatorio
moderado-grave con IR, con hipercapnia $PCO_2 > 45$, con acidosis respi-
ratoria (pH 7.25-7.35) que no mejora tras 2h de tx farmacológico

> ventilación mecánica invasiva, si tiene: fracaso al tx con UMI, Disnea grave,
IR > 35 RPM, hipoxemia ($P_{aO_2} < 40$ mmHg o $P_{aO_2} / F_{iO_2} < 200$ mmHg), aci-
dosis grave (pH < 7.25), hipercapnia ($PCO_2 > 60$ mmHg)

Tratamiento ambulatorio tras alta de urgencias

- Bromuro de ipratropio o el bromuro de tiotropio 1 cap inh / 24 h

- optimizar tratamiento broncodilatador x vía inhalatoria: ↑ dosis de bromuro
de ipratropio c/ 4-6 h y/o salbutamol (inhalador) c/ 4-6 h

- Antibióticos en dosis con aumento de expectoración y/o purulencia
- Considerar la administración de Glucocorticoides → metilprednisolona
Comprimidos 16 mg ↓ 1/2 Comp c/ 2-3 días
- Indicación de oxigenoterapia Crónica domiciliar : mínimo 15 h/día

1 EPOC en fase Clínica estable → $PaO_2 < 55$ mmHg

2 EPOC en fase Clínica estable y PaO_2 entre 55-59 mmHg y Hb/glo-
bina (H70 > 50) y/o HT pulmonar y/o cor pulmonale crónico, y/o
arritmia y/o IC.

Crisis Asmática

- > Definición: Este término, es considerado como las exacerbaciones asmáticas, que 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 del flujo espiratorio (PEF) o volumen espiratorio forzado en 1s (FEV₁), que requieren modificaciones en el tratamiento.
- Existe un empeoramiento progresivo de la disnea, tos, silbancias, opresión torácica y la ↓ del flujo aéreo espiratorio.

> Clasificación

- Desde el punto de vista etiológico, el asma se puede clasificar en extrínseca (asma ocupacional producido por agentes del entorno laboral e intrínseca. La forma intrínseca predomina en varones y en jóvenes, tiene prick tests cutáneos + e IGE total alta, antecedentes familiares y el asma intrínseca predomina en adultos y mujeres, los prick tests cutáneos e IGE total son -, suelen tener eosinofilia y no antecedentes familiares.
- Según su gravedad se clasifican en: asma intermitente, persistente leve, persistente moderado, persistente grave (según frecuencia de síntomas # de exacerbaciones, uso de medicación, etc)
- Por nivel de control: Controlada (sin ningún síntoma diurno, ninguna limitación de actividades, ningún síntoma nocturno despierta al px, no se necesita tx de alivio, PEF normal), Parcialmente controlada (síntomas diurnos > 2 veces / semana, alguna limitación de actividades, necesidad de medicamento de alivio, función PEF < 80%, exacerbaciones 1 o más al año), sin control.

> Sintomatología

- Crisis de instauración lenta: Son las más frecuentes, predominan en mujeres y se deben a infecciones respiratorias, mal cumplimiento terapéutico. Se caracteriza por procesos inflamatorios, grado de obstrucción al flujo aéreo menor y resistencia a tx lenta.

- Crisis de instauración rápida: Por exposición a alérgenos inhalados, fármacos (AIWEI, BB), alimentos o estrés emocional. Fisiopatológicamente predomina la broncoconstricción.
- El Curso Clínico puede variar dependiendo la gravedad de la Crisis, lo que se evalúa es la disnea, hinchazón, FR, FC, uso de la musculatura accesoria, sibilancias, nivel de conciencia, pulso paradójico, UEF, o PEF Sat de O₂, PaO₂ y PaCO₂.

Método diagnóstico

- 1) Descartar signos de riesgo vital inminente: ↓ del grado de conciencia, cianosis, bradicardia, hipotensión, imposibilidad de terminar las palabras por la disnea silencio auscultatorio.
- 2) Confirmar que se trata de una agudización asmática, por la ermitosis
 - 1.- Hacer dx diferencial con otras causas de asma o broncoespasmo
 - 2.- Duración de la crisis actual
 - 3.- Tx administrada al inicio de la crisis en situación estable
 - 4.- Posibles causas desencadenantes: exposición alérgica, ingesta AAS, B-B, Sedantes, estrés
 - 5.- Factores relacionados con > Riesgo de mortalidad → # de exacerbaciones en el último año, ingresos previos en UCI, tx con esteroides en el último año.
- 3) Exploración Física: Cianosis, FR, FC, Cianosis, sudoración, contractura de músculo ECMD, tiraje retroesternal, incapacidad para terminar frases o palabras, intensidad de sibilancias o torax silente.
- 4) Pruebas Complementarias
 2. Medición del flujo espiratorio máximo (PEF), con espirógrafo o con medidores portátiles: Leve (PEF > 70%), moderada (PEF del 50-70%), Grave (PEF < al 50%)
 - 2.- GAB indicado si Sat < 92% y agudización grave, hallazgo + frec: hipoxemia, alcalosis LSP
 3. Otras: Rx de tórax, hemograma, bioquímica

Tratamiento

- > Inicial: oxígeno p/ mantener una Sat O₂ >90%, inhalación de un B₂ agonista de acción rápida cara 20min / 1 hora, Glucocorticoides sistémicos si no hay respuesta inmediata o si el Pt tomó recientemente glucocorticoides orales o si el episodio es grave. Contraindicado la Sedación en el tx de la crisis. Se debe reevaluar en 2 hora.
- > En episodios moderados: PEF entre 60-80% del previsto, oxígeno, B₂ agonista inhalado y anticolinérgico inhalado c/ 60min, Glucocorticoides orales, Continuar tx x 1-3 h. Si tiene una buena mejoría tras evaluación de 1-2 horas; Considerar el regreso a casa, continuando con los B₂ agonista inhalado, Considerar Glucocorticoides orales. Ante una respuesta incompleta; admitir en urgencias, oxígeno, B₂ agonista inhalado +/- anticolinérgico, Glucocorticoides sistémico, magnesio iv.
- > Episodios Graves: Oxígeno, B₂ agonistas inhalados, anticolinérgico, Glucocorticoides sistémicos, magnesio intravenoso.
- a) Deposo en cama con cabeza elevada
- b) Oxigenoterapia con Sat <92%. con venturmask 24-50%.
- c) Suerooterapia
- d) Nebulización con O₂ a flujo de 6-8 l/min de B₂-adrenérgicos: Salbutamol de 0.5-1cc diluido en 3cc de SF. puede repetir c/ 30 min, si mejoría se asocia con 2cc de bicarbono de imatropio 500 mcg/ 4h.
- e) Corticoterapia: metil- prednisolona 60-120mg iv en bolo (122 mg/kg) con dosis de mantenimiento de 20-40mg iv c/ 6-8h o hidrocortisona amp de 100 y 500mg. Dosis de 2mg/kg peso iv en bolo y dosis de mantenimiento de 100-200 mg iv c/ 4-6 h.
- f) La adm de sulfato de magnesio en dosis única c/ 2-2g en 20ml es beneficioso en Crisis graves
- g) En tx de base con teofilina, se mantiene y si no, y existe remisión se adm aminofilina (1amp 10 me = 20mg) 4-5mg/kg de peso diluido en 100cc de glucosado al 5%. a pasa en 30 min
- h) Protección gástrica con omeprazol.

Neumonía

> Definición → Infección del parénquima pulmonar producida por microorganismos patógenos. Los criterios de fundamentales son la presencia de clínica respiratoria y radiológica (infiltrados pulmonares).

> Clasificación

- Según el ámbito de adquisición → Neumonía extrahospitalaria o adquirida y en la comunidad
- Neumonía intrahospitalaria o nosocomial: aparición de la clínica a partir de 48-72h del ingreso de un paciente previa exclusión de que la infección no estuviera presente o en periodo de incubación y hasta 10 días del alta hospitalaria.

- La neumonía adquirida en la comunidad, se clasifica en:

- Grupo A → px sanos sin datos de gravedad (tx ambulatorio)
- Grupo B → Cumple criterios de ingreso en planta
- Grupo C → Criterios de gravedad inmediata: Sepsis, IL, progresión radiológica ingreso en UCI.

> Sintomatología

a) Síndrome típico (S. Pneumoniae): (cumple 3 o más criterios)

- Fiebre brusca con escalofríos
- Dolor torácico de características pleuríticas
- Tos productiva, esputo purulento
- Crepitantes y/o signo tubárico
- Leucopenia, leucocitosis
- Consolidación lobar con broncograma aéreo

Ojo: la neumonía de lóbulos inferiores puede manifestarse con dolor abdominal simulando patología abdominal o urinaria.

b) Síndrome atípico (Mycoplasma pneumoniae, C. Legionella, Coxiella)

- Comienzo y recuperación posterior más gradual
- fiebre sin escalofríos
- Tos no productiva
- Síntomas extrapulmonares: cefalea, malestar faríngeo, mialgias, artralgias, fatiga, náuseas, vómitos y diarrea

- infiltrados múltiples, patrón intersticial

Ojo → en ancianos se puede presentar sin fiebre, ni escalofríos, ni disnea, es + frecuente la hipotermia, alteración del estado de conciencia.

> Diagnóstico

a) Historia Clínica completa, incluyendo exploración física; forma de instalación, Cuadro Clínico, factores de riesgo asociados, antecedentes epidemiológicos, tx Previo con antibióticos

b) analítica: evaluar la gravedad y posible ingreso: hemograma, bioquímica, Gasometría

c) Rx de tórax: obligado en todos los Px p/ establecer dx, localización, extensión y complicaciones

En caso de ingreso, solicitar

- Dos Hemo cultivos antes del inicio del tx
- Antígenos urinarios de neumococo y legionella
- Toracocentesis (derrame pleural > 10 mm en decubito lateral) y estudio: tinción de Gram, cultivo aerobio y anaerobio, contaje celular, citología, bioquímica, ADA, pH
- Esputo: Gram, Ziehl y cultivo de esputo.

Escala pronóstica y decisión de ingreso:

a) Escala de fine → descarta bajo riesgo de mortalidad

b) Escala de CURB 65 (confusión, urea > 6 mm/l, FR > 30 rpm, PA (PAD ≤ 60), edad > 65 años

c) Criterios de ingreso UCI

- Mayores → shock séptico, indicación de VM
- Menores → PAS < 90, afectación multilobar

> Tratamiento

a) Grupo I → moxa. floxacino 400 mg / 24h, Levo floxacino 500 mg / 24 x 7-10 días

Amoxicilina clavulánico 875/125 mg/8h o 2g/125 mg/12h, amoxicilina
1g/8h +/- azitromicina 500mg/24h o claritromicina 500mg/12h, 1g/
24h (Azitro 3-5 días, claritro 10 días)

- b) Grupo 2
- Clase fine III → moxifloxacino vo o levofloxacino vo 1ra dosis, resto vo (7-10 días), ceftriaxona 1-2 gr/24h vo o amoxicilina clavulánico 1-2g/200 mg/8h vo/vo + claritromicina o Azitro vo (10-14 días)
 - Clase fine IV → Ceftriaxona iv o cefotaxima iv 1-2gr/6-8h o amoxi-clavulánico iv + azitro vo/iv 500mg/24h o claritro vo/iv 500mg/12h (10-14 días)

- c) Grupo 3 → clase fine V → Ceftriaxona 2gr/24h o cefotaxima 2gr/6-8 horas o cefepime 2g/12h + claritromicina 500mg/12h o azitromicina 500mg/24h o levofloxacino 500mg/24h. (10-14 días)

Referencia bibliográficas

- > Bibiano, C. (2018). "Manual de urgencias". SANED; Madrid
- > Vázquez, L & Casal, C. "Guía de actuación en urgencias". Hospital Bierzo; México
- > Acero, D. et al. (2009) "Guía para manejo de urgencia". Ministerio de la protección Social; Colombia