



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

ASIGNATURA: URGENCIAS MEDICAS.

CATEDRATICO: Dr. Romeo Suarez Martinez.

Resumen.

EXACERBACIONES DE EPOC.

CRISIS ASMÁTICA.

NEUMONIA EXTRA-HOSPITALARIA.

Alumno:

HÉCTOR ALEJANDRO TRUJILLO CORDERO.

8° SEMESTRE GRUPO "A"

TURNO MATUTINO

COMITAN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS A 06 DE SEPTIEMBRE DEL 2020.

EXACERBACIONES DEL EPOC.

La definición no está bien establecida y no existen criterios universalmente aceptados, aunque generalmente suele describirse como el empeoramiento agudo de los síntomas respiratorios en un paciente con EPOC. La combinación de síntomas descrita por Anthonisen y cols. En 1987 (incremento de la disnea, Aumento de la producción y purulencia del esputo) ha sido habitualmente aceptada para la definición de exacerbación pero realmente solo representa una parte del global, la exacerbación de causa infecciosa.

Otra definición más adecuada propuesta por Rodríguez Roisin: "Empeoramiento mantenida de la situación de un paciente con EPOC, desde un estado basal, por encima de las fluctuaciones diarias, que es agudo en su comienzo y que necesita modificar su tratamiento habitual."

Los pacientes que sufren un número elevado de agudizaciones en un periodo de tiempo siguen con esa tendencia en el futuro, de manera que el número de agudizaciones es uno de los mejores predictores del riesgo de sufrir agudizaciones en el futuro.

La infección supone la causa más frecuente de las agudizaciones (entre el 50-70% de las agudizaciones podrían atribuirse a infecciones respiratorias).

Los patógenos bacterianos se han observado que están presentes entre el 25-80% de las exacerbaciones. El *Haemophilus influenzae* es la bacteria aislada con mayor frecuencia en todas las series, seguido del *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* y *Pseudomonas aeruginosa*.

Las infecciones virales particularmente los Rhinovirus, Influenzae, Parainfluenzae, coronavirus, Adenovirus, y Virus Respiratorio Sincitial provocan el 30% de los episodios de agudización.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y EXPLORACIÓN.

Los síntomas más comúnmente referidos por los pacientes con EPOC exacerbada son: Incremento de la disnea, Aumento del volumen o purulencia, del esputo, Aumento de la tos, Síntomas referidos a vías aéreas superiores (odinofagia), opresión torácica o escasa tolerancia al ejercicio.

Se puede añadir la presencia de fiebre, taquicardia, taquipnea, cianosis y síntomas derivados de insuficiencia respiratoria.

En ocasiones aparece sintomatología cardiovascular (taquicardia, hipotensión o hipertensión, arritmias y signos de insuficiencia cardíaca derecha) o síntomas neurológicos (cefalea, irritabilidad, depresión, cambios en el ritmo del sueño, obnubilación y encefalopatía).

En la exploración física:

Los datos son uso de la musculatura accesoria de la respiración, movimientos paradójicos de la caja torácica aparición o empeoramiento de la cianosis, edema periférico, alteraciones auscultatorias (sibilancias, roncos, crepitantes), signos de insuficiencia cardíaca derecha o en casos graves inestabilidad hemodinámica y disminución del estado de alerta.

DIAGNOSTICO.

Es eminentemente clínico, y se orientan las pruebas diagnósticas a establecer la severidad de la exacerbación o a descartar procesos que pueden simular la exacerbación y que requieran un tratamiento específico.

Los estudios a realizar son: Gaseometría arterial, Rx torax, ECG y otras técnicas de imagen, estudios microbiológicos.

VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD.

La severidad de la exacerbación va a marcar su tratamiento.

Los datos de severidad de la exacerbación de EPOC se relacionan con varios factores.

- 1) = La severidad de la enfermedad en estado basal.
- 2) = La presencia o no de comorbilidad asociada.
- 3) = El número de exacerbaciones previas en el año anterior.
- 4) = La existencia de una alteración funcional importante.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

La comorbilidad puede ser un factor de confusión, ya que puede causar síntomas respiratorios indistinguibles de una exacerbación: Neumonía, insuficiencia cardíaca, TEP y arritmias.

Otras serían: Cáncer de pulmón, obstrucción de la vía aérea superior, derrame pleural o broncoaspiración.

TRATAMIENTO.

Requiere una evaluación rápida del paciente, ya que se debe abordar la causa y mejorar la obstrucción bronquial incrementada. Se debe decidir si el tratamiento será extra-hospitalario o si el paciente necesita ingreso.

A nivel extrahospitalario el objetivo del manejo es tratar la infección si esta presente, movilizar las excreciones bronquiales excesivas, mejorar el grado de obstrucción, la fuerza muscular respiratoria y facilitar la tos.

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO			ANTIBIOTICO RECOMENDADO.	
GRUPO	DEFINICIÓN	MICROORGANISMOS	Tx. Oral.	Tx. I.V.
I	EPDC leve < 65 años Nocomorbilidad.	H. influenzae S. Neumoniae, M. Catarralis.	Amox + clavulano Telitromicina, Levofloxacino.	
IIa	EPDC moderado o Grave, No Riesgo Ps. Ae.	igual I + enterobacterias.	Azitromicina, Levofloxacino. Moxifloxacino telitromicina, Amox. + clavulan.	Levofloxacino Cefalosporinas 3 ^o y 4 ^o generación Amox + Clavulan.
IIb	EPDC moderado o grave, Riesgo Ps. Ae. (Pseudomona Aeruginosa).	igual IIa + Ps. aeruginosa.	Ciprofloxacino. Levofloxacino.	Betalactamico Parenteral con actividad antipseudomona.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.

- Oxigenoterapia: Para mantener una adecuada oxigenación mientras el resto del tratamiento controla los síntomas.
- Ventilación Mecánica: Se debe considerar si a pesar de un buen tratamiento y oxigenoterapia se presenta acidosis moderada-severa, con hipercapnia y una FR > 24 x'. (VMI) o (VMNI).
- Fisioterapia Respiratoria: Se ha usado para facilitar la eliminación de secreciones.

CRISIS ASMÁTICA.

El asma definido es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que participan diversas células y mediadores químicos; se acompañan de una mayor reactividad bronquial (hiperreactividad de las vías aéreas), que provocan en forma recurrente tos, sibilancias, disnea, y aumento del trabajo respiratorio principalmente en la noche o en la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente a una obstrucción extensa y variable del flujo aéreo.

CLASIFICACIÓN.

La clasificación inicial del paciente dictara el tratamiento inicial, se toma en cuenta los siguientes parámetros:

- Nivel de control de síntomas (buen control; control parcial; fuera de control).
- Riesgo futuro: dependel del FEV₁ y otros factores que incrementan el riesgo de exacerbaciones, obstrucción irreversible o efectos adversos por medicamentos.
- Nivel de gravedad (intermitente vs persistente).
- Fenotipos de asma: entre otros el más importante: alérgica-No alérgica.

Preguntas de control de síntomas del asma.

- Durante las últimas 4 semanas ha tenido:

- Síntomas de día 2 o más veces por semana?
- Despertares Nocturnos por asma?
- Uso de rescate* por síntomas 2 o más veces por semana?
- Limitación de Actividades por asma?

→ Bien controlado: Ninguno de estos.

→ Parcial: 1-2 de estos.

→ No controlado: 3-4 de estos.

El programa nacional de educación y prevención del asma, ha clasificado el asma del siguiente modo:

- Intermittente.
- Persistente leve.
- Persistente moderada.
- Persistente Grave.

Diagnostico.

Los sintomas de asma como: disnea, sibilancias y tos, son variables y principalmente nocturnos o por exposicion a agentes desencadenantes. En pacientes sintomaticos hay signos de obstruccion bronquial, en el asma controlada la exploracion fisica respiratoria habitualmente es normal. Una espirometria obstructiva con test broncodilatador positivo es util en el diagnostico del asma.

La espirometria tiene una baja sensibilidad y alta especificidad en el diagnostico del asma.

Puede usarse una prueba con corticoides tras la espirometria obstructiva con prueba broncodilatadora negativa para demostrar reversibilidad de la obstruccion bronquial.

Realizacion de una espirometria con test broncodilatador ayuda a confirmar el diagnostico. La normalidad de la espirometria en un paciente con sospecha clinica no excluye el diagnostico y obliga a proseguir el estudio del paciente.

Tratamiento Farmacologico.

El principal objetivo es controlar el asma. Los medicamentos se clasifican en controladores y de rescate.

Se prefiere la terapia inhalada debido a que asi se deposita mayor concentracion directamente en las vias respiratorias y con menor riesgo de efectos adversos.

El tratamiento se debe enfocar en controlar las caracteristicas clinicas del asma.

Para evaluar el control.

- El tratamiento de rescate de primera eleccion es con β -agonistas de accion rapida inhalados.
- Se recomienda dosis bajas de esteroides inhalados como controlador de primer eleccion.
- La primera eleccion de combinacion son los esteroides inhalados con un BALD, separados o juntos en un mismo inhalador.
- Se debe considerar que la adiccion a glucocorticoides orales a otros controladores esta asociada a efectos colaterales graves.

NEUMONIA EXTRA-HOSPITALARIA.

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección aguda del parénquima pulmonar que afecta al paciente no hospitalizado y que se caracteriza por la aparición de fiebre y los síntomas respiratorios, junto con la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax.

La Organización mundial de la salud la ha definido como una infección de los pulmones provocada por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario y que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares. La NAC es aquella patología que adquiere la población general y se desarrolla en una persona no hospitalizada.

Clasificación.

Se clasifica clásicamente en 3 grandes síndromes: NAC típica o bacteriana, Atípica (producida por virus o bacterias atípicas) y la No clasificable (casos que no cumplen criterios que permitan incluirlos en ninguno de los 2 primeros grupos).

En muchas ocasiones es difícil diferenciar claramente los tipos de NAC, por lo que se han establecido algoritmos diagnósticos basados en la suma de criterios clínicos, analíticos y radiológicos que faciliten la orientación diagnóstica.

Síntomas.

Algunos estudios sugieren que la NAC puede ser descartada con seguridad en la ausencia de signos vitales anormales.

Se ha determinado que la presencia de fiebre de más de 37.8°C , $\text{FR} > 25\text{x}$, producción de esputo continuo durante todo el día, mialgias y sudoración nocturna en ausencia de inflamación e irritación orofaríngea y rinitis, son los únicos patrones clínicos que predicen NAC cuando fueron incluidos en una prueba diagnóstica que tuvo 91% de sensibilidad y 40% de especificidad. La duda diagnóstica ante un cuadro clínico poco específico o manifestaciones moderadas de NAC requieren efectuar estudios auxiliares diagnósticos.

Medio Diagnóstico.

La clínica y los reactantes de fase aguda son muy inespecíficos a la hora de diferenciar las distintas etiologías. La leucocitosis, la elevación de reactantes de fase aguda son datos que no siempre indican una etiología bacteriana ya que pueden observarse en infecciones respiratorias víricas. Tan solo la presencia de desviación izquierda es un indicador fiable de etiología bacteriana, y un predominio linfocitario lo es de etiología viral. La determinación de procalcitonina ofrece mayor especificidad que la proteína C reactiva para el diagnóstico diferencial entre NAC bacteriana o viral aunque es una prueba que está disponible en muy pocos centros.

Tratamiento.

Los estudios han demostrado que el reposo, tomar abundantes líquidos y evitar el tabaco son medidas que mejoran la condición del paciente con NAC. La fisioterapia no ha mostrado ningún beneficio en los pacientes con NAC. La Pulso-Oximetría es un método efectivo para evaluar la saturación de O_2 . Una saturación de O_2 por debajo del 94% en un paciente con NAC es un factor pronóstico y una indicación de oxigenoterapia.

El dolor pleurítico debe ser tratado con analgésicos como paracetamol o AINES.

El paciente ambulatorio deberá revisarse a las 24 hrs. de iniciado el tratamiento, para evaluar la severidad de esta y decidir si continúa con manejo ambulatorio.

Al ingreso al hospital se deberá realizar telerradiografía de tórax, iniciar oxígeno nasal tratando de mantener una presión de oxígeno por arriba de 8 kPa y una SpO_2 de 94 a 98%. También se deberá evaluar la reposición de líquidos intravenosos.

Realizar profilaxis intravenosa con heparina de bajo peso molecular para aquellos pacientes con problemas de movilización.

Se debe considerar medición de gases arteriales en pacientes con falla respiratoria, el aporte nutricional, movilización temprana del paciente si sus condiciones lo permiten, Limpieza bronquial oportuna mediante mucolíticos o aspiración.