

UNIVERSIDAD DEL
SURESTE.

ESCUELA DE MEDICINA

RESUMENES

URGENCIAS MÉDICAS

DR. SUAREZ MARTINEZ
ROMEO

KAREN ALEJANDRA
MORALES MORENO.

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Es una infección del parénquima pulmonar producida por microorganismos patógenos. Los criterios diagnósticos fundamentales son la presencia de clínica respiratoria y radiológica.

→ Clasificación:

La NAC se clasifican en 3 grupos según el lugar de atención del paciente:

- Grupo 1: tratamiento ambulatorio. Pacientes sanos sin datos de gravedad.
- Grupo 2: Cumple criterios de ingreso en planta.
- Grupo 3: Criterios de gravedad inmediata: Sepsis, insuficiencia respiratoria, progresión radiológica. Ingreso en UCI

→ Manifestaciones Clínicas:

- Síndrome típico: Cumple 3 o más criterios.

1. Fiebre brocha con escalofríos.
2. Dolor torácico de características pleuríticas.
3. Tos productiva. Espudo purulento.
4. Crepitantes y/o ralo tubárico.
5. Leucopenia, leucocitosis.
6. Consolidación lobar con broncograma aéreo.

- Síndrome atípico:

1. Comienzo y recuperación posterior más gradual.
2. Fiebre sin escalofríos.
3. Tos no productiva.
4. Síntomas extrapulmonares: Cefalea, malestar faríngeo, mialgias, artralgias, fatiga, náuseas, vómitos y diarrea.
5. Infiltrados múltiples.

→ Diagnóstico:

- Historia clínica completa, incluyendo exploración física.
 1. Forma de instalación y cuadro clínico.
 2. Factores de riesgo asociados
 3. Antecedentes epidemiológicos
 4. Tratamiento previo con antibióticos.
- Analítica: evalúa gravedad y posible ingreso
 1. Hemograma.
 2. Bioquímica (glucosa, urea, creatinina, iones).
 3. Gasometría arterial.
- Radiología de tórax: obligada en todos los pacientes para establecer diagnóstico, localización, extensión y complicaciones.

→ Tratamiento.

▷ Pacientes ambulatorios

- Clase Fine I-II → Dioxifloxacino 200mg/24h, > 7-10 días.
(va oral).
Levofloxacino 500mg/24h
Amoxicilina clavulánico 875/125mg/8h o
2g/125mg/12h.
Amoxicilina 1g/8h +/- Azitromicina 500mg
24h o claritromicina 500mg/12h, 1g/24h.

▷ Hospitalización:

1. Clase Fine III → Moxifloxacino VO o levofloxacino IV (1ª dosis)
keston vía oral (7-10 días).
• Ceftriaxona 1-2gr/24h IV o Amoxicilina
clavulánico 1-2g/200mg/8h IV/VO +
claritromicina o Azitromicina VO (10-
14 días). } observación

2. Clase Fine IV → Ceftriaxona IV o cefotaxima IV 1-2gr/6-8h.
o Amoxicilina-Clavulánico IV (10-14 días)
+
Azitromicina VO/IV 500mg/24h o claritromicina VO/IV 500mg/12h. (10-14 días).

Intravenosa → levofloxacino IV 500mg/24h.

▷ Hospitalización en UVI

1. Clase fine V → Ceftriaxona 2gr/24h o cefotaxima 2g/6-8h
o cefepime 2g/12h.
+
Clavitrónica 500mg/12h o Azitromicina
500mg/24h o levofloxacino 500/24h
(10-14 días).

EXACERBACIÓN AGUDA DE EPOC

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 aumento de la tos, expectoración, sibilancias, disnea, opresión torácica, fatigabilidad, etc. La exacerbación grave asocia insuficiencia respiratoria, acompañada a veces de hipercapnia.

→ Clasificación de la gravedad de la EPOC según GOLD.

- EPOC leve: FEV₁ superior al 80% del valor de referencia.
- EPOC moderada: FEV₁ entre el 50 y 80%.
- EPOC Grave: FEV₁ entre el 30 y 50%.
- EPOC muy grave: FEV₁ inferior al 30%.

→ Manifestaciones clínicas.

El aumento de la disnea es el síntoma fundamental de una agudización. Otros síntomas son el aumento de la tos y del volumen de la expectoración o cambios en la coloración de esta. La expectoración puede pasar a ser purulenta y en algunas ocasiones incluso mostrar rastros de sangre. En los casos de infección puede haber fiebre. Otros signos frecuentes son: taquipnea, cianosis si existe hipoxemia marcada, roncos y sibilantes en auscultación. Si existe un aumento del trabajo respiratorio, con riesgo de fallo, se observará el uso de musculatura ventilatoria accesorio e incluso incoordinación toracoabdominal o entre las partes superior e inferior del tórax. En caso de fallo ventricular derecho e hipoperfusión o hipoxia renal, podrán evidenciarse edemas en zonas de declive. En casos muy graves, con alteración marcada de los gases sanguíneos y del equilibrio ácido-base, pueden observarse cambios en el estado de conciencia.

→ Valoración inicial:

Primero valorar la situación del paciente e iniciar las medidas de estabilización si lo requiere. Si el enfermo se encuentra comprometido clínicamente se debe canalizar una vía, extraer muestra para gasometría arterial basal o con oxígeno si es portador de oxígeno-terapia.

1. Valoración inicial: edad, situación basal física, social y cognitiva, calidad de vida, gravedad de la EPOC, oxigenoterapia, historia de tabaquismo, episodios de AEPIC en el último año.

2. En la exploración física: TA, FC, FR, saturación de oxígeno, nivel de consciencia, cianosis, hidratación, nutrición, perfusión, diáfragma, vesiga abdominal, auscultación cardiopulmonar (taquicardia, arritmias, soplos), ritmo de galope en caso de insuficiencia cardíaca izquierda, sibilancias raras, crepitantes, y signos de trombosis profunda.

3. Exploraciones complementarias iniciales.

- Pulsioximetría → es una aproximación frecuente a la saturación de oxígeno y a la frecuencia cardíaca, aunque puede verse afectada por la coloración de la base de la piel y mucosas.
- Análisis sanguíneo convencional → incluye hemograma completo y parámetros bioquímicos básicos: glucemia, urea, creatinina y electrolitos.
- Biomarcadores sanguíneos → La determinación del dímero-D, Procalcitonina, troponina puede ayudar al diagnóstico diferencial.
- Radiografía de tórax → Ayuda a descartar otras patologías, como la neumonía, neumotórax.
- Electrocardiograma → Permite descartar arritmias o cardiopatía isquémica, entre otros.
- Tinción de Gram y cultivo de esputo → se valen indicados en pacientes con agudizaciones frecuentes o graves y en los que presenten fracaso terapéutico, ya que permite identificar si se hallan implicados patógenos resistentes.

→ Tratamiento de APOC

1. - Medidas generales → mantener al paciente sentado, permeabilización de la vía aérea y aspiración de secreciones, monitorización con pulsioximetría, analizar una vía venosa periférica y oxigenoterapia.
 - Oxigenoterapia: con mascarilla tipo Venturi con FIO_2 0,24-0,28 o si no la tolera con gafas nasales a 1-3 lpm para mantener una $sat O_2 > 90\%$ o $PaO_2 > 60$ mmHg
2. - Broncodilatadores: estos fármacos se pueden administrar mediante nebulización con flujos de 6-8 litros/minuto o con inhalador en cartucho presurizado de dosis controlada con cámara espaciadora. Comenzar con β_2 agonista de acción rápida (salbutamol 1ml:0,5mg) asociado a un anticolinérgico (bromuro de ipratropio 250-500µg) en 3-5 cc de suero fisiológico. Se puede repetir a los 20-30 min según respuesta y posteriormente cada 6-8 hrs. En los agudizaciones de pacientes con EPOC grave que no responden al tratamiento broncodilatador inicial se puede asociar aminofilina intravenosa con una dosis inicial de 7,5-5,0 mg/kg, administrada en 30 min seguida de una perfusión continua a 0,2-0,3 mg/kg/h.
3. Corticoides: En caso de broncoespasmo o APOC grave muy grave administrar hidrocortisona 100-300 mg o 1-2 mg/kg de metil-prednisolona i.v. Se puede repetir a los 20-30 minutos según respuesta y después dosis de 0,4-0,6 mg/kg de metilprednisolona / 6-8 horas i.v.
4. Otro tratamiento: orientados a problemas asociados, monitorización balance de fluidos y nutrición, profilaxis de TVP con HBPM.
5. Soporte ventilatorio: el primer paso consiste en buscar los signos que indiquen extrema gravedad o riesgo vital y que obligarán a contactar con la unidad de cuidados intensivos para valorar la necesidad de intubación y ventilación mecánica. Criterios:
 - Criterios selección:
 - Disnea (moderada-grave intensidad) con utilización de músculos accesorios.
 - Acidosis moderada-grave.
 - FR > 25 respiraciones por minuto.
 - Criterios de exclusión:
 - Parada respiratoria.
 - Inestabilidad cardiovascular o hemodinámica.
 - Somnolencia, alteración del estado de conciencia.
 - Alto riesgo de aspiración
 - Cirugía facial
 - Traumatismo craneofacial.

CRISIS ASMÁTICA

Se define 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 poco o ningún flujo espiratorio o volumen espiratorio forzado en los que requiere modificaciones en el tratamiento. Puede ocurrir en pacientes con asma ya conocida o ser la primera presentación de la enfermedad.

→ Clasificación:

Se estratifican en leve, moderada, grave y parada respiratoria inminente en función de su gravedad. Para establecer esta clasificación se considera el grado de disnea, frecuencia respiratoria y cardíaca, el uso de musculatura accesoria, la presencia de sibilancias, el nivel de consciencia y datos de función pulmonar y del intercambio de gases, presión parcial de oxígeno y presión parcial de dióxido de carbono.

* **Leve:** Disnea (Andando), habla (frases), consciencia (Agitado/Inquieto), Frecuencia respiratoria (Aumentada), FC (< 100), uso musculatura accesoria (Ausente), sibilancias (moderadas), FEV₁ o PEF ($\geq 70\%$), SaO₂ ($> 95\%$), PaO₂ (normal), PaCO₂ (normal).

* **Moderada:** Disnea (reposo), habla (Frases-palabras), consciencia (agitado/inquieto), FR (> 20), FC (100-120), uso de musculatura (ocasionalmente), sibilancias (intensas en toda la espiración), FEV₁ o PEF (40-69%), SaO₂ (90-95%), PaO₂ (60-80 mmHg), PaCO₂ (≤ 40 mmHg).

* **Grave:** Disnea (reposo), habla (palabras), consciencia (Agitado/inquieto), FR (> 30), FC (> 120), uso de musculatura (habitual), sibilancias (espiración e inspiración), FEV₁ ($< 40\%$), SaO₂ ($< 90\%$), PaO₂ (< 60 mmHg), PaCO₂ (> 40 mmHg).

* **Parada cardiorespiratoria inminente:** Disnea (muy intensa), habla (incapaz), consciencia (somnoliento-confuso), FR (Bradicardia), sibilancias (silencio auscultatorio), FEV₁ (no medible), SaO₂ ($< 90\%$), PaO₂ (< 60 mmHg), PaCO₂ (> 40 mmHg).

→ Manifestaciones clínicas:

1. Crisis de instauración lenta: Son las más frecuentes, predominando en mujeres, los causas principales son las infecciones respiratorias o el mal cumplimiento terapéutico.
2. Crisis de instauración rápida: se producen habitualmente por la exposición a alérgenos inhalados, fármacos, alimentos o estrés emocional.

→ Diagnóstico:

* Historia clínica: el primer paso confirmar que se trata de una crisis de asma y no de otra patología. Se centrará en los antecedentes personales del paciente, ya que es frecuente que se conozca el diagnóstico previo del asma. Duración de la crisis, determinar la secuencia temporal de la agudización, identificar la posible causa de la misma, reevaluar la posibilidad de otra patología, identificar factores asociados con el AEV y conocer los tratamientos previos realizados y la respuesta a estos.

* Pruebas complementarias: Los primeros exploraciones complementarias serán la púlsioximetría y la determinación del grado de obstrucción al flujo aéreo mediante medida de PEF o espirimetría (FEV₁). La determinación de un FEV₁ o un PEF superior al 40% del valor de referencia y un incremento del PEF de 50 l/min a los 30 min de iniciar el tratamiento son indicadores de buena respuesta. Si la $\text{SatO}_2 < 92\%$ con FEV₁ o PEF $< 50\%$ del valor de referencia o presentan deterioro clínico tras el inicio del tratamiento, deberá realizarse una gasometría arterial, ya que existe el riesgo de hipercapnia que no pueda determinarse por púlsioximetría.

* Evaluación de la agudización: Inicial o estática: debe identificar a los pacientes de riesgo vital y los signos y síntomas de mal pronóstico y medir de forma objetiva la obstrucción al flujo aéreo y la repercusión sobre el intercambio gaseoso. También debe considerarse otros pruebas diagnósticas, ya que las síndromas no son exclusivas del asma.

Tratamiento:

- Reposo en cama con cabecera elevada.
- Oxigenoterapia: siempre que la $\text{SaO}_2 < 92\%$ o el PET inicial $< 70\%$ del valor teórico, con Ventimask a concentraciones 24-30% para mantener el sat de $\text{O}_2 > 90\%$.
- Sueroterapia de prevención o tratamiento de la deshidratación.
- Nebulización con O_2 a flujo de 6-8 l/min de B_2 -adrenérgicos Salbutamol de 0.5 a 1cc diluido en 3 cc de SF de SF, se puede repetir cada 30 min. A medida que el cuadro remita, los intervalos serán de 4 horas. Si no hay mejora, se asocia a las nebulizaciones anteriores 2cc de bromuro de ipratropio 500mcg/4hr. La vía parenteral solo indica si disminuye el nivel de conciencia o fatiga muscular.
- Corticoterapia: metil-prednisolona de 60-120mg IV en bolo con dosis de mantenimiento de 20-40mg IV cada 6-8 horas o bren hidrocoftrola amp de 100 y 500mg. Dosis de 2mg/kg de peso intravenoso en bolo y dosis de mantenimiento de 100-200mg IV cada 4-6 horas.
- La administración del sulfato de magnesio en dosis única ha mostrado un efecto beneficioso en las crisis más graves.
- Cuando existe un tratamiento de base con teofelina se mantendrá. Cuando no sea así y la crisis no remita, se administrará el mismo fármaco 4-5mg/kg de peso divididos en 100cc de glucosado al 5% a pasar en 30 minutos como dosis de carga, si no lo tomaba previamente, luego en perfusión continua 0.4mg/kg/hora como dosis de mantenimiento.
- Protección gástrica con omeprazol.
- Si hay signos que sugieran infección bacteriana: añadir tratamiento antibiótico.