



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

“MAPAS”

Brian Martin Morales López

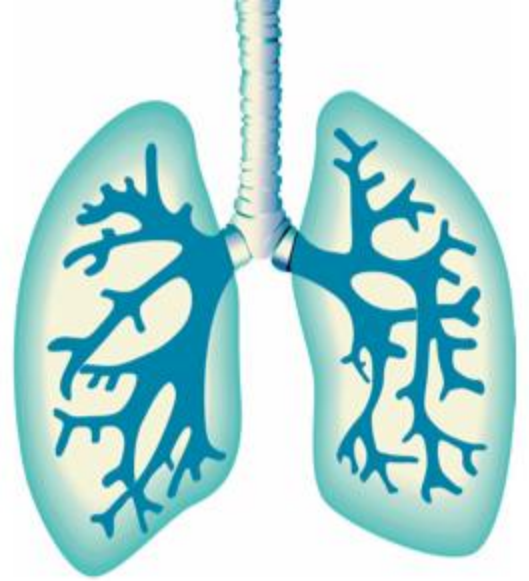
URGENCIAS MÉDICAS

Semestre: 8°

Grupo: “B”

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez; Chiapas, a 18 de Marzo del 2021.



URGENCIAS RESPIRATORIAS:

- EXACERBACION DEL EPOC.
- CRISIS ASMÁTICA.
- NEUMONIAS.
- TROMBOEMBOLIA PULMONAR.
- TRAUMA TORACICO (HEMOTORAX, NEUMOTORAX, TORAX INESTABLE).

EXACERBACION DEL EPOC

Bronquitis crónica.

Enfisema.

Presentaciones:

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

Tratamiento:

Cuadro clínico:

- **Disnea** al ejercicio.
- Tos crónica.
- Producción regular de esputo.
- Bronquitis frecuente en invierno.
- Sibilancias.

Diagnostico:

- Se podrá considerar el diagnostico en sujetos de más de 35 años con tos crónica y con factores de riesgo para EPOC (tabaquismo) y de acuerdo al cuadro clínico que presente el paciente.
- El diagnostico de insuficiencia respiratoria se establece con Gasometría de Sangre Arterial.

Pruebas diagnósticas:

- Espirómetros.
- Rx. de tórax → Identifica comorbilidades o se excluyen otras patologías.
- Tomografía computalizada.
- Ecocardiografía → Útil para el diagnóstico de Hipertensión Arterial Pulmonar.

- Broncodilatadores inhalados → Reduce los síntomas y mejora la tolerancia al ejercicio.
- Px. sintomáticos aun con beta agonista de acción corta agregar anticolinérgico de acción corta o un broncodilatador de acción prolongada.
- Tiotropium → Favorece la reducción de las exacerbaciones graves del EPOC.
- Metilxantinas → Ejerce su actividad broncodilatadora a dosis elevadas.
- Glucocorticoides inhalados → Indicados en EPOC grave o con más de 2 recaídas al año.
- Vacunación contra influenza y neumococo.
- Inmunomoduladores → Disminuye la gravedad y frecuencia de las exacerbaciones.
- Los glucocorticoides son benéficos en el manejo de las exacerbaciones, se recomienda una dosis de prednisolona de 30-40 mg diarios por 7-10 días.
- El tratamiento con ATB en caso de infecciones debe ser dado por 3 a 10 días.

Tx. no farmacológico:

- Oxígeno suplementario → Aumenta la supervivencia, mejora la tolerancia al ejercicio, el sueño y la capacidad intelectual, en enfermos con EPOC estadio IV.
- Ventilación mecánica → Indicada cuando a pesar del tratamiento farmacológico y de oxigenoterapia el paciente sigue presentando un pH <7.35.
- Dejar de fumar (si aplica).

CRISIS ASMÁTICA

Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en las que participan diversas áreas y mediadores químicos.

Cuadro clínico:

Diagnostico:

- Tos.
- Sibilancias.
- Disnea.
- Cianosis.
- Aumento del trabajo respiratorio, principalmente en la noche o en la madrugada.
- Sensación de opresión torácica.

Una prueba terapéutica con broncodilatadores o con corticoesteroides sugiere el diagnostico de asma.

Los antecedentes familiares de asma o antecedentes personales atópicos sugiere el diagnostico de asma.

Pruebas diagnósticas:

- Espirometria con test broncodilatador.
- Estudio de variabilidad de flujo espiratorio medio (FEM).

Se asocian generalmente a una obstrucción extensa y variable del flujo aéreo que a menudo es reversible de forma espontánea, o como respuesta al tratamiento.

Tratamiento:

Se clasifica en controladores y de rescate.

El asma leve intermitente puede ser adecuadamente controlada solo con beta-adrenérgicos de acción corta a demanda.

- Salbutamol → Elección como medicación de rescate.
- Esteroides → Medicamentos controladores más eficaces.
- Bromuro de ipatropio → Ayuda a mejorar la broncodilatacion con un beta-adrenérgico.
- Teofilina → Mejora el efecto de esteroides inhalados.

Factores de riesgo:

- Exposición a alérgenos.
- Irritantes ocupacionales.
- Infecciones respiratorias.
- Ejercicio.

NEUMONÍAS

NAC → 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.

Es aquella patología que adquiere la población en general y se desarrolla en una persona no hospitalizada o en los pacientes hospitalizados que presentan esta infección aguda en las 24-48 horas siguientes a su internación.

Cuadro clínico:

- Fiebre de más de 37.8 °C.
- Frecuencia respiratoria >25 lpm.
- Esputo continuo durante todo el día.
- Mialgia.
- Diaforesis nocturna en ausencia de inflamación e irritación orofaríngea y rinorrea.

Diagnóstico:

La realización de exámenes microbiológicos se basa en factores clínicos, epidemiológicos y tratamiento antimicrobiano previo.

Escala de CURB 65 → Para determinar si requiere o no hospitalización.

Pruebas diagnósticas:

- Hemocultivo → Recomendado para pacientes con moderada a alta severidad de NAC.
- Prueba de detección del antígeno neumococcico en orina.
- Rx. de tórax → Consolidación lobar, consolidación multilobar o bronconeumonía e infiltrado intersticial.

Tratamiento

Farmacológico:

- Oxigenoterapia.
- ATB de elección para *S. Pneumoniae* → Amoxicilina 500 mg 3 veces al día, vía oral por 7-10 días.

En caso de intolerancia a las penicilinas → Doxiciclina 200 mg iniciales y luego 100 mg c/12 horas vía oral o claritromicina 500 mg vía oral c/12 horas por 7-10 días.

Regímenes recomendados para el tratamiento en el hospital de severidad baja a moderada:

- Una quinolona respiratoria (levofloxacino de 750 mg, moxifloxacino de 400 mg).
- Un beta-lactámico (ceftriaxona, cefotaxima) más un macrolido (claritromicina, eritromicina).

No farmacológico:

Reposo, tomar abundantes líquidos y evitar el tabaco son medidas que mejoran la condición del paciente con NAC.

Considerar:

- Medición de gases arteriales en pacientes con falla pulmonar.
- Radiografía de tórax al inicio y al 3er día de diagnóstico.

TROMBOEMBOLIA PULMONAR

Es una entidad patológica de importancia en la medicina clínica. Consiste en la obstrucción del flujo sanguíneo arterial pulmonar por embolismo de un coagulo desde sitios distantes de la vasculatura.

Es la obstrucción del tronco de la arteria pulmonar o algunas de sus ramas, por un trombo desprendido de su sitio de formación y proveniente del sistema venoso.

Cuadro clínico:

Disnea aislada:

- Tos.
- Cianosis.

Dolor torácico:

- Taquipnea.
- Estertores.

Hemoptisis:

- Sincope.
- Derrame pleural.

Diagnostico:

- BH.
- Gasometría arterial.
- Rx. de tórax.
- Angiografía.
- Dímero D.
- Electro → Para descartar IAM con elevación ST, bloqueo de rama derecha, ondas T invertidas.

Tratamiento:

Anticoagulación:

- Enoxaparina 1 mg/kg c/12 horas o 1.5 mg/kg c/24 horas.

Probabilidad: <2 baja, 2-6 intermedia, ≥7 alta, ≤4 improbable, >4 probable.

Factores de riesgo:

- Edad >40 años.
- Uso de hormonas.
- Cáncer.
- Traumas de miembros inferiores.
- Obesidad mórbida.
- Catéter venoso central.
- Sedentarismo.

Clasificación clínica (criterios de Wells):

FACTOR	PUNTOS
Signos de trombosis venosa profunda	3
Es menos probable un diagnostico alternativo que el TEP	3
Frecuencia cardiaca >100/x'	1.5
Inmovilización o intervención quirúrgica durante las cuatro semanas previas	1.5
TVP o TEP previas	1.0
Hemoptisis	1.0
Cáncer	1.0

TRAUMA TORACICO

Neumotórax

Instalación de aire en el pulmón.

Tienden a colapsarse.

Clasificación:

Clínica:

Espontáneo:

- Primario.
- Secundario (EPOC).

Adquirido:

- Iatrogénico: Procedimientos invasivos. Barotrauma.
- Traumático: Abierto. Cerrado.

Diagnóstico:

- Rx. de tórax.

Tratamiento:

2 objetivos:

- Re expansión pulmonar.
- Prevención de las recurrencias.

Aspiración simple.

Pleurostomia.

Hemotorax

Presencia de sangre en cavidad pleural.

Manifestaciones clínicas:

- Ingurgitación yugular.
- Murmullo pulmonar ausente.
- Disnea → Mayor frecuencia en trauma cerrado.

Neu. a tensión (s/s):

- Dolor torácico.
- Disnea.
- Taquicardia.
- Hipotensión.
- Ausencia de ruido respiratorio.
- Ingurgitación yugular.
- Cianosis.

Tratamiento:

Reposición de volumen con cristaloides, coloides y sangre.

- Descompresión del hemitorax lesionado, drenaje.

Torax inestable

Fracturas del mismo lado que tenga una secuencia de 2 o más costillas.

Manifestaciones clínicas:

- Taquipnea.
- Dolor.
- Compresión hemodinámica.
- Cianosis (signos tardíos).

Tratamiento:

- Analgesia oral y parenteral.
- Uso de ventilación mecánica asistida y fijación quirúrgica.

FUENTE DE INFORMACION

Guías de Prácticas Clínicas.