

TEMA 7: URGENCIAS RESPIRATORIAS

ALTERACIONES EN EL PROCESO RESPIRATORIO

a) Enfermedades sistémicas de carácter crónico: Insuficiencia cardiaca, Asma.

b) Procesos con carácter agudo: Hiperventilación (por estrés), Obstrucción vías aéreas por un cuerpo extraño (limas de endodoncia: poner dique), espasmo de glotis, embolismo pulmonar, Edema agudo de pulmón(EAP), crisis asmática (puede llegar a estatus asmático: tratamiento hospitalario).

Lo q realmente puede representar una urgencia vital q compromete la vida del paciente:

HIPERVENTILACIÓN

- Cadre de ansiedad en el q aumenta la frecuencia respiratoria, la profundidad de la respiración o ambas a la vez.
- Si además de respirar rápido, las resp. son más profundas, se empieza a usar el volúmen respiratorio de reserva, y si no se controla, puede dar problems.
- Ansiedad extrema: el paciente mientras hiperventila permanece consciente aunq siente q se desmaya. Gralmente no llega a la incoscienza.
- En personas entre 15–40 años = ambos sexos
- Cadre bastante frecuente
- Son pacientes miedosos y aprensivos: mano fría y mojada, sudor frente.
- Alteración en la composición química de la sangre: existe mayor cantidad de dióxido de carbomo dando lugar a una alcalosis respiratoria: responsable de los signos y síntomas
- frecuencia respiratoria= taquipnea (normal=16–18 resp./ min)

CLÍNICA:

- Mareo (se le va la cabeza)
- Palpitaciones
- Globo histérico (sensa de obstáculo en gargante)
- Dolor estómago
- Si persiste la hiperventilación aparecen:
 - hormigueos en mano y pies
 - fasciculaciones musculares
 - tetánia
 - flexión articulaciones tobillos

–calambres

–convulsiones

TRATAMIENTO

- Interrumpir el tratamiento dental
- tranquilizar al paciente, incorporarle y q controle la respiración
- poner una bolsa en boca–nariz y q respire aire espirado.
- Nunca administrar oxígeno

OBSTRUCCIÓN DE VÍAS AÉREAS

- Al caer objetos hacia la faringe con posible paso a vías aéreas se crea un cuadro de obstrucción aguda de las vías aéreas.
- No sentar al paciente: colocarle en Trendelenburg o cabeza abajo: intentar q tosa para recuperar el objeto deglutido. Prevenir con el dique de goma.
- Si el objeto se ha instalado en el árbol respiratorio, podemos tener obstrucción parcial o completa.
- Dos tipos de obstrucción:
 - Obstrucción Parcial: el objeto está en la tráquea o bronquios piales.

Clínica:

–Tos

–Sibilancias

–Disminución murmullo vesicular en ambos campos si está en tráquea o en uno sólo si está en bronquio principal.

Tratamiento: ponerle en Trendelenburg y forzarle la tos. Si persisten los síntomas: al hospital en decúbito supino y cabeza más baja q cuerpo.

- Obstrucción completa:

Clínica:

–Angustia severa

–Incapacidad para hablar, toser y respirar

–Sensación pánico y se agarra cuello con las manos

–Si no evoluciona en 3–5': pierde conocimiento, caída TA y pulso.

–Más 5': coma

Tratamiento:

–maniobra de Heimlich: abrazar al paciente desde atrás presionando con nuestro puño en su epigastrio: para aumentar presión intratorácica.

–colocarle cabeza abajo en niños, al tiempo q se le dan palmadas en espalda e introducimos un dedo en la boca para sacar cuerpo extraño o usar pinzas de Magill.

–Cricotiroidotomía: el paciente se encuentra cianótico, suda o pierde el conocimiento, y no ha tenido éxito todo lo anterior (3-4°): evitar la muerte por hipoxia: hacer incisión con bisturí entre cartílago Tiroides y Cricoides q permita ventilar hasta llegar al hospital.

ESPASMO DE GLOTIS (Edema de glotis, Epiglottitis)

Etiología: –infecciosa (en niños)

–alérgica (posible shock anafiláctico)

Clínica: –disnea, inquietud

–el paciente se sienta para usar la musculatura accesoria

–estridor

–si es por anafilaxis tb puede aparecer edema en cara y cuello

Tratamiento: –Si no es grave, dar Atb y AINES y remitir al metge.

–Si es severo y se compromete el paso de aire usamos adrenalina en aerosol.

–Si está cianótico y existe compromiso vital, usaremos Adrenalina, corticoides, Antihistamínicos, y si fuera preciso

–Si existe edema parpebral= ½ ampollita de Adrenalina y corticoides.

EMBOLIA PULMONAR

- Cuadro de difícil diagnóstico (20–40% de mortalidad)
- Cuidado al anestesiarse 2º Molar superior por Palatino, el paciente nota náuseas o dificultad para respirar.
- Se produce la obstrucción de la arteria pulmonar o algunas de sus ramas por émbolo del territorio venoso:

95% SVP piernas o pelvis(sist.venoso profundo)

5% AD, VI y Cava Superior.

- Clínica:

–Obstrucción del tono de la arteria Pulmonar:

–*cor pulmonare* agudo (fallo VD): gasto cardíaco, Hipoxia e Hipercapnia

- shock con taquicardia
- Hipotensión
- Cianosis
- Desmayo
- Paro cardíaco
- Tratamiento quirúrgico=morirá casi seguro
- Obstrucción de una rama:
- Disminución del flujo en un 50%
- Dolor torácico por insuficiencia coronaria
- Síncope/ vértigos
- Hipotensión
- Insuficiencia del VD : Ingurgitación yugular
- Tratamiento quirúrgico

-Obstrucción de ramas Lobulares:

1.con infarto pulmonar (por mal riego de arterias bronquiales):

- fiebre
- dolor torácico
- disnea
- Hemoptisis (raro)

2.sin infarto: pasa desapercibido. Dolor torácico menos intenso.

Tratamiento= Heparina IV (excepto riesgo de hemorragia)

EDEMA AGUDO DE PULMÓN (EAP)

- Tratamiento hospitalario inmediato
- Clínica: -aspecto pálido, cianótico
- pulmón encharcado: tos con expectoración asalmonada, estertores y sibilancia, extremidades frías y sudorosas.
- Tratamiento:

- Postural, sentado con pierna colgando, Presión hidrostática.
- Mascarilla de O
- Morfina 8-10 mg IV ó 15 mg IM: ansiedad, redistribución H O en pulmón.
- Diuréticos: 20 mg Furosemida IV
- Torniquetes rotatorios q inhiban retorno venoso, cambiar cada 15-20´
- Dioxina IV rápida. Digoxina sublingual contracción cardíaca respir.=

CRISIS ASMÁTICA

• Clínica:

- Tos productiva con pequeños tapones de moco
- Broncoespasmo con disnea y cianosis tardía
- Sibilancia en auscultación
- Sentados durante la crisis
- Taquiapnea (>30/ min)
- Taquicardia (<110/min)

• Tratamiento: importante estrés y tratamiento precoz

- Broncodilatador tipo Betadrenergicos en aerosol:
- Salbutamol (Ventolín): 100mg/ inhalados 2 veces
- Terbutalina: 0´25 mg dos veces
- Fenoterol
- Fisioterapia ayudándole a respirar
- Corticoides (Urbasson) 40-60 mg de Metilprednisolona
- Aminofilina 4-6 mg IV ó IM
- O al 24-28% con flujo 2 l./ min.

Si no cede: Adrenalina subcutánea 0´01 mg/kg (0´5 mg ó media ampolla). Repetir a los 20´

-si tampoco cede: status asmático= hospital.

Maniobra de Clapping:30´de vapores y expectoración.