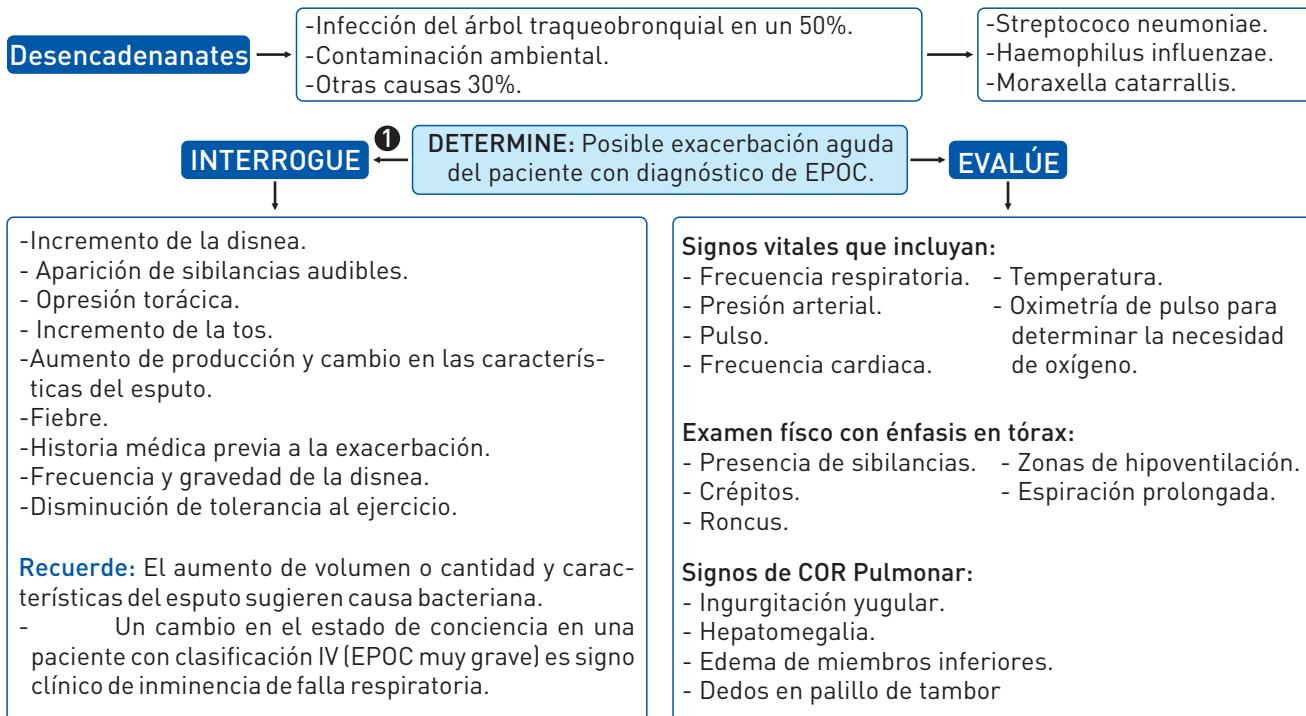


Guías de atención integral en salud

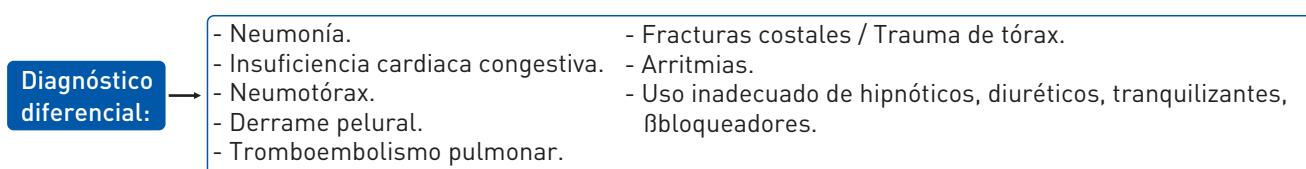
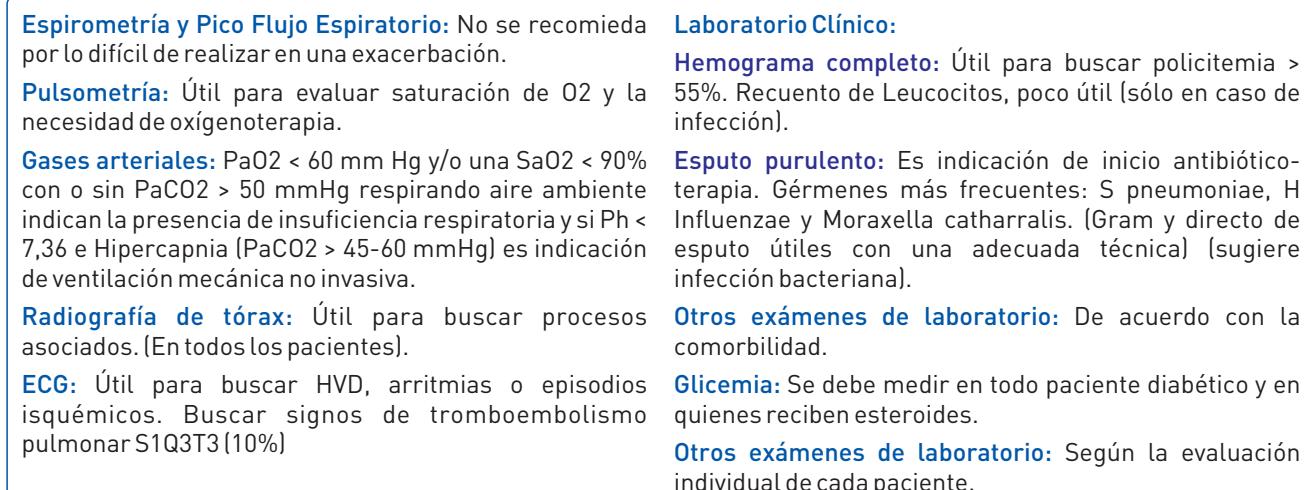
Abordaje del paciente, en urgencias, con exacerbación aguda de la EPOC

Fecha: Agosto de 2010

Definición: Es un empeoramiento sostenido de la condición del paciente con EPOC que se manifiesta con la aparición de nuevos síntomas respiratorios o aumento de los ya existentes (disnea, aumento y purulencia del esputo) que obligan a modificar su manejo habitual.



APOYO DIAGNÓSTICO PARA LA EVALUACIÓN DE EXACERBACIÓN DE LA EPOC



LEVE - Manejo ambulatorio

- La intensidad de los síntomas no pone en peligro la vida del paciente.
- No tiene enfermedad concomitante o si la tiene está bien controlada.
- No ha tenido hospitalizaciones por EPOC en los seis meses anteriores.
- Tiene apoyo domiciliario adecuado.
- Tolera la vía oral.

MODERADA - Manejo en urgencias

Antecedentes

- EPOC moderada o severa.
- Ha requerido hospitalización por EPOC en los últimos seis meses.
- Ha requerido O₂ anteriormente.
- No ha respondido al tratamiento ambulatorio.

Síntomas y signos

- Aumento o desarrollo súbito de disnea.
- Dificultad respiratoria severa en reposo: ortopnea, uso de músculos accesorios, aleteo nasal, retracciones intercostales.
- Aumento o aparición de cianosis.
- Arritmias de comienzo reciente.
- Signos de falla cardiaca. Edema de aparición reciente.
- Inestabilidad hemodinámica.
- No tolera la vía oral.
- Presenta dificultad para el diagnóstico diferencial.
- No cuenta con el apoyo o los recursos necesarios para el manejo domiciliario.

SEVERA - Manejo en la Unidad de Cuidado Intensivo

- Paro respiratorio.
- Confusión, somnolencia, letargia o coma.
- Ortopnea.
- Uso de músculos accesorios de la respiración, respiración bucal, aleteo nasal, incapacidad para hablar de corrido.
- Signos de fatiga de los músculos de la respiración: alternancia de respiración abdominal y respiración costal superior, períodos de taquipnea y período de hipopnea y apnea, desaparición de las sibilancias y los ruidos respiratorios sin mejoría de la disnea.
- Frecuencia respiratoria >35/min.
- Arritmias graves, ventriculares o supra-ventriculares con respuesta muy alta.
- Inestabilidad hemodinámica - shock.
- Hipoxemia persistente, progresiva o refractaria recibiendo oxígeno (PaO₂ < 50 mmHg a nivel del mar o PaO₂ < 45 mmHg a más de 2500 m sobre el nivel del mar).
- Hipercapnia progresiva (PaCO₂ > 50 mmHg a nivel del mar o PaCO₂ > 50 mmHg a más de 2500 m sobre el nivel del mar) con acidemia (pH < 7).

CRITERIOS DE MANEJO

ESTABILICE AL PACIENTE EN URGENCIAS

- Evaluar la gravedad de los síntomas y clasificar el grado de severidad de la exacerbación. En caso de EPOC severa, estabilice y remita de inmediato a UCI.
 - Administración de oxígeno a 2 lts. x min. cánula nasal o Vénturi 24% a 28% para mantener una saturación de O₂ > 90%. En caso de EPOC severo utilice máscara de no rehinalación o, en caso de fatiga, realice VMNI* con secuencia de intubación rápida antes de remitir.
 - Líquidos endovenosos para sostenimiento de vena (solución salina 0.9% o Hartman).
 - Posición semisentado.
 - Terapia con inhaladores:
 - Broncodilatadores B2 (Salbutamol):** Dos inhalaciones cada 20 minutos por una hora más.
 - Anticolinérgicos (Bromuro de ipratropio):** Dos inhalaciones cada 20 minutos por una hora y evaluar.
- * Ventilación mecánica no invasiva. ** Heparina de bajo peso molecular.
- Realice nebulizaciones si el paciente es incapaz de realizar inhalaciones efectivas: Salbutamol 1 cc. en 3 ml. de SSN cada 20 min. por una hora y evaluar.
 - Glucocorticoides sistémicos: Orales Prednisolona 1-2 mg/kg/día dosis única VO o Hidrocortisona 100 mg IV c/6/h.
 - Antibióticos:** Cuando existen signos de infección bacteriana vía oral o intravenosa. (Aumento del volumen del esputo y aumento de la purulencia del esputo - Temperatura >38,5 grados centígrados) según guía de NAC y Rx tórax.
 - Monitoreo permanente de signos vitales y condición clínica del paciente. Clasificación moderada o severa: Según necesidad.
 - Considerar HBPM** si es necesario.
 - Vigilar signos y síntomas de ICC y arritmias.
 - Realizar Rx tórax.

Disnea severa, cianosis, alteraciones neurológicas, uso de músculos accesorios, gases arterial persisten con criterios de gravedad, frecuencia respiratoria 35 por min., no tolera vía oral, edema periférico, inestabilidad hemodinámica, refractariedad al manejo en urgencias, co-morbilidades importantes, edad avanzada, arritmias o dudas diagnósticas.

SÍ → REQUIERE REMISIÓN URGENTE PARA MANEJO HOSPITALARIO

NO ↓

AMBULATORIO

MEJORÍA DE LA CONDICIÓN CLÍNICA

SALUD EN CASA

- EPOC con descompensación leve.
- Mejoría significativa luego del manejo inicial de urgencias.
- El paciente es capaz de caminar si previamente lo hacía.
- Es capaz de comer y dormir sin que empeore la disnea.
- Ha estado clínicamente estable en las últimas 24 horas.
- No criterios para manejo en Salud en Casa y/u hospitalización.

- Mejoría luego del manejo inicial y necesidad de broncodilatadores nebulizados y/o terapia respiratoria.
- Necesidad de medicación intravenosa considerada por el médico tratante. SaO₂ > 90% ambiente y/o FR > 30 por minuto.
- Gases arteriales sin criterios de gravedad.
- Buenas condiciones psicosociales del paciente y/o cuidador primario.

Broncodilatadores:

- B2 inhalados con cámaras espaciadoras: Salbutamol inhalador, dos puff cada 4-6 horas (evidencia A).
- Nebulizados si hay dificultad del paciente para realizar inhalaciones efectivas con: Salbutamol 1 cc. en 3 ml. de SSN o dos puff cada 20 min. por una hora.

Glucocorticoides:

- Orales Prednisolona 1-2 mg/kg/día dosis única VO durante 5-10 días (evidencia A).

Antibióticos:

- En caso de síntomas cardinales como aumento de la disnea, aumento del volumen del esputo.
- Doxiciclina 100 mg. VO cada 12 horas por 10-14 días, iniciando con dosis de carga de 200 mg. VO.
- Ver Guía NAC.

Mantenga oxígenoterapia:

- En forma controlada considerando la hipercapnia permisible.
- O₂ por cánula nasal a 2 lt/min. PERMANENTE y continuar según criterio de evaluación por médico de Salud en Casa.

Broncodilatadores:

- **Inhalados con cámaras espaciadoras:** Salbutamol inhalador dos puff cada 4-6 horas (evidencia A).
- **Bromuro de Ipatropium:** Dos puff cada 6-8 horas ambos durante una semana y definir continuación cada ocho horas según evolución.
- **Nebulizados si hay dificultad del paciente para realizar inhalaciones efectivas con:** Salbutamol 1 cc. en 3 ml. de SSN cada ocho horas hasta que el paciente sea capaz de realizar inhalaciones efectivas.

Glucocorticoides:

- Orales o Intravenosos según la tolerancia a la vía oral del paciente.
- Prednisolona 1-2 mg/kg/día, dosis única diaria, o Hidrocortisona 100 mg IV c/6 horas por 7-10 días.

Antibióticos:

- Iniciélos de manera inmediata en caso de sospecha de sobreinfección (ver Guía de Abordaje de NAC).
- Terapia respiratoria incentivada diaria por cinco a siete días.

CONTROL POR ENFERMERA O MÉDICO DE FAMILIA EN 48 HORAS EN LA IPS BÁSICA

CONTROL POR MÉDICO O ENFERMERA DE SALUD EN CASA, DIARIO HASTA EL ALTA

CRITERIOS DE MANEJO

HOSPITALARIO INSTITUCIONAL

- Condiciones psicosociales inadecuadas a pesar de criterios de manejo por Salud en Casa.
- Marcado incremento en la intensidad de los síntomas como desarrollo súbito de disnea en reposo por riesgo de TEP.
- Antecedentes de EPOC grave.
- Aparición de signos físicos de COR pulmonar.
- Falta de respuesta al tratamiento médico inicial considerado como persistencia de SaO_2 ambiente $<90\%$ y/o $\text{FR} > 30$ por minuto.
- Comorbilidades significativas (enfermedad renal crónica, enfermedad coronaria, diabetes mellitus descompensada, inmuno-supresión, falla cardiaca, trastornos hidroelectrolíticos, demencia, Parkinson, depresión, cáncer).
 - Exacerbaciones frecuentes.
 - Aparición de arritmias.
 - Dudas diagnósticas.
 - No mejoría con tratamiento por Salud en Casa en 48-72 horas.
 - Hipoxemia persistente sin criterios de ventilación mecánica (PaO_2 60-40 mm Hg) y/o hipercapnia moderada (PaCO_2 45-60 mm Hg) con acidosis moderada (pH 7,25-7,35).

HOSPITALARIO EN UCI

- Disnea grave que responde inadecuadamente al manejo en urgencias.
- Confusión, letargia o coma.
- Hipoxemia persistente que empeora ($\text{PaO}_2 <40$ mm Hg) y/o Hipercapnia grave que empeora ($\text{PaCO}_2 >60$ mm Hg) y/o acidosis grave ($\text{pH} <7,25$) a pesar de oxígeno suplementario.
- Necesidad de ventilación mecánica invasiva o no invasiva.
- Inestabilidad hemodinámica que precise el uso de vasopresores.

REMITA A TRAVÉS DE LA LÍNEA DEL PRESTADOR

Bibliografía

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Estrategia Global para el Diagnóstico, tratamiento y prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica] -2006- www.gold.org
2. Resultados del estudio de prevalencia de la EPOC en Colombia (PREPOCOL). Caballero A., Torres C., Maldonado D., Jaramillo C., Bolívar F., Sanabria F., Osorio P., Ordúz C., Guevara D.P.
3. Guía Clínica Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio -Chile- 2006.
4. Menzies D., Nair A., Williamson P.A., Schrems S., Al-Khariralla M.Z., Barnes M., et al. Respiratory Symptoms, pulmonary function and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public spaces. JAMA 2006. 296(14)1742-8.
5. Casaburi R., Kukafka D., Cooper C.B., Witek T.J. Jr., Kesten S. Improvement in exercise tolerance with the combination of tiotropium and pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Chest 2005. 127(3). 809-71.

.....