
GUÍA RÁPIDA MANEJO DE EPOC

EPOC (J-44 CIE 10) es una condición pulmonar heterogénea caracterizada por síntomas respiratorios crónicos (disnea, tos, producción de esputo) debido a anomalías de las vías aéreas (bronquitis, bronquiolitis) y/o alveolar (enfisema) que causa obstrucción aérea persistente, a menudo progresiva.

Sospechar en mayores de 35 años, tos crónica, factores de riesgo (tabaquismo y humo de leña o carbón) y los siguientes síntomas: disnea, cansancio fácil y sibilancias.

Confirmación diagnóstica:

Es el elemento clave en el diagnóstico y la evaluación de la gravedad de la EPOC y se basa en el estudio del grado de obstrucción del flujo aéreo.

Para eso es importante medir (VEF1) El volumen de aire exhalado durante el primer segundo de la maniobra espiratoria forzada y la (CVF) cantidad máxima de aire exhalado forzadamente partiendo de una inhalación total.

Hace el diagnóstico de EPOC

- ❖ la relación VEF1/CVF < 70%.
- ❖ VEF1 por debajo del 80% del predicho, con

Variación < a 12% o 200 ml (no reversible en el test después de la aplicación del salbutamol).

- Controlar cada año.

Escala de disnea:

0: ausencia de disnea al realizar ejercicio intenso.

1: disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.

2: la disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar para descansar al andar en llano a su propio paso.

3: la disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o pocos minutos después de caminar en llano.

4: la disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Clasificación GOLD (por espirometría)

GOLD 1 VEF1 mayor o igual 80%

GOLD 2 VEF1 entre 50-79%

GOLD 3 VEF1 entre 30-49%

GOLD 4 VEF1 menor 30%

Clasificación según número de exacerbaciones y la disnea (ABE)

- El número de las exacerbaciones nos ayudan a estadificar a los pacientes y poder dirigirlos más rápidamente al especialista.
- En cada consulta preguntar acerca del aumento de la disnea, la tos y de la producción de esputo o cambio de coloración del mismo.
- La herramienta de evaluación combinada ABE reconoce la relevancia clínica de las exacerbaciones, independientemente del nivel de síntomas del paciente;
- los grupos C y D ahora se fusionaron en un solo grupo denominándose “E” para resaltar la relevancia clínica de las exacerbaciones.

GRUPO A 0-1 Exacerbación moderada sin llegar a ingreso hospitalario/escala de disnea 0-1

GRUPO B Exacerbación moderada sin llegar a ingreso hospitalario/escala de disnea ≥ 2

GRUPO E ≥ 2 exacerbaciones moderadas o ≥ 1 exacerbación con ingreso hospitalario/escala de disnea 0 al 4



TRATAMIENTO SE TIENE EN CUENTA LA SINTOMATOLOGÍA Y LAS EXACERBACIONES / INTERNACIONES

TRATAMIENTO EN 1° Y 2° NIVEL DE ATENCIÓN

GRUPO A salbutamol o bromuro de ipratropio

(en aerosol 2 disparos por aerocámara según necesidad)

El tratamiento del GRUPO A puede iniciarse en el momento de captación del paciente (sin espirometría)

TRATAMIENTO EN 3° NIVEL DE ATENCIÓN CONSULTORIOS DE LA RED NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS.

Se inicia el tratamiento en el establecimiento de 3er nivel, luego retorna a su USF para seguimiento mensual.

GRUPO B Salmeterol /Fluticasona 125mcg (en aerosol, 2 disparos por aerocámara cada 12 horas, enjuagar la boca al terminar) + bromuro de tiotropio (polvo seco 1 aspiración cada 24hs)

GRUPO E Bromuro de Tiotropio (polvo seco 1 aspiración cada 24hs) + Salmeterol /Fluticasona 250mcg 2 disparos por Aero cámara cada 12 horas, enjuagar la boca al terminar)

TRATAMIENTO DE LAS EXACERBACIONES:

RESCATE con broncodilatador (salbutamol o/y bromuro de ipratropio):

NBZ (5 ml de SF 0,9% + 20 gotas salbutamol o bromuro de ipratropio) o aerosol 3 ciclos en 1 hora (cada 20 minutos) y reevaluar cada 1 hora por 2 h; si no mejora remitir

No mejora: oxigenoterapia, corticoides orales (40 a 60mg de prednisona cada 24 horas de 3-5 días).

Si la causa es infecciosa iniciar antibioticoterapia (amoxicilina-sulbactam 875/125 mg cada 12 h/7días, azitromicina 500 mg c/24h/6 días o claritromicina 500 mg cada 12 h/7 días, levofloxacina 750 mg c/24 h /7días)

GUIA RÁPIDA DE MANEJO DEL ASMA

ASMA (J-45 CIE 10) Enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, cuya patogenia está condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible.

DIAGNÓSTICO CLINICO: El diagnóstico de asma se debe considerar ante síntomas y signos clínicos de sospecha, como sibilancias (el más característico) , disnea (o dificultad respiratoria), tos y opresión torácica.

Antecedentes de atopia familiar (rinitis/rinosinusitis), exposición laboral, obesidad, prematuridad, exposición al humo de tabaco durante la gestación. Y factores desencadenantes (cuya exposición origina la aparición de síntomas en los pacientes): polución, ácaros del polvo, pelo de perro y gato, virus como rinovirus u otros virus respiratorios, el moho, frutos secos y cítricos, fármacos, etc.

DIAGNOSTICO ESPIROMETRICO: la espirometría puede ser normal en una persona con asma que se encuentra controlada y sin síntomas; sin embargo, puede mostrar un patrón de tipo obstructivo, donde el coeficiente VEF₁ (volumen espiratorio forzado del primer segundo) /CVF (capacidad vital forzada) es menor a 80 %, con reversibilidad tras utilizar salbutamol con una variación del VEF₁ >12 % o 200 mL.

CLASIFICACIÓN:

INTERMITENTE

Síntomas diurnos (menos de 2 veces a la semana) nocturnos (2 veces al mes) Exacerbación ninguna. VEF₁ (espirometría) mayor 80%

PERSISTENTE LEVE

Síntomas diurnos (más de 2 veces por semana) nocturnos (más de 2 veces al mes) exacerbación 1 al año. VEF₁ (volumen de aire exhalado durante el primer segundo de la maniobra espiratoria forzada) > 80% (espirometría)

PERSISTENTE MODERADA

Síntomas diurnos a diario, nocturnos más de 2 veces al mes, exacerbaciones 2 o más al año. VEF1 entre 60 - 80% (espirometría)

PERSISTENTE GRAVE

Síntomas diurnos continuos, nocturnos frecuentes exacerbaciones 2 o más al año. VEF1 < 60% (espirometría).

TRATAMIENTO

Nivel 1 y 2 de atención

INTERMITENTE salbutamol o salbutamol + bromuro de ipratropio a demanda (según requerimiento del paciente)

PERSISTENTE LEVE budesonide (2 disparos por aerocámara cada 12 horas) + salbutamol o salbutamol + bromuro de ipratropio a demanda (según necesidad)

Seguimiento en los consultorios de la red nacional de enfermedades respiratorias crónicas

PERSISTENTE MODERADA salmeterol + fluticasona (2 disparos por aerocámara cada 12 horas) o formoterol + budesonide (1-2 inhalaciones cada 12 h) + salbutamol o salbutamol + ipratropio (a demanda)

PERSISTENTE GRAVE además de lo anterior añadir otros fármacos antileucotrienos (montelukast)

RECOMENDACIONES:

Evitar la exposición a factores desencadenantes como el tabaquismo, exposición a humedad, exposición laboral, fármacos, etc.

Promover el ejercicio físico, dieta saludable.

Exacerbación de asma

Son episodios caracterizados por un aumento progresivo de los síntomas: dificultad respiratoria, tos, sibilancias u opresión torácica y una disminución progresiva de la función pulmonar, expuestos a continuación según gravedad:

CRISIS LEVE disnea al caminar, $FR \leq 25$ por minuto sibilancias moderadas saturación de O₂ mayor a 95%

CRISIS MODERADA disnea al hablar $FR \leq 30$ por minuto sibilancias audibles, saturación de O₂ entre 91-95%

CRISIS GRAVE disnea en reposo $FR \geq 30$ por minuto sibilancias audibles y sonoras, saturación de O₂ $\leq 90\%$

TRATAMIENTO DE RESCATE

Crisis leve: b₂ agonista de acción corta (salbutamol) con aerocámara: 2 - 4 inhalaciones cada 15 o 20 min en una hora. Si hay respuesta clínica adecuada puede continuarse con el b₂ agonista cada 3 o 4 horas por 24 - 48 horas.

Crisis moderada. Si la respuesta es incompleta al tratamiento anterior, agregar prednisona oral: 40 - 60 mg según y continuar b₂ agonista (salbutamol). Iniciar administración de oxígeno por cánula nasal.

Crisis grave. Agregar un anticolinérgico inhalado, (bromuro de ipratropio) y trasladar de inmediato a un Servicio de Urgencia, con una vía endovenosa instalada y oxígeno (4 litros por minuto) para llevar saturación sobre 90%.

GUÍA BREVE DE CESACIÓN TABÁQUICA

El tabaquismo aparece codificado en la Clasificación Internacional de Enfermedades, como “ENFERMEDADES CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE TABACO (F-17 CIE10)

CONSEJERÍA Se realiza con una frecuencia en dependencia de las condiciones y características del servicio pero nunca menor de una vez por semana, utilizando la intervención mínima. (CIE 10 Z71.6 Consulta para asesoría por abuso de tabaco)

Fases de la intervención

- **PRECONTEMPLACIÓN** No perciben la necesidad de cambiar su comportamiento. Consejería mínima, refuerzo en cada consulta.
- **CONTEMPLACION** Evalúan la posibilidad de hacer un intento de dejar en un futuro, conociendo los pros y contras
- **PREPARACIÓN** Están listas a realizar un intento de dejar en los próximos 30 días
- **ACCIÓN** Comprende las estrategias cercanas al día D hasta los primeros 6 meses en abstinencia
- **MANTENIMIENTO** Aquellos que dejaron hace más de 6 meses

ESTRATEGIAS DE LAS 5A´S

1-Averiguar: Pregunte y documente la condición o no de fumador de cada una de las personas atendidas

2-Aconsejar:

-Breve conejo para dejar el hábito, Por ejemplo, podría decir “Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer para mejorar su salud. Puedo entender que sea difícil, pero si usted lo desea, puedo ayudarlo”

-Personalice el consejo que brinda. Por ejemplo, explique cómo el tabaquismo está relacionado a sus problemas de salud actuales. Destaque los beneficios más importantes.

-Reitere el consejo cada vez que un fumador consulta. Ofrecer la intervención en función de la **fase**:

- . Pre contemplación: dar información y ofrecer ayuda.
- . Contemplación: dar información, ofrecer guías y consejos para dejar de fumar.

. Preparación y acción: además de lo anterior realizar una oferta terapéutica y un seguimiento; el paciente tiene la motivación para tratarse, Definir en qué etapa de cambio está: si quiere dejar de fumar de aquí a un mes o más; Identificar el apoyo social; hacer pública la decisión del cambio (anunciar que va a dejar de fumar); poner una fecha para el abandono (**día D**).

. Mantenimiento: valorar el proceso de abandono e intensificar las estrategias para prevención de recaídas. Durante los primeros seis meses de cesación; recomendar a la persona a estar atenta y combatir los impulsos de recaída, registrar los beneficios de no fumar e incorporar conductas más saludables.

3-Asistir si está listo para dejar, Evaluar la motivación para el cambio.

- La evaluación inicial.
- Test de dependencia física a la nicotina.
- El estilo motivacional de la atención.

4-Ayudar con herramientas conductuales y farmacológicas; y

5-Acompañar: - Facilitar el seguimiento.: dar el apoyo necesario al fumador, Referir a consejería telefónica (140) o acudir a uno de los consultorios del PRONATERC. El seguimiento en 4 ocasiones es la mejor alternativa para el éxito del tratamiento, ya sea personal o telefónico.

TEST DE RICHMOND
MOTIVACIÓN



TEST DE FAGERSTRÖM
DEPENDENCIA

