

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA MANEJO DE LA EXACERBACION DE EPOC

1. PROPÓSITO

Unificar el manejo de pacientes con diagnóstico de exacerbación de EPOC que lleguen al servicio de urgencias, con el fin de resolver pronta y oportunamente su sintomatología evitando las complicaciones y las posibilidades de reingreso.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todo personal del área asistencial que labora en el servicio de Urgencias

3. DEFINICIONES

Exacerbación de EPOC. Se define como el empeoramiento de los síntomas respiratorios generales, con aumento de la disnea, incremento del esputo purulento y el volumen del mismo. Puede aparecer tos y sibilancias.

Es un evento complejo asociado al aumento de la inflamación de las vías aéreas, con aumento del moco y el atrapamiento de gas. Esto aumenta la disnea que es el síntoma predominante y la clave de la exacerbación. La mayoría de las veces asociado a una infección sobre agregada.

El impacto de la frecuencia de estos cuadros afecta los servicios de salud en cuanto que califica la calidad de los mismos en su capacidad de contener enfermedades crónicas prevenibles. Afecta la rata de hospitalización, el reingreso y la progresión de la enfermedad.

Deben considerarse diagnósticos diferenciales al ingreso del servicio de urgencias: SCA, ICC descompensada, TEP y NAC. En la realización de la historia clínica debe registrarse si se consideraron y fueron descartados.

Metas del tratamiento en urgencias son: minimizar el impacto negativo de la exacerbación y prevenir el deterioro de complicaciones. El 80% de estos cuadros se puede manejar de forma ambulatoria. Los medicamentos de base son los broncodilatadores, corticoides y antibióticos. El abordaje inicial con inhaladores beta agonista de corta acción son la recomendación inicial actual con o sin acción anticolinérgica. (*GOLD 2019 chapters 3 and 4*). El inicio de la terapia de mantenimiento con broncodilatadores de larga duración debe ser iniciada desde urgencias antes del egreso. La mejoría del funcionamiento pulmonar se puede lograr con corticoides sistémicos, lo que a su vez mejora y acorta las estancias. La medicación no puede ser mayor a 5 días.

El inicio de antibióticos cuando está indicado puede acortar la estancia, disminuir el riesgo a falla terapéutica y la duración de la hospitalización en pisos, igual no es mayor a 5-7 días.

No están recomendadas las metilxantinas debido a efectos secundarios deletéreos. (nivel de evidencia B).

La ventilación no invasiva debe ser la primera forma de ventilación en la exacerbación debido a al incremento del intercambio gaseoso que mejora los síntomas en la falla respiratoria, disminuye el uso de la musculatura accesoria y la necesidad de intubación, disminuye la estancia hospitalaria y mejora la sobre vida.

- **Prescripción de oxígeno complementario:** se evalúa si el paciente satura menos de 88%. Si el paciente presenta falla derecha descompensada o eritrocitosis con alteración de sus gases arteriales. La meta es lograr que sature más de 88%

La clasificación es simple:

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA MANEJO DE LA EXACERBACION DE EPOC

- **Leve** tratada con broncodilatadores de corta duración solamente; Sin falla respiratoria; Frecuencia respiratoria entre 20-30/min; No hay uso de músculos accesorios; no hay cambios en el estado mental; la hipoxemia mejora con el uso de oxígeno suplementario con venturi 28-35%; no hay aumento de PaCO₂.
- **Moderada** tratada con broncodilatadores más antibióticos y corticoides orales. Sin amenaza para la vida; frecuencia respiratoria >30/min; hay uso de músculos accesorios; no hay cambios mentales; la hipoxemia mejora con oxígeno suplementario por venturi 25-30% FiO₂; No hay aumento de PaCO₂.
- **Severa** el paciente requiere hospitalización, con una severa exacerbación con falla respiratoria. Amenaza para la vida; frecuencia respiratoria >30; uso de músculos accesorios; cambios en el status mental; hipoxemia no mejora con la máscara de venturi a 25-30%; hipercarbia la PaCO₂ está elevada.

4. CONTENIDO

Es importante resaltar que una adecuada historia clínica, acompañada de un examen físico completo, puede evitar gastos inadecuados en exámenes y prevenir complicaciones muy graves a largo y corto plazo. Esto es fundamental en estos cuadros.

4.1. INTERROGATORIO:

En el diligenciamiento de una historia clínica completa se deben buscar factores desencadenantes o predisponentes de una exacerbación: busque actualización de esquemas de vacunación, cigarrillo, contacto de personas con infección respiratoria, antecedentes de asma o comorbilidad como cáncer, enfermedad cardiovascular, osteoporosis, depresión o ansiedad.

Documente la presencia o no de fiebre, el aumento del moco purulento, las características de la disnea, tos, sibilancias, compromiso de la esfera mental.

4.2. EXAMEN FISICO

El examen físico debe ser completo, documente las características de la ventilación hipoventilación, atrapamiento de aire, estertores, sibilancias, el uso de músculos accesorios para respirar.

Las características de ORL, la presencia un foco infeccioso latente.

El estado mental en sus tres esferas.

4.4 MANEJO

La clasificación de ANTHONISEN (Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease) de 1987, puede ajustarse para permitirle tomar conductas sobre la descripción que se mencionó con anterioridad dándole capacidad para actuar rápido y de forma asertiva. Se fundamenta en la presencia de tres características: incremento de la disnea, incremento del volumen de esputo e incremento de la purulencia del esputo.

Tipo	Severidad	Característica	Manejo
III	severa	Presencia de los tres criterios	Debe recibir antibiótico y hospitalizarse
II	moderada	Presencia de dos criterios	Debe recibir antibióticos y hospitalizarse si tiene aumento de la purulencia
I	leve	Presencia de un criterio más tos, sibilancias, taquipnea, taquicardia, fiebre	No antibióticos, se modifica el inhalador y se maneja ambulatorio.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA MANEJO DE LA EXACERBACION DE EPOC

- **Médico Hospitalario:** Ante el paciente sin riesgo de falla ventilatoria (pacientes A y B), inicia tratamiento farmacológico. Monitorice los líquidos, considera heparina de bajo peso o tromboprofilaxis, identifique y trate comorbilidades.

Suministre oxígeno suplementario por cánula para lograr una saturación superior a 88%. (nivel de evidencia A) Pida gases arteriales, pulsoximetría. Su meta es mantener un lactato inferior a 2 y una PaCO₂ baja. Inicie terapia respiratoria con broncodilatadores. Aumenta dosis y frecuencia de *beta 2* y anticolinérgicos (nivel de evidencia C). Al lograr estabilizarlo páselo a broncodilatador de larga acción. Concerte con terapia respiratoria el uso de nebulizadores y espaciadores. Considere corticoides orales y antibióticos (nivel de evidencia B) cuando tenga signos de infección.

- **Médico Especialista:** define conducta según criterio y severidad, debe considerar para hospitalizar la presencia de: síntomas severos que no mejora en su disnea, FR alta, baja saturación persistente, confusión o somnolencia. Falla ventilatoria, la presencia de cianosis o edema periférico. Falla en responder a la terapia inicial de urgencias: la presencia de comorbilidades serias como falla cardiaca o arritmia. Falta de apoyo en el hogar. (tipo C y D)
- **Terapia respiratoria** hace parte del equipo de respuesta y manejo para lograr proporcionar la terapia y la ventilación asistida. Manejo del ventilador. Considere la recomendación de ventilación mecánica no invasiva cuando: acidosis (PaCO₂ > 6 o 45 mmHg y pH arterial < 7.35), disnea severa con fatiga muscular aumento del esfuerzo respiratorio. Hipoxemia a pesar de la terapia inicial de oxígeno. Considere la recomendación de ventilación invasiva cuando: falla en la ventilación anterior, falla ventilatoria con alteración de la consciencia, agitación, broncoaspiración a riesgo, vómito persistente, incapacidad para remover secreciones respiratorias, inestabilidad hemodinámica sin respuesta a vasopresores, arritmias.

4.5 CRITERIOS PARA SOLICITUD DE INTERCONSULTA a UCI

Paciente con disnea severa, que no responde al abordaje inicial de emergencia
Cambios en el estado de conciencia (letárgico, confuso, coma)
Hipoxemia persistente (PaO₂ <5.3 kPa) o una acidosis severa (pH<7.25)
Necesidad de intubar a este paciente
Inestabilidad hemodinámica y la necesidad de vasopresores

4.6 RECOMENDACIONES.

Debe concertarse el manejo para lograr que el médico general y el especialista eviten reprocesos y puedan lograr una evolución satisfactoria de estos pacientes y su impacto sobre el servicio. Debe poderse orientar estos pacientes a los programas de crónicos para que no sean un reingreso a urgencias.

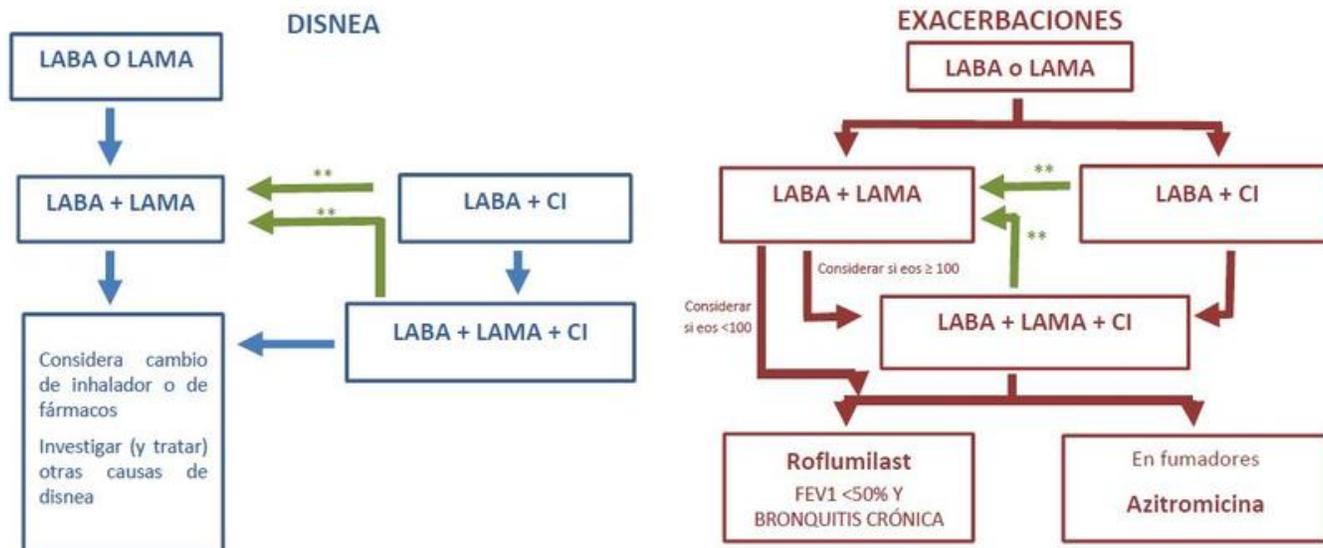
5. ALGORITMO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA MANEJO DE LA EXACERBACION DE EPOC

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INICIAL EN LA EPOC ESTABLE.

GRUPO DE PACIENTES	TRATAMIENTO
PACIENTE A Exacerbaciones por año 0-1 (Que no lleva admisión hospitalaria) CAT \leq 10 mMRC 0-1	UN BRONCODILATACIÓN (DE CORTA O LARGA DURACIÓN)
PACIENTE B Exacerbaciones por año 0-1 (Que no lleva admisión hospitalaria) CAT \geq 10 mMRC \geq 2	UN BRONCODILATACIÓN DE LARGA DURACIÓN (LABA o LAMA)
PACIENTE C Exacerbaciones por año \geq 2 o \geq 1 (Que lleva a admisión hospitalaria) CAT \leq 10 mMRC 0-1	LAMA
PACIENTE D Exacerbaciones por año \geq 2 o \geq 1 (Que lleva a admisión hospitalaria) CAT \geq 10 mMRC \geq 2	LAMA o LAMA + LABA* o LABA O CI** *Considerar si es altamente sintomático (CAT >20) ** Considerar si eosinófilos \geq 300

CI: CORTICOIDES INHALADOS; LABA: β_2 AGONISTA DE LARGA DURACIÓN; LAMA: ANTICOLINERGICO DE LARGA DURACIÓN; SABA: β_2 AGONISTA DE LARGA DURACIÓN; SAMA: ANTICOLINERGICO E CORTA DURACIÓN.



Eos: Recuento de eosinófilos en sangre (Células/ μ L)

*Considerar si Eos \geq 300 o Eos \geq 100 y \geq 2 exacerbaciones moderadas / 1 hospitalización.

** Considerar desescalada de corticoide inhalados o cambiar si neumonía, indicación inicial inapropiada o falta de respuesta a los corticoides inhalados

6. BIBLIOGRAFIA

GOLD 2017- 2019

7. ANEXOS

Ninguno.