

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC AGUDIZADA EN URGENCIAS

Evaluación inicial

Triage y valoración inicial: PREFERENCIA
• Toma de constantes: TA, FC, FR, T^a, Sat. O2.
• Preguntar antecedentes, fármacos y OCD
• ¿Hay ↑ disnea, ↑ cantidad esputo o purulencia esputo?

Ver Definiciones

Si ← → No

Agudización de EPOC

Otro protocolo

- Valoración médica inicial: ¿Hay compromiso ventilatorio?
▪ FR>25 rpm • FC > 110 lpm. • Sat. O2 < 92%
▪ Cianosis. • Respiración paradójica • Uso musc. accesoria
▪ Confusión/obnubilación.

Se considera suficiente la presencia de un criterio.

Si ← → No

• AGUDIZACIÓN GRAVE / MUY GRAVE.

• AGUDIZACIÓN LEVE / MODERADA.

- Pasar a Box en camilla, a 45°. • Canalizar 1 vía venosa nº 16/18.
• Gasometría arterial, si es posible antes de administrar O2.
• Oxígeno por mascarilla (Ventimask) al 28%.
• Hemograma + BQ (Urea, Creatinina, iones) + Coag.
• Valoración médica rápida: exploración y anamnesis.
• Nebulización Salbutamol + Atrovent (2,5 mcg Ventolin + 0,5 mg Atrovent).
• Valorar Rx tórax y ECG..

- AGUDIZACIÓN LEVE/MODERADA
• Espera en Box sentado.
• Anamnesis que incluya A.P., fármacos.
• Hemograma, Bioquímica,
• Valorar Rx tórax y ECG.

Valoración clínica

Valoración clínica

Ver Definiciones

AGUDIZACIÓN GRAVE / MUY GRAVE.

AGUDIZACIÓN MODERADA.

AGUDIZACIÓN LEVE.

¿Mejora tras Tto.inicial?

No

Si

- Repetir pauta broncodilatadores.
- Usar corticoides iv.

Considerar co-morbilidad o factores agravantes.

¿Mejora?

No

Si

¿Criterios de UCI?
¿Criterios de VMNI?

Ver criterios

Si

No

Valoración por UCI

Ingreso en UCI

¿Mejora tras Tto.inicial?

No

Si

- Repetir pauta broncodilatadores.
 - Usar corticoides iv.
- Considerar co-morbilidad.**

¿Puede haber:
• sobreinfección?
• Cor Pulmonale?
• otras complicaciones?

Si

No

Ingreso en planta MI

Alta.
Tto. Domiciliario

Resolución final

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC AGUDIZADA EN URGENCIAS

[Inicio](#)[Volver](#)

DEFINICIÓN DE EPOC:

estado de enfermedad prevenible y tratable caracterizado por una limitación de flujo respiratorio que no es completamente reversible y que se asocia con algunos significativos efectos extra-pulmonares. La limitación del flujo respiratorio es normalmente progresiva y se asocia con la respuesta anormal e inflamatoria de los pulmones a las partículas y gases nocivos

DEFINICIÓN DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC:

agravamiento de curso rápido (horas ó días) de la situación clínica basal, caracterizado por aumento de disnea basal del paciente, de la producción de esputo o de su purulencia.

CRITERIOS DE ANTHONISEN DE AGUDIZACIÓN DE LA EPOC:

- Empeoramiento de la disnea habitual.
 - Aumento de la purulencia del esputo.
 - Aumento del volumen de esputo con, al menos, uno de los siguientes hallazgos:
 - Infección de vías respiratorias altas los últimos 5 días
 - Fiebre sin otra causa aparente
 - Aumento de sibilancias
 - Aumento de tos
 - Incremento de un 20% de la frecuencia cardiaca o respiratoria sobre los valores previos.
- **Agudización leve:** uno de los criterios
- **Agudización moderada:** dos criterios
- **Agudización severa:** los tres

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC AGUDIZADA

Clasificación según el grado de disnea.

British Medical Research Council

Grado 0:	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
Grado 1:	Disnea al andar deprisa o al subir una cuesta poco pronunciada.
Grado 2:	Incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
Grado 3:	Tener que parar a descansar al andar unos 100 metros o a los pocos minutos de andar en llano.
Grado 4:	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC AGUDIZADA EN URGENCIAS

[Inicio](#)[Volver](#)

CRITERIOS DE INGRESO EN UCI:

- Necesidad de ventilación mecánica invasiva
 - Inestabilidad hemodinámica
 - Hipoxemia persistente con PO₂ < 50 mmHg a pesar de oxigenoterapia y tratamiento broncodilatador.
 - Hipercapnia > 70 mm Hg.
 - Agitación psicomotriz.
 - Alteración del nivel de conciencia (confusión, estupor, coma)
 - Incapacidad para proteger vía aérea.
 - Necesidad de VMNI

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC AGUDIZADA EN URGENCIAS

CRITERIOS DE INDICACIÓN DE VMNI

- PaO₂/FiO₂ <200
- pH<7,35 con PaCO₂>45
- Disnea con taquipnea mayor de 25 respiraciones/min.
- Empleo de musculatura accesoria

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC AGUDIZADA EN URGENCIAS

Anexo I

EQUIVALENCIA DE CORTICOIDES

Duración de acción	Fármaco	Potencia glucoc.	Potencia mineralct	Dosis equiv.	Vía adm.	Vida media	Dosis supr. eje HHA	Marca®	Present.
CORTA	Hidrocortisona	1	2	20 mg	VO, im, iv	8-12	20-30	Actocortina® iv; Hidroaltesona®	Amp. 100/500/1000mg. Cp 20mg.
MEDIA	Prednisona	4	1	5 mg	VO	18-36	7,5	Dacortin®; Prednisona	Cp 2,5/5/10/30/50 mg
	Prednisolona	4	1	5 mg	VO,im,iv	18-36	7,5	Estilsona®	Gotas
	Deflazacort	4	0,5	6,5 mg	VO	18-36	9	Zamene®; Desacort	Cp 6/30 mg.
	Metilprednisolona	5	0	4 mg	VO,im,iv,lc	18-36	6	Urbason®; Solumod.®	amp 8/20/40/250 mg; Cp 4/16/20 mg
	Triamcinolona	5	0	4 mg	VO,im,loca l	18-36	6	Trigón depot®	amp 40 mg.
	Fludrocortisona	10	125	2 mg	VO	18-36	2,5	Astonin®	Cp 0,1 mg
LARGA	Dexametasona	20-30	0	0,5 MG	VO,im,iv,lc	36-54	1	Fortecortin®; Ftc	amp 4/40 mg; CP 1 mg.
	Betametasona	20-30	0	0,6 mg	VO,im,lc	36-54	1	Celestone®	amp 4 mg.
	Parametasona	10	0	2 mg		36-54			