

**Tabla 7.** Sistemas de entrega de oxigenoterapia: beneficios y desafíos

Sistema de entrega	Beneficios	Desafíos y/o limitaciones
Gas comprimido (cilindros)	Tamaños: estacionario tipo H ( $10\text{ m}^3$ ), portátil tipo E ( $0,7\text{ m}^3$ ). No requiere electricidad	Gran peso, difícil de movilizar. Tiempo limitado con flujos $> 4\text{ l/min}$
Oxígeno líquido	Tamaños: termo estacionario, mochila portátil. No requiere electricidad. Eficiente para flujos $> 4\text{ l/min}$	Disponibilidad limitada. Acceso restringido a grupos específicos
Concentradores estacionarios	Larga duración. No requiere recargas. Disponibles en el mercado de hasta $5\text{ l/min}$ y hasta $10\text{ l/min}$	Requiere energía eléctrica. Puede producir ruido excesivo. Puede requerir tubo largo para movilidad domiciliaria
Concentradores portátiles flujo pulsado	1-6 niveles de pulso. En FR normal entregan aproximadamente $1\text{ l/min}$ en nivel 5*. Algunos livianos. Permitido en aviones (certificado médico)	No satisfacen flujos altos. Ajustes por pulso no equivalen a $\text{l/min}$ . Requerirán monitoreo continuo de $\text{SpO}_2$
Concentradores portátiles flujo continuo	Flujo de $0,5\text{-}3\text{ l/min}$ . Con carro de transporte. Permitido en aviones (certificado médico)	Requerirán monitoreo continuo y frecuente de $\text{SpO}_2$ en movimiento

\*La equivalencia «nivel 5 ≈ 1 L/min» se estima para una frecuencia respiratoria cercana a 15 respiraciones/min. A frecuencias respiratorias mayores ( $= 25\text{-}30/\text{min}$ ), el volumen efectivo entregado disminuye porque el dispositivo debe generar más pulsos por minuto.

## CUIDADOS PALIATIVOS: QUÉ PODEMOS OFRECER Y EN QUÉ MOMENTO SE DEBE CONSIDERAR LA DERIVACIÓN

Dra. Vivianne Agar Farne

Los CP son esenciales en el manejo de pacientes con FPP, y se centran en aliviar los síntomas, mejorar la calidad de vida y apoyar al entorno familiar. Deben integrarse en fases tempranas de la enfermedad, junto con el tratamiento específico, evitando limitarlos exclusivamente a fases terminales.

- Indicaciones para iniciar CP: disnea o tos refractarias, deterioro de función pulmonar, aumento de requerimientos de oxígeno, hospitalizaciones recurrentes, síntomas psicológicos significativos.
- Oxigenoterapia: la mayoría requerirá oxígeno suplementario en algún momento. Indicaciones: hipoxemia en reposo y/o en esfuerzo (test de marcha 6 min).
- Manejo de la tos: siempre descartar causas secundarias: infecciones, RGE, AOS, EPOC, fármacos, sinusitis crónica, entre otras.

Tratamiento de la tos refractaria:

- Codeína:  $10\text{-}20\text{ mg}/4\text{-}6\text{ h}$ .
- Morfina:  $2\text{-}5\text{ mg}/4\text{-}6\text{ h}$ . Efectos adversos: náuseas, vómitos, constipación y sedación.
- Gabapentina:  $100\text{-}300\text{ mg}/8\text{ h}$  (titular hasta  $900\text{-}1.200\text{ mg/día}$  según tolerancia).
- Pregabalina:  $75\text{ mg}/12\text{ h}$ .
- Talidomida:  $50\text{-}100\text{ mg 1/día}$  (excepcional). Uso limitado por efectos adversos.

- Disnea: los opioides sistémicos constituyen una herramienta eficaz para el manejo de la disnea refractaria.
  - Disnea de esfuerzos: morfina de liberación inmediata  $2,5\text{-}5\text{ mg VO}$ , administrada antes de actividades que desencadenan disnea (4-6 veces al día).
  - Disnea crónica: morfina de liberación prolongada  $10\text{ mg}/12\text{ h VO}$ , titulando dosis según respuesta.
- Evitar benzodiacepinas, salvo en presencia de ansiedad grave asociada. La seguridad de los opioides es aceptable. La literatura científica muestra que la incidencia de depresión respiratoria es baja cuando se emplean en dosis adecuadas y bajo monitorización.

- Rehabilitación no solo física y mental, también emocional al paciente
- Soporte nutricional: masa muscular
- Apoyo psicológico: directrices
- En conclusión: mente y acondicionamiento a la enfermedad
- La rehabilitación: intervención preventiva y mantenimiento médica
- Supervisión en casa: supervisión en casa, disnea y tos nocturna

## Bibliografía

- Gao R, Taniguchi H, et al. Clinical management of refractory dyspnea: study protocol. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2012;143(5):1121-1127.e121.
- Kallun M, Molgat-Silva A, et al. Pulmonary fibrosis in people with cystic fibrosis. *Respir Care* 2012;57(2):220-231.
- Oliver A, Marques J, et al. Progression of pulmonary fibrosis in cystic fibrosis. *Respir Care* 2012;57(2):220-231.

## ¿QUÉ INDICACIONES SON INDICADAS EN LA FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA?

Dra. Clau

- Vacunación: contra la neumonía adquirida en la comunidad, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades respiratorias crónicas. La vacuna contra la influenza se recomienda al menos una vez al año.
- Z3-valent: conjugada