



NuevoHospital

versión digital

Vía clínica para el manejo urgente del paciente con Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada

***M.P. Avellaner Lacal, T. Pérez Fernández, R.M. Mezquita
Fernández, A. Fernández Testa***

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA.
Servicio de Urgencias.

NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
Coordinación Editorial: Rafael López Iglesias (Director Gerente)
Dirección: Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)
Comité de Redacción:
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)
ISSN: 1578-7516

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.





Vía clínica para el manejo urgente del paciente con Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada

M.P. Avellaner Laca⁽¹⁾, T. Pérez Fernández⁽²⁾, R.M. Mezquita Fernández⁽³⁾, A. Fernández Testa⁽⁴⁾

⁽¹⁾Supervisora de Enfermería, ⁽²⁾Enfermera, ⁽³⁾Auxiliar de Enfermería, ⁽⁴⁾F.E.A.

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

CONCEPTO Y OBJETIVOS :

Con la vía de práctica clínica para el manejo urgente del paciente con insuficiencia respiratoria crónica descompensada en nuestro Servicio de Urgencias intentamos detallar un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, encaminadas a guiar a los distintos profesionales en el manejo de esta patología, de forma integral, tanto en el plano temporoespacial, como en la adecuación de las ayudas técnico-diagnósticas y terapéuticas, disminuyendo la variabilidad clínica, definiendo la responsabilidad de cada uno de los profesionales que intervienen, eliminando en lo posible los retrasos en la toma de decisiones clave, y por tanto incrementando la eficacia y eficiencia de los recursos, adecuándolos a las características de nuestro Servicio y al contexto sanitario en el que nos movemos.

En última instancia siempre deben adaptarse a las características individuales de cada paciente.

La forma final de expresión será una matriz temporal, que facilite la consulta rápida y la revisión en el momento que se precise.

Esta propuesta inicial precisa, antes de su puesta en funcionamiento, una revisión multidisciplinaria, con el fin de conseguir el consenso general entre los distintos profesionales implicados en la atención urgente al paciente, valorando así mismo si es o no factible su aplicación (ANEXO 1).

El último paso antes de la redacción definitiva de la vía clínica será la puesta en práctica de la misma durante un periodo de prueba, recogiendo los resultados en una hoja de seguimiento (ANEXO 2).

DEFINICION:

La **enfermedad pulmonar obstructiva crónica** (EPOC) es definida por la SEPAR (Sociedad Española de Patología Respiratoria) como un proceso caracterizado por un descenso de los flujos respiratorios, que no cambian de manera notable durante periodos de varios meses de seguimiento. La mayor parte de esta limitación al flujo aéreo es lentamente progresiva y poco reversible.

Bajo la denominación de EPOC se incluyen habitualmente tres procesos: la bronquitis crónica, la enfermedad de las pequeñas vías aéreas y el enfisema pulmonar.

La **bronquitis crónica** se define como una sobreproducción crónica de esputo, aceptándola como crónica cuando se presenta más de 3 meses por año durante dos o más años consecutivos.

El **enfisema pulmonar** es un concepto anatomopatológico definido por un aumento anormal y permanente de los espacios aéreos distales al bronquiolo terminal, acompañado de destrucción de sus paredes. En personas fumadoras las alteraciones en las vías aéreas periféricas (**enfermedad de las pequeñas vías aéreas**) precede al desarrollo del enfisema.

La **agudización de EPOC** viene definida por un aumento de la disnea, con o sin aumento de la tos, del volumen y purulencia de los esputos. Las causas de descompensación son variables destacando la infección respiratoria, con o sin neumonía, responsable del 50% de las agudizaciones.



DESARROLLO DE LA VIA :

TIEMPO 1: LLEGADA AL SERVICIO

RECORRIDO Y UBICACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIARES	ADMISION	<p>Ante clínica expresada por paciente o familiares de “fatiga, ahogo..” indicar a los celadores el paso del paciente a boxes. Solicitar de los familiares los datos de identificación del paciente. Solicitar posibles informes clínicos previos. Ubicar a los familiares en la sala de espera. Informe de Urgencias con dos bloques de pegatinas. Solicitar Historia Clínica a archivo.</p>
	CELADORES	<p>Transporte del paciente en camilla de la ambulancia con cabecera elevada o en silla. Nunca caminando. Ubicación en uno de los boxes. Asegurar intimidad.</p>
CUIDADOS DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	<p>Identificarse como tal. Ayudar al paciente a desnudarse. Elevar cabecera de la cama dejando al paciente semisentado. Asegurar comodidad del paciente. Pasar familiar con el paciente si su situación lo precisa. Colocar termómetro. Indicar la situación del timbre de aviso.</p>
	ENFERMERIA	<p>Identificarse como tal. Valoración clínica inicial. Tranquilizar al paciente. Valorar permeabilidad de vía aérea superior: aspirar secreciones si es necesario. Toma de constantes: TA, FC, FR, Tª, pulsioximetría. Informarse de posible Oxigenoterapia domiciliaria, si O2 domiciliaria administrar O2 a igual flujo. Informarse de posibles alergias a medicamentos. Abrir Hoja de Enfermería.</p>
TRATAMIENTO MEDICO		<p>Identificarse como médico. Realizar historia clínica en relación con la enfermedad actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existencia de disnea (forma de comienzo, ortopnea...). - Tos, con o sin expectoración , con o sin dolor torácico asociado. - Fiebre. - Síntomas neurológicos. - Factores desencadenantes.
AYUDAS DIAGNOSTICAS		<ul style="list-style-type: none"> - Historia previa de EPOC (evolución, grado de limitación funcional, .descompensaciones previas, ingresos previos en planta o en UCI, fecha .último ingreso, tratamiento actual y cumplimiento del mismo). - Patologías asociadas. - Alergias a medicamentos. - Hábitos tóxicos.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		<p>Preparar volantes de petición de gasometría, hemograma, bioquímico, Rx anteroposterior y lateral de tórax.</p>





TIEMPO 2 : ASISTENCIA

RECORRIDO DE PACIENTE Y FAMILIARES	Mantener en box, posición semisentado. Familiar junto a paciente. Resto de familiares en sala de espera informados de motivo de demora.
CUIDADOS DE ENFERMERIA	Realizar ECG. Monitorizar pulsioximetría. Extraer analítica: hemograma, bioquímico y gasometría. Tras extracción de muestra para gasometría administrar O ₂ , por Ventimask [®] al 24-28%. Canalizar vía venosa periférica con SG al 5% a un ritmo que asegure hidratación sin sobrecarga de volumen, o heparinizarla.
TRATAMIENTO MEDICO	<ul style="list-style-type: none">- Exploración física completa valorando existencia de fiebre, compromiso respiratorio (FR, uso de musculatura accesoria, tiraje, coordinación musculatura toraco-abdominal, tolerancia al decúbito), nivel de conciencia, posibles signos de ICC o de TVP, auscultación cardiaca y respiratoria.- Iniciar tratamiento:<ul style="list-style-type: none">- Broncodilatadores:<ul style="list-style-type: none">- Agonistas β-2 por vía inhalatoria:<ul style="list-style-type: none">. Salbutamol (VENTOLIN[®]) 1 ml en 3 ml de SF nebulizado, con un flujo de O₂ de 6-8 l/minuto.- Anticolinérgicos:<ul style="list-style-type: none">. Bromuro de Ipatropio (ATROVENT[®]) 1 amp. de 500 μg en 3 cc de SF.Puede mezclarse.- Corticoides por vía IV :<ul style="list-style-type: none">. Hidrocortisona (ACTOCORTINA[®]) 200-1000 mg. diluidos en 100 cc de SF a pasar en 15-30 minutos.. Metilprednisolona (URBASON[®]) 80 mg. en bolo. <p>Reflejar el tratamiento en hoja de Ordenes de tratamiento.</p>
AYUDAS DIAGNOSTICAS	Plantear diagnostico diferencial con TEP, ICC... Criterios clínicos de infección respiratoria: aumento de disnea, del volumen del esputo o de la purulencia del mismo.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	Valorar extracción de hemocultivos si existen criterios clínicos de infección respiratoria. Extraer dos tomas de 20 ml. En distintos puntos, simultaneas. Puede usarse sangre arterial o venosa.



TIEMPO 3: EVOLUCION

RECORRIDO Y UBICACION	<p>Permanecerá en cama, semisentado. Familiar junto a paciente. Si la situación clínica lo permite traslado a servicio de Radiología para realizar Rx , transporte en cama con O₂ al flujo indicado. Mantener informados a familiares en sala de espera.</p>
CUIDADOS DE ENFERMERIA	<p>Administrar tratamiento indicado en hoja de Ordenes de Tratamiento. Monitorización de pulsioximetría. Reevaluación del paciente: necesidad de aspirar secrecciones, intimidad y comodidad. Explicar motivos de espera a familiar y paciente. Mantener oxigenoterapia por Ventimask[®] tras tratamiento nebulizado.</p>
TRATAMIENTO MEDICO	<p>Reevaluación del paciente. Necesidad de repetir dosis de Agonistas β-2, puede administrarse cada 20 minutos en la primera hora y posteriormente cada 4-6 h. Valorar necesidad de tratamiento antibiótico.</p>
AYUDAS DIAGNOSTICAS	<p>Criterios de tratamiento antibiótico:</p> <ul style="list-style-type: none">- Criterios de infección respiratoria.- Pacientes mayores de 65 años.- Fiebre sin otro foco que lo justifique.- Pacientes con EPOC grave (FEV₁ < 50%).- Más de 4 agudizaciones al año.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	<p>Valorar Oxigenoterapia en función de los resultados. Objetivo alcanzar una Sat. de O₂ mayor del 90% y/o una pO₂ mayor o igual a 60 mmHg sin incrementar la pCO₂ en más de 10 mmHg ni disminuir el pH por debajo de 7,25. Si hipoxemia sin hipercapnia aumentar FiO₂. Si a pesar del tratamiento aumenta pCO₂, disminuye el pH o criterios de gravedad valorar intubación y traslado a UCI, o bien usar BiPAP.</p>





TIEMPO 4: RESOLUCION. INGRESO HOSPITALARIO

RECORRIDO Y UBICACION	ADMISION	Solicitar cama de hospitalización en el servicio correspondiente. Especificar necesidad de oxigenoterapia. Realizar trámites de ingreso. Entregar a los celadores historia clínica y documentos de ingreso, indicando cuando puede llevarse a cabo en función de la disponibilidad de cama.
	CELADORES	Trasladar el paciente en cama, semisentado, con O ₂ por Ventimask [®] a la habitación asignada. Familiares acompañando al paciente, confirmando que no quedan familiares en la sala de espera.
CUIDADOS DE ENFERMERIA	AUXILIARES DE ENFERMERIA	Recoger las ropas y pertenencias del paciente. Revisar la correcta higiene de la cama. Revisar el box tras ser abandonado por el paciente
	ENFERMERIA	Revisar oxigenoterapia y vías venosas. Informar a los familiares del ingreso del paciente, remitiéndose al informe Médico para concretar situación clínica. Comprobar las anotaciones de la historia de enfermería. Si se demora el ingreso continuar administración de tratamiento y dieta. Si ingreso en UCI: acompañar al paciente durante su traslado.
TRATAMIENTO MEDICO		<p>Criterios de ingreso en planta de hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persistencia de las manifestaciones clínicas. - Hipoxemia con pO₂ inferior a 55 mmHg, Sat. < 90%. - Complicaciones del EPOC: neumonía, neumotórax, TEP, ICC... - Problemática social. <p>Informar familiares y paciente. Informar del ingreso a Servicio de Neumología / Medicina Interna.</p> <p>Criterios de ingreso en UCI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones en gasometría muy severas (pO₂ < 35 mmHg no corregida con O₂ a alto flujo, retención de CO₂, pH < 7,20-7,25). - Taquipnea mantenida con frecuencia > 30 r.p.m. - Fatiga o agotamiento de la musculatura respiratoria. - Obnubilación progresiva, encefalopatía hipercápnic. <p>Acompañar al paciente hasta ingreso en UCI e informar al intensivista. Informar al paciente y familiares.</p>
AYUDAS DIAGNOSTICAS		Interconsulta especializada.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		Valorar según edad, situación previa y causa actual del deterioro la viabilidad del ingreso en UCI.





TIEMPO 4: RESOLUCION. ALTA HOSPITALARIA

RECORRIDO Y UBICACIÓN	ADMISION	Solicitar ambulancia si es necesaria para traslado a domicilio. Registrar hora de fin de atenciones en Urgencias.
	CELADORES	Trasladar paciente en silla hasta puerta del Servicio de Urgencias. Confirmar que no quedan familiares en la sala de espera.
CUIDADOS DE ENFERMERIA	AUXILIARES DE ENFERMERIA	Ayudar al paciente a vestirse. Confirmar que no quedan prendas u objetos olvidados. Solicitar al celador silla para traslado del paciente. Revisar el box al ser abandonado por el paciente.
	ENFERMERIA	Retirar vías venosas. Retirar Ventimask®. Informar al paciente y familiares del alta hospitalaria, remitiéndose al Informe médico para más detalles.
TRATAMIENTO MEDICO		<p>Criterios de alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejoría de los síntomas y signos con estabilización de la gasometría basal (pO₂ > 65 mmHg o Sat. del 92-93%) - Precisa terapia β-inhalada no más de cada 4 horas. - El paciente es capaz de cruzar andando la habitación, comer y dormir sin disnea importante. - Paciente estable, sin terapia parenteral durante 12-24 horas. - El paciente y/o familiares conocen el uso correcto de la medicación. <p>Informar a paciente y familiares. Instaurar tratamiento domiciliario. Asegurarse del uso correcto de la terapia inhalada. Entregar informe clínico. Recomendar seguimiento por médico de Atención Primaria y/o especialista correspondiente.</p>
AYUDAS DIAGNOSTICAS		Interconsulta con Servicio de Neumología / Medicina Interna
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		



Vía clínica para el manejo urgente del paciente con Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada

		TIEMPO 1: LLEGADA AL SERVICIO DE URGENCIAS	TIEMPO 2: ASISTENCIA	TIEMPO 3: EVOLUCION	TIEMPO 4: RESOLUCION	
					ALTA	HOSPITALIZACION
RECORRIDO Y UBICACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIARES	ADMISION	Indicar a celadores el paso a boxes del paciente. Solicitar a los familiares los datos de identificación del paciente. Solicitar informes clínicos previos e H ² C ^a . Ubicar a los familiares en la sala de espera. Informe de Urgencias con dos bloques de pegatinas.	Mantener en box en posición semisentado. Familiar junto a paciente.	Mantener en cama, semisentado. Familiar junto a paciente. Traslado a Radiología en cama con O ₂ .	Solicitar ambulancia. Registrar hora de fin de atención.	Solicitar cama hospitalización especificando necesidad de oxigenoterapia. Realizar trámites de ingreso. Entregar documentos de ingreso a celadores.
	CELADORES	Transporte del paciente en camilla con cabecera elevada o en silla. Ubicación en uno de los boxes. Asegurar intimidad.			Trasladar al paciente en silla hasta la puerta. Confirmar que no quedan familiares en sala de espera.	Traslado del paciente en cama, semisentado, con O ₂ . Familiares acompañando al paciente.
CUIDADOS DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Identificarse como tal. Ayudar al paciente a desnudarse. Elevar cabecera de cama, paciente semisentado. Asegurar comodidad al paciente. Pasar al familiar con el paciente si precisa. Colocar termómetro. Indicar la situación el timbre de aviso.	Realizar ECG. Monitorizar pulsioximetría. Extraer analítica : hemograma, bioquímico y gasometría. Tras extracción de gasometría administrar O ₂ por Ventimask [®] al 24-28%. Canalizar vía venosa periférica	Administrar tratamiento. Monitorizar pulsioximetría. Reevaluación del paciente. Explicar motivos de espera a paciente y familiares. Mantener O ₂ por Ventimask [®] tras tratamiento nebulizado.	Ayudar al paciente a vestirse. Confirmar que no quedan objetos olvidados. Solicitar silla. Revisar box.	Recoger ropas y pertenencias del paciente. Asegurar correcta higiene de la cama. Revisar el box tras salida del paciente.
	ENFERMERIA	Identificarse como tal. Valoración clínica inicial. Tranquilizarle. Valorar permeabilidad de vía aérea superior: aspirar secreciones. Toma de constantes: TA, FC, FR, T ^a , pulsioximetría. Informarse si oxigenoterapia domiciliaria: administrar O ₂ a igual flujo. Alergias medicamentosas. Abrir Hoja de Enfermería.			Retirar vía venosa. Retirar Ventimask [®] . Informar a paciente y familiares. Cerrar Hoja de Enfermería.	Revisar oxigenoterapia y vías venosas. Informar a familiares. Comprobar historia clínica de enfermería. Continuar tratamiento y dieta hasta ingreso. Si ingreso en UCI acompañar al paciente en el traslado.
TRATAMIENTO MEDICO		Identificare como tal. Realizar historia clínica de enfermedad actual: - Disnea: forma de comienzo, ortopnea... - Tos, expectoración, dolor torácico. - Fiebre. - Síntomas neurológicos. - Factores desencadenantes.	Exploración física completa. Iniciar tratamiento: - Broncodilatadores: . Agonistas β-2 inhalados . Anticolinérgicos - Corticoides por vía IV Hoja de órdenes de Tratamiento	Reevaluación del paciente. Necesidad de más tratamiento. Valorar necesidad de trat. antibiótico.	Criterios de alta. Informar a paciente y familiares. Tratamiento domiciliario. Valorar uso correcto de inhaladores. Entregar informe clínico. Recomendar seguimiento por MAP y/o especialista.	Criterios de ingreso. Informar Neumología/ M. I. Informar a paciente y familiares Criterios de ingreso en UCI. Acompañar a paciente hasta ingreso e informar intensivista.
AYUDAS DIAGNOSTICAS		Historia previa de EPOC. Patologías asociadas. Alergias a medicamentos. Hábitos tóxicos.	Diagnostico diferencial. Criterios clínicos de infección respiratoria.	Criterios de tratamiento antibiótico.	Interconsulta.	Interconsulta.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		Preparar volantes de gasometría, hemograma, bioquímico, Rx.	Valorar extracción de hemocultivos.	Valorar oxigenoterapia en función de los resultados gasométricos.		Valorar criterios ingreso en UCI.





BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Montemayor Rubio T., Alfajeme Michavilla I., Escudero Bueno C., Morera Prat J., Sánchez Agudo L. Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Recomendaciones de la SEPAR. Ed. Doyma, 1998.
- 2.- Torres Murillo J.M., Jurado Gómez B., Jiménez Murillo L., Duran Secantes M., Degayón Rojo H. Manejo urgente del paciente con EPOC descompensada. Medicina de Urgencias. ED. Harcourt Brace, 1999.
- 3.- Murillo Romero A., Haro Earriol M.A., Belmonte Plaza M.A., Perales Pardo R. Insuficiencia respiratoria crónica. Urgencias en Medicina. Ed. Grupo Aula Médica, 1997.
- 4.- Fernández-Bujárrabal Villoslada J., Alvarez-Sala Walther L. EPOC e insuficiencia respiratoria aguda y crónica. Criterios de ingreso hospitalario y atención en Cuidados Intensivos. Medicine 1997; 7 (36) : 1604-1606.
- 5.- García Gil D. Agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Manual de Urgencias. 2000
- 6.- Busquet Duran L., Naberan Toña K., Hernández Duet E. Protocolo de asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en Atención Primaria. FMC. Protocolos 2000; 25-41.
- 7.- Zalacaín R. Infección y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 1998; 34: 453-462.
- 8.- Naberan Toña K.X., Lauger Rosselló MA., Hernández Huet E., Simonet Aineto P. Protocolo EPOC. FMC Protocolo 2000/1. ED. Doyma 2000.
- 9.- Alvarez Gutiérrez FJ., Soto Campos G., Castillo Otero D., Sánchez Gómez J., Calderón Osuna E., Rodríguez Becerra E., Castillo Gómez J. Estudio comparativo, aleatorio entre 3 días de tratamiento con azitromicina y 10 días de tratamiento con cefuroxima en las exacerbaciones de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Med Clin (Barc) 1999; 113: 124-128
- 10.- Naberan K. Tratamiento broncodilatador de la EPOC. Medicina de Familia basada en la evidencia. Aten Primaria 1998; 21: 109-113
- 11.- Galán Dávila A., Martínez Martínez MT., Cabanillas Martín JJ., Echave-Sustaeta Mariatomé JM. EPOC. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y manejo terapéutico. Medicine 1997; 7(38): 1648-1652.
- 12.- Montemayor T., Alfajeme I., Escudero C., Morera J., Sánchez Aguado L. Normativas sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 1996; 32: 285-301.
- 13.- Mancebo J., Benito S., Net A. Efectos de la ventilación con presión de soporte con máscara facial en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica en descompensación aguda. Med Clin (Barc) 1994; 102: 641-646.
- 14.- Artacho R., García de la Cruz J.I., Panadero J.A., Jurado Solis A., Degayón H., Guerrero A. Ventilación mecánica no invasiva. Utilidad clínica en urgencias y emergencias. Emergencias 2000; 12:328-336.
- 15.- J.M. Añon Elizalde, A. García de Lorenzo y Mateos, M.P. Escuela Gericó. Reagudización en la EPOC con oxigenoterapia domiciliaria. UCI y ventilación mecánica. ¿Tenemos respuestas?. Med Intensiva 2001; 25:101-105.
- 16.- J.F. Solsona, G.Miró, A. Ferrer, L. Cabré, A. Torres. Los criterios de ingreso en UCI del paciente con EPOC. Documento de reflexión SEMICYUC-SEPAR. Med. Intensiva 2001; 25:107-111.
- 17.- A.J. Jovell, M.D. Navarro. Guías de práctica clínica. FMC 1995; 3:152-156.
- 18.-A.J.Jovell, M.D. Navarro-Rubio, M. Aymerich, M. Serra-Prat. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20:259-266.
- 19.- R. Arquiga Thireau. Protocolos: hasta dónde especificar las recomendaciones. FMC 1995; 3:147-151.
20. – Vargas Padial JC, Sánchez de la Nieta Pérez R, Legido Revuelta B, López Romero A, Cortés Bermejo S, Pacheco Rodríguez A. Vía Clínica para el paciente con lesión traumática de tobillo. Emergencias 2001; 13:218-219.





Vía clínica para el manejo urgente del paciente con Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada

ANEXO 1: HOJA DE VARIACION DE LA VÍA CLÍNICA

TIEMPO 1 : LLEGADA AL SERVICIO DE URGENCIAS

VARIACION	MOTIVO

TIEMPO 2 : ASISTENCIA

VARIACION	MOTIVO

TIEMPO 3 : EVOLUCION

VARIACION	MOTIVO

TIEMPO 4 : RESOLUCION. ALTA

VARIACION	MOTIVO

TIEMPO 4: RESOLUCION. INGRESO HOSPITALARIO

VARIACION	MOTIVO





Vía clínica para el manejo urgente del paciente con Insuficiencia Respiratoria Crónica Descompensada

ANEXO 2 : HOJA DE CONTROL DE SEGUIMIENTO DE LA VIA CLINICA

TIEMPO 1 : LLEGADA AL SERVICIO DE URGENCIAS

● **ADMISION / CELADORES**

- Informes clínicos previos
- Historia Clínica de Archivos
- Transporte del paciente

● **AUXILIAR/ ENFERMERIA**

- Identificación del personal
- Ayuda para desnudarse
- Asegurar comodidad del paciente
- Toma de constantes
- Pulsioximetría
- Preguntar por oxigenoterapia domiciliaria
- Hoja de Enfermería
- Alergias medicamentosas

● **MEDICO**

- Identificación
- Enfermedad actual
 - . Disnea
 - . Tos, expectoración
 - . Fiebre
 - . Síntomas neurológicos
 - . Desencadenantes
- Historia previa de EPOC
- Alergias medicamentosas
- Hábitos tóxicos

TIEMPO 2 : ASISTENCIA/ TIEMPO 3 : EVOLUCION

● **ADMISION / CELADORES**

- Familiar junto al paciente
- Transporte en cama

● **AUXILIAR / ENFERMERIA**

- Oxigenoterapia por Ventimask®
- ECG
- Extracción analítica

● **MEDICO**

- Exploración física
 - . Frecuencia respiratoria
 - . Dificultad respiratoria
 - . Nivel de conciencia
 - . Signos de TVP / ICC
- Tratamiento
 - . Broncodilatadores
 - . Corticoides IV
- Valoración de Hemocultivos
- Tratamiento en hoja de ordenes
- Reevaluación tras tratamiento

TIEMPO 4 : RESOLUCIÓN. ALTA HOSPITALARIA

● **ADMISION /CELADORES**

- Registrar fin de atención
- Traslado en silla hasta puerta

● **AUXILIAR / ENFERMERIA**

- Ayudar al paciente
- Revisar box
- Retirar vía venosa / mascarilla
- Cerrar hoja de enfermería

● **MEDICO**

- Informar a paciente y familiares
- Explicar tratamiento domiciliario
- Valorar uso de inhaladores
- Entregar informa clínico
- Recomendar seguimiento por MAP

TIEMPO 4 : RESOLUCION. INGRESO HOSPITALARIO

● **ADMISION / CELADORES**

- Solicitar cama hospitalización
- Entregar ingreso a celadores
- Traslado en cama
- Familiares acompañando paciente

● **AUXILIAR / ENFERMERIA**

- Recoger pertenencias del paciente
- Revisar higiene de la cama
- Revisar oxigenoterapia y vías venosas
- Acompañar paciente a UCI

● **MEDICO**

- Informar familiares y paciente
- Interconsulta
- Acompañar paciente a UCI

