



Programa de Control de las Enfermedades Respiratorias del Adulto en Chile



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

2002



W7140
m665p
2001

Programa de Control de las Enfermedades Respiratorias del Adulto en Chile

NORMAS TÉCNICAS



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Donación (WRS) (Lilacs)

799



Indice

	Página
Presentación	5
Grupo Técnico-Normativo	7
1. Situación de las Enfermedades Respiratorias en Chile	11
2. Estructura y objetivos del Programa	27
3. Prevención:	
Prevención específica antitabáquica	37
Vacunación Anti-influenza	43
Normas Técnicas de Diagnóstico y Tratamiento:	
☐ Enfermedades Respiratorias Altas	51
☐ Neumonía del Adulto adquirida en la comunidad	57
☐ Asma Bronquial	63
☐ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	69

Presentación

En el presente documento se incluye un panorama global de la situación epidemiológica de las Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), se definen las principales estrategias de intervención y se proponen las bases técnicas y administrativas que sustentan un nuevo programa de control, cuyo objetivo central será reducir la morbi-mortalidad por estas causas.

Para la preparación y puesta en marcha de este programa se ha propuesto utilizar como referencia las experiencias obtenidas en los programas de control de la Tuberculosis, de las Infecciones Respiratorias Agudas (Ira infantil). Además se considera coordinar actividades con el programa de Salud del Adulto Mayor.

De acuerdo al programa de actividades establecido, durante 2001 se implementó el programa ERA en un área que incluye quince consultorios de Atención Primaria de la Región Metropolitana. Esta primera etapa de carácter piloto, es considerada indispensable en el establecimiento de bases sólidas para el desarrollo de la expansión del programa a todo el territorio nacional, en plazos relativamente breves y preestablecidos por prioridades epidemiológicas.

Las normas técnicas de diagnóstico fueron oficializadas mediante una Resolución Ministerial. En esta primera etapa, los

procedimientos administrativos han tenido un carácter provisorio y podrán ser modificados o actualizados, según lo indiquen las conclusiones que se obtengan en las evaluaciones periódicas del programa.

El grupo de trabajo encargado de elaborar este manual estima que el resultado de esta tarea debe ser valorado, bajo la perspectiva de ser un primer esfuerzo destinado a proporcionar las herramientas prácticas y efectivas para guiar las actividades del programa y apoyar la capacitación del personal encargado de llevarlo a cabo.



Dr. Osvaldo Artaza
Ministro de Salud

Grupo Técnico-Normativo de Trabajo

(RESOLUCIÓN EXENTA N° 2282)

PROGRAMA ESPECIAL DE CONTROL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO

INTEGRANTES :

- MANUEL ZÚÑIGA GAJARDO, médico especialista en Salud Pública, epidemiólogo, División de Salud de las Personas, Encargado del Programa de TBC, quien coordinó el grupo y presidió sus reuniones.
- RICARDO SEPÚLVEDA MONCAYO, médico, Profesor de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Instituto Nacional del Tórax, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
- RUBÉN GAMBOA DE BERNARDI, médico especialista en Salud Pública, División Atención Primaria, que ofició como Secretario Ejecutivo de este grupo.
- RODRIGO SOTO ROJAS, médico, especialista en Enfermedades Respiratorias, Jefe División Atención Primaria
- CARLOS PEÑA MARTINETTI, médico, especialista en Enfermedades Respiratorias, Servicio de Salud Metropolitano Central
- MARTA ROJAS ESQUIVEL, Enfermera, especialista en Salud Pública, División de Salud de las Personas, Programa Tbc.
- RODRIGO GIL DIB, médico especialista en enfermedades respiratorias, representante de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.

- PEDRO MANCILLA FRITIS, Kinesiólogo, especialista en Enfermedades Respiratorias Infantiles, División de Salud de las Personas, encargado del Programa IRA Infantil.
- PEDRO ASTUDILLO OLIVARES, médico, neumólogo pediátra, Encargado Unidad de Enfermedades Respiratorias, División de Salud de las Personas.
- MÓNICA MUÑOZ GONZALEZ, Enfermera, especialista en Salud Pública, Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto, Servicio de Salud Metropolitano Sur
- ALICIA VILLALOBOS TOUTÍN, Enfermera, especialista en Geriatria, División de Salud de las Personas, Encargada Programa Adulto Mayor.
- CLAUDIO ACUÑA SEPÚLVEDA, Estadístico, Departamento de Estadísticas e Informaciones de Salud.
- JAIME ABURTO RODRIGUEZ, kinesiólogo, especialista de problemas respiratorios del adulto, Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Participaron, además, como consultores especiales los Drs. SERGIO BELLO SILVA y ALVARO UNDURRAGA PEREIRA.

I. Situación de las Enfermedades Respiratorias en Chile

- **IMPORTANCIA**
- **MORTALIDAD**
- **MORBILIDAD**

Introducción

Las enfermedades respiratorias se mantienen en Chile entre las principales causas de morbilidad y de mortalidad en todas las edades. Su magnitud global y su importancia relativa son factores determinantes para que la situación de salud del país sea todavía, al comenzar el siglo XXI, la que corresponde a un país tercermundista. En efecto, son la morbi-mortalidad y frecuencia relativa de las enfermedades respiratorias y de la tuberculosis, así como la persistencia de algunas enfermedades transmisibles de tipo entérico los elementos de caracterización epidemiológica transicional de la situación de salud de Chile. Esta incluye componentes del desarrollo y del subdesarrollo, con una gran variabilidad, determinada por condiciones sociales y regionales de manifiesta desigualdad. Esta combinación, originada por el incremento absoluto y relativo de las enfermedades crónicas no transmisibles ("enfermedades del desarrollo") y la persistencia de enfermedades propias de etapas anteriores ("deuda tercermundista"), crea las condiciones de acumulación epidemiológica de problemas que deben ser afrontados por la Organización responsable de la Salud Pública mediante la aplicación sistemática de medidas adecuadas que permitan obtener el impacto que se requiere para reducir las actuales tasas, que en el caso de la mortalidad por enfermedades respiratorias, son el doble o triple de las observadas en los países desarrollados.

En otras palabras, bastaría una reducción sustancial de las actuales tasas de morbi-mortalidad por enfermedades respiratorias agudas del adulto junto a la prosecución de los avances obtenidos en el control de la tuberculosis y en la reducción de la mortalidad por IRA infantil en la década de los noventa, para que la situación de salud de Chile sea similar a la de países industrializados.

La importancia del programa que nos proponemos llevar a efecto con este objetivo, queda así claramente definida. La experiencia chilena ha demostrado desde hace varias décadas la factibilidad de alcanzar una mejor situación de salud que la que podría esperarse de acuerdo al marco general de desarrollo socio-económico del país si los problemas de salud son abordados mediante programas de cobertura nacional, bien fundamentados técnicamente y apoyados por una planificación nacional de salud coherente.

Mortalidad

I. OBSERVACION DE TASAS

Las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias registradas en Chile son significativamente superiores a las correspondientes a países desarrollados y similares a las observadas en países latinoamericanos con mejor situación general de salud. En la Tabla 1 se presentan los datos de Chile correspondientes a los años 1997 a 1999. La comparación con otros países mediante la razón de tasas, demuestra que la mortalidad registrada en Chile es de 2 a 3,5 veces superior a las observadas en países desarrollados.

Tabla 1

Comparación de las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias en Chile y otros países en años recientes

País	Año	Tasa(por100 mil)	Razón de sobre Mort. Chile
Chile	1999	76.1	-----
Alemania	1997	29.8	2.55
Italia	1995	27.7	2.75
Austria	1998	21.8	3.51
Argentina	1996	62.0	1.23
Cuba	1996	66.4	1.15
Francia	1996	32.1	2.37
Suecia	1996	34.6	2.20

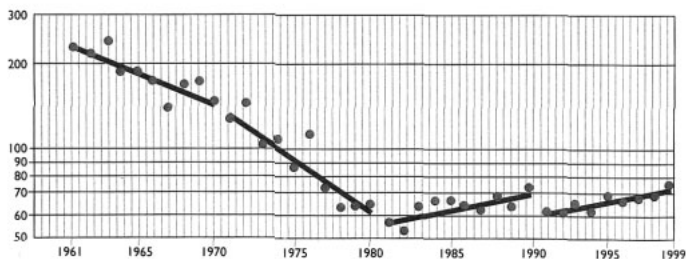
2. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD: (1961 - 1999)

En este período, las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias han experimentado un importante descenso, desde tasas superiores a 200 por cien mil al comienzo de la década de los sesenta éstas se mantienen bajo los 70 por cien mil, a partir de comienzo de los ochenta.

En el gráfico N°1 se analizan las tendencias registradas por períodos decenales. De este análisis se puede concluir:

- En el período 1961-1970 la tendencia de la mortalidad por IRA es descendente en un promedio de 5,05% por año.
- En el período 1971-1980, la tendencia continúa siendo descendente con un promedio de 9,1% anual.
- En el período 1981-1990 esta tendencia decreciente se revierte y se observan, en cambio, una tendencia a un lento aumento de 2,48% anual.
- Por último en el período 1991-1999, esta tendencia al aumento de las tasas de mortalidad continúa en lenta progresión a un ritmo de 2,41% anual.

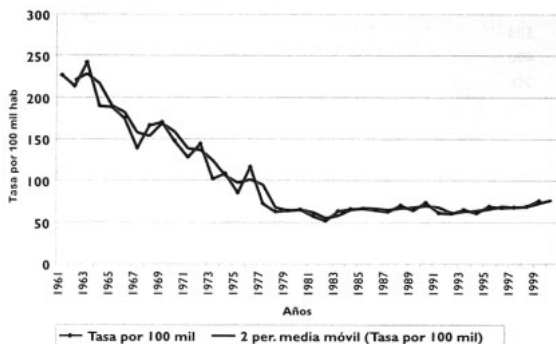
Gráfico N° 1
Mortalidad por Enfermedades Respiratorias
Tendencias decenales (Método Exponencial)
Chile, años 1961-1989.



Si se comparan en este análisis períodos de 20 años, se observa que en el período 1961 a 1980, la mortalidad por IRA desciende a un ritmo promedio de un 7% anual y en cambio

en los 20 años siguientes, de 1981 a 1999, la tendencia al descenso se revierte y se observa un aumento sostenido cercano al 2% anual.

Gráfico N° 2
Tasas de Mortalidad por Enfermedades Respiratorias
Chile 1960 - 1999



3. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDADES

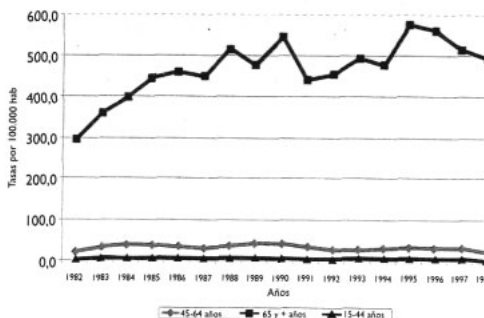
Entre 1982 y 1998 se observa una notable reducción de las tasas de mortalidad en los grupos de menores de 15 años.

Tanto en los menores de 1 año, como en los niños de 1 a 14, las tasas se reducen a menos de la mitad. El grupo de 15 a 44 se mantiene relativamente estable y el de 45 a 64 experimentó alguna reducción.

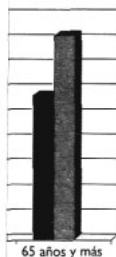
En cambio, es notable el incremento de las tasas de mortalidad en los mayores de 65 años que de esta forma se revelan como el grupo de mayor riesgo.

Gráfico N°3a

Tasas específicas de mortalidad por Neumonía por grupo etario
Chile-1982-1998



1998



65 años y más

grupo de máximo riesgo, se hace evidente en la tabla 2, en el que se presenta la mortalidad por grupos de edades, correspondiente a 1998. En ese año el 83% de todas las defunciones por enfermedades respiratorias ocurrió en mayores de 65 años.

Esta es una proporción considerablemente mayor a la observada a 1982 que era de 62%. Igualmente importante es la diferencia existente entre la mortalidad de los menores de 1 año y de 1 a 14 años, cuando se comparan ambas situaciones (1982 y 1998).

Tabla N°2

Porcentaje de muertes por grupos de edades

EADES	1982	1998
- 1 año	14	3
- 1 a 14	4	1
- 15 a 44	5	3
- 45 a 64	15	10
- 65 años y +	62	83

4. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD SEGÚN CAUSA

4.1. Mortalidad por Neumonía:

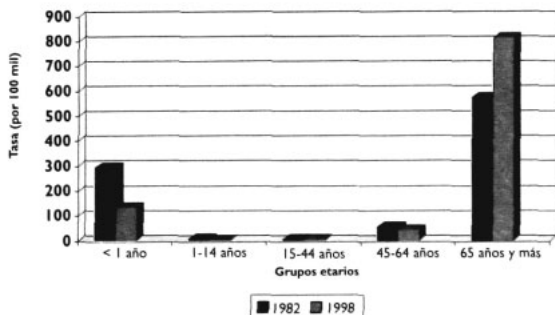
La observación de las tasas de mortalidad específica por Neumonía en los grupos etarios de 15 a 44 años, de 45 a 64 años y de 65 años y más permite constatar que se aprecia un aumento de las tasas en los mayores de 65 años, en que la tasa pasa desde 293,5 por 100 mil en 1982 a un máximo de 574 por 100 mil en 1995, para luego disminuir a 490,5 en 1998. En el grupo etario de 15 a 44 años, se observa una tasa baja, relativamente estable en niveles iniciales de 3,2 por 100 mil en 1982 hasta 5 por 100 mil en 1990 y 2,6 en 1998. En el grupo de 45 a 64 años, la tendencia de la mortalidad es igualmente estable, de 21,2 por 100 mil en 1982 hasta un máximo de 42,3 por 100 mil en 1989 para luego disminuir a niveles de alrededor de 30 por 100 mil en los años siguientes y 20 por 100 mil en 1998.

4.2. Mortalidad por Asma.

Las tasas específicas por grupos etarios en el período 1982 a 1998 indica niveles relativamente estables en los 3 grupos etarios, en niveles más bajos en el grupo de 45 a 64 años en niveles entre 3,9 y 1,9 por 100 mil en el período observado; en el grupo de 65 años y más, las tasas oscilan entre 21,8 y 18,2 entre 1982 y 1998 y en el grupo de 15 a 44 años los niveles de las tasas son intermedios, de 12 por 100 mil en 1982, 23 en 1989 para luego disminuir a partir de este año a niveles de 7 en 1998.

Gráfico N°3

Evaluación de Tasas de Mortalidad por Enf.
Respiratorias por grupos etarios-Chile 1982-1998



La condición de los mayores de 65 años como grupo de máximo riesgo, se hace evidente en la Tabla 2, en el que se presenta la mortalidad por grupos de edades, correspondiente a 1998. En ese año el 83% de todas las defunciones por enfermedades respiratorias ocurrió en mayores de 65 años.

Esta es una proporción considerablemente mayor a la observada a 1982 que era de 62%. Igualmente importante es la diferencia existente entre la mortalidad de los menores de 1 año y de 1 a 14 años, cuando se comparan ambas situaciones (1982 y 1998).

Tabla N°2

Porcentaje de muertes por grupos de edades

EDADES	1982	1998
- 1 año	14	3
- 1 a 14	4	1
- 15 a 44	5	3
- 45 a 64	15	10
- 65 años y +	62	83

4. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD SEGÚN CAUSA

4.1. Mortalidad por Neumonía:

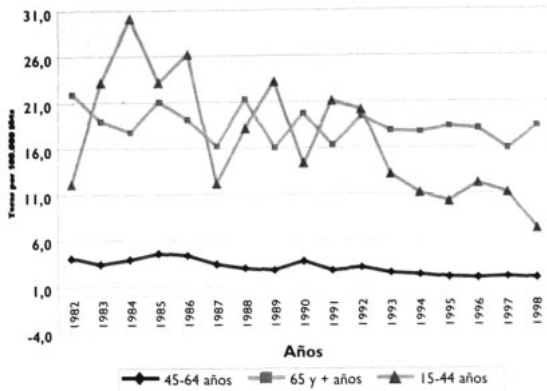
La observación de las tasas de mortalidad específica por Neumonía en los grupos etarios de 15 a 44 años, de 45 a 64 años y de 65 años y más permite constatar que se aprecia un aumento de las tasas en los mayores de 65 años, en que la tasa pasa desde 293,5 por 100 mil en 1982 a un máximo de 574 por 100 mil en 1995, para luego disminuir a 490,5 en 1998. En el grupo etario de 15 a 44 años, se observa una tasa baja, relativamente estable en niveles iniciales de 3,2 por 100 mil en 1982 hasta 5 por 100 mil en 1990 y 2,6 en 1998. En el grupo de 45 a 64 años, la tendencia de la mortalidad es igualmente estable, de 21,2 por 100 mil en 1982 hasta un máximo de 42,3 por 100 mil en 1989 para luego disminuir a niveles de alrededor de 30 por 100 mil en los años siguientes y 20 por 100 mil en 1998.

4.2. Mortalidad por Asma.

Las tasas específicas por grupos etarios en el período 1982 a 1998 indica niveles relativamente estables en los 3 grupos etarios, en niveles más bajos en el grupo de 45 a 64 años en niveles entre 3,9 y 1,9 por 100 mil en el período observado; en el grupo de 65 años y más, las tasas oscilan entre 21,8 y 18,2 entre 1982 y 1998 y en el grupo de 15 a 44 años los niveles de las tasas son intermedios, de 12 por 100 mil en 1982, 23 en 1989 para luego disminuir a partir de este año a niveles de 7 en 1998.

Gráfico N° 4

Tasa de Mortalidad específicas por Asma, por grupo etario
Chile 1982-1998

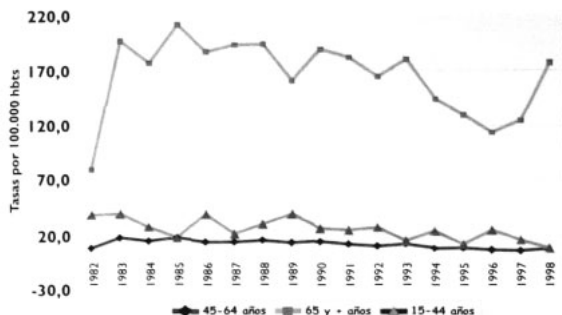


4.3. Mortalidad por EPOC.

Se observa una disminución discreta de la mortalidad por esta causa, en los 3 grupos etarios analizados; en los mayores de 65 años, las tasas eran de 196,7 por 100 mil en 1983 y luego disminuyen en forma discreta a partir de 1992 para estabilizarse en niveles de 120 por 100 mil. En el grupo de 45 a 64 años, las tasas que eran entre 15 y 18 por 100 mil entre 1983 y 1990 y luego disminuyen discretamente a partir de 1992 hasta niveles entre 7 y 8 por 100 mil en 1997-1998. En el grupo de 15 a 44 años, la tasa de mortalidad también disminuye, aunque con mayores oscilaciones, de 30 a 40 por 100 mil en 1983 hasta niveles bajo 20 por 100 mil a partir de 1993.

Gráfico N° 5

Tasa de Mortalidad específica por EPOC, por grupos de edad
Chile 1982-1998



5. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN RELACIÓN A MORTALIDAD TOTAL

Tabla N° 3

	N° de casos		
	Número	%	
1991	8.173	10,9	61,4
1999	11.433	14,0	76,1

- Las muertes por enfermedades respiratorias registradas en 1999, representan el 14% de las defunciones totales ocurridas en el país. Su participación en la mortalidad general aumentó de manera importante respecto a la registrada en 1991 (10,9%)
- En términos de tasas, la mortalidad registrada en 1999 (76,1) es significativamente superior a la tasa de 1991 (61,4 por 100.000) lo que representa un incremento de un 23,9%.

Morbilidad

1. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

El Departamento de Epidemiología del MINSAL ha efectuado estudios de carga de morbilidad en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) según los cuales se estima que para 1993 el indicador de carga es de 4% para las infecciones agudas de las vías respiratorias bajas (6,7%).

2. CENTROS SENSORES:

Se dispone de información regular de las consultas totales por grupo etario, por causas respiratorias totales, por IRA alta, Síndrome Bronquial Obstructivo y Neumonía en 11 Consultorios y Servicios de Urgencia a lo largo del país, desde Arica hasta Punta Arenas, en los grupos etarios de menores de 15 años, 15 a 64 años y mayores de 65 años.

En el grupo etario menor de 15 años, las consultas respiratorias totales representan entre un 25 y un 30% de las consultas totales en los meses de verano en la zona central del país, pero pueden ir hasta un 35 a 40% en la zona sur (IX y X Regiones). En los meses de invierno, las consultas respiratorias totales representan entre el 60 y el 70% del total de consultas en la zona central del país, pudiendo llegar a 80% en la zona sur del país. En este grupo etario, las consultas respiratorias por IRAS altas representan entre 50 y 70% de las consultas respiratorias totales, a lo largo del año.

Comparando las consultas respiratorias en el grupo de 15 a 64 años y de 65 años y más se observa que en el grupo de 15 a 64 años, las consultas respiratorias representan entre 12 y

15% del total de las consultas en este grupo etario, correspondiendo mayoritariamente a cuadros de IRA alta.

En el grupo de 65 años y más, los porcentajes de consultas respiratorias fluctúan alrededor del 10% del total, siendo igualmente mayores las consultas por IRA alta.

Este perfil se observa sobre todo en los Consultorios de Atención Primaria de estos Centros. En los servicios de Urgencia se aprecia un mayor número de consultas por cuadros más graves de Neumonía, indicando que en este grupo etario, las personas ante cuadros de mayor gravedad consultan en prioridad en los Servicios de Urgencia de los hospitales, de preferencia en grandes hospitales en la Región Metropolitana.

3. DATOS DE ENCUESTA DE SALUD PULMONAR (Santiago - octubre y noviembre de 1998)

Esta encuesta se efectuó en los meses indicados de 1998 en 6 Consultorios de Atención Primaria en los Servicios Sur y Occidente de Santiago como parte de un Estudio internacional multicéntrico patrocinado por la Organización Mundial de la Salud. Esta encuesta arrojó, entre otros resultados, los siguientes:

- ☐ De un total de 24.254 consultas de personas mayores de 5 años por todas las causas, 5.855, es decir, el 24,1% correspondió a personas con síntomas respiratorios.
- ☐ Las consultas respiratorias tienen, sin embargo, una variación importante según grupos etarios: En los menores de 15 años (5 a 14 años) alcanzó al 51,6%; en los mayores de 15 años constituyen el 13,2% de las consultas con la siguiente gradiente: 15 a 44 años: 18%; 45 a 64 años, 11,8% y 65 años y más, 8,8%.

-
- ❑ El 88,7% del total de consultas con sintomatología respiratoria en esta encuesta correspondió a casos agudos y 11,3% a casos crónicos.
 - ❑ La tasa de consultas por enfermedades respiratorias en relación a la población total cubierta por cada Consultorio (población estimada) alcanzó a 29 por mil en promedio, y en uno de ellos (Consultorio Garín) llegó a 49,3 por mil, pero en los otros 5 Consultorios encuestados, el rango de consultas fluctuó en un rango entre 28,7 y 32,3 por mil.
 - ❑ En cuanto a la distribución por sexo, el 60% de las consultas correspondió al sexo femenino y el 40% al sexo masculino, tanto en lo referente a respiratorias agudas como a enfermedades crónicas.
 - ❑ Un 43% de las consultas por enfermedades respiratorias agudas correspondieron a IRA baja en la población infantil (5 a 14 años). Esta proporción se eleva desde el 41 hasta el 70% de las consultas de adultos. La mayor proporción de IRA baja correspondió a los adultos mayores (65 años y más).
 - ❑ Se aprecia una alta frecuencia de Asma como causa de consulta, tanto intermitente como persistente: 1068 consultas, es decir, 20% del total de consultas por causa respiratoria, lo que puede explicarse, en parte, a que la encuesta fue hecha en período primaveral.
 - ❑ En lo que se refiere a Tuberculosis, se encontró un total de 890 personas con síntomas sospechosos. En ellos se hicieron 1719 baciloscopías (1,9 por persona sospechosa), lo que llevó a identificar 9 nuevos casos de Tbc activos en esta muestra (1 caso activo por 191 baciloscopías efectuadas).

2

Estructura y Objetivos del Programa ERA

27

■ ESTRUCTURA

Estructura del Programa

1. DEFINICIÓN

El Programa de Control de las Enfermedades Respiratorias del Adulto es un programa nacional, que debe coordinar las acciones que se lleven a cabo sobre este tema en los 3 niveles de atención, ejecutado preferentemente en la Atención Primaria y cuyas normas deben ser aplicadas progresivamente en todos los establecimientos de salud.

2. OBJETIVO GENERAL

Reducir la mortalidad y la letalidad de las Enfermedades Respiratorias del adulto en Chile, para de esta manera mejorar su calidad de vida.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dotar a los Centros de Salud con Salas de Apoyo Respiratorio del Adulto (SARA) para diagnosticar, tratar y rehabilitar de acuerdo a las normas a pacientes con enfermedades respiratorias agudas y crónicas, particularmente en la Atención Primaria.
- Mejorar la capacidad resolutive del nivel primario de atención, con el fin de aumentar el nivel de satisfacción de la población usuaria de los Servicios de Salud.
- Promover y desarrollar a mediano plazo acciones específicas para disminuir la prevalencia del Tabaquismo en la población.

4. POBLACIÓN OBJETIVO

Es la población beneficiaria del Sistema Público de Salud. Por ello sus acciones están integradas a los Servicios de Salud.

5. ESTRUCTURA

Es la establecida para el sector Público de Salud. Las actividades de control de las enfermedades respiratorias del adulto tienen una estructura de tres niveles: Ministerial o Central, de Servicios de Salud o intermedia y de Establecimientos Asistenciales o local. Las funciones y responsabilidades que a continuación se detallan estarán basadas en una norma técnica, cuyo enunciado es un mandato ministerial que sólo puede ser modificado por disposición del Ministerio de Salud.

5.1. Nivel central

Radica en el Ministerio de Salud, Divisiones de Salud de las Personas y de Atención Primaria. La responsabilidad directa de las actividades de control de las enfermedades respiratorias del adulto recaerá en un encargado de este programa.

Las funciones de este nivel son:

- ❑ Realizar el diagnóstico de situación de las enfermedades respiratorias del adulto en el país.
- ❑ Elaborar normas técnicas y de procedimientos para el control de las enfermedades respiratorias del adulto y actualizarlas en forma periódica.
- ❑ Coordinar la recolección y elaboración de la información relativa a las enfermedades respiratorias en sus aspectos epidemiológicos y estadísticos, difundiendo los

datos fundamentales y las recomendaciones que fluyan de su análisis.

- ❑ Regular, controlar, supervisar y evaluar las actividades de este Programa en el sector público de Salud, incluyendo la gestión financiera.
- ❑ Coordinar con otras Divisiones y Servicios Ministeriales aquellas actividades comunes de planificación, supervisión y ejecución del programa, así como también con los demás organismos nacionales de Salud, públicos y privados.
- ❑ Realizar o estimular el desarrollo de investigaciones clínicas, epidemiológicas y operacionales en este campo.
- ❑ Proponer programas de capacitación del personal de salud y participar en estas actividades a nivel nacional y regional.
- ❑ Participar en actividades comunicacionales del Programa.

5.2. Nivel Intermedio

Reside en las Direcciones de los Servicios de Salud. El Director del Servicio de Salud delegará en el Departamento de Programas de las Personas la responsabilidad del control global de este Programa, en donde existirá un Jefe de Programa y un "Equipo Técnico de Enfermedades Respiratorias del adulto", los cuales contarán con la asesoría de Epidemiología del Servicio. Sus miembros deberán ser respaldados por una resolución de la Dirección del Servicio, que les encomiende las funciones específicas técnico-administrativas del programa y les asigne las horas funcionarias necesarias para su cumplimiento.

En aquellas regiones con más de un Servicio de Salud, el Secretario Regional Ministerial designará a un profesional o al equipo

de uno de los Servicios de Salud como encargado de la coordinación y consolidación de la información de los Servicios de la Región.

Las funciones de este nivel son:

- ❑ Realizar y mantener actualizado el diagnóstico de situación de las enfermedades respiratorias del adulto en el Servicio de Salud.
- ❑ Hacer cumplir las normas ministeriales. Supervisar y evaluar las actividades del Programa en los niveles locales.
- ❑ Programar las actividades de control de acuerdo a los recursos necesarios para la:
 - a) Promoción y Prevención
 - b) Control, tratamiento y rehabilitación de los casos
 - c) Asesoría y supervisión, a los equipos de salud de los establecimientos así como a la red de laboratorios del Servicio, en sus aspectos técnicos y administrativos.
 - d) Capacitación del personal.
 - e) Actividades de generales de control, supervisión y evaluación, incluyendo la gestión financiera.
- ❑ Informar mensualmente al Nivel Central y Local sobre la marcha del programa.
- ❑ Efectuar de acuerdo a las disponibilidades, investigaciones operacionales con la asesoría del Nivel Central.

5.3. Nivel Local

Son los Hospitales, Servicios Clínicos, Centros de Salud y Postas rurales, donde se realizan las actividades asistenciales.

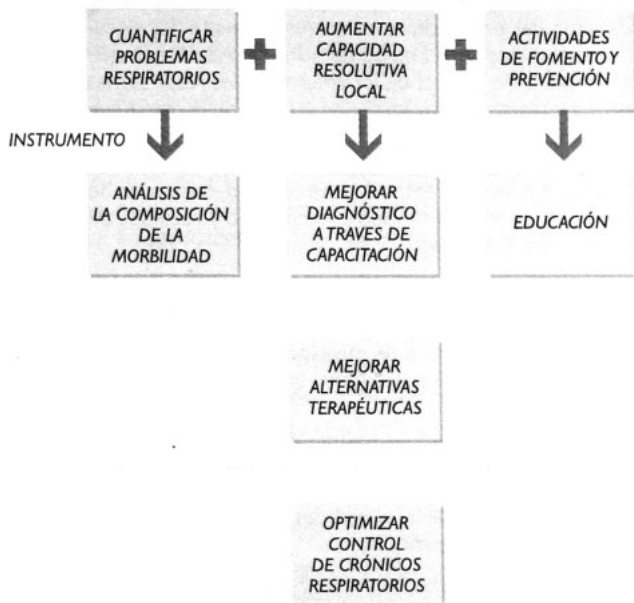
Es el nivel que ejecuta las acciones de acuerdo a las normas.

La responsabilidad del cumplimiento de las normas es del Director del establecimiento correspondiente. La ejecución está a cargo del Equipo de Salud de Adultos, ya que las acciones de control de las enfermedades respiratorias están integradas especialmente en la Atención Primaria, que es el nivel de atención donde preferentemente deben realizarse las actividades de diagnóstico de casos y administración del tratamiento. A este equipo básico debe agregarse un recurso médico especializado y recursos de enfermera y kinesiólogo.

Las funciones de este nivel son:

- ❑ Realizar el diagnóstico de situación de las enfermedades respiratorias del área territorial que cubre el establecimiento.
- ❑ Ejecutar las normas ministeriales.
- ❑ Programar y ejecutar las actividades de control de acuerdo a los recursos necesarios para la:
 - a) Promoción y Prevención
 - b) Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los casos
 - c) Capacitación de personal
 - d) Actividades de control y evaluación.
- ❑ Informar mensualmente a la Dirección del Servicio de Salud y al equipo de Salud Local de las actividades de este Programa.
- ❑ Participar en investigaciones operacionales con la asesoría del Servicio de Salud respectivo.

Sala de Apoyo Respiratorio del Adulto



3

Prevención

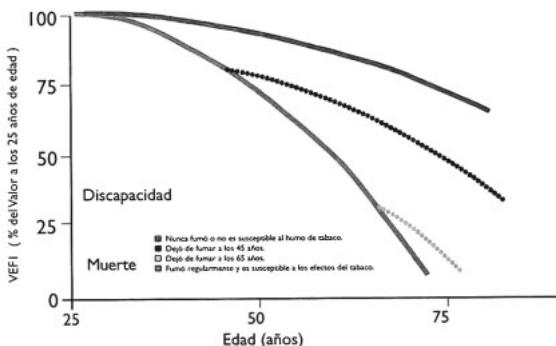
35

- PREVENCIÓN
ESPECÍFICA
ANTITABAQUICA
- VACUNACIÓN
ANTI-INFLUENZA

Prevención Específica Antitabaquica

CÓMO AYUDAR A LAS PERSONAS A DEJAR DE FUMAR

Disminución del Volúmen Expiratorio Forzado y Hábito Tabáquico.



El problema del tabaquismo se debería enfrentar con una perspectiva global, que considere aspectos de promoción, prevención y cesación del hábito de fumar. En promoción está el control ambiental, del entorno, y que tiene relación con las campañas de ambientes libres de humo, tanto a nivel laboral, en los espacios públicos, así como en los hogares. En cuanto a la prevención, hay todo un campo por desarrollar en lo que se refiere a que los niños no empiecen a fumar, o al menos retardar su inicio en el hábito. En el campo de la cesación, se le está dando una gran prioridad a esta área, a nivel mundial, ya que se ha visto que si no se hace algo por ayudar a las personas a dejar de fumar ahora, las muertes por tabaquismo en el orbe, seguirán aumentando durante los próximos 20 a 30 años.

¿Qué podemos, o quizás mejor, que debemos hacer los profesionales de la salud frente al tabaquismo?

En primer lugar modelar con el ejemplo. No podemos ser líderes en salud si no tenemos, o proyectamos una imagen "saludable". Esto implica por una parte, dar un ejemplo personal, lo cual significa no fumar; o al menos, no hacerlo en público. Pero al mismo tiempo también es necesario nuestro ejemplo institucional: en todos nuestros lugares de trabajo, sean públicos o privados, debería haber políticas institucionales de "ambientes libres de humo del tabaco", que por un lado protegen la salud de los no fumadores, y por otro tiendan a favorecer acciones personales o grupales para la promoción de ambientes sin humo, tanto en el lugar de trabajo como en los hogares.

En segundo lugar es necesario que los profesionales de la salud nos comprometamos con nuestros pacientes fumadores, realizando intervenciones que favorezcan el abandono del hábito tabáquico. Para estas intervenciones se han desarrollado metodologías, que han demostrado tener una excelente relación costo – beneficio.

Ya a comienzos de los años 80, Russel y cols. demostraron en Inglaterra que la consejería breve, realizada por médicos generales era efectiva, y más efectiva aún si se acompaña de folletos y de apoyo de otros profesionales. Esta consejería, realizada en la consulta habitual, ya sea por morbilidad o por cualquier otro motivo, ante los diversos profesionales de la salud (enfermeras, matronas, dentistas, kinesiólogos, etc), es la intervención con la mejor relación costo-efectividad, comparada con otras intervenciones de mayor intensidad, o que suponen métodos especiales como la hipnosis, métodos aversivos, terapias grupales, etc.

La metodología utilizada en todo el mundo para realizar esta consejería breve, con pequeñas variantes locales, es la

metodología denominada las 4 A, por las iniciales de las cuatro etapas de ésta:

- 1 Averiguar**
- 2 Aconsejar**
- 3 Ayudar**
- 4 Acordar seguimiento.**

I. Primera A: AVERIGUAR

Se le debe preguntar a todos los pacientes por el hábito de fumar, aprovechando todas las instancias por las cuales concurren a los establecimientos de salud, como por ejemplo, el control de niño sano, control del embarazo, consulta de morbilidad, control de signos vitales, etc.

Se le pregunta por:

- La cantidad y marca de cigarrillos que fuma
- Está interesado (a) en dejar de fumar?
- Lo ha intentado antes? Si es así, que pasó?

Todo ello nos permite ubicar la etapa del proceso de cesación en que se encuentra el paciente, el nivel de adicción y la motivación real para dejar de fumar. Se ha visto que los pacientes motivados mejoran al doble los resultados a largo plazo (1 año).

2. Segunda A: ACONSEJAR

Después de preguntar, se le debe aconsejar al paciente para que cese de fumar. Muchos pacientes no dejarán el cigarrillo después de la primera, segunda o tercera oportunidad en

que son aconsejados, sino que lo harán a la cuarta o la quinta vez en que se les insista en el hecho.

Por lo tanto es muy importante que la consejería antitabáquica sea parte rutinaria de la atención habitual a los pacientes fumadores.

El consejo debe ser claro y firme para que la persona se abstenga de fumar, adaptándolo a la personalidad de cada sujeto.

Es fundamental personalizar los argumentos de convencimiento: en adolescentes, es conveniente insistir sobre el efecto del cigarrillo en su capacidad de ejercicio y la asociación entre fumar y mal rendimiento escolar; a la embarazada le preocupa su hijo y los riesgos del parto; el adulto mayor teme más a las enfermedades y en este caso es necesario enfatizar, por ejemplo, los antecedentes familiares de patologías asociadas al tabaco, etc.

También se debe educar al fumador sobre los daños que puede causar a los que lo rodean. El efecto sobre los hijos pequeños es un buen argumento ante padres fumadores y debe ser abordado en las consultas pediátricas, especialmente si el niño tiene problemas respiratorios, como también en los controles de niño sano y embarazo.

3. Tercera A: AYUDAR

Esto se refiere a consejos prácticos para ayudar a llevar a la práctica la decisión de dejar de fumar.

El primero de ellos es seleccionar una fecha, con el paciente, para que deje de fumar, dentro de las próximas 2 a 4 semanas. Se puede utilizar una fecha significativa como algún cumpleaños familiar, el aniversario de matrimonio, el primero del mes, etc. No es aconsejable hacerlo en períodos de alto stress, y por

otra parte es necesario considerar que no hay un tiempo ideal para dejar de fumar, pero antes es mejor que después.

Para afianzar el compromiso de una fecha determinada se sugiere la firma de un contrato-compromiso especificando la fecha acordada y donde el terapeuta también se compromete a prestar todo su apoyo al paciente. Estos contratos se pueden tener preparados de antemano o simplemente se escribe en la ficha clínica dicho compromiso.

Una tercera posibilidad de apoyo es la entrega de algunos materiales de autoayuda (folletos, cartillas) donde se discutan algunos consejos prácticos, los síntomas de privación y su manejo etc. Lo ideal es que el folleto sea comentado con el paciente, lo cual podría ser efectuado por otro miembro del equipo de salud.

Un cuarto punto a considerar, en el plan de apoyo al fumador, es la posibilidad de apoyo farmacológico, con medicamentos. En la actualidad existe consenso de la utilidad de dos tipos de medicamentos: los sustitutos de nicotina y otros drogas no nicotínicas, donde el bupropión aparece como la más útil. Estos medicamentos están indicados para aquellos fumadores altamente dependientes. ¿Y cuáles son ellos?

Existen diversas escalas para cuantificar el fenómeno adictivo pero, en resumen se puede decir que los fumadores más adictos tienden a:

- Fumar 20 o más cigarrillos al día
- Fuman antes de media hora de haber despertado en la mañana
- Han tenido síntomas de privación manifiestos, en intentos previos por dejar de fumar.

4. Cuarta A: ACORDAR SEGUIMIENTO

Antes de terminar la entrevista es necesario dejar establecida una visita de seguimiento una a dos semanas después de la fecha acordada para dejar de fumar. Este control podría ser realizado por otro miembro del equipo de salud previamente establecido. Una segunda visita de seguimiento debería acordarse uno a 2 meses después de la primera, como control más alejado.

Una variedad de temas pueden ser discutidos en las visitas de seguimiento:

- Felicitaciones y refuerzo de los logros alcanzados
- Discusión sobre los síntomas de privación
- Comentar los aumentos de peso
- Anticipar algunos problemas y situaciones de riesgo de recaídas.
- Si ha recaído, discutirlo a fondo:
 - Identificar las circunstancias que lo llevaron a recaer
 - Revisar formas de enfrentar dichas circunstancias.
 - Discutir otras barreras que el paciente anticipa y que le dificultan mantenerse sin fumar.
 - Recordar que mucha gente requiere de varios intentos antes de llegar a ser un ex - fumador.
 - Para pacientes que han tenido algunos "deslices" o "caídas" (han fumado solo algunos pocos cigarrillos) aconsejar que deben parar inmediatamente y eliminar todos los cigarrillos que ellos tengan.
 - Con los pacientes que han tenido una recaída completa, puede ser necesario establecer una nueva fecha para dejar de fumar.

Estamos seguros que con este enfoque simple pero organizado, los médicos y otros profesionales de la salud, pueden hacer una real y efectiva labor ante el flagelo del tabaquismo, permitiendo salvar y prolongar la vida de muchos de nuestros pacientes.

Vacunación Anti-Influenza

La vacunación anual contra la gripe, tanto en individuos sanos como en grupos de alto riesgo, esta ampliamente justificada, tanto desde el punto de vista sanitario como económico. Se admite que en sujetos sanos, las vacunas actualmente disponibles tienen una eficacia de un 70 a 90% como medio de prevención de la enfermedad clínica cuando el virus circulante es homólogo a la cepa vacunal, atenúa la sintomatología de la enfermedad y disminuye la letalidad. En personas portadoras de enfermedades crónicas la respuesta es menor. Es decir, la vacuna es a veces más efectiva en reducir las complicaciones de la influenza asociada a bronconeumonía, admisión hospitalaria y muertes, que en prevenir la infección, especialmente en personas mayores.

Entre los grupos de riesgo están los funcionarios de salud, por estar más expuestos que el resto de la población, ya que, están en contacto directo con enfermos y al mismo tiempo son potencial fuente de transmisión de la enfermedad. Por lo anterior, es imprescindible proteger al 100% de este grupo de riesgo (Directivos, profesionales, técnicos, administrativos, y de servicios) para asegurar que todos los establecimientos de salud cuenten con dotación de personal permanente y continua en condiciones de atender la demanda asistencial frente a un eventual brote epidémico.

Se deben vacunar todos los funcionarios que trabajen en:

- Ministerio de Salud
- Servicios de Salud
- CENABAST
- Instituto de salud Pública
- Entidades administradoras y centros de salud municipal

GENERALIDADES:

Las campañas de vacunación se realizan generalmente en el Hemisferio sur en el curso del mes de marzo.

La formulación de esta vacunas corresponde a la recomendada por la OMS, para el hemisferio Sur en su recomendación técnica del mes de septiembre de cada año, corroborada en el mes de febrero siguiente.

Es una vacuna a virus particulado, inactivado y purificado, de uso recomendado para adultos y niños.

Su composición antigénica y concentración de cada una de las cepas es la siguiente:

Composición recomendada para el año 2002:

- Una cepa análoga A/Moscow/10/99 (H3N2)*
- Una cepa análoga A/Nueva Caledonia/20/99 (H1N1)
- Una cepa análoga B/Sichuan/379/99 **

Cada dosis de adulto debe tener un mínimo de 15 microgramos de cada cepa.

Cada dosis pediátrica debe tener un mínimo de 7.5 microgramos de cada cepa.

* análogo : A/Panamá/2007/99

** análogos : B/Gaundong/120/2000, B/Johannesbourg/5/99, B/Victoria/504/2000

Registro

El registro de las vacunas anti-influenza se concede por el período correspondiente al año calendario. Por lo tanto, transcurrido dicho período, las vacunas deben considerarse no aptas para el expendio y uso, aún cuando no haya expirado su fecha de vencimiento.

Presentación:

- jeringa prellenada, monodosis, 0,5 ml. (adulto)
- jeringa prellenada, monodosis, 0,25 ml. (pediátrica)

Vía de administración:

- Intramuscular; usar el músculo deltoides.
- Cuando las personas padecen de alguna enfermedad relacionada con trastornos de la coagulación, usar vía subcutánea profunda para evitar sangramientos.

Técnica de inyección:

- Técnica aséptica
- Limpiar el brazo con agua y jabón si es necesario. Secar bien.
- Agitar la jeringa antes de inyectar
- Eliminar el material según normas de precauciones universales
- Conservación y transporte:
- Conservar y transportar entre 2 y 8° C°
- No congelar

LOS GRUPOS OBJETIVOS DE LA VACUNACION SON LOS SIGUIENTES (CHILE-AÑO 2001):

1. Todos los adultos de 65 años y más, independiente de su condición previsional.
2. Niños y adolescentes de 6 meses a 18 años con tratamiento prolongado con aspirina, y que posterior a un cuadro de Influenza puedan desarrollar un Síndrome de Reyé.
3. Personal de salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud y personal de la Atención Primaria de Salud.
4. Personas de 6 meses a 64 años de edad, portadoras de enfermedades crónicas que cumplan las siguientes condiciones:
 - ❑ Estar en tratamiento con drogas antineoplásicas o inmunosupresoras que estén bajo control médico en consultorios, policlínicos de especialidades u hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Incluir a familiares directos
 - ❑ Diabetes insulino dependientes, que estén bajo control médico en consultorios, policlínicos de especialidades u hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
 - ❑ Diabetes no insulino dependientes que hayan requerido hospitalización en el último año y que estén en control médico en consultorios, policlínicos de especialidades u hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
 - ❑ Portadores de fibrosis quística, displasia broncopulmonar, enfisema, asma, enfermedades bronquiales obstructivas crónicas que estén en control médico.

COBERTURAS:

El objetivo de la vacunación es alcanzar una cobertura cercana al 100% de la población objetivo en lo que respecta a adultos mayores de 65 años y personal de salud.

DOSIS:

Menores de 9 años:

- Niños de 6 meses a 35 meses: si el niño se vacuna por primera vez con la vacuna antiinfluenza, se administrarán 2 dosis de 0,25 ml. separadas con un intervalo de 4 semanas.
- Si el niño se ha vacunado anteriormente con este tipo de vacuna, solo se administrará 1 dosis de 0,25 ml.
- Niños de 3 a 8 años: si el niño se vacuna por primera vez con la vacuna antiinfluenza, se administrarán dos dosis de 0,5 ml. con un intervalo de 4 semanas.
- Si el niño se ha vacunado anteriormente con este tipo de vacuna, solo se administrará 1 dosis de 0,5 ml.

47

Edad	Dosis	1ª vez Nº de dosis	2ª vez Nº de dosis	Vía de administración
6 – 35 meses	0.25 ml.	2	1	IM
3 a 8 años	0.50 ml.	2	1	IM

Contraindicaciones:

- Personas alérgicas a la proteína del huevo, proteínas vírales y otros componentes de la vacuna.
- Primer trimestre del embarazo.

- Enfermedad febril o infección agudas que cursa con temperatura sobre 38°C.

Reacciones Adversas:

- Locales:

Dolor y tumefacción en el sitio de punción que desaparecen espontáneamente a las 24 a 48 hrs.

- Generales:

Son muy poco frecuentes y se inician a las 6 a 12 hrs. post-vacunación: fiebre, malestar general, dolor de cabeza o muscular. Persisten de uno a dos días.

- Reacciones alérgicas:

Se producen de inmediato y solamente en aquellas personas que tienen hipersensibilidad a la proteína del huevo.

Inicio de la inmunidad:

- Después de 15 días de vacunado.

Normas Técnicas de Diagnóstico y Tratamiento

*(Aprobadas por Resolución Exenta N° 809 de
20 de abril de 2001. Ministerio de Salud)*

49

- **ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS
ALTAS**
- **NEUMONIA DEL
ADULTO
ADQUIRIDA EN LA
COMUNIDAD**
- **ASMA BRONQUIAL**
- **ENFERMEDAD
PULMONAR CRONICA
OBSTRUCTIVA**

Enfermedades Respiratorias "Altas"

Se ha definido como tal a todas las afecciones que comprometen el aparato respiratorio por sobre el nivel anatómico de la carina traqueal, punto desde donde se originan los bronquios fuentes derecho e izquierdo.

En general representan un menor riesgo vital que las afecciones que comprometen los niveles anatómicos más bajos (Enfermedades Respiratorias bajas que incluyen la Bronquitis y las Neumonías), a excepción de la Laringitis obstructiva, que es un cuadro poco frecuente en el adulto. Habitualmente esta zona de enfermedades altas es asiento de procesos infecciosos cuyo agente etiológico más frecuente es el viral que no siempre es posible identificarlo en forma rutinaria.

51

RESFRÍO COMÚN

Enfermedad generalmente leve y de corta duración, que produce síntomas de la vía aérea superior, especialmente rinorrea. Suele también aparecer malestar general, prurito ocular y otalgia discretas. Pueden coexistir o complicarla, Faringitis aguda, Sinusitis aguda, Laringitis, Traqueítis, Otitis media, Bronquitis e incluso Neumonía.

Etiología

Más de 200 agentes etiológicos han sido identificados, fundamentalmente de origen viral, siendo los casos más frecuentes los producidos por RINOVIRUS y aquellos SIN AGENTE IDENTIFICABLE. Esto explica la carencia de vacunas que permitan su prevención.

Diagnóstico

La gran variedad y confusión de términos que se utilizan para diagnosticar esta afección (virosis respiratoria, rinorrea, rinofaringitis, infección respiratoria, infección vía aérea superior; síndrome gripal, etc) ha dificultado grandemente su conocimiento y su real impacto en la población.

El diagnóstico es eminentemente clínico. La principal preocupación deberá ser la de obtener la máxima certeza posible para descartar una complicación o para hacer diagnóstico diferencial con UNA AFECCIÓN BACTERIANA DE LA VÍA RESPIRATORIA SUPERIOR O INFERIOR.

Uno de las frecuentes dificultades diagnósticas de esta afección se relaciona con la presencia de síntomas faríngeos y por ende la posibilidad de una infección por estreptococo Beta-hemolítico.

Tratamiento

Los antibióticos en el resfrío común NO DEBEN SER UTILIZADOS, porque NO logran acortar la evolución ni prevenir las complicaciones bacterianas.

En el resfrío común en sujetos con su sistema inmunitario normal y sin patología respiratoria crónica, las medidas generales y sintomáticas suelen ser suficientes. Si los síntomas fueran muy molestos como tos irritativa, fiebre o dificultad para expectorar es posible utilizar medicamentos como antitusivos, analgésicos y expectorantes pero que no han demostrado modificar la evolución ni complicaciones del cuadro basal.

FARINGITIS AGUDA

Habitualmente el paciente acusa dolor en la región faríngea, que se acentúa en la deglución, a veces hay tos irritativa. Al examen se aprecia enrojecimiento de la zona faríngea visible. Debe descartarse la presencia de reflujo gastro-esofágico y atopias, que también irritan esta zona.

Etiología y diagnóstico

El Estreptococo Beta-hemolítico SOLO ES RESPONSABLE DEL 10% DE LOS CASOS DE FARINGITIS AGUDA DEL ADULTO, por lo que la gran mayoría de ellas son autolimitadas y solo requieren de medidas generales, antipiréticos y analgésicos. Los antibióticos benefician exclusivamente a los cuadros de etiología bacteriana, para cuya identificación se han recomendado precisar la existencia de al menos 3 de los siguientes 4 criterios clínicos: 1) Fiebre; 2) Exudado amigdalino; 3) Ausencia de tos; 4) Linfadenopatías cervicales sensibles. Dada su demora, no debe efectuarse cultivo faríngeo para iniciar la terapia.

Tratamiento

El tratamiento de elección en los cuadros bacterianos continúa siendo la Penicilina Benzatina – 1.200.000 Unidades por una sola vez o Eritromicina – compres – 500 mg c/6 horas durante 10 días en casos de alergia a la primera.

BRONQUITIS AGUDA NO COMPLICADA

(Sujetos sanos y menores de 65 años)

Esta es una de las causas más frecuentes de consulta general.

Definición y características clínicas

Enfermedad respiratoria aguda de 1 a 3 semanas de duración, cuyo síntoma principal es la TOS y en la que se ha excluido la Neumonía. Tiene un inicio agudo o sub-agudo, puede acompañarse o no de expectoración y suele presentar otros síntomas de compromiso de la vía aérea superior. Si el síntoma principal persiste por más de tres semanas se denomina TOS CRÓNICA o PERSISTENTE, siendo ella causada en más del 75% de los casos por sinusitis aguda con descarga posterior, asma bronquial o reflujo gastroesofágico patológico y patologías respiratorias ocupacionales.

La exclusión de la existencia de Neumopatía aguda es obligatoria en estos casos, principalmente en sujetos adultos mayores, en la que no suele presentarse en la forma clásica de esta afección parenquimatosa, sino más bien como un proceso infeccioso sistémico, aunque siempre orientan la polipnea, la disnea o la tos.

No más del 5% de los pacientes ambulatorios con Bronquitis aguda desarrollan Neumonía. La presencia de expectoración purulenta tampoco es evidencia, en estos casos, de participación bacteriana.

Tratamiento

A pesar del difundido y casi rutinario uso de antibióticos en estos casos NO EXISTE NINGUNA EVIDENCIA SOLIDA QUE DEMUESTRE QUE SU USO RUTINARIO EN ADULTOS PROPORCIONE BENEFICIO CLINICO SIGNIFICATIVO, ya que su etiología es viral. Por lo tanto NO DEBEN USARSE. Sólo Bordetella pertussis, Mycoplasma Pneumoniae y Clamidia Pneumoniae han sido demostradas como causantes de bronquitis aguda bacterianas. La reducción en el uso de antibióticos en estos casos sólo puede producir beneficios. Sólo se justificaría su uso, en casos de fuerte sospecha de infección por B .pertussis por el entorno epidemiológico.



Neumonía del Adulto adquirida en la Comunidad

DEFINICIÓN

Inflamación aguda del parénquima pulmonar de origen infeccioso. Estas normas excluyen a pacientes con inmunosupresión formal: tales como pacientes con SIDA, aquellos que reciben tratamiento con prednisona más de 20 mg al día por más de 4 semanas, o los que están en quimioterapia por cáncer

DIAGNÓSTICO

1. El diagnóstico de neumonía se SOSPECHA en un individuo con tos y expectoración, si agrega a lo menos uno de los siguientes síntomas y signos: Fiebre, dolor torácico, crepitaciones pulmonares y aumento de la frecuencia respiratoria.
2. Los pacientes de edad avanzada con neumonía pueden no tener fiebre o tos, sin embargo frecuentemente presentan confusión, pérdida del equilibrio, o empeoramiento de enfermedades crónicas.
3. El diagnóstico se confirma con el hallazgo de un infiltrado radiológico.
4. El pronóstico de la neumonía depende de la precocidad de inicio del tratamiento, por lo que la terapia debe iniciarse ante la sospecha clínica y continuarse o suspenderse según el resultado de la radiografía de tórax.

5. En la mayoría de los pacientes tratados ambulatoriamente no se justifica hacer exámenes microbiológicos, ya que su rendimiento es bajo, y la terapia empírica es adecuada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Si la radiografía de tórax no muestra un infiltrado, el diagnóstico de neumonía se descarta. Los diagnósticos alternativos son:
 - ☐ Infecciones respiratorias altas como resfriado común, influenza, y sinusitis aguda
 - ☐ Bronquitis aguda
 - ☐ Embolia pulmonar
2. Si la radiografía de tórax muestra un infiltrado, pero el paciente no responde al tratamiento (ver evolución), los diagnósticos alternativos son:
 - ☐ Tuberculosis activa (TBC): Por lo que siempre se deben solicitar a lo menos 2 baciloscopías de expectoración en todo cuadro de tos de más de 2 semanas de duración.
 - ☐ Imágenes radiológicas secuelas (TBC, bronquiectasias)
 - ☐ Cáncer pulmonar
 - ☐ Fibrosis pulmonar
 - ☐ Neumonía que no responde a tratamiento
 - ☐ Edema pulmonar
 - ☐ Otros infiltrados no infecciosos

CLASIFICACIÓN

Con el objeto de definir el pronóstico, uso de esquema terapéutico y necesidad de hospitalización se clasifica a los pacientes en 4 grupos según una recomendación de la American Thoracic Society (ATS) y la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (SER).

Edad (años)	GRUPO 1 Igual o menor a 60	GRUPO 2 Mayor a 60*
Comorbilidad	No	Si*
Indicación de hospitalización	No	No
Gravedad extrema (UTI)	No	No

* Basta 1 criterio

COMORBILIDAD

Su presencia se asocia a mayor letalidad.

Se destacan aquellas comorbilidades que son más importantes.

1. Accidente vascular cerebral (secuela neurológica)
2. Insuficiencia renal crónica
3. Desnutrición clínicamente evidente
4. Enfermedad hepática crónica
5. Insuficiencia cardíaca congestiva
6. Limitación crónica del flujo aéreo grave (EPOC)
7. Diabetes insulino dependiente.
8. Neoplasia activa

INDICACIONES DE HOSPITALIZACIÓN

No existen criterios únicos que permitan discriminar absolutamente quien debe hospitalizarse. Los siguientes criterios son los más aceptados. Por la importancia de su alteración los signos vitales deben ser cuidadosamente evaluados.

1. Compromiso de conciencia.
2. Frecuencia respiratoria igual o mayor a 30 por minuto.
3. Presión sistólica inferior a 90 mmHg.
4. Edad mayor de 60 años:
 - ☐ A mayor edad, el criterio aumenta de importancia
 - ☐ Considerar "edad fisiológica"
 - ☐ En hombres la edad es más relevante que en mujeres
5. Presencia de comorbilidad (ver descripción previa).
6. Compromiso radiológico multilobar o derrame pleural.
7. Si se dispone: Nitrógeno ureico igual o mayor a 30 mg/dl, y saturación de oxígeno inferior a 90%.
8. Los pacientes que no tengan una red de apoyo social que permita su control y tratamiento adecuados.

Nota:

Los criterios de edad y comorbilidad no deben aplicarse en forma absoluta, más bien considerarlos en conjunto con la extensión de la neumonía. Si hay dudas en la indicación de hospitalización es preferible derivar al paciente a Servicio de Urgencia o Centro Hospitalario que corresponda

TRATAMIENTO

- Medidas Generales:
- Reposo domiciliario durante el período de tratamiento antibiótico
- Hidratación oral adecuada
- Evitar alcohol, cigarrillo, e irritantes gástricos

Antibióticos

Grupo 1: El tratamiento inicial de este grupo debe hacerse con Amoxicilina –comps - 750 mg cada 8 horas, o Eritromicina –comps - 500 mg cada 6 a 8 horas, ambas por 7 a 10 días. El uso de Claritromicina –comps - (500 mg cada 12 horas por igual tiempo), debe reservarse para pacientes con mala tolerancia a la Eritromicina.

Grupo 2 que no requieren hospitalización: Amoxicilina 500 mg + ácido clavulánico –comps - 125 mg cada 8 horas o Cefalosporina de 2ª generación (Cefuroximo) –comps - 500 mg cada 12 horas por 7 a 10 días según disponibilidad. Este grupo de pacientes debiera referirse al especialista para su seguimiento.

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Todos los pacientes se controlarán clínicamente a las 72 horas. Si no hay mejoría, se deben hospitalizar.
2. No es recomendable hacer cambios de terapia antibiótica antes de ese plazo.
3. Los pacientes que evolucionan satisfactoriamente, deben controlarse al término del tratamiento antibiótico.
4. En caso de intolerancia digestiva a los antibióticos agregar Ranitidina –comps - 150 mg cada 12 horas. Si no hay buena respuesta hospitalizar para tratamiento parenteral.
5. En caso de buena evolución clínica la radiografía debe controlarse en 21 días para el alta definitiva. Si no hay normalización, especialmente en fumadores, el paciente debe referirse al especialista por la posibilidad de un cáncer pulmonar u otra patología subyacente.

Asma Bronquial

DEFINICIÓN

Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, que causa episodios recurrentes de tos, disnea y sibilancias.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La sospecha fundada de asma se basa en la presencia de al menos 3 de los siguientes criterios:

1. Historia de asma en la infancia.
2. Historia de sibilancias recurrentes.
3. Historia de disnea o sensación de pecho apretado recurrentes.
4. Historia de tos o disnea inducidas por: risa, ejercicios, frío, irritantes.
5. Alivio inmediato ($\pm$ 15 minutos), con uso de broncodilatores.
6. Alivio espontáneo en corto tiempo (horas) de síntomas previos.

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

Se debe cumplir al menos 1 de los siguientes criterios:

1. Flujo Expiratorio Forzado ("PEF") menor o igual a 70% del valor teórico, que regresa a lo normal con 2 puff de salbutamol.

2. PEF menor o igual a 70% del valor teórico, que se normaliza después de una semana de tratamiento que incluye prednisona 0,5 mg/kg y después de administrar 2 puff de salbutamol.
3. Espirometría con alteración obstructiva que se normaliza con 2 puff de salbutamol.
4. Sospecha fundada con PEF o espirometría normal que mejora síntomas con broncodilatador

LOS PACIENTES CON SOSPECHA FUNDADA
DE ASMA QUE NO CUMPLAN CON ALGUNO DE LOS
CRITERIOS ANTERIORES DEBEN SER
DERIVADOS AL ESPECIALISTA

CONDUCTA PRÁCTICA

Si el paciente está obstruido al momento de consultar, y cumple con criterios diagnósticos debe iniciar tratamiento inmediatamente. La confirmación diagnóstica se hará posteriormente

Tabla 1.
Clasificación de gravedad (en paciente no tratado)

	Síntomas diurnos	Despertar por asma	PEF (% predicho)
Nivel 1 Intermitente	Menos de 1 vez por semana	No	Igual o mayor a 80%
Nivel 2 Persistente leve	Igual o mayor a 1 vez por semana y menos de 1 vez al día	No	Igual o mayor a 80%
Nivel 3 Persistente moderada	Diarios	Ocasionales	Mayor a 60 y menor a 80%
Nivel 4 Persistente grave	Continuos	Habituales	Igual o menor a 60%

- La presencia de un criterio es suficiente
- Si hay dos criterios de distinto nivel escoja el más malo.
- Los pacientes en cualquier etapa pueden tener una crisis grave

Tabla 2.
Tratamiento de mantención

	Preventivo (Permanente)	
Nivel 1 Intermitente	No necesita	b2 agonista
Nivel 2 Persistente leve	Beclometasona 250: 1 puff c/12 horas	b2 agonista
Nivel 3 Persistente moderada	Beclometasona 250: 2 puff c/12 horas	b2 agonista
Nivel 4 Persistente grave	Manejo por especialista, quien podrá: 1. Subir dosis de corticoide inhalatorio 2. Usar teofilina de acción prolongada y de Salmeterol si está disponible 3. Decidir uso de prednisona	b2 agonista

- La educación del paciente es esencial en cualquier etapa.
- Si no se logra control adecuado (ver más adelante), revise: técnica de uso de inhalador; cumplimiento de indicaciones, control ambiental, e infecciones intercurrentes.
- Revise el tratamiento cada 3 a 6 meses: Si el paciente se mantiene estable se puede reducir las dosis gradualmente.

65

CONDUCTA PRÁCTICA

- Si al momento de consultar por primera vez el paciente está obstruido en nivel 3 o 4 de gravedad (Tabla 1), debe recibir un tratamiento inicial o "de ataque" (Tabla 3) por 1 semana
- Al cumplir ese plazo el paciente debe ser re-evaluado:
- Si mejora pasa a tratamiento de mantención
- Si no mejora debe ser derivado a especialista

Tabla 3.
Tratamiento inicial o de "ataque"

Nivel 3 y 4 Persistente moderada y grave	Beclometasona 250: 2 puff cada 8 horas Prednisona -comps - 0,5 mg/kg/día	Salbutamol 2 puff cada 4 a 6 horas
---	---	--

CRITERIOS DE CONTROL ADECUADO

1. Sin limitaciones en su vida habitual (ir al colegio, al trabajo, hacer ejercicio)
2. Sin despertar nocturno por asma
3. No requiere aumentar uso de B2 agonista por sobre lo habitual
4. Sin visitas a servicio de urgencia
5. Paciente siente que su enfermedad está bien controlada

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ESPECIALISTA

1. Pacientes cuyo diagnóstico o clasificación de gravedad presenta dificultades.
2. Pacientes de alto riesgo:
 - ☐ Han usado 2 ciclos de corticoides orales en último trimestre
 - ☐ Se han hospitalizado o han consultado de urgencia por crisis grave en el año en curso
 - ☐ Han requerido ventilación mecánica por una crisis de asma en cualquier momento de su vida.
3. Todos los pacientes clasificados como asma persistente grave.
4. Pacientes clasificados como asma persistente moderada, con comorbilidad importante (diabetes, cardiopatía coronaria).
5. Pacientes, de cualquier gravedad, que a pesar del tratamiento indicado no logran cumplir con criterios de control adecuado, ya referidos.
6. Reacciones adversas a medicamentos.
7. Complicaciones como neumonía, o sinusitis aguda que no respondan a tratamiento.

CRISIS DE ASMA

Se define como crisis de asma a la acentuación aguda de síntomas que no ceden con la medicación habitual del paciente.

Tabla 4.
Clasificación de gravedad de la crisis

	Leve	Moderada	Grave	Riesgo vital
Disnea	Caminar	Hablar	Reposo	Bradicardia, hipotensión, esfuerzo inspiratorio débil, tórax silencioso.
Frecuencia respiratoria	Menor de 30/min.	Menor de 30/min.	Igual o mayor a 30/min.	
Frecuencia cardíaca	Menor de 100/min.	100 a 120/min.	Mayor a 120/min.	
PEF (teórico o mejor conocido)	Mayor a 80%	50 a 80%	Menor a 50%	Deteriorado
Estado de conciencia	Bueno	Bueno	Agitado	

Tratamiento inicial de la crisis

1. Oxígeno (naricera): 4 a 5 litros por minuto buscando una saturación de oxígeno superior a 90%
2. β_2 agonista de acción corta
 - ❑ Salbutamol en inhalador presurizado con aerocámara: 4 a 8 puff cada 20 minutos por tres veces
 - ❑ Una segunda opción que debe elegirse sólo si no está disponible la primera es nebulización de salbutamol 0,5 a 1 ml diluidos en 3 ml de solución fisiológica cada 20 minutos por tres veces.
3. Corticoides de preferencia por vía oral si es factible (prednisona – comps) o parenterales (hidrocortisona) en dosis de 0,5 a 1 mg/kg de prednisona o equivalente.
4. Antibióticos: cuando exista sospecha de infección bacteriana como bronquitis aguda se debe indicar Amoxicilina – comps - 500 mg c/8 horas x 7 días. En caso de sinusitis aguda aumentar la dosis a 750 mg c/8 horas por 10 días. En ambas patologías también se puede usar Trimetropim más Sulfametoxazol Forte – comps de 160 mg de Trimetropim

y 800 mg de Sulfametoxazol - I comp c/12 horas por iguales plazos. En caso de neumonía referirse a la norma respectiva en este mismo documento.

Criterios de derivación a servicio de urgencia

1. Pacientes en riesgo vital.
2. Persistencia o deterioro de los síntomas después de completado el tratamiento inicial de la crisis (60 minutos).
3. Si después del tratamiento inicial el PEF persiste menor a 50% del teórico o mejor conocido.
4. Si hay comorbilidad asociada descompensada:
 - ☐ Diabetes Mellitus
 - ☐ Cirrosis hepática
 - ☐ Insuficiencia cardíaca, cardiopatía coronaria o arritmias

Antes de trasladar a estos enfermos considerar un nuevo tratamiento con b2 agonista de acción corta, especialmente si hay demora. Idealmente el traslado debe ser con oxígeno.

Indicaciones post crisis

1. b2 agonista de acción corta (salbutamol) 2 puff cada 4 a 6 horas
2. Beclometasona 250: 2 puff cada 8 horas
3. Prednisona: 0,5 mg/kg al día por 7 días
4. Antibiótico si sospecha infección bacteriana (sinusitis, bronquitis aguda o neumonía)
5. Instrucciones para uso correcto de inhaladores
6. Control en 48 horas en el consultorio si la crisis fue leve o moderada
7. Control por esoecialista si la crisis fue grave, o si ha presentado dos o más crisis de cualquier gravedad en 30 días.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

DEFINICIÓN

- Enfermedad caracterizada por limitación crónica del flujo aéreo (LCFA)
- Usualmente progresiva
- De carácter irreversible
- Causada por factores de riesgo tales como tabaquismo, exposición a humo de leña o de contaminantes en el ambiente laboral

Operacionalmente, la definición de LCFA establece una disminución del Volúmen Expiratorio Forzado al segundo ("VEF1 ") por debajo del valor teórico, que no vuelve a la normalidad después de un tratamiento apropiado, por algunos meses.

Además de la EPOC existen otras causas de LCFA, como asma en fase irreversible, secuelas de tuberculosis, bronquiectasias, fibrosis quística, neumoconiosis, y bronquiolitis obliterante.

CUADRO CLÍNICO

Antecedentes: Tabaquismo, asociado a una predisposición de carácter genético, o en su defecto exposición a humo de leña o de contaminantes en el ambiente laboral

Anamnesis: Disnea, acompañada o no de tos y expectoración

Examen físico: Signos de obstrucción bronquial o de hiperinsuflación pulmonar

Evolución: Llentamente progresiva, hacia el desarrollo de insuficiencia respiratoria parcial (hipoxemia aislada) y luego global (hipoxemia e hipercapnia), junto a corazón pulmonar. Durante este período los pacientes presentan con frecuencia creciente exacerbaciones de su disnea e insuficiencia respiratoria

DIAGNÓSTICO

Sospecha

Individuos de 40 años o más, con factores de riesgo, especialmente fumadores, que presenten tos crónica (más de 30 días) y/o disnea. Debe tenerse presente que los pacientes fumadores suelen minimizar sus síntomas.

Laboratorio (indispensable)

1. Espirometría basal y con broncodilatador: Trastorno ventilatorio de tipo obstructivo que no se modifica con aerosol broncodilatador y que no vuelve a la normalidad después de un tratamiento apropiado, por algunos meses. Los pacientes que con broncodilatador tengan un cambio del VEFI mayor a 12% del valor basal y más de 200 ml pueden tener EPOC o Asma, por lo que se recomienda manejarlos como si fueran asmáticos
2. Radiografía de tórax: Signos de hiperinsuflación pulmonar. También es útil para descartar otras causas de disnea, como insuficiencia cardíaca.
3. El examen de gases en sangre arterial sólo debe efectuarse en pacientes con signos de insuficiencia respiratoria o en aquellos con VEFI menor a 50%.

Diagnóstico diferencial

- Otras causas de LCFA: Asma en fase irreversible, secuelas de tuberculosis, bronquiectasias, fibrosis quística, neumoconiosis, bronquiolitis obliterante
- Insuficiencia cardíaca izquierda.

Confirmación

Para establecer el diagnóstico de EPOC es necesario demostrar:

- Historia compatible, incluyendo un factor de riesgo
- Obstrucción crónica irreversible (espirométrica)
- Descartar otras enfermedades que causan LCFA

Clasificación funcional

- Etapa A: VEF1 mayor o igual al 50% del valor esperado
- Etapa B: VEF1 inferior al 50% del valor esperado

TRATAMIENTO DEL PACIENTE ESTABLE

Objetivos

- Detener la progresión de la enfermedad
- Mejorar la capacidad física
- Disminuir los síntomas
- Prevenir las exacerbaciones
- Mejorar la calidad de vida
- Mejorar la sobrevida

Elementos terapéuticos

- **Cesación del tabaquismo:** Es el elemento más importante para lograr los objetivos de alivio y mejoría del paciente.
- **Medicamentos:** Deben usarse en terapia escalonada. El objetivo principal de esta terapia es aliviar la disnea. Si el paciente está en etapa A, debe empezarse por el primer escalón y pasar al segundo, según necesidad. Si el paciente está en etapa B, debe derivarse al especialista

PRIMER ESCALÓN. AT. PRIMARIA	Salbutamol en aerosol, idealmente con aerocámara, SOS.
SEGUNDO ESCALÓN. AT. PRIMARIA	Salbutamol 2 puff c/6 horas. En pacientes cardíopatas debe preferirse, si está disponible, bromuro de ipratropio 2 a 3 puff cada 6 horas Se pueden indicar dosis extras SOS en ambos casos.
TERCER ESCALÓN. ESPECIALISTA	Agregar a lo anterior, si está disponible, salmeterol, o teofilina de acción prolongada, cada 12 horas.
CUARTO ESCALÓN. ESPECIALISTA	Probar corticoide oral, en la dosis más baja posible, de preferencia en días alternos, solo en caso de haberse demostrado su utilidad con prueba esteroideal.

- **Manejo ambiental:** Evitar exposición pasiva a humo de tabaco; reducir exposición a contaminantes intra y extradomiciliarios, como uso de combustibles muy contaminantes (leña, carbón, parafina); evitar ejercicio y salidas al exterior en días de alta contaminación atmosférica.
- **Vacuna:** Anualmente influenza.
- **Oxígenooterapia domiciliaria:** Debe ser indicada por especialista en casos de pacientes portadores de insuficiencia respiratoria crónica oxígeno-dependiente.

- **Educación:** Destinada a

- ☐ comprender la naturaleza de la enfermedad: **especial énfasis en dejar de fumar**
- ☐ comprender la racionalidad del tratamiento
- ☐ conocer el empleo de los medicamentos, especialmente el uso de inhaladores
- ☐ conocer los efectos secundarios del tratamiento
- ☐ conocer conducta en caso de exacerbaciones

- **Rehabilitación respiratoria.** Será indicada por el especialista en casos seleccionados

TRATAMIENTO DE LAS EXACERBACIONES

Se define como exacerbación un aumento de la disnea, la tos o la expectoración que no responde al tratamiento habitual. Las causas más importantes de exacerbaciones son:

- Infecciones respiratorias
- Uso inadecuado del tratamiento
- Exposición a contaminantes
- insuficiencia cardíaca izquierda
- Tromboembolismo pulmonar
- Neumotórax

Objetivos del tratamiento

- Corregir la causa desencadenante
- Disminuir el trabajo respiratorio y la disnea
- Corregir la insuficiencia respiratoria

Esquema terapéutico

- **Salbutamol:** En aerosol presurizado, con aerocámara, 4 a 6 puff cada 20 minutos por 3 veces. Sólo si no se dispone de aerosol presurizado, se puede administrar una nebulización con solución de salbutamol 0.5 a 1 ml diluido en 3 ml de solución fisiológica (en este caso preferir aire comprimido, administrando separadamente el oxígeno, si está indicado)
- **Corticoides:** Prednisona 0.5 mg/kg por vía oral o una dosis equivalente de hidrocortisona por vía parenteral
- **Antibióticos:** Aunque muchas exacerbaciones tienen etiología viral, suele existir sobreinfección bacteriana. En estos casos, las bacterias más frecuentes son *Neumococo*, *H. Influenzae* y *M. Catarrhalis*. Se debe utilizar Amoxicilina 500-750 mg c/8 horas x 7 días por vía oral. En casos de alergia a penicilina, indicar Cotrimozazol Forte 1 tableta c/12 horas por 7 días. El uso de antibióticos está indicado en pacientes que presenten 2 de los siguientes hechos:
 - Fiebre
 - Aumento de volumen de la expectoración
 - Expectoración mucopurulenta
- **Oxigenoterapia:** indicar cuando la saturación de oxígeno está bajo 90%; utilizar dosis suficiente para alcanzar esa cifra. Si no se dispone de oxímetro de pulso, se debe indicar oxígeno en todos los pacientes mediante cánula binasal ("naricera") en dosis de 0.5 a 2 L/min

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Signos de descompensación grave, como cianosis, disnea que dificulte el sueño o la alimentación, hipotensión arterial, evidencias de fatiga muscular respiratoria

- Comorbilidad de alto riesgo (neumonía con criterio de gravedad, insuficiencia cardíaca, arritmias)
- Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio en el plazo máximo de 2 horas
- Tres o más tratamientos de urgencia en 48 horas
- Condiciones sociales inadecuadas para tratamiento domiciliario

Derivación a especialista

La mayor parte de los pacientes con EPOC deben ser manejados en atención primaria. Los criterios de derivación al especialista son los siguientes:

- ❑ Problemas diagnósticos
- ❑ Etapa B de la enfermedad (VEFI <50% del esperado)
- ❑ Cor pulmonale
- ❑ Necesidad de oxigenoterapia
- ❑ Comorbilidad importante
- ❑ Tabaquismo persistente

Prevención

El equipo de Atención Primaria debe aconsejar claramente el cese del tabaquismo en todo consultante fumador. Se ha demostrado que esta medida de prevención es muy eficiente.

Para hacer un diagnóstico precoz, idealmente todo fumador de más de 40 años debe hacerse una espirometría, que permite hacer el diagnóstico en la etapa asintomática, en la cual dejar de fumar tiene su máxima eficacia.



CENTRO DE DOCUMENTACION
MINSAL/OPS/OMS

799

WF140
M665p
2001

CENTRO DE DOCUMENTACION
MINSAL/OPS/OMS



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD