



SPITALUL CLINIC „Dr. V. BABEȘ”
 BUCUREȘTI

Șos. MIHAI BRAVU Nr. 281

Nr. 1631

Ziua 04 Luna 02 2015



Aprobat Manager

Dr. Emilian Ioan Imbri

ASTMUL BRONȘIC

PROTOCOL CLINIC

STADIALIZARE ȘI CLASIFICARE

Programul de Inițiativă Globală pentru Astm (GINA) a fost inițiat în 1993 și a avut drept scop principal elaborarea unor indicații terapeutice generale bazate pe cele mai bune informații și cercetări științifice existente la acel moment. Acest program, publicat pentru prima oară în 1995, a fost revizuit în 2002, 2006 și 2011.

Criteriile pe baza cărora se stabilește nivelul de control al bolii sunt:

- prezența sau nu a simptomelor zilnice,
- limitarea activității,
- simptome nocturne/treziri,
- necesitatea medicației de ameliorare rapidă,
- funcția pulmonară (VEMS sau PEF)
- număr de exacerbări într-o perioadă de timp.

Ținând seama de toate aceste criterii, au fost stabilite 3 nivele de control:

- astm bronșic controlat,
- parțial controlat,
- necontrolat.

Niveluri de control

Caracteristici	CONTROLAT	PARȚIAL CONTROLAT	NECONTROLAT
Simptome zilnice	Nu ($\leq 2/\text{săpt.}$)	$> 2/\text{săpt.}$	≥ 3 caracteristici ale astmului parțial
Limitarea activității	Nu	Uneori	
Simptome nocturne/treziri	Nu	Uneori	
Necesitatea medicației de ameliorare rapidă	Nu ($\leq 2/\text{săpt.}$)	$> 2/\text{săpt.}$	controlat prezente în fiecare săptămână
Funcția pulmonară	Normală	$< 80\%$ prezis	



(PEF sau VEMS)			
Exacerbări	Nu	≥ una în ultimul an	una/săpt.

OBIECTIVELE PROGRAMULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

- obținerea și menținerea controlului simptomelor,
- prevenirea exacerbărilor,
- menținerea funcției respiratorii cât mai aproape de valorile normale,
- menținerea nivelului de activitate normal, inclusiv la efort,
- evitarea efectelor adverse ale medicamentelor antiastmatice,
- prevenirea instalării unei obstrucții ireversibile a căilor aeriene,
- prevenirea mortalității prin astm.

Aceste obiective sunt realizate prin eliminarea agentului etiologic și tratament medicamentos.

GHID DE TRATAMENT

Tratamentul de urgență. Episoadele acute de astm bronșic sunt una dintre cele mai frecvente urgențe respiratorii și este esențial ca medicul să recunoască situațiile în care viața bolnavului este în pericol și locul adecvat de îngrijire pentru fiecare pacient. Aceste distincții pot fi făcute prompt prin evaluarea unor parametri clinici selectați, la care se adaugă măsurarea debitelor expiratorii și a schimburilor de gaze.

Prezența pulsului paradoxal, utilizarea mușchilor accesorii și o marcată hiperinflație a toracelui sunt semnele unei bronhoobstrucții severe. Dacă valoarea PEF sau a VEMS este $\leq 40\%$ din cea prezisă și nu se dublează în prima oră de tratament bronhodilatator corect efectuat, bolnavul necesită internarea. Mai sunt indicații de spitalizare și următoarele: bolnavul a mai prezentat episoade de acutizare severă a astmului în antecedente, există factori de risc, simptomele evoluează de mult timp, pacientul trăiește în condiții socio-economice deficitare.

Medicamentele de elecție sunt β_2 -agoniștii cu durată scurtă de acțiune administrați indiferent pe ce cale: inhalator (nebulizare, aerosoli dozați, pulbere uscată), subcutanat sau în perfuzie. *Inhalatiile multiple de β_2 -agoniști cu durată scurtă de acțiune reprezintă piatra fundamentală a majorității regimurilor terapeutice.* Aceste droguri provoacă o ameliorare de 2-3 ori mai rapidă decât administrarea aminofilinei intravenos. Albuterolul (salbutamolul) se poate administra în urgență câte 2-3 pufuri la fiecare 20 de minute. Anticolinergicele nu sunt droguri de primă intenție deoarece au o durată lungă de timp până intră în acțiune (~ 30-40 min) și un efect bronhodilatator modest. Se pot asocia însă β_2 -agoniștilor, cu efect aditiv. Metilxantinele se vor administra numai atunci când nu s-a obținut efectul scontat cu β_2 -agoniști pe cale inhalatorie sau subcutanată, în dozele enunțate mai sus.

Tratamentului bronhodilatator i se adaugă corticoterapia parenterală: hidrocortizon hemisuccinat 500-1000 mg sau chiar mai mult, 40-60 mg de metilprednisolon i.v. la fiecare 6 ore.

Măsurile terapeutice complementare includ: oxigen cu debit mare (6-8 l/min), hidratare – pacientul care hiperventilează se deshidratează masiv, potasiu (6-8 g KCl/zi în glucoză 5%), antibiotice dacă este cazul. Criteriile de intubație și de ventilație asistată nu sunt încă bine standardizate. Decizia de a apela la acest tip de terapie trebuie luată de medici experimentați în tratamentul formelor severe de astm bronșic.

Tratamentul cronic. Scopul tratamentului cronic este de a ajunge la o stare stabilă, asimptomatică, cu cea mai bună funcție pulmonară posibilă, utilizând medicația cea mai redusă. Recomandările specifice ale



ghidurilor terapeutice sunt să se promoveze o stare de sănătate care definește noțiunea de „astm bronșic controlat” ce include următoarele: simptome minime sau absente, atât în cursul zilei cât și al nopții, exacerbări minime sau absente, menținerea nivelului de activitate normal, inclusiv la efort, reducerea absenteismul școlar și profesional, menținerea unor funcții pulmonare normale sau aproape normale, utilizarea unei cantități minime de β_2 -agoniști cu durată scurtă de acțiune (< odată/zi, < un flacon/lună), efecte adverse minime sau absente la medicație.

Educația reprezintă o parte esențială în supravegherea astmului. Necesită o educație adecvată și diferențiată: organizatorii de sănătate publică care trebuie să considere astmul o prioritate și să își concentreze eforturile în acest sens, lucrătorii din sectorul de sănătate (medici, asistente, farmaciști, studenți), persoanele publice (profesori, instructori sportivi, etc), bolnavii și familiile lor. Educația trebuie să conțină informații practice asupra diagnosticului și asupra conținutului ghidurilor clinice, asupra prevenirii exacerbărilor și deteriorării funcțiilor pulmonare, precum și asupra diferitelor forme de tratament. Scopul final al educației este de a face din bolnav un partener abil care să recunoască semnele de agravare ale bolii și să fie în stare să își ghideze singur tratamentul sub supravegherea cadrelor medicale, în special în ceea ce privește utilizarea terapiei inhalatorii și monitorizarea funcțiilor ventilatorii. Triggerii trebuie să fie evitați sau controlați, iar planurile terapeutice trebuie făcute atât pentru tratamentul cronic cât și pentru cel al exacerbărilor. Supravegherea regulată este obligatorie.

Medicamentele se administrează în 5 trepte (pași) terapeutice, progresiv crescătoare ca număr și ca doză.

Trepte terapeutice

	Medicație de salvare	Medicație de control de primă intenție	Medicație de control alternativă
Treapta 1	De preferat BADSA	Nu e necesară	
Treapta a 2-a	Medicație alternativă:	CS inh. doză mică	Inhibitorii de leukotriene Cromonele
Treapta a 3-a	anticolinergicele inh., BADSA orale,	CS inh. doză mică + BADLA	CS inh. doză mică + anti-leukotriene CS inh. doză mică + teofiline retard CS inh. doză medie/mare
Treapta a 4-a	teofilinele cu durată scurtă de acțiune	CS inh. doză medie + BADLA	CS inh. doză medie + BADLA + anti-leukotriene CS inh. doză medie + BADLA + teofiline retard CS inh. doză



Treapta a 5-a	CS orali	mare + BADLA
		Anti-IgE (omalizumab)

BADSA – β 2-agoniști cu durată scurtă de acțiune; BADLA - β 2-agoniști cu durată lungă de acțiune; CS – corticosteroizi.

Treapta 1: medicație de salvare la nevoie. Acest tratament este rezervat bolnavilor netratați cu simptome ocazionale (nu mai frecvent de două ori pe săptămână) și de scurtă durată. Între aceste episoade pacientul este asimptomatic, cu funcție pulmonară normală și fără simptome nocturne. Se preferă utilizarea BADSA inhalatorii. Pot fi luate în considerare ca alternative și anticolinergicele inhalatorii, BADSA cu administrare orală, teofilinele de scurtă durată, nepierzând însă din vedere faptul că acestea au efect mai tardiv și un risc mai mare de reacții secundare adverse.

Treapta a 2-a: medicație de salvare plus un singur medicament de control. Ca medicație de control de primă intenție se recomandă CS inhalatori în doză mică (200-500 μ g/zi de beclometazonă dipropionat sau 200-400 μ g/zi de budesonid, pentru a-i cita numai pe cei mai frecvent utilizați). Se recomandă introducerea medicației de control la pacienții care prezintă oricare dintre următoarele simptome: simptome diurne de minim 3 ori pe săptămână, consum de BADSA de minim 3 ori pe săptămână, trezire nocturnă cel puțin odată pe săptămână, minim o exacerbare severă ce a necesitat CS orali în ultimii doi ani. Cu eficacitate mai redusă decât CS inhalatori se pot utiliza ca alternative: 1) inhibitorii de leukotriene – cu beneficiu maxim la pacienții ce nu pot folosi corect dispozitivele de inhalare sau prezintă efecte adverse locale la CS inhalatori, la cei care asociază rinită alergică, precum și la cei cu astm indus de antiinflamatorii nesteroidiene; 2) cromonele au o eficacitate scăzută, în ciuda unui profil de siguranță favorabil.

Treapta a 3-a: medicație de salvare plus unul sau două medicamente de control. Opțiunile prezentate în această treaptă se adresează pacienților care nu sunt controlați cu doze mici de CS inhalatori. Opțiunea cea mai recomandată, atât pentru adulți cât și pentru copii, este de a combina CS inhalatori în doză mică cu BADLA, de preferat în același dispozitiv. Creșterea dozei de CS inhalatori se recomandă dacă nu este atins nivelul de control în 3-4 luni de tratament, dar beneficiul este inferior asocierii unui al doilea medicament de control. Alte opțiuni pentru pasul 3 sunt de a combina CS inhalatori în doză mică cu inhibitorii de leukotriene sau cu teofilinele retard.

Treapta a 4-a: medicație de salvare, plus două sau mai multe medicamente de control. Pe cât posibil, pacienții care nu sunt controlați în treapta a 3-a sunt îndrumați către un specialist cu experiență în tratamentul astmului. Opțiunea preferată de tratament în această treaptă este de a combina doze medii de CS inhalatori cu BADLA. Beneficiul dozelor mari de CS inhalatori (> 1000-2000 μ g/zi pentru beclometazonă dipropionat și > 800-1600 μ g/zi pentru budesonid) este discutabil pentru cea mai mare parte dintre pacienți și nu va fi recomandat decât atunci când nu se atinge nivelul de control cu doze medii de CS inhalatori (500-1000 μ g/zi pentru beclometazonă dipropionat și 400-800 μ g/zi pentru budesonid) plus BADLA și/sau un al treilea medicament de control (inhibitori de leukotriene sau teofiline retard) după 3-6 luni de tratament.

Treapta a 5-a: medicație de salvare plus opțiuni adiționale de medicație de control. Puțini dintre pacienți nu sunt controlabili în treapta a 4-a, și pentru ei se recomandă CS orali. Datorită efectelor lor secundare severe, se vor recomanda numai bolnavilor a căror activitate zilnică este drastic limitată și la cei cu exacerbări frecvente.



AUTORITATEA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI
SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI TROPICALE
„DR. VICTOR BABEȘ”

Șos. Mihai Bravu nr. 281 – 283, sector 3 Tel: 317.27.27, 317.27.28 Tel/Fax: 317.27.21
web site: www.spitalulbabes.ro e-mail: vbabes@xnet.ro



Administrarea de anti-IgE (omalizumab) la pacienții cu astm alergic sever, necontrolat nici de CS inhalatori, nici de cei orali, deși eficientă în cazurile bine selectate, este limitată datorită costurilor foarte mari.

Începerea tratamentului de control se va face în treapta a 2-a pentru majoritatea pacienților și în treapta a 3-a numai pentru acei pacienți care prezintă manifestări similare astmului necontrolat. Atingerea nivelului de control poate dura uneori luni de zile, iar odată atins controlul trebuie menținut. În cazul pierderii acestuia sau al unei exacerbări tratamentul de control trebuie reconsiderat.

Ajustarea nivelului de control al astmului, în funcție de nivelul de control atins se va face după cum urmează:

- controlat – se va rămâne pe aceeași treaptă sau se coboară;
- parțial controlat – se va lua în considerare urcarea unei trepte;
- necontrolat - se va urca o treaptă;
- exacerbare – se tratează ca exacerbare.

Nu se poate preciza cu exactitate momentul optim al ajustării tratamentului, acest lucru fiind diferit de la un pacient la altul, scopul final al acestei stadializări fiind în fapt acela de a adapta în permanență tratamentul la nevoile pacientului.

Intocmit

Dr Olimpia Nicolaescu
Medic Primar Pneumolog

Director Medical
Dr Florescu Simin -Aysel



AUTORITATEA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI
SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI TROPICALE
„DR. VICTOR BABEȘ”

Șos. Mihai Bravu nr. 281 – 283, sector 3 Tel: 317.27.27, 317.27.28 Tel/Fax: 317.27.21
web site: www.spitalulbabes.ro e-mail: vbabes@xnet.ro



SPITALUL CLINIC „Dr. V. BABEȘ”
BUCUREȘTI

Șos. MIHAI BRAVU Nr. 281

Nr. 1631

04 Luna 02 2015



Aprobat Manager

Dr. Emilian Ioan Imbri

ANTIBIOTERAPIA PROFILACTICĂ ÎN SERVICIILE DE PNEUMOLOGIE PROTOCOL CLINIC

Profilaxia antibiotică în serviciile de pneumologie nu are decât o singură indicație conform Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei (PNPSCT), și anume tuberculoza latentă.

Tratamentul TB latente se referă la persoanele cunoscute a fi infectate cu *Mycobacterium tuberculosis* dar care nu sunt bolnave de tuberculoză. Acesta nu este recomandată de rutină, având în vedere problemele ridicate: necesitatea excluderii tuberculozei ca boală, necesitatea asigurării complianței la tratament, numărul mare de persoane infectate, costurile și personalul necesar, evidența acestor cazuri, etc.

Indicațiile tratamentului TB latente

Factorul de risc	Rezultatul reacției cutanate la PPD
Contacti în vârstă de până la 19 ani ai pacienților cu TB pulmonară cu microscopie pozitivă	≥10 mm
Infecția HIV și bolnavi cu afecțiuni cronice cu risc important de imunodepresie	≥5 mm

Înainte ca acești pacienți să fie tratați, se va efectua o anamneză atentă, examen clinic și radiografic pentru excluderea unei TB active și pentru obținerea de informații asupra chimiosusceptibilității MT a sursei de infecție.

Regimul standard folosit: cu H, 5 mg/kgc (max.300mg) la adult, 10 mg/kgc la copii, în administrare zilnică, timp de 0-9 luni (12 luni la HIV+).

Tuberculoza latentă se tratează mai rar în serviciile cu paturi, de regulă tratamentul ei se face în ambulator.

Intocmit

Dr Olimpia Nicolaescu

Medic Primar Pneumolog

Director Medical
Dr Florescu Simin -Aysel