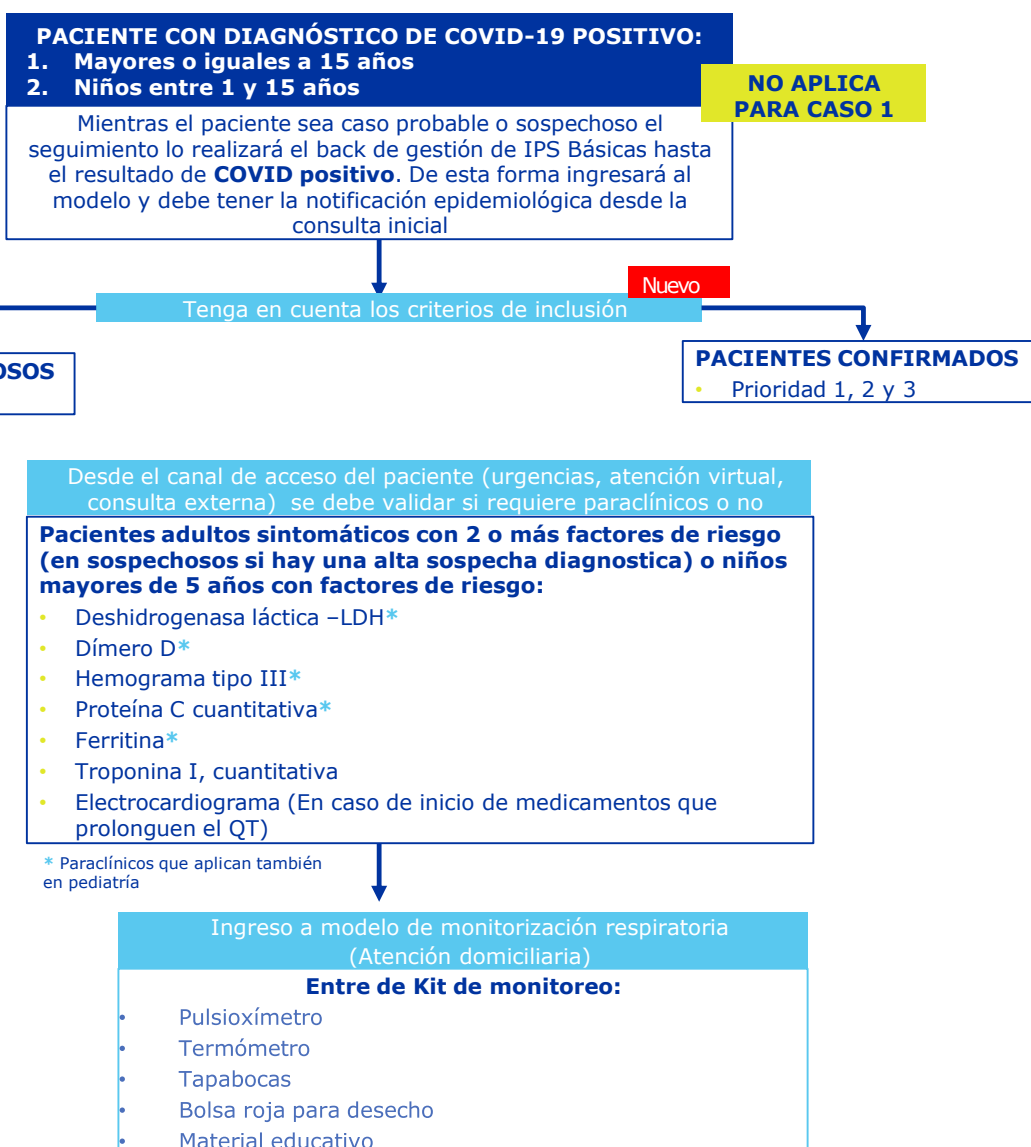


Equipo técnico SURA / Diciembre 18 de 2020. V4

Los conceptos y recomendaciones establecidos en estas guías de abordaje pretenden orientar la gestión y el manejo de los pacientes con sospecha y diagnóstico de COVID-19 (Nuevo coronavirus) y algunas de sus comorbilidades, sin embargo, todo paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta guía se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden sugerir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia.

### 1 Ingreso



## Acompañamiento por personal de la salud

- Valoración virtual
- Educación
- Acompañamiento
- Técnicas de respiración/prono para dormir
- Signos de alarma
- **En pediatría:** Enfoque en signos de alarma. Videos para educación del cuidador.

\*Ver guía de abordaje de rehabilitación

## Valoración médico general/Pediatra

- Examen clínico completo para realizar diagnósticos diferenciales y en caso de considerar otro diagnóstico realice abordaje de la etiología que considere.
- Recomendaciones de aislamiento dentro de casa y educación
- Manejo sintomático (Ver Guía de manejo de síntomas COVID19)
- Signos de alarma

**Adultos:**

- Clasificación por escala NEWS 2
- Coordina entrega de O2 si paciente presenta desaturación
- Prono para dormir

**Pediatría:**

- Escala PEWS
- Escala de monitoreo

Escala de advertencia temprana NEWS 2 (National Early Warning Score 2) para direccionamiento del paciente adulto

Si en la valoración médica se encuentra paciente en condiciones CRITICAS o si aplica CASO 1 se deberá trasladar a centro asistencial independiente de la puntuación del NEWS

Nuevo

Parámetro fisiológico	Puntaje						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturación de oxígeno (SpO2)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO2 en caso de EPOC	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 sin O2	93-94 con O2	95-96 con O2	≥ 97 con O2
¿Oxígeno suplementario?		SI		Aire ambiente			
Tensión arterial sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frecuencia cardíaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Temperatura	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	
Nivel de conciencia				Alerta			Confundido Desorientado Agitado Inconsciente

Puntaje 0-4  
(NEWS 1)

Riesgo bajo

Continúa en seguimiento del modelo automonitoreo pacientes COVID

Puntaje de 3 asignado por un UNICO parámetro (NEWS 2)

Punto de corte

Identifique la causa del parámetro alterado y tome conducta de acuerdo al hallazgo. Si se requiere solicite paraclínicos establecidos

Nuevo

Puntaje 5-6  
(NEWS 3)

Medio

Remisión a otro nivel de atención (urgencias, UCRI, hospitalización, UCI, UCE)

Puntaje 7 o más  
(NEWS 4)

Alto

Recuerde aplicar escala CRB-65 en caso de sospechar Neumonía

\*Ver guía de abordaje NAC Adultos y ESI/IRAG

**Brighton Pediatric Early Warning Score (PEWS). Para población pediátrica**

	0	1	2	3
<b>Comportamiento</b>	Juega / Apropiado	Duerme	Irritable O Padres preocupados	Letárgico O Confuso O Respuesta reducida al dolor
<b>Cardiovascular</b>	Rosado O Llenado capilar de 1-2 segundos	Pálido O Llenado capilar de 3 segundos	Gris O Llenado capilar de 4 segundos O Taquicardia >20 latidos por encima de los parámetros normales para edad	Gris o moteado O Llenado capilar de >5 segundos O Taquicardia >30 latidos por encima de los parámetros normales para edad O Bradicardia
<b>Respiratorio</b>	Frecuencia respiratoria normal, sin tirajes	>10 respiraciones/min por encima de los parámetros normales para edad O Uso de músculos accesorios O Requerimientos de oxígeno suplementario FiO2 >30% o 4L/min	>20 respiraciones/min por encima de los parámetros normales para edad O Tiraje intercostal O Tiraje supraesternal O Requerimientos de oxígeno suplementario FiO2 >40% o 6L/min	>30 respiraciones/min por encima de los parámetros normales para edad o <5 respiraciones/min por debajo de los parámetros normales O Retracción subxifoidea O Tiraje supraesternal O Quejido O Requerimientos de oxígeno suplementario FiO2 >50% o 8L/min

**PEWS < 2  
Riesgo bajo**

- Sin cambios en el estado de salud del niño.
- Seguimiento de signos vitales cada 4 horas.
- Continuar con igual plan de tratamiento.

**PEWS 3 – 4  
Riesgo intermedio**

- Cambios en el estado de salud del niño.
- Garantizar evaluación médica.
- Priorizar evaluación respiratoria. Definir requerimientos de oxígeno suplementario.
- Seguimiento de signos vitales cada 2 horas.
- Repetir PEW en 1 hora.
- Modificar plan de tratamiento.
- Considerar hospitalizar.

**PEWS > 5  
Riesgo alto**

- Cambio significativo en el estado de salud del niño.
- Garantizar evaluación médica inmediata.
- **Remisión urgente.**
- Seguimiento de signos vitales cada hora.
- Repetir PEW en 30 min

**Frecuencia cardiaca (por minuto)**

Edad	Frecuencia despierto	Frecuencia dormido
<b>Neonatos hasta 3 meses</b>	Entre 85 y 205	Entre 80 y 160
<b>De 3 meses a 2 años</b>	Entre 100 y 190	Entre 75 y 160
<b>De 2 a 10 años</b>	Entre 60 y 140	Entre 60 y 90
<b>Más de 10 años</b>	Entre 60 y 100	Entre 50 y 90

Tomado de American Heart Association. Conjunto de referencia de soporte vital Avanzado pediátrico.

**Frecuencia respiratoria (respiraciones/min)**

Edad	Frecuencia
<b>Lactantes</b>	Entre 30 y 60
<b>Entre 1 y 3 años</b>	Entre 24 y 40
<b>En edad preescolar</b>	Entre 22 y 34
<b>En edad escolar</b>	Entre 18 y 30
<b>Adolescentes</b>	Entre 12 y 16

Tomado de American Heart Association. Conjunto de referencia de soporte vital Avanzado pediátrico.

### 3

## Evaluación y orden de paraclínicos

### Adultos

Evalúe los resultados de los paraclínicos en los pacientes que ingresaron con ellos y ordene paraclínicos a quienes requieran inicio de oxígeno suplementario luego de valoración inicial.

- Deshidrogenasa láctica -LDH-
- Dímero D
- Hemograma tipo III
- Proteína C cuantitativa
- Troponina I, cuantitativa
- Ferritina
- Electrocardiograma

Nuevo

#### Control de paraclínicos

- **Paciente con Oxígeno:** Cada 24 horas del examen alterado y cada 48 horas la batería de exámenes
- **Paciente sin oxígeno:** Seguimiento del resultado alterado y según clínica del paciente se solicitan otros exámenes

\*\* La interpretación de paraclínicos va de la mano de la condición clínica.

### Menores de 15 años

Evalúe los resultados de los paraclínicos en pacientes que ingresaron con ellos y ordene nuevos paraclínicos si hay cambios en oximetría o en la escala de alertamiento temprano

- Hemograma
- PCR
- Dímero D
- Ferritina
- LDH
- Radiografía de tórax (opcional: si ha sido realizada al momento de atención institucional)

### 4

## Saturación de oxígeno

Los rangos de normalidad de saturación de oxígeno según altura sobre el nivel del mar, así:

- **Ciudades a más de 2000 mts:** 90% de saturación oxígeno ambiente
- **Ciudades a menos de 2000 mts:** 93% de saturación oxígeno ambiente

#### Pediatría

- **Ciudades a más de 2500 mts** 90% de saturación oxígeno ambiente
- **Ciudades a menos de 2500 mts** 92% de saturación oxígeno ambiente

#### Condiciones especiales

- Embarazada 95% de saturación oxígeno ambiente
- Enfermedad pulmonar previa O2 requirente (> 2000 mts 88%, < 2000 mts 90%)

Todo paciente adulto que se encuentre por fuera de los rangos definidos en la escala NEWS2 y los parámetros de altura sobre el nivel del mar, deben recibir oxígeno suplementario, iniciando O2 por cánula nasal entre 2-3 lt/min. **(Ver Manejo de O2 más adelante).**

En la población pediátrica que requiere oxígeno suplementario se debe iniciar O2 por cánula nasal a 0.5 lts/min. En los menores de 5 años, todo niño que requiera O2 se remite; y niños entre los 6 y 14 años, con requerimientos de oxígeno superiores a 1L/min se benefician de manejo intrahospitalario. Mientras se hace efectivo el proceso de remisión se realizará monitoreo cada dos horas.

Recuerde complementar la monitoria no invasiva del paciente con el índice de SA/FI (SaO2/FiO2).

SaO2/FiO2	Compromiso pulmonar	Puntaje
< 150	Muy severo	4
151 -200	Severo	3
201-240	Moderado	2
241-300	Leve	1
> 300	Normal	0

## 5 Predicción de la progresión del riesgo

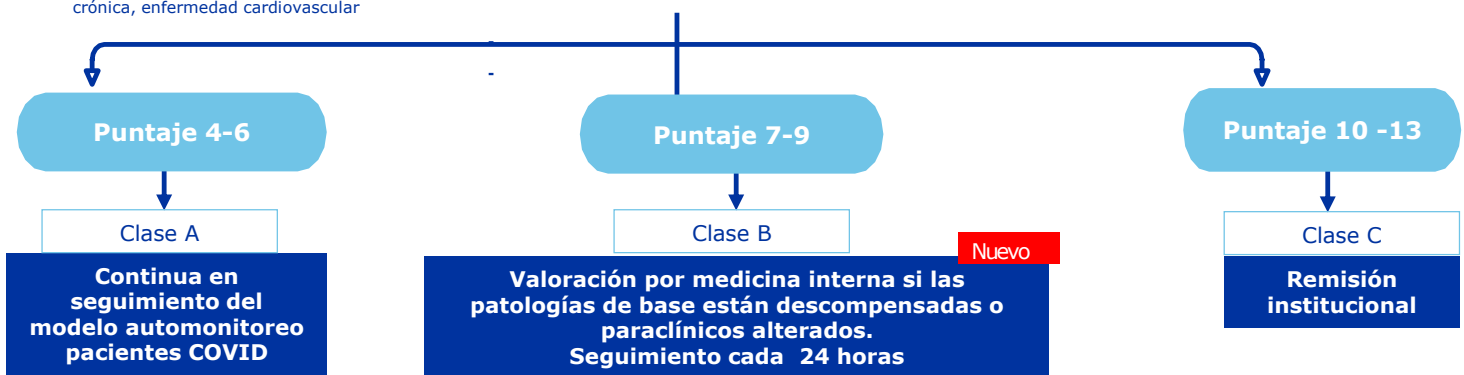
En pacientes **adultos** aplique la escala **CALL SCORE** cuando tenga el resultado de los paraclínicos y realice una correcta interpretación de estos

VARIABLE		PUNTOS
<b>Comorbilidades*</b>	Ausente	1
	Presente	4
<b>Edad en años</b>	Menor de 60	1
	Mayor de 60	3
<b>Linfocitos (x109/L)</b>	Mayor de 1	1
	Menor o igual a 1	3
<b>LDH (U/L)</b>	Menor o igual a 250	1
	Entre 250 y 500	2
	Mayor de 500	3

\*Comorbilidades: Hipertensión arterial, diabetes, VIH, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardiovascular

Paraclínico	Interpretación
LDH	>245 mg/L
Dímero D	> 1000 ng/mL
Hemograma tipo III	Linf < 800/microM
PCR	> 100mg/L
Troponina I	positiva
Ferritina	> 500 mcg/L
EKG	Prolongación QT

Tabla de interpretación de ayudas Dx



## 6 Seguimiento y acompañamiento

El seguimiento estará a cargo del Back COVID SURA.

Recuerda diligenciar adecuadamente en PHC el direccionamiento del paciente en el formulario COVID

### Médico

#### Virtual en pacientes con O2 suplementario Nuevo

- De acuerdo a las frecuencias definidas por el back de seguimiento
- Cambios en el estado de salud, temperatura, oximetría, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, síntomas y signos
- Egreso al paciente con oxígeno
- Pediatra a las 72 horas y en caso de activación de ERR

#### Presencial:

- Paciente con desaturación (Oportunidad de entrega de O2 a 2 hrs, de visita médica 2 hrs)
- Según criterio médico
- Egreso (sintomáticos)
- Cambios en la escala de alerta temprana pediátrica o en los parámetros de monitoreo

### Terapeuta respiratoria

#### Virtual:

- Para control en pacientes con O2 cada 24 horas
- Desmonte de oxigenoterapia

#### Presencial:

- Según criterio del terapeuta respiratorio
- En caso de activar al equipo de respuesta rápida por desaturación.

### Pediatra

#### Virtual:

- A las 72 horas de ingreso
- Teleasesoría con médico general o terapeuta respiratorio por cambios en la situación clínica (cambios en escala de alerta temprana)
- Paciente quien requirió atención por ERR

En cada valoración presencial debe repetirse la escala NEWS 2 y PEWS

## Automonitoreo

El automonitoreo en pacientes adultos debe realizarse evaluando: frecuencia cardiaca, temperatura, saturación de oxígeno. A continuación se describen los parámetros definidos para normalidad o anormalidad de estos tres criterios:

		Saturación O2	Frecuencia cardiaca	Temperatura
Normales	Ciudades por encima de los 2.000 mts	Mayor o igual 91%	Entre 60-80 x min	Menor o igual 37°
	Ciudades por debajo de los 2.000 mts	Mayor o igual 93%	Entre 60-80 x min	Menor o igual 37°
Anormales	Ciudades por encima de los 2.000 mts	Menor o igual 91%	Menor de 50 y mayor de 90 x min	Mayor o igual 38°
	Ciudades por debajo de los 2.000 mts	Menor o igual 93%	Menor de 50 y mayor de 90 x min	Mayor o igual 38°

Rangos definidos desde la escala NEWS2

Rango de edad	Frecuencia cardiaca	Nuevo
Neonatos	> 160 x min	
< 2 años	> 170 x min	
Entre 2 y 10 años	> 140 x min	
Entre 10 y 16 años	> 110 x min	

Las frecuencias del monitoreo de todos los pacientes dependerán de la condición o requerimiento de oxígeno del paciente así:

Condición	Frecuencia
Pacientes sin oxígeno	Cada 8 horas
Pacientes con oxígeno	Cada 2 horas

## 7 Manejo de oxígeno

### Escalonamiento

El rango que se usará para el inicio de oxigenoterapia es el definido para cada ciudad, y es un valor constante para el escalonamiento al siguiente dispositivo, siguiendo este orden:

- Oxígeno por cánula nasal a 0.5 lts/min (pediatría)
- Oxígeno por cánula nasal a 2 lts/min
- Oxígeno por cánula nasal hasta 5 lts

Si el paciente adulto requiere mayor flujo que 5 litros, debe ser remitido para manejo intrahospitalario

Todo paciente menor de 5 años que requiera manejo suplementario con O2 debe ser remitido para manejo intrahospitalario.

Todo paciente entre 6 y 14 años con requerimiento de O2 mayor a 1 Lt debe remitido para manejo intrahospitalario. Mientras se hace efectivo el **proceso de remisión** se realizara monitoreo cada dos horas.

**Iniciar oxigenoterapia en un paciente es comprender los requerimientos de O2 de cada uno. Esto va más allá de ordenar concentraciones en litros. Para este modelo debe estar claro el concepto de FiO2.**

DISPOSITIVO	LTS X MINUTO	fiO2	EQUIPO
Cánula Nasal	1 lts	24%	Concentrador
	2 lts	28%	
	3 lts	32%	
	4 lts	36%	
Mascara Simple	5 lts	40%	Concentrador

Todo paciente **adulto** que se encuentre por fuera de los rangos definidos en la escala NEWS2 y los parámetros de altura sobre el nivel del mar, deben recibir oxígeno suplementario, iniciando O2 por cánula nasal entre 2-3 lt/min.

El escalonamiento del Oxígeno dependerá de cada paciente y la respuesta clínica que se vaya obteniendo. La mayoría de los pacientes responden entre 20 -30 minutos, por lo tanto ese será el tiempo recomendado para la evaluación de respuesta.

## Equipo de respuesta rápida

Esta conformado por médico y terapeuta respiratoria. Asiste al paciente de forma presencial cuando:






- Cambios en la oximetría por debajo de los parámetros normales
- Puntuación mayor a tres en la escala de alerta temprana pediátrica PEWS.
- Cambios en el estado de salud que se consideren críticos ya sea por su patología respiratoria o su enfermedad de base descompensada.

## Desmote

Dentro del modelo, el **desmote de oxígeno** está a cargo del **equipo de salud**. Se anexa todo el proceso en esta guía en caso que sea necesario realizarlo por el personal médico.

En la valoración se analizarán las siguientes variables:

- **Registro de oximetrías:** realizadas al paciente antes y después de la oxigenación para la identificación de los niveles previos de oximetría y definir la meta sobre la cual se va a llevar el paciente para iniciar el desmote. Realizar durante el contacto virtual medición de oximetría sin oxígeno y después de una pequeña caminata para la corroboración del estado de oxigenación del paciente sin el oxígeno suplementario.
- **Estado clínico:** Estado general, frecuencia cardiaca y el ausencia de fiebre en las últimas 48 horas.
- **Frecuencia respiratoria:** Puede ser con ayuda del cuidador o por video, de igual manera se evalúa el esfuerzo respiratorio y no uso de los músculos accesorios.
- **Disnea:** Escala de Borg para evaluar de forma gráfica la percepción subjetiva de la dificultad respiratoria. Recuerde explicarle al paciente que lo calificado es la percepción que él considere de su esfuerzo respiratorio, el terapeuta no influye.

Escala de Borg (Percepción del esfuerzo)		
	Extremo	10
	Máximo	9
	Muy, muy pesado	8
	Muy pesado	7
	Más pesado	6
	Pesado	5
	Algo pesado	4
	Ligero	3
	Muy ligero	2
	Muy, muy ligero	1

### PUNTAJE

- 0 a 2 es tolerable
- 3 a 6 hay que considerar administración de oxígeno
- 7 a 10 requiere valoración médica o intervención por el Terapeuta Respiratorio de manera inmediata.

**DEFINA LA META DE DESMONTE.** Este podrá hacerlo a través del acompañamiento virtual. En caso que el desmonte de oxígeno requiera hacerse de forma presencial, adicionalmente evalúe el llenado capilar como detección de hipoperfusión.

### **Inicie el desmonte escalonado de acuerdo al esquema de la siguiente hoja (Ver anexo)**

Después del desmonte, las saturaciones más bajas se alcanzan dentro de los siguientes 40min, por lo cual se requiere continuar con el monitoreo antes de solicitar el retiro de los equipos. El 50% de los pacientes tolera el desmonte de oxígeno sin presentar algún tipo de signo de dificultad respiratoria.

## **8** Egreso

### **ADULTOS**

- Pacientes sin signos de complicación
- Pacientes sin medicamentos venosos
- Paciente con desmonte de oxígeno exitoso
- > 3 días con estabilidad hemodinámica y percepción de mejoría del paciente
- Completar los días de seguimiento establecidos en la guía del ministerio
- Traslado a otro nivel de atención

### **PEDIATRÍA**

- Afebril por 48 horas.
- Sin requerimientos de oxígeno suplementario >24 horas.
- Escala de alerta temprana pediátrica PEWS <2 durante 24 horas.
- Mejoría en los paraclínicos (seguimiento a la linfopenia y los reactantes de fase aguda).
- No percepción de dificultad respiratoria por los padres o cuidadores.
- Ingesta oral adecuada.

## **Referencias**

1. Sura. Modelo de atención domiciliar para pacientes con sospecha o diagnóstico COVID-19. Versión 7. Diciembre 2020
2. Sura. Guía de abordaje y seguimiento. Rehabilitación en pacientes con diagnóstico y sospecha de COVID -19. V4. Agosto 2020
3. Sura. Guía de abordaje y seguimiento: SARS-CoV2/COVID-19 (Nuevo coronavirus). Versión 17. Agosto 2020
4. Sura. Guía de abordaje y seguimiento. Modelo de atención UCRI - Unidad de cuidados respiratorios intermedios para pacientes con infección por SARS-CoV2/COVID-19 (nuevo coronavirus). Agosto 2020
5. Sura. Guía de abordaje y seguimiento: Rehabilitación en pacientes con diagnóstico y sospecha de COVID -19. Versión 4. Agosto 2020
6. Sura. Guía de abordaje y seguimiento. Paciente con sospecha o diagnóstico de COVID-19 en atención presencial en el servicio de urgencias. Versión 3. Agosto 2020.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el uso de pruebas moleculares RT-PCR, pruebas de antígeno y pruebas serológicas para SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia COVID-19. Versión 7. 3 de agosto de 2020
8. Sura. Manual Modelo Unidad de cuidados respiratorios intermedios (Unidad de cuidados respiratorios intermedios) COVID-19. Julio 2020
9. Instituto Nacional de Salud. Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) Bogotá DC Versión 12. Julio 24 de 2020. Publicado el 26 de julio.
10. Instituto Nacional de Salud. Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la COVID-19. Versión 2. Julio 23 de 2020
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID-19. Versión 2. 1 de Julio 2020
12. Asociación Colombiana de infectología (ACIN). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2 / COVID-19 en escenarios de atención de la salud. Recomendaciones basadas en el consenso de expertos e informadas en la evidencia. 1 de julio 2020.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Instrucciones para el registro, codificación y reporte de Enfermedad Respiratoria Aguda causada por el nuevo coronavirus COVID-19, en los registros médicos de morbimortalidad del Sistema de Salud. Bogotá DC. abril 2020
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID-19. Abril 2020



## Esquema terapéutico según escala de Borg:

Antes de iniciar cualquier ejercicio valide el estado general del paciente, la SpO2 y FC.

Borg	Enfoque terapéutico	Actividades	Repeticiones
0 a 2 Reposo a Muy Ligero- Tolerable	Reeducación del patrón respiratorio e inicio de ejercicios activos libres de bajo impacto.  Se podrá ir progresando paulatinamente según la evolución, siempre y cuando la adaptación al ejercicio más ligero haya sido adecuada y no se reagudicen síntomas relacionados con el COVID-19	Respiración Diafragmática	3- 5 series/Repita cada 2 a 3 horas
		Respiración Profunda y Sostenida	3- 5 series/ cada 2 a 3 horas
		Respiración con Labios Fruncidos	3- 5 series/Repita el ejercicio cada hora
		Deambulación con respiración controlada	5 a 10 minutos, realizando ciclos de 5 respiraciones.
		Cambios de posición y Activos de miembros superiores sin resistencia	5 series/Repita según tolerancia, iniciando en postura sedente
		Ejercicios de burbujeo en botella con pitillo	Repita 10 veces. Cada 2 horas
3 – 4 Ligero a Algo Pesado	Reeducación del patrón respiratorio  Realizar ejercicios respiratorios y monitoreando SV, haciendo uso de la escala Borg.	Respiración Diafragmática	3- 5 series/Repita cada 2 a 3 h
		Respiración Profunda y Sostenida	3- 5 series/ cada 2 a 3 horas
		Respiración con Labios Fruncidos	3- 5 series/Repita el ejercicio cada hora
		Posición prono y drenaje postural	20 minutos prono, intercaladas con 20 minutos de supino, revalorar SV, se puede intercalar esta posición con periodos de descanso en decúbito lateral, hasta 3horas.
		Cambios de posición y deambulación corta, con respiración controlada	1-2 series/ Tiempo 3 a 5min, Repita según tolerancia, e incrementa gradualmente
		Ejercicios de burbujeo en botella con pitillo	Repita 10 veces. Cada 2 horas
0 Reposo – 4 Algo Pesado	Desmonte efectivo de O2	Para tomar la conducta de retirar el oxígeno, se debe incluir los registros de la oximetría durante el tiempo de la oxigenación, más algunas variables clínicas y signos vitales.	Desmonte escalonado  • Día 1: Se retira el uso de oxígeno por 15 minutos y se lo reinicia por dos horas y se hace este proceso de forma intermitente por todo el día. Si el paciente tolera estos desmontes se puede continuar el desmonte.  • Día 2: Se retira el uso de oxígeno por 30 minutos y se lo reinicia por dos horas y se continúa evaluando la tolerancia del paciente para continuar el desmonte.  • De acuerdo a la tolerancia identificada se define los días adicionales hasta lograr el desmonte el 100% del oxígeno
5 a 6 Pesado a Más Pesado	Conseguir cambios en la movilidad diafragmática, la evacuación de secreciones, redistribución de la perfusión y una mejoría clara de la ventilación y oxigenación	Posición prono y drenaje postural que el paciente tolere	Iniciar desde 5min tratando de llegar a 20 minutos en prono, intercaladas con 20 minutos de supino, revalorar SV. se puede intercalar esta posición con periodos de descanso en decúbito lateral, hasta 3horas
		Respiración Diafragmática	3- 5 series/cada 2horas
		Respiración con Labios Fruncidos	3- 5 series/cada 2horas
		Si hay presencia de sibilancias, iniciar un esquema de inhaloterapia (Recetado exclusivamente por médico)	Iniciar Broncodilatadores inhalados:  Salbutamol (2 puff cada 4 horas)  Bromuro de Ipatropio (2 puff cada 6 horas),  Se puede complementar con corticoide inhalado tipo Beclometasona (2 puff cada 12 horas), todos con inhalocámara
		Verificar SV: SpO2, FC, FR, presencia de SDR como: respiración rápida, habla entrecortada, retracciones intercostales, tirajes supraesternales y/o supraclaviculares, sibilancias, cianosis, aleteo nasal, sudoración excesiva, visión borrosa. Si el paciente presenta 2 o más de estos signos, se debe activar alerta médica.	Considerar inicio de soporte de oxígeno sino lo tiene, o aumento del litraje hasta un máximo de 5 lpm, si ya había sido iniciado previamente, realizar solo postura prono-ejercicios con labios fruncidos.
		Si el paciente no se estabiliza en sus signos.	active el ERR
7 a 10 Muy Pesado a Extremo	Identificar tempranamente los factores de riesgo  Remisión oportuna	Verifique: estado de conciencia, SV: (SpO2, FC, FR, T°), presencia de SDR como: respiración rápida, habla entrecortada o imposibilidad para hablar, retracciones intercostales, tirajes supraesternales y/o supraclaviculares, cianosis, aleteo nasal o Sibilancias	No aplica
		Iniciar soporte de oxígeno y acompañe con ejercicio de labios fruncidos	Si NO tiene soporte O2, solicitarlo e iniciar a 2lts, validar respuesta, e ir incrementando paulatinamente hasta máximo 5lpm.  Si ya cuenta con soporte de O2, aumentar litraje hasta máximo 5 lpm
		En caso de presencia de sibilancias	Se realizará esquema de rescate de crisis con 2 puff de B2 Agonista tipo Salbutamol con espaciador cada 15 minutos por 1 hora, considerar inicio de corticoide I.V, esperar 15 minutos para reevaluar.
		Si no hay mejoría de disnea con el manejo instaurado	Se debe optar por realizar remisión hospitalaria