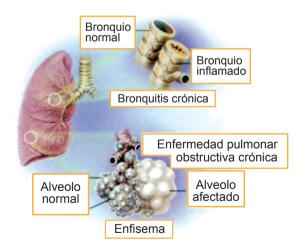
EPOC

SÍNTOMAS Y SIGNOS

- Tos crónica, con o sin expectoración purulenta.
- Disnea crónica.
- Disminución de ruidos respiratorios, sibilancias, uso de músculos accesorios.

DEFINICIÓN

- Obstrucción crónica y progresiva del flujo de aire, generalmente irreversible.
- Dos términos que hablan del abanico de la enfermedad son: Bronquitis Crónica y Enfisema Pulmonar.
- Ciertos pacientes tienen un elemento de broncoespasmo (componente asmatiforme) también.



CAUSAS

- Tabaquismo
- Cocinar con leña dentro de la casa
- Deficiencia Antitripsina a-1 (congénito, es raro).

LABORATORIO

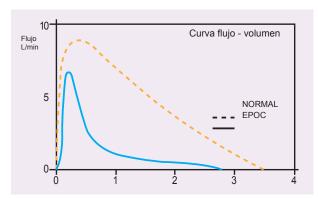
• Gasometría: para ver presencia de : Hipercapnia (crónica o aguda) a través de: pH, PCO2

Hipoxia a través de: % saturación y PO2

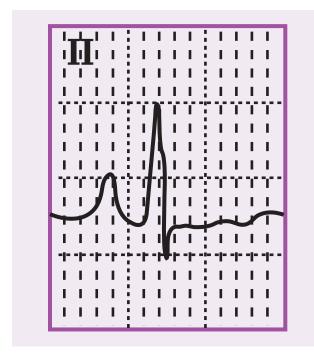
- BH: puede haber poliglobulia por hipoxia crónica
- ECG: se puede notar evidencia de hipertensión pulmonar
- RX de Tórax: se puede evidenciar hemidiaframas planadas con hiperexpansión fotos: placa con hallazgos típicos de EPOC
- Espirometría:
- FVC: Capacidad Vital Forzada es todo el volumen de aire (Litros) durante espiración
- FEV1: Volumen Forzado de Espiración en 1 segundo.
- El Diagnóstico de EPOC: se establece con un FEV1 menor de 70% de FVC
- La Gravedad de la enfermedad: se establece comparando FEV1 como porcentaje de valores normales

Nivel de gravedad	FEV ₁ posbroncodilatador (%)
EPOC leve	FEV ₁ > 80 % del valor de referencia.
EPOC moderada	FEY > 50 % y < 80% del valor de referencia.
EPOC grave	FEV ₁ > 30 % y < 50% del valor de referencia.
EPOC muy grave	FEV < 30% o < 50 % si se asocia a insuficiencia respiratoria.

Gravedad de EPOC



Espirometría

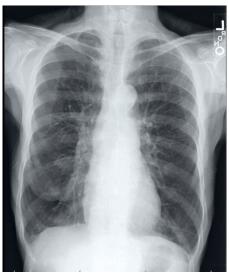


Onda P picuda indicando P Pulmonar y posible Hipertención Pulmonar

IMAGEN

Rayos X

- Hiperinsuflación difusa y aplanamiento del diafragma.
- Pueden no existir hallazgos radiográficos en una EPOC descompensada, o pueden encontrase infiltrados y hasta neumotórax por ruptura de bula.



Rayos x de tórax de EPOC

TERAPIA

- Medidas no farmacológicas: TODOS los pacientes deben suspender el consumo de cigarrillos, reducir otros factores de riesgo, recibir vacunas de influenza y neumococo, y rehabilitación pulmonar.
- Medidas farmacológicas:
- Broncodilatadores

Adrenérgicos: Beta agonistas (corta o larga duración)

Anticolinérgicos: Bromuro de Ipratropio (corta o larga duración)

- Anti-inflamatorios

Corticoides (sistémicos o inhalados)

- Antibióticos

Cuando hay descompensaciones

- Oxígeno

En casos severos

- **EPOC leve:** Tratamiento estandarizado , Salbutamol (Ventolin) o Bromuro de Ipratropio (Atrovent) utilizando inhalocamara, cuando sea necesario.
- **EPOC moderada:** Tratamiento estandarizado + Salmeterol (Serevent).
- **EPOC grave:** Tratamiento de EPOC moderada + Salmeterol (Serevent) y combinar con Corticoides inhalados (Seretide) si hay exacerbaciones repetidas.
- **EPOC muy grave:** Tratamiento de EPOC

grave + Oxígeno a largo plazo si hay insuficiencia respiratoria, considerar transplante.

DESCOMPENSACIONES AGUDAS EN CONSULTA EXTERNA

Definición

- No hay examen diagnóstico o marcador sanguíneo que define el diagnóstico de descompensación.
- Un cambio agudo en la enfermedad de base del paciente como, disnea, tos, o esputo más allá de su variación normal que sean suficientes para justificar una modificación terapeútica.
- La mayoría de las descompensaciones son leves y no requieren hospitalización.
- Se debe considerar otras causas que pueden ser, Falla Cardíaca, TEP, Síndrome Coronario Agudo (pero no se deben descartar estas etiologías necesariamente con exámenes o con evaluación en una sala de emergencia)

Manejo en Consulta Externa

- Broncodilatadores de corta duración
- Corticoides sistémicos (VO) por 5-7 días (40mg Prednisona QD)
- Antibióticos VO (Amoxicilina, Cotrimoxazol, Doxiciclina, Azitromicina)

Posibles Indicaciones para la Hospitalización

- EPOC severa como línea de base
- Cianosis, nuevo edema periférico (indica hipertensión pulmonar severa)
- Alteración del estado mental (indica hipercapnia)
- Falla en el manejo en la consulta externa
- Descompensaciones frecuentes
- Apoyo insuficiente en casa o pacientes de la tercera edad

PERLAS

• Se debe sospechar EPOC en cualquier paciente con disnea o tos crónica, con antecedentes de tabaquismo, o en quienes cocinan con leña dentro de la casa.

- EPOC en su estadio inicial es predominantemente asintomático, se requiere un alto índice de sospecha y espirometría para su diagnóstico oportuno.
- Espirometría no sólo es esencial para diagnóstico del paciente, sino también es de vital importancia en el seguimiento, para valorar la respuesta al tratamiento y valorar el pronóstico de la enfermedad.
- Cálculo del índice de tabaquismo Cajetilla-Año = [(Número de cigarrillos fumados al día x Número de años de fumador)/20].
- En Ecuador el principal factor de riesgo asociado, es la exposición crónica a biomasa.
- Teofilina no es recomendada para descompensaciones por falta de eficacia y efectos adversos.
- No hay evidencia que apoya el uso de mucolíticos (acetilcisteína), antitusígenos, expectorantes (guaifenesina), modificadores de los leucotrienos.
- No hay evidencia que apoya el uso de corticoides inhalados en descompensaciones de EPOC.
- Siempre se debe considerar las posibles comorbilidades en EPOC, como Falla Cardíaca o Tuberculosis.
- Es imposible predecir cual paciente con EPOC desarrollará hipercapnia (retención de CO2) crónica o aguda, por lo cual la gasometría es un examen indispensable en el manejo de la EPOC descompensada, aunque sea en consulta externa.
- Como Broncodilatadores, los Beta-agonistas funcionan dentro de 5 minutos y los Anticolinérgicos en 15 minutos.

BIBLIOGRAFÍA

Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD: Revised 2014. Global initiative for Chronic obstructive lung disease (GOLD). http://www.goldcopd.org (Revisado en Octubre 17, 2014).

Eisner MD, Anthonisen N, Coultas D, et al. An offi cial American Thoracic Society public policy statement: novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease. Am Respir Crit Care Med 2010; 182: 693–718.

Stephens MB, Yew KS. Diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. Am Fam Physician. 2008;78(1):87–92.