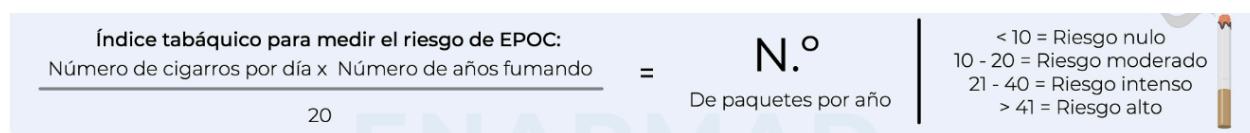


ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA (EPOC)

Enfermedad **tratable** y **prevenible** que se caracteriza por **síntomas respiratorios persistentes** y **limitación del flujo aéreo** por alteraciones alveolares y/o de las vías aéreas, causadas por exposición significativa a gases o partículas nocivas.

FACTORES DE RIESGO

- Tabaquismo.
- Exposición de humo de biomasa (carbón - leña).
- Antecedente familiar de EPOC, asma o atopía.
- > 40 años

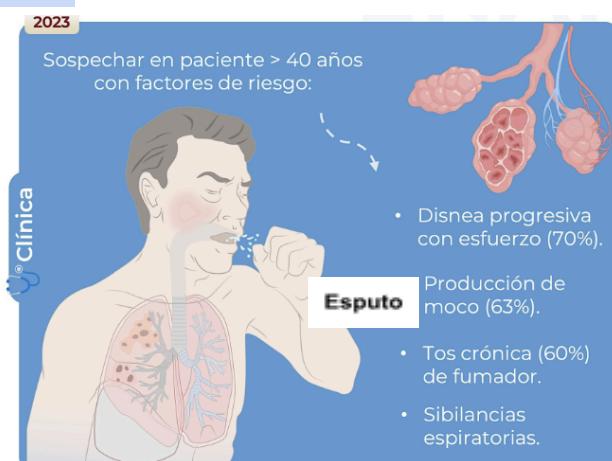


ENARMAD | Dr. I

PREVENCIÓN

- Suspender tabaco, después de 1-5 años disminuye la mitad el riesgo para enfermedad coronaria y tasa de mortalidad
- Evitar exposición a biomasa
- Vacuna contra neumococo, e influenza (disminuye exacerbaciones)

CLÍNICA



La presentación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica puede ser con dos patrones clínicos diferentes: 1) la bronquitis crónica (frecuente en invierno) o 2) el enfisema.

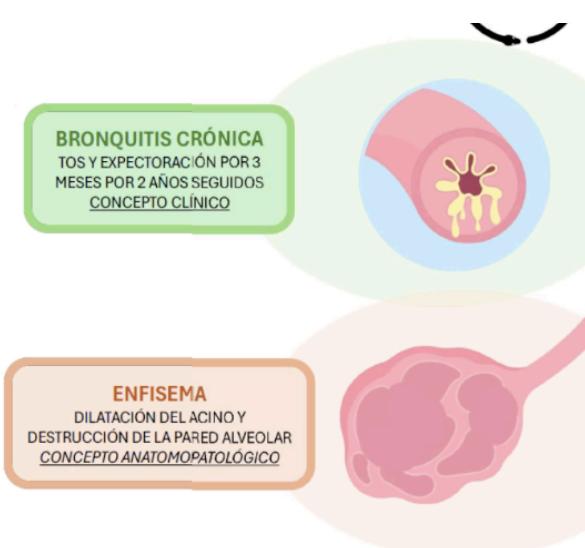
2024

Escala de disnea Modified Medical Research Council	
Grado	Descripción
0	Solo me falta el aire con el ejercicio intenso.
1	Me falta aire al caminar deprisa o subir pendiente.
2	Me falta aire al caminar, caminar más lento o paro para respirar cuando camina en llano.
3	Tengo que parar a respirar cuando camino 100 metros o después de unos minutos en plano.
4	Falta aire al salir de casa, vestirme o desvestirme.

ENARMAD | Dr. I

Síntomas empeoran por las mañanas

La bronquitis crónica se presenta con tos crónica productiva durante 3 meses en 2 años consecutivos, con enfermedades que estrechan a bronquiolos. El enfisema, es un término histopatológico caracterizado por destrucción y ensachamiento de alvéolos.



DIAGNÓSTICO

ESPIROMETRÍA CON BRONCODILATADOR

DEFINITIVO

Tamizaje si >40 años con clínica sugestiva



SÍNTOMAS
COMPLATIBLES



FEV1/FVC
<0.7



CONFIRMA EPOC

Patrón obstructivo

RX DE TORÁX:

Complementario

- Hiperinflación (diafragma plano)
- Hiperlucidez pulmonar
- Disminución de las marcas vasculares.

**NO REALIZAR TAC DE TORÁX DE RUTINA
EN LOS PACIENTES CON EPOC.**

- FEV1 (VEF1): Aire exhalado en primer segundo de espiración forzada. Bajo en enfermedades obstructivas (como EPOC).
- FVC (CVF): Cantidad total de aire exhalado tras inspiración máxima. Puede estar normal o reducida en EPOC.

Las guías GOLD sugieren repetir la espirometría en pacientes con relación VEF1 / FVC entre 0.6 y 0.8.



GOLD: Gravedad de limitación del flujo aéreo (con FEV1 post broncodilatador)

Etapa	Gravedad	FEV1 (Porcentaje pronosticado)
GOLD 1	Leve	≥ 80
GOLD 2	Moderado	50 a 79
GOLD 3	Severo	30 a 49
GOLD 4	Muy severo	≤ 30

En pacientes con FEV1 / FVC < 0.7

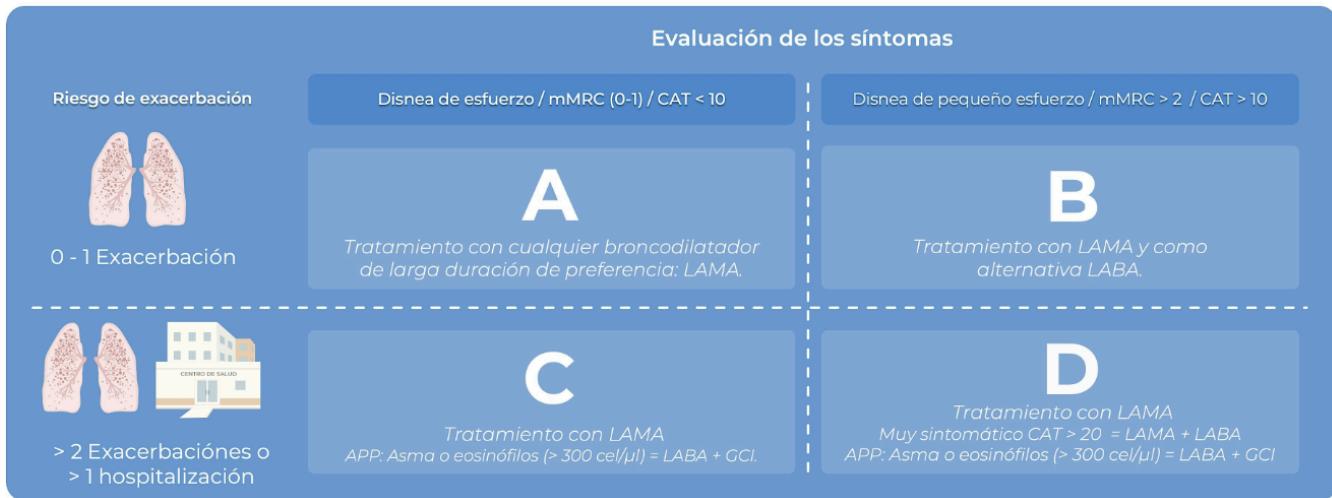
2023

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Abandono de tabaquismo

Oxigenoterapia domiciliaria que prolonga la supervivencia de nuestros pacientes (cuando haya PaO2)

- PaO2 reposo < 55 mmHg O Sat O2 < 88%, hipertensión pulmonar con PaO2 <60 mmHg, poliglobulía
- Indicarlo mínimo 16 hrs
- Paciente estable en tx con broncodilatadores
- Revaloración anual
- Objetivo PaO2 > 60 mmHg o SatO2 > 90%



Rehabilitación pulmonar a todo px con EPOC categoría B,C y D de GOLD

Tratamiento

Iniciar tratamiento con un antagonista muscarínico de larga duración (LAMA) en pacientes mínimamente sintomáticos (mMRC 0-1 o CAT < 10). De rescate: para disnea intermitente se recomienda usar broncodilatadores de acción corta como SAMA o SABA.

- SAMA (antagonista muscarínico de corta duración): Ipatropio.
- LAMA (antagonista muscarínico de larga duración): Tiotropio y glicopirronio.
- SABA (agonista β adrenérgico de acción corta): Salbutamol y terbutalina.
- LABA (agonista β adrenérgico de acción larga): Salmeterol y formoterol.
- GCI (glucocorticoide inhalado): Budesónida, beclometasona y fluticasona.
- Metilxantinas: Teofilina.

El LABA puede presentar taquicardias o temblores finos, los LAMA ocasionan boca seca y síntomas de retención urinaria. La teofilina puede ocasionar reacciones adversas como náuseas, vómitos, acidosis metabólica y convulsiones. 2023



Indicaciones oxígenos: si PaO_2 es <55 mmHg o SaO_2 < 88%. Si la PaO_2 está entre 56–60 mmHg o la SatO_2 > 88%, se recomienda si hay poliglobulía ($\text{HTO} > 55\%$), cor pulmonale o hipertensión pulmonar. El oxígeno ambulatorio puede usarse si la $\text{PaO}_2 > 60$ mmHg o $\text{SaO}_2 > 90\%$, pero hay desaturación durante el ejercicio o el sueño.



TRATAMIENTO DE EXACERBACIONES

Criterios de Anthonisen

- Mayor tos
- Mayor disnea
- mayor esputo

2 o más criterios dar antibiótico (penicilina con acido clavulanico o macrólido)

Etiología

- **Bacterias H. influenzae 13-50%, S. Pneumoniae 7-26%**
- **Virales 34% picornavirus 17%**
- Contaminación ambiental

COMPLICACIONES

- Falla cardíaca 37%
- TEP 20.9%
- Neumonía 27.9%
- Neumotórax

TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES

OXÍGENO A BAJO FLUJO:

ALCANZAR SAT 88 A 92%

VENTILACIÓN NO INVASIVA (BIPAP):

EXACERBACIÓN AGUDA DE EPOC

VENTILACIÓN INVASIVA:

- * Falla respiratoria que pone en riesgo la vida en el momento
- * Falla en la ventilación no invasiva
- * Anormalidades en la gasometría arterial.

PREVENCION

EJERCICIO AERÓBICO
20-30 minutos 3-4 veces por semana (caminar, trotar, ciclismo, aerobics)