

EPOC.

**LUIS DIAZ VIDAL, SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS**

INTRODUCCION

- Limitación crónica y progresiva del flujo aéreo que cursa con disnea progresiva y agudizaciones frecuentes.
- Tercera causa de mortalidad en 2020.
- Causada por reacción inflamatoria secundaria al uso del tabaco.
- Prevalencia del 10% en mayores de 40 años.
 - BRONQUITIS CRONICA: predominio de la hipersecreción mucoide, con agudizaciones habituales. Tos productiva de predominio matutino
 - ENFISEMA. Disnea de esfuerzo progresiva

CLASIFICACION

GRADO I: FEV1/FVC < 70%

FEV1 > 80%.

GRADO II: FEV1 ENTRE EL 50 Y 80%

GRADO III: ENTRE EL 30 Y 50%

GRADO IV: FEV1 MENOR DEL 30%

CLASIFICACION II

DISNEA GRADO I: Andar deprisa o en una cuesta pronunciada.

DISNEA GRADO II: Incapacidad de seguir el paso de personas de la misma edad

DISNEA GRADO III: descansar a unos 100 metros de marcha en llano.

DISNEA IV: Disnea invalidante en actividades básicas cotidianas y de reposo



MANEJO DEL EPOC ESTABLE

BRONCODILATADORES

1. B2 AGONISTAS.

- A.corta: Salbutamol, terbutalina.
- A.Larga: Salmeterol, formoterol.

** Mejoran la calidad de vida y la disnea.

2. ANTICOLINERGICOS.

- Ipratropio (A.corta).
- Tiotropio (A. Larga).

** Disminuyen el declive de la función respiratoria

3. METILXANTINAS.

- Teofilina.
- Estrecho margen terapéutico, efectos secundarios.
- EPOC grave mal controlado.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

1. EPOC LEVE.

- Broncodilatadores de acción corta a demanda.

2. RESTO DE CASOS.

- Broncodilatadores de acción prolongada (B2 y/o tiotropio).
- Añadir corticoide inhalado si no mejoría.
- Teofilina en casos rebeldes.
- Rehabilitación respiratoria y **DEJAR DE FUMAR.**
- **OCD: Insuficiencia respiratoria, poliglobulia, cor pulmonale, HTpulmonar**



AGUDIZACION DE EPOC

- **AUMENTO DE DISNEA.**
- **AUMENTO DE TOS.**
- **AUMENTO DEL VOLUMEN DE ESPUTO Y/O LA PURULENCIA DEL MISMO**

ETIOLOGIA

- **CAUSA INFECCIOSA: 50%**
 - La mitad son virales (Rinovirus).
 - Resto bacterianas (H:influenzae, neumococo, moraxella)
 - **EPOC GRAVE: aumentan la frecuencia de P.aeruginosa y enterobacterias gram negativas.**
- **CAUSAS NO INFECCIOSAS.**
 - Contaminación ambiental.
 - Abandono de tratamiento.
 - Inhalación de humo.

VALORACION INICIAL.

- Historia clínica detallada. (Toma previa de antibiótico, ingreso reciente, clase funcional previa)
- Examen físico y del nivel de alerta
Búsqueda de signos de encefalopatía hipercápnica (flapping, obnubilación)
- Analítica, gasometría y radiografía de tórax. Pulsioximetría continua
- Monitorización en agudizaciones graves.

TRATAMIENTO MEDICO.

- **BRONCODILATADORES.**

- Via nebulizada es la de elección.

- Combinación de B2 corto e ipratropio cada 4 / 6 horas, aunque pueden repetirse dosis cada 20 minutos hasta mejoría inicial.

- VIA PARENTERAL: reservada para situaciones graves.

- * SC: 0,3-0,5 mg /6 horas.

- * IV: 0,02- 0,05 microgr/kg/min.

- * **OXIGENOTERAPIA PARA MANTENER SAT >90, VIGILANDO NIVEL DE CONCIENCIA AL INICIO**

TRATAMIENTO II

- **ESTEROIDES SISTEMICOS.**

- En agudizaciones leves que no responden a broncodilatadores en 24-48 horas.

- Siempre en agudizaciones graves.

- Dosis no bien establecidas, pero 0,5 - 1mg /kg/día. Mantener dosis plenas al menos 5 días.

- Disminuyen la estancia hospitalaria y mejoran la función pulmonar.

- **VMNI.**

- Bajo nivel de conciencia, hipoxemia grave refractaria, acidosis respiratoria

USO DE ANTIBIOTICOS

- Siempre en las agudizaciones graves.
- En el resto: si se cumplen dos o más criterios de:
 - Aumento de disnea.
 - Aumento del volumen de esputo.
 - Aumento en la purulencia.
- Riego de infección por Pseudomonas.
 - EPOC grave (FEVI < 50%). CULTIVO ESPUTO
 - Hospitalización reciente.
 - Mas de 4 ciclos de antibiótico en el último año.
 - Esteroides sistémicos

ELECCION TRATAMIENTO.

1. GRAVEDAD DEL EPOC (FEV1 < > 50%)
2. PRESENCIA DE COMORBILIDAD.
 - Diabetes mellitus
 - Cardiopatía, ICC.
 - Insuficiencia hepática, cirrosis.
 - Insuficiencia renal.
3. RIESGO DE INFECCION POR PSEUDOMONAS

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO

GRUPO 1.

- FEVI >50% sin comorbilidad.
- Amoxiclavulánico (875/8h) 7 días.
- Cefditorén, 400mg/12h.
- Macrólidos (azitromicina 500 mg dia y claritromicina 500mg /12h)

TTO ANTIBIOTICO II

GRUPO II.

Pacientes del grupo anterior con comorbilidad.

Pacientes con FEV1 < 50% sin riesgo de Pseudomonas.

- Moxifloxacino 400mg/24h.
- Levofloxacino 500mg/24h 7 dias.
- Amoxiclavulanico: 2000mg/12h.
- Si Ingreso: cefalosporina de tercera generación, Levofloxacino, Amoxiclavulánico IV.

TRATAMIENTO III

EPOC CON FEV1 < 50% CON RIESGO DE Pseudomonas.

- Cultivo de esputo para dirigir atb empírico.
- Casos leves: Levofloxacino o ciprofloxacino V.O con revisión en 48 horas.
- Si ingreso: cefepima 2gr/8h, ceftacidima 2gr /8h, Imipenem 0,5-1gr cada 6-8h, meropenem, piperacilina tazobactam 4gr cada 6 horas ASOCIADOS A AMINOGLUCOSIDOS O QUINOLONAS HASTA RESULTADOS DEL CULTIVO