



Protocolo de actuación en la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

M. Valle Falcones, R. Malo de Molina Ruiz y P. Ussetti Gil

Servicio Neumología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

Palabras Clave:

- EPOC
- Exacerbación
- Broncodilatadores
- Corticoides
- Antibióticos

Keywords:

- COPD
- Exacerbation
- Bronchodilators
- Corticosteroids
- Antibiotics

Resumen

La EPOC se caracteriza por una obstrucción bronquial secundaria a una respuesta inflamatoria a la exposición, principalmente, del humo de tabaco. Es una enfermedad crónica y progresiva que llega a ser al final de su historia natural muy incapacitante. Dentro de esta progresión, existen periodos en los que aumenta la sintomatología más allá de la variabilidad diaria, definida como exacerbaciones que empeoran el pronóstico de la enfermedad. De forma individualizada en cada paciente, estas exacerbaciones deben ser tratadas de forma temprana y en el lugar adecuado, de manera que permitan un mejor control de las mismas, mejorando con ello el pronóstico de la enfermedad.

Abstract

Guidelines for COPD exacerbation

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is characterized by chronic bronchial obstruction secondary to airways inflammation. The exposure to tobacco smokes is the major cause of COPD. COPD is a chronic, progressive and very disabling disorder. Exacerbations are periodical acute worsening of symptoms, beyond day-to-day variability, impairing prognosis. In order to improve the prognosis, the therapy of COPD exacerbations must be customized for each individual patient, initiated as soon as possible and administered in adequate facilities.

Introducción

Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) pueden presentar un empeoramiento clínico agudo que precise un cambio en su medicación habitual. Estas variaciones de sintomatología definidas como agudización de la EPOC (AEPOC) empeoran el pronóstico de la enfermedad y, en algunos pacientes, llegan a ser muy repetidas, sobre todo al final de la historia natural de la enfermedad. En los tratamientos actuales de la EPOC estable, uno de los objetivos fundamentales es disminuir el número de agudizaciones, pero una vez que se desencadena la agudización requiere una valoración y tratamiento específico.

Definición

La AEPOC viene definida por un aumento agudo y mantenido de los síntomas respiratorios más allá de su variación diaria¹. Suele acompañarse de un empeoramiento agudo de los síntomas respiratorios del paciente como aumento de la disnea, tos, incremento del volumen o cambios en el color del esputo (criterios de Anthonisen).

Diagnóstico

El diagnóstico de la AEPOC consta de tres partes que enumeramos a continuación.

TABLA 1

Diagnóstico diferencial y pruebas complementarias

Diagnóstico diferencial
 Neumonía
 Neumotórax
 Derrame pleural
 Traumatismo torácico
 Insuficiencia cardiaca
 Arritmia cardiaca
 Cardiopatía isquémica
 Tromboembolismo pulmonar
 Obstrucción de la vía aérea superior

Pruebas complementarias

Hemograma y bioquímica: anemia
 Radiografía de tórax: neumonía, neumotórax, derrame pleural, traumatismo torácico, obstrucción de la vía aérea superior
 Electrocardiograma: arritmia cardiaca, cardiopatía isquémica
 Probabilidad clínica, dímero D y angio-TC de tórax: embolia pulmonar
 Ecocardiograma: insuficiencia cardiaca

Diagnóstico diferencial con otras causas que pueden cursar con la misma sintomatología

Se debe realizar una historia clínica detallada que refleje el empeoramiento de los síntomas previos o la aparición de nuevos que nos hagan sospechar el inicio de una agudización. Junto a esto se realizarán las pruebas complementarias que nos puedan ayudar al diagnóstico de la agudización o a descartar otras etiologías que cursan con síntomas parecidos (tabla 1).

Determinar la gravedad de la agudización de la EPOC

La gravedad de la agudización determina el lugar en el que debe ser valorada y tratada: ambulatorio, hospitalario o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Para determinar la gravedad utilizaremos criterios clínicos, funcionales y hemodinámicos (tabla 2)².

Identificar la causa

La causa más frecuente es la infecciosa de tipo bacteriano (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* y *Moraxella catarrhalis*)^{3,4}, seguida de la vírica.

La realización del cultivo de esputo solo está indicada en aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo de infección por microorganismos multirresistentes (obstrucción bronquial grave con agudizaciones frecuentes o tratamiento

antibiótico previo), con enfermedad muy grave o con sospecha de infección bronquial crónica.

Otras causas son la inhalación de humo, polvos orgánicos o inorgánicos, contaminación medioambiental, tabaco.

En más de un tercio de las agudizaciones no se conoce la causa.

Tratamiento

Estimación de gravedad

Antes de iniciar el tratamiento debemos conocer la gravedad.

Leve

Paciente con cambio de la sintomatología habitual sin signos de gravedad o mala respuesta al tratamiento que no cumple criterios del resto.

Moderada

Definida por la obstrucción con un volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) basal menor del 50%, con comorbilidad asociada no grave y 2 o más agudizaciones en el último año (ninguna agudización grave).

Grave

Con disnea 3-4 de la escala MRC, cianosis de nueva aparición, utilización de musculatura accesoria, edemas periféricos de nueva aparición, SatO₂ menor del 90% o PaO₂ menor de 60 mm Hg, acidosis respiratoria moderada (pH 7,30-7,35), comorbilidad significativa grave y complicaciones asociadas.

TABLA 2

Criterios de gravedad de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Lugar	Gravedad	Criterios
Ambulatorio	Agudización leve	Ningún criterio de los siguientes
Ambulatorio	Agudización moderada	FEV ₁ basal < 50%
Servicio de Urgencias (si mala respuesta al tratamiento en régimen ambulatorio)		Comorbilidad asociada no grave 2 o más agudizaciones en el último año (ninguna grave)
Servicio de Urgencias Unidad de cuidados intermedios	Agudización grave (uno y ninguno de amenaza vital)	Disnea 3-4 de la escala mRC Cianosis de nueva aparición Utilización de musculatura accesoria Edemas periféricos de nueva aparición SatO ₂ < 90% o PaO ₂ < 60 mm Hg** Acidosis respiratoria moderada (pH 7,30-7,35) Comorbilidad significativa grave Complicaciones (neumotórax, neumonía, arritmias, insuficiencia cardiaca, etc.)
UCI Unidad de cuidados intermedios	Muy grave o amenaza vital (uno de los siguientes criterios)	Parada respiratoria Disminución del nivel de conciencia Inestabilidad hemodinámica Acidosis respiratoria (pH < 7,30)

*Valoración por la UCI si criterios de EPOC muy grave o: disnea grave que no responde al tratamiento inicial, hipoxemia grave que no responde al tratamiento. (PaO₂ < 40), hipercapnia o acidosis respiratoria (pH < 7,20) a pesar de ventilación mecánica no invasiva (VMNI), necesidad de ventilación mecánica invasiva.

**Sin FIO₂ sobreañadida o la FIO₂ de la oxigenoterapia basal del paciente en fase estable. Modificada de Grupo de trabajo GEEPOC².

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806918>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806918>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)