

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

ITZEL JAQUELIENE RAMOS MATAMBU

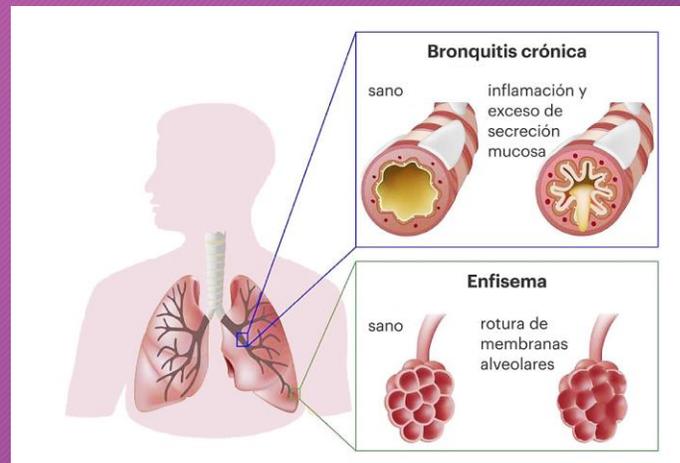
- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es una de las enfermedades con mayor morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Representa la cuarta causa de muerte en el mundo, y se estima que en el 2020 ocupará el tercer lugar

- Se define como un estado patológico que se caracteriza por una limitación del flujo de aire que no es del todo reversible.



El EPOC incluye

- el enfisema, un cuadro que se define en términos anatómicos, y que se caracteriza por destrucción y ensanchamiento de los alveolos pulmonares



- La bronquitis crónica, un cuadro que se define en términos clínicos por tos crónica productiva, y finalmente la enfermedad de las vías respiratorias finas, en la que se estrechan los bronquiolos finos

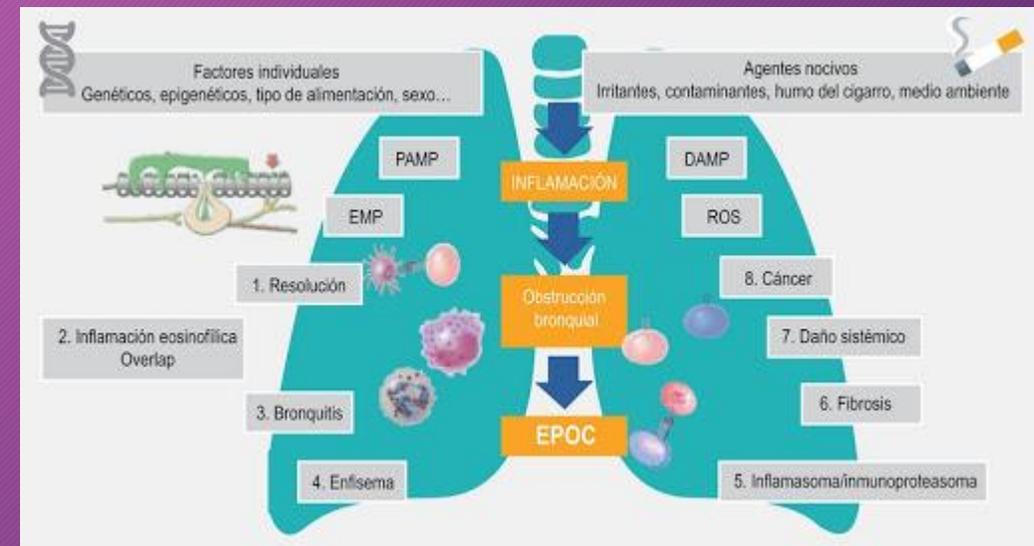
- Deficiencia de alfa-antitripsina:

Se subyace en el 2-3% de pacientes con EPOC. Esta condición es genética que predispone al desarrollo de enfisema pulmonar y diversos tipos de hepatopatías en niños y adultos.

Se caracteriza por la producción de alfa-1-antitripsina anómala, debida a diversas mutaciones genéticas, las más frecuentes PiZ y PiS. La proteína anormal queda en su mayor parte retenida en hígado (generando daño hepático), y su ausencia en órgano diana (pulmón) favorece la aparición de enfisema.

FISIOPATOLOGIA

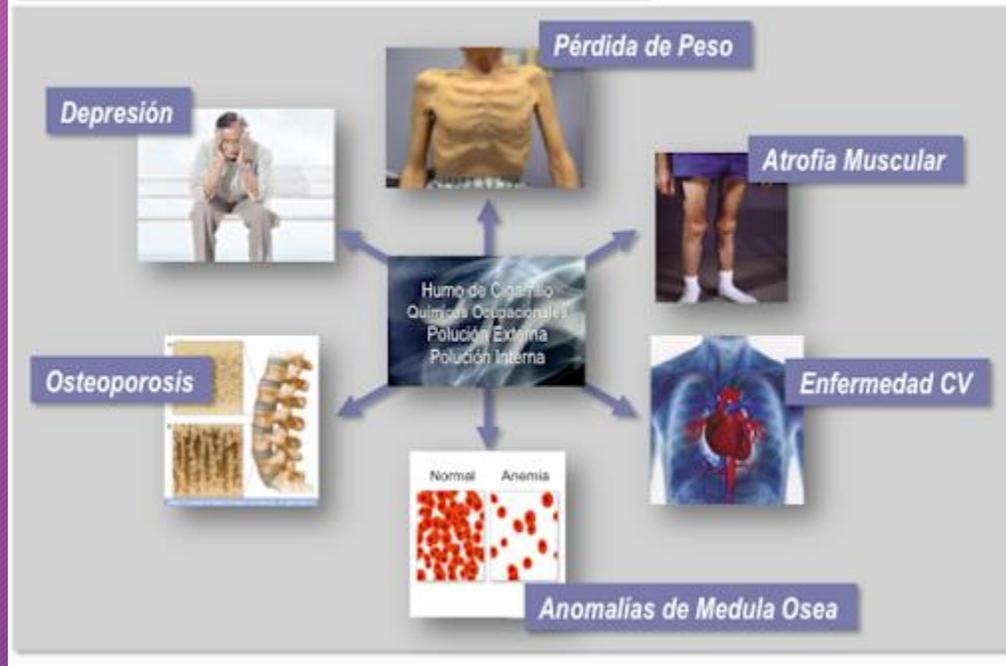
- Los efectos del humo de tabaco y otros factores antes mencionados sobre la función pulmonar depende de la intensidad de la exposición, cronología y de la función basal pulmonar.
- El signo típico del EPOC es una disminución persistente del flujo espiratorio forzado a 1 segundo (VEF1), también se observa incrementos del volumen residual y del cociente volumen residual



MANIFESTACIONES CLINICAS

- Historia clínica: Los síntomas más frecuentes de EPOC son tos, producción de esputo y disnea con el ejercicio. Muchas veces los tres signos están presentes durante meses o años.
- La disnea suele ser gradual, llegando a un punto de gran intensidad, fácilmente estimulada. Examen físico: Al principio no muestra alteraciones, en la enfermedad más grave destaca la prolongación de la fase espiratoria con sibilancias en ella.

EPOC: Compromiso Sistémico



- Además del “tórax en tonel”, uso de músculos accesorios y postura en “tripode”.
- Antes se mencionaba la diferencia clínica entre los “sopladores rosados” (delgados, disneicos, con tórax en tonel marcado) y los “abotagadas azules” (obesos, cianóticos, con tos productiva).
- No obstante, hoy en día se sabe que los pacientes con EPOC tienen sintomatología de las dos tendencias, por lo que es casi imposible identificarlos

DIAGNOSTICO

- En términos generales, se debe considerar la presencia de EPOC en pacientes con historia de disnea, tos crónica y productiva e historia de exposición a los factores de riesgo para desarrollo de la enfermedad. La espirometría es requerida para hacer diagnóstico clínico de EPOC.
- La presencia de VEF1/CVT menor a 0.7 confirma la limitación de flujo de aire persistente; Y la disminución del VEF1 determina la intensidad. Los criterios de GOLD, basan su clasificación en lo expuesto anteriormente. La medición de gases en sangre arterial y la oximetría pueden detectar la hipoxemia en reposo y con el ejercicio

 Estrategia Global para Diagnóstico, Manejo y Prevención de EPOC

Diagnóstico y Evaluación

DIAGNÓSTICO

- Los síntomas de EPOC incluyen
 - Disnea
 - Expectoración crónica
 - Tos crónica
- Historia de exposición a Factores de Riesgo
- Espirometría

Para establecer el diagnóstico clínico de EPOC es necesario realizar una espirometría; la presencia de un cociente FEV_1/FVC posbroncodilatador fijo $< 0,70$ confirma la existencia de una limitación crónica al flujo aéreo y, por tanto, de EPOC.

© 2014 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

- La principal patología para el diagnóstico diferencial de EPOC es el asma, en algunos pacientes con asma crónica es imposible de realizar la diferenciación. Otras condiciones que pueden confundir el diagnóstico son: insuficiencia cardiaca congestiva, bronquiectasias, tuberculosis, bronquiolitis obliterativa.

TRATAMIENTO

- intervenciones han demostrado influir en la evolución del EPOC:
 - 1. Interrupción del tabaquismo
 - 2. Oxigenoterapia en individuos con hipoxemia crónica
 - 3. Cirugía de reducción de volumen pulmonar en pacientes selectos con enfisema. Dejar de fumar: Se debe ser insistente en la eliminación del hábito. Mediante información terapia, sustitutos de nicotina y fármacos (vareniclina y bupropion). Eliminación/reducción de otras sustancias de riesgo: Cocina con leña por periodos prolongados, adecuada protección en el ámbito laboral.

- Broncodilatadores:
- Fármacos utilizados para mejora de síntomas, se prefiere la vía nasal. La escogencia entre beta-agonistas, anticolinérgicos, teofilina u otra terapia de combinación depende de la respuesta en cada paciente, y la tolerancia a los efectos adversos.

- Los inhalados de acción prolongada son más convenientes y más efectivos que los de acción corta, pues reducen exacerbaciones. La combinación con otras clases farmacológicas aumenta la eficacia y disminuye el riesgo de efectos adversos comparado con la monoterapia.
- Glucocorticoides inhalados: En pacientes EPOC con VEF1 menor al 60%, el uso de este fármaco mejora

- síntomas, función pulmonar y disminuye el riesgo de exacerbaciones. Por otro lado, aumenta el riesgo de desarrollo de neumonía.
- La monoterapia por tiempo prolongado no es recomendada, ni tampoco el uso de glucocorticoides orales por grandes periodos de tiempo. Metilxantinas: Son menos efectivas y menos toleradas que los fármacos mencionados anteriormente. Puede originar incrementos pequeños en las tasas de flujo espiratorio y la capacidad vital.

- Exacerbaciones: Periodos que incluyen intensificación de disnea y tos, así como cambios en volumen y características de esputo. La calidad de vida de muchos pacientes se relaciona más con la frecuencia de exacerbaciones que con la limitación al flujo de aire.

BIBLIOGRAFIA

- Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease (2011), Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention. 2011, Pág. 4-16. • Longo, D. (2012). Harrison principios de medicina interna. México: McGraw Hill. (18vaED).
 - De Abajo, A. et. al. (2016).
- Estimación de actividades preventivas en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio ADEPOCLE. Nutrición hospitalaria. Vol.33, num.5 págs. 1187- 1193.
- • García, R. et. al. (2016). Detección del déficit de alfa-1 antitripsina: estudio en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica diagnosticados en atención primaria. Sociedad española de médicos de atención primaria. Vol.05, num.3 pags 1-6-
- • Monserrat-Capdevilla, J. et. al. (2015). Factores asociados a la mortalidad global en los pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Atención primariaelsevier Vol.47, num.8 págs. 498-504