



EPOC

Clínicas médicas complementarias

Dr. Ricardo Acuña de Saz

Medicina humana

Séptimo semestre

DEFINICIÓN

Un proceso patológico caracterizado por una limitación del flujo respiratorio que no es completamente reversible. La limitación al flujo respiratorio es, por lo general, progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos”.

ETIOLOGÍA

El principal factor de riesgo asociado al desarrollo de la EPOC es el humo del tabaco, por lo que se debe dudar del diagnóstico si no existe este antecedente de exposición. La inhalación de otras partículas procedentes de la polución ambiental o de ambientes ocupacionales podrían tener cierto papel aditivo. Es posible que existan factores genéticos aún desconocidos que puedan explicar por qué sólo un 25% de los fumadores desarrollan la EPOC, aunque el único conocido es el déficit hereditario de alfa-1-antitripsina, un inhibidor de proteasas séricas cuya falta provoca enfisema pulmonar y es responsable únicamente de un 1% de los enfisemas.

EPIDEMIOLOGÍA

La EPOC es una de las enfermedades más prevalentes en la población general. En el estudio de prevalencia IBERPOC se demostró que afecta al 9% de la población comprendida entre 40 y 69 años, siendo mayor la prevalencia en edades avanzadas de la vida. Es más frecuente en varones, por su mayor exposición al tabaco, aunque está aumentando en las mujeres en los últimos años, como consecuencia del aumento en la proporción de fumadoras.

CLASIFICACIÓN

En el momento actual la gravedad de la EPOC se establece mediante la espirometría, existiendo diferentes clasificaciones según las distintas sociedades.

	FEV1 (% sobre el teórico)		
	ATS/ERS3	SEPAR-SEMFYC2	GOLD1
Leve	≥ 80%	60-80%	≥ 80%
Moderado	50-79%	40-59%	50-79%
Grave	30-49%	<40 %	30-49 %
Muy grave	< 30 %		<30 %

DIAGNÓSTICO

La sospecha debe establecerse en todo paciente mayor de 35 años, sobre todo expuesto a tabaco, que presente tos, expectoración crónica, bronquitis de repetición, disnea de esfuerzo de larga evolución o sibilancias⁴. Para la confirmación es imprescindible la espirometría, que demostrará obstrucción en las vías aéreas no reversible (FEV1/FVC < 70% tras administración de al menos 2 inhalaciones de un broncodilatador de corta duración). A veces puede ser difícil separar la EPOC del asma, (pacientes fumadores con asma de larga evolución que podrían presentar obstrucción crónica al flujo aéreo).

Pruebas complementarias obligatorias

Radiografía de tórax: Debe realizarse al menos al inicio del estudio. Pueden observarse signos de hiperinsuflación pulmonar o aumento de la trama bronquial y nos servirá para descartar otros procesos. No está establecido con qué frecuencia debe realizarse en las revisiones, aunque hay acuerdo en solicitarla en las exacerbaciones para descartar complicaciones.

Espirometría: Es la prueba de referencia para el diagnóstico, establecer la gravedad y para el seguimiento. Aunque en la prueba broncodilatadora puede existir alguna mejoría de los valores del FEV1, un aumento importante haría pensar en el diagnóstico de asma.

Pruebas complementarias opcionales

Otras pruebas de función pulmonar: Los volúmenes pulmonares son útiles si se plantea la cirugía torácica (trasplante pulmonar o cirugía de reducción de volumen). Puede existir un aumento de la capacidad pulmonar total (TLC), volumen residual (VR), capacidad residual funcional (FRC) y del cociente RV/TLC.

Gasometría arterial y pulsioximetría: Indicada en pacientes con FEV1 < 50% o con disnea desproporcionada al grado de obstrucción, para establecer la indicación de oxigenoterapia.

TAC de tórax

Indicada en casos de dudas diagnósticas, confirmación de bronquiectasias o valoración previa a la cirugía torácica.

TRATAMIENTO

El manejo debe de ser integral y el tratamiento farmacológico basado en los síntomas, la tolerancia al ejercicio y la frecuencia de exacerbaciones.

Los medicamentos más útiles son los broncodilatadores, siendo la vía inhalada la de elección. Es conveniente realizar un tratamiento progresivo, introduciendo las diferentes opciones terapéuticas en función de los síntomas y de los beneficios obtenidos, que serán valorados mediante la espirometría, la mejoría de la disnea, la calidad de vida y las pruebas de ejercicio. Tratamiento propuesto por la GOLD.

Fármaco	Nombre comercial	Dosis unitaria	Posología en la EPOC	
Salbutamol	Ventolin	100 mcg	100-400 mcg/4-6 horas	
	Buto asma			
	Salbutamol aldo union			
Terbutalina	Terbasmin inhalador	250 mcg	250-500 mcg/4-6 horas	
	Terbasmin turbuhaler	500 mcg		
Bromuro de Ipratropio	Atrovent inhalador	20 mcg	20-80 mcg/6-8 horas	
	Atrovent inhaletas	40 mcg		
Salbutamol + Ipratropio	Combivent	100/20 mcg	200/40 mcg cada 6-8 horas	
Formoterol	Foradil inhalador	12 mcg	9-12 mcg/12 horas	
	Foradil aerolizer			
	Neblik inhalador	4,5 y 9 mcg		
	Neblik aerolizer			
	Oxis turbuhaler			
Salmeterol	Inaspir inhalador	25 mcg	50 mcg/12 horas	
	Inaspir accuhaler	50 mcg		
	Beglan inhalador	25 mcg		
	Beglan accuhaler	50 mcg		
	Betamican aerosol	25 mcg		
	Betamican accuhaler	50 mcg		
	Serevent	25 mcg		
	Serevent accuhaler	50 mcg		
Tiotropio	Spiriva	22,5 mcg	22,5 mcg/24 horas	
Formoterol + budesonida mcg cada 12 horas	Symbicort turbuhaler		4,5/160 mcg	9/320
	Symbicort forte	9/320 mcg		
	Rilast turbuhaler	4,5/160 mcg		
	Rilast forte	9/320 mcg		
Salmeterol + fluticasona	Plusvent Inhalador	25/50	50/500 mcg cada 12 horas	
	Inaladuo inhalador	25/125		
	Anasma inhalador	25/125		
	Seretide Inhalador	25/250		
	Plusvent accuhaler	50/100		
	Inaladuo accuhaler	50/100		
	Anasma accuhaler	50/250		
	Seretide accuhaler	50/500		

Tabla IV. Tratamiento de la EPOC estable según la GOLD¹.

Estadio 0 Riesgo de EPOC	Espirometría Normal Tos, esputo crónicos	Prevenir factores de riesgo (tabaco). Vacunación antigripal.
Estadio I EPOC Leve	FEV ₁ /FVC < 70% FEV ₁ ≥ 80% Con/sin síntomas	Asociar broncodilatadores de acción corta a demanda
Estadio II EPOC Moderada	FEV ₁ /FVC < 70% 50% ≤ FEV ₁ < 80% Con/sin síntomas	Asociar tratamiento regular con uno o más broncodilatadores de acción prolongada. Asociar rehabilitación.
Estadio III EPOC Grave	FEV ₁ /FVC < 70% 30% ≤ FEV ₁ < 50% Con/sin síntomas Exacerbaciones	Asociar corticoides inhalados si hay mejoría sintomática y en espirometría o si FEV ₁ < 50 % y tiene exacerbaciones repetidas (3 último año)
Estadio IV EPOC Muy Grave	FEV ₁ /FVC < 70% FEV ₁ < 30% o Insuf. respiratoria o insf. ventricular dcha.	Asociar oxigenoterapia si existe insuficiencia respiratoria. Considerar opciones quirúrgicas.

Bibliografía

Fernández, J. G. (2015). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Tratamiento de la fase estable. *neumosur*, 279-289.