



MEDICINA

COMPLEMENTARIA

ACUÑA DE SAZ RICARDO

MEDICINA COMPLEMENTARIA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA



ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA (EPOC)



Es una enfermedad crónica inflamatoria de los pulmones que obstruye el flujo de aire desde los pulmones los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de mucosidad (esputo) y silbido al respirar es causada por la exposición a largo plazo a gases o partículas irritantes, en la mayoría de los casos del humo de cigarrillo las personas con EPOC tienen mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas, cáncer de pulmón y una variedad de otras afecciones el enfisema y la bronquitis crónica son las dos afecciones más frecuentes que contribuyen a desarrollar la EPOC , Para el diagnóstico de la enfermedad es imprescindible realizar una espirometría que permita confirmar la presencia de obstrucción al flujo aéreo, que se mide al establecer una relación entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo y la capacidad vital forzada que sea < 0.70 posterior al uso de un broncodilatador inhalado

EPIDEMIOLOGIA

La EPOC es una causa mayor de morbilidad y mortalidad con importante impacto socio-económico y constituye un problema de salud pública de primer orden a nivel mundial es la cuarta causa de mortalidad en el mundo, y, se estima que en el 2020 será la tercera⁴ es la única enfermedad crónica cuya morbi-mortalidad mantiene un incremento sostenido, los datos de prevalencia en Latinoamérica provienen de dos estudios: PLATINO¹⁰ y PREPOCOL¹¹ PLATINO (Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar) es un estudio epidemiológico sobre prevalencia de EPOC en individuos de 40 años y más, realizado en cinco ciudades de Latinoamérica: Ciudad de México (México), San Pablo (Brasil), Montevideo (Uruguay), Santiago de Chile (Chile), y Caracas (Venezuela).



CLASIFICACION:

Clasificación de limitación de flujo de aire en EPOC[5]

Estado	Severidad	FEV 1 (porcentaje predicho)
Todos pacientes con FEV1/FVC < 0.7		
GOLD 1	Leve	≥80
GOLD 2	Moderada	50-79
GOLD 3	Severa	30-49
GOLD 4	Muy severa	<30

Sin embargo, con esta clasificación no se puede orientar al pronóstico de un paciente, ya que cada paciente responde distintamente a la reducción del valor de FEV₁, motivo por el cual la GOLD también toma en cuenta la clasificación de disnea de la mMRC y el "COPD assesment Test" (CATTM) el valor de este cuestionario va de 0-40 y determina que tan sintomático está nuestro paciente, con un valor de corte de 10 para determinar si la sintomatología es significativa, adicional a estos valores se realiza un interrogatorio sobre las exacerbaciones (empeoramiento agudo de uno de cualquiera de los tres síntomas cardinales de la EPOC) y la necesidad de hospitalizaciones del último año. Tomando en cuenta todo esto se establece la clasificación ABCD de la GOLD

ETIOLOGIA

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.

DIAGNOSTICO

ESPIROMETRÍA:

Para hacer el diagnóstico de la EPOC, es indispensable realizar una espirometría y la característica funcional esencial en estos pacientes, es la obstrucción que no es totalmente reversible al flujo aéreo. El índice espirométrico más útil es el FEV1 (volumen espiratorio forzado en el primer segundo) y la relación FEV1 /FVC que en caso de obstrucción se encuentran disminuidos.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:

La radiografía de tórax, no es útil para hacer el diagnóstico de EPOC. Su utilidad radica en descartar otras enfermedades que pueden cursar con cierto grado de obstrucción, tales como bronquiectasias, fibrosis quística, tuberculosis.

OXIMETRÍA DE PULSO Y/O GASOMETRÍA ARTERIAL

La oximetría de pulso es un método no invasivo y muy sencillo que puede realizarse en todos los pacientes con EPOC, mide la concentración de oxígeno de la hemoglobina circulante, por medio del pulso (SpO₂)

TRATAMIENTO

El tratamiento de la EPOC se realiza en forma progresiva y escalonada de acuerdo a la gravedad de la enfermedad y puede ser modificado en función de la respuesta a la misma muestra el esquema general del tratamiento

BRONCODILATADORES

Son los medicamentos más importantes en el manejo de la EPOC. Mejoran la disnea, tolerancia al ejercicio, calidad de vida y reducen las exacerbaciones de acuerdo a la duración de acción se clasifican en broncodilatadores de acción corta y acción prolongada y por el modo de acción en anticolinérgicos y β 2-agonista.

BRONCODILATADORES DE ACCIÓN CORTA

El inicio de acción rápido de estos medicamentos (salbutamol, ipratropio, fenoterol, terbutalina) permite utilizarlos como medicación de rescate en cualquier etapa de la enfermedad aún cuando el paciente utilice broncodilatadores de acción prolongada en forma regular.

β 2-AGONISTAS DE ACCIÓN PROLONGADA (LABA):

Estos medicamentos incrementan la concentración intracelular de AMP-c, lo que favorece la relajación del músculo liso de la vía aérea los LABA con mayor disponibilidad en el mercado son el formoterol y el salmeterol la eficacia de estos fármacos reside en su vida media prolongada (> 12 hs) y la mayor selectividad sobre los receptores β 2 respecto a los β 2-agonistas de acción corta.

ANTICOLINÉRGICOS DE ACCIÓN PROLONGADA (LAMA):

Estos fármacos bloquean los receptores muscarínicos, lo cual inhibe la acción de la acetilcolina e induce broncodilatación el tiotropio, a diferencia del ipratropio, tiene una vida media mayor y su acción se mantiene durante más de 24 horas lo que permite administrarlo una vez al día.

INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (METILXANTINAS Y ROFLUMILAST):

La teofilina es un inhibidor no específico de la fosfodiesterasa, que incrementa el AMP-c intracelular, relajando así el músculo liso de la vía aérea.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

OXIGENOTERAPIA El tratamiento con oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) aumenta la supervivencia de los pacientes con EPOC grave e insuficiencia respiratoria.

REHABILITACIÓN PULMONAR LA REHABILITACIÓN PULMONAR:

Es una intervención integral multidisciplinaria, basada en evidencia, para pacientes sintomáticos (principalmente disnea) a pesar de un tratamiento médico óptimo la rehabilitación pulmonar está diseñada para reducir síntomas, optimizar el estado funcional, mejorar calidad de vida y reducir los costos sanitarios.

VENTILACIÓN DOMICILIARIA NO INVASIVA:

La ventilación domiciliaria en pacientes con EPOC estable puede aplicarse en forma no invasiva (VMNI). Por sus menores efectos secundarios y comodidad, en la actualidad se considera una buena elección la VMNI con presión positiva.

(FERNANDEZ, GARCIA, & MARIN, 2020)

Tabla V. Fármacos inhalados más utilizados en la EPOC.			
Fármaco	Nombre comercial	Dosis unitaria	Posología en la EPOC
Salbutamol	Ventolin	100 mcg	100-400 mcg/4-6 horas
	Bulo 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		
	Neblik aerolizer		
Salmeterol	Oxis turbuhaler	4,5 y 9 mcg	50 mcg/12 horas
	Inaspir inhalador	25 mcg	
	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	

Bibliografía

- borstnar, r. c. (2016). *medicina interna*. elsevier.
- castelao , j. n., martin, b. g., & mirambeaux, r. v. (2020). *neomologia y cirugia toracica*. cto.
- j., j. l. (2018). *medicina interna*. mcgraw-hill.
- rodriguez, A. b. (2009). etiologia y clinica de la EPOC. *revistadepatologiaspiratoria*, 63-64.