

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ASIGNATURA: CLINICA MEDICA COMPLEMENTARIA.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

SEPTIMO SEMESTRE.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEGUNDO PARCIAL.

TEMA: EPOC.

MEDICINA HUMANA.

ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA [EPOC]

La EPOC es una enfermedad prevenible y tratable que se caracteriza por una limitación al flujo aéreo no totalmente reversible y generalmente progresiva, causada por una reacción inflamatoria anormal de los pulmones ante partículas nocivas y gases, fundamentalmente el humo del tabaco. Es uno de los problemas en salud pública relevantes por su impacto en la mortalidad, discapacidad y calidad de vida. La limitación al flujo aéreo está producida por una mezcla de enfermedad de las pequeñas vías aéreas (bronquiolitis obstructiva, puesta de manifiesto por una reducción del FEF) y destrucción parenquimatosa (enfisema), con una gran variabilidad en cuanto a la contribución relativa de cada una de ellas. La inflamación crónica produce cambios estructurales y estrechamiento de las pequeñas vías aéreas. La destrucción del parénquima pulmonar, también de origen inflamatorio, conduce a la ruptura de las uniones entre los alvéolos y las pequeñas vías aéreas, y a una disminución de la retracción elástica del pulmón. Estos cambios afectan a la capacidad de las vías aéreas para permanecer abiertas durante la espiración.

Epidemiología: La prevalencia en México, según el proyecto latinoamericano de investigación en obstrucción pulmonar (PLATINO), es de 7,8%. Considerando todas las edades, un 14% de hombres adultos y un 8% de mujeres adultas tienen bronquitis crónica, EPOC o ambas. Esa diferencia de prevalencias puede estar relacionada con un mayor consumo de cigarrillos en varones y una mayor exposición a agentes nocivos industriales. Actualmente existe un aumento de consumo de cigarrillos en las mujeres jóvenes, lo que puede influir en un futuro los datos de morbilidad de la EPOC. Esta enfermedad a menudo se diagnostica tarde, ya que los pacientes pueden no tener síntomas. Las espirometrías de rutina en poblaciones determinadas podrían contribuir a detectarla en fases más tempranas.

Etiología:

- Tabaco
- Contaminación ambiental
- Profesión
- Alcohol
- Hiperreactividad bronquial inespecífica

- Sexo, raza y nivel socioeconómico
- Infecciones

Clínica: Los síntomas más frecuentes en la EPOC son la tos, la expectoración y la disnea. Es muy común evidenciar una historia de tabaquismo de, índice tabáquico (IT > 10 paquetes/año) e inhalación de biomasa (IHL >200 hrs/año). La disnea suele aparecer en la sexta década y tiene un desarrollo progresivo. Casi siempre existe historia de tos y expectoración previa a la disnea. En la bronquitis crónica, puede haber hemoptisis (la causa más común de la literatura son las bronquiectasias). En las exacerbaciones infecciosas, hay aumento de la tos y la disnea, con esputo purulento e incluso sibilancias.

Casi siempre existe historia de tos y expectoración previa a la disnea. En la bronquitis crónica, puede haber hemoptisis (la causa más común de la literatura son las bronquiectasias). En las exacerbaciones infecciosas, hay aumento de la tos y la disnea, con esputo purulento e incluso sibilancias. El porcentaje del FEV₁, en relación con el teórico se utiliza para clasificar la gravedad. Muchos pacientes muestran un aumento del FEV₁, (se considera respuesta test positivo al aumento del 12% y 200 ml en FEV₁ o FVC), aunque suele haber clara mejoría sintomática. Se aprecia un aumento del VR, CRF y VR/CPT. La CPT está aumentada en los pacientes con obstrucción grave. Por la existencia de alteraciones en la ventilación/perfusión, la gasometría arterial suele evidenciar hipoxemia y, a veces, sobre todo si predomina la bronquitis crónica, hipercapnia, con una D(A-a) O₂ aumentada. La correlación entre el FEV₁, y la gasometría es escasa. La DLCO disminuye cuando predomina el enfisema.

Síndrome overlap o de solapamiento. Se denomina así a los pacientes que presentan una asociación de dos síndromes respiratorios. La asociación más frecuente es la EPOC con el síndrome de apnea obstructiva del sueño. Estos pacientes desarrollan hipertensión pulmonar, cor pulmonale, poliglobulia y alteraciones diurnas de los gases arteriales de manera más precoz y grave que los pacientes con EPOC aislada. Además, es característico que estas alteraciones aparezcan con un menor grado de obstrucción espirométrica. Por tanto, en

pacientes con hipercapnia o poliglobulia desproporcionada a la alteración pulmonar, hay que descartar la existencia de un SAOS asociado.

Diagnóstico: El diagnóstico debe ser basado en los síntomas del paciente: tos crónica con o sin expectoración, disnea y la asociación a factores de riesgo previamente comentados, esta asociación clínica debe ser complementada con pruebas de función respiratoria, donde una espirometría postbroncodilatador con relación FEV1/FVC menor a 0,70 indica una obstrucción persistente al flujo aéreo o no completamente reversible a la espirometría basal, confirmando el diagnóstico de EPOC. Deberá hacerse diagnóstico diferencial principalmente con el asma, la insuficiencia cardíaca, bronquiectasias y, en áreas de alta prevalencia, tuberculosis. La EPOC se clasifica con base a los síntomas, principalmente disnea medida por escala mMrc, la calidad de vida por medida por cuestionario CAT y el número de exacerbaciones. El FEV, ahora se utiliza como un complemento de la escala BODE para fines de supervivencia y además para definir algunos criterios de tratamiento en el paciente (candidatos a trasplante, resección de bulas o estimación de funcionalidad en evaluación preoperatoria).

Tratamiento

Posibilidades terapéuticas

Tratamiento no farmacológico

Abandono del tabaco. Es la estrategia terapéutica más importante y más eficaz para tratar la EPOC. Ha demostrado que aumenta la supervivencia.

Rehabilitación. Mejora la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida. No ha demostrado impacto sobre la supervivencia. Debe incluir consejo nutricional.

Oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD). La OCD ha demostrado que aumenta la supervivencia. Su principal efecto hemodinámico es enlentecer la progresión de la hipertensión pulmonar. Se debe plantear en todo paciente clínicamente estable, que realice un tratamiento broncodilatador completo y correcto, siempre que cumpla alguna de las siguientes indicaciones: PaO₂ ~ 55 mmHg o SaO₂ < 88% con o sin hipercapnia PaO₂ 56-59 mmHg o SaO₂ 89% asociado a: hipertensión pulmonar y/o edema periférico, sugestivo de insuficiencia cardíaca congestiva o policitemia (hematocrito > 55%). Evaluar si hay indicación de oxigenoterapia en todo paciente

con enfermedad grave. El objetivo es incrementar PaO₂ al menos a 60 mmHg al nivel del mar en reposo, y/o SpO₂ ~ 90%. Se recomienda un uso no menor de 15 horas al día. Se puede usar la oximetría para excluir hipoxemia y ajustar los flujos de O₂. El estándar clínico para iniciar tratamiento con O₂ debe ser la medición de la PaO₂ arterial después de 30 minutos de respirar aire ambiente en condición estable y bajo tratamiento óptimo.

Tratamiento quirúrgico.

Bullectomía: puede mejorar la disnea y la función pulmonar en pacientes muy seleccionados (gran bulla que comprima el parénquima vecino, tratamiento de síntomas locales como hemoptisis, infección o dolor torácico). Cirugía de reducción de volumen pulmonar: procedimiento quirúrgico en el que se resecan zonas del pulmón para reducir la hiperinsuflación, mejorando la eficiencia mecánica de los músculos respiratorios (fundamentalmente el diafragma). Estudios observacionales y aleatorios indican que la cirugía de reducción de volumen pulmonar; mejora la función pulmonar, tolerancia al esfuerzo, calidad de vida, y supervivencia en un subgrupo de pacientes con enfisema apropiadamente seleccionados (enfisema heterogéneo con predominio en lóbulos superiores con VEFI y DLCO > 20%). Trasplante pulmonar: la EPOC constituye hoy en día la indicación más frecuente de trasplante pulmonar. Es una enfermedad progresiva a pesar del abandono de la adicción de fumar, de la optimización de los medicamentos, la rehabilitación pulmonar y el oxígeno suplementario, un índice BODE de 5 a 6 (calculadora 1); PaCO₂ > 50 mmHg (6,6 kPa) y / o PaO₂ <60 mmHg (8 kPa), o FEV₁ <25 por ciento del predicho. Mejora los síntomas y la calidad de vida, sin embargo, no ha demostrado un impacto positivo sobre la supervivencia.

Tratamiento farmacológico:

Vacunación antigripal. Indicada en todos los pacientes. Reduce las complicaciones y la mortalidad.

Vacunación antineumocócica. Se recomienda en pacientes con EPOC mayores de 65 años o con un FEV₁ < 40%.

Mucolíticos, inmunorreguladores, antioxidantes. No existe evidencia que apoye la utilización regular de ninguno de estos medicamentos.

Inhibidores de la fosfodiesterasa-4 (PDE-4). El roflumilast ha demostrado que puede mejorar la función pulmonar y los síntomas en pacientes con EPOC moderada y grave, añadido a anticolinérgicos o agonistas. Se administra una vez al día por vía oral y posee un buen perfil de seguridad, con muy pocos efectos secundarios. Corticoides inhalados. Se recomienda añadirlos al régimen terapéutico del paciente cuando presente hiperreactividad bronquial o se trate de una EPOC grave o muy grave (estadio III o IV) con agudizaciones frecuentes (más de dos exacerbaciones al año).

Corticoides sistémicos. No se recomienda su uso en la EPOC en fase estable.

Broncodilatadores. Son el pilar fundamental. Aunque no han demostrado incidencia sobre la supervivencia, mejoran los síntomas y la calidad de vida.

Bibliografía:

Josué Daniel Cadeza Aguilar. (2017). manual de CTO de medicina y cirugía Neumología. Madrid: grupo CTO editorial.