

AGUDIZACIÓN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

D. Rosillo Castro. Médico Residente de medicina de Familia y Comunitaria. Hospital General Universitario Reina Sofía - Murcia.

P. Piñera Salmerón. Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Reina Sofía - Murcia

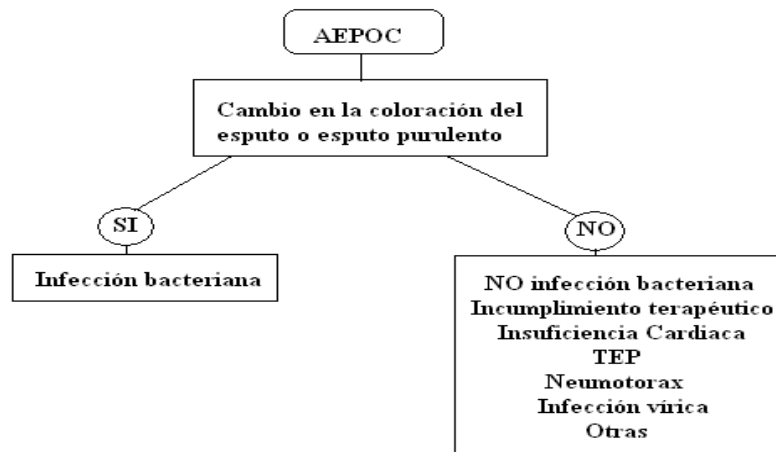
CONCEPTO

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es una de las patologías respiratorias crónicas más frecuentes. Se caracteriza por una limitación del flujo aéreo, poco reversible asociado a una reacción inflamatoria anómala.

Una agudización de la EPOC es un cambio agudo, con respecto a la situación basal del paciente, más allá de la variabilidad diaria, que cursa con aumento de la disnea, de la expectoración, expectoración purulenta o cualquier combinación de estos tres síntomas y que precisa un cambio terapéutico.

ETIOLOGÍA

Entre el 50-70% de las agudizaciones de EPOC tienen origen infeccioso.

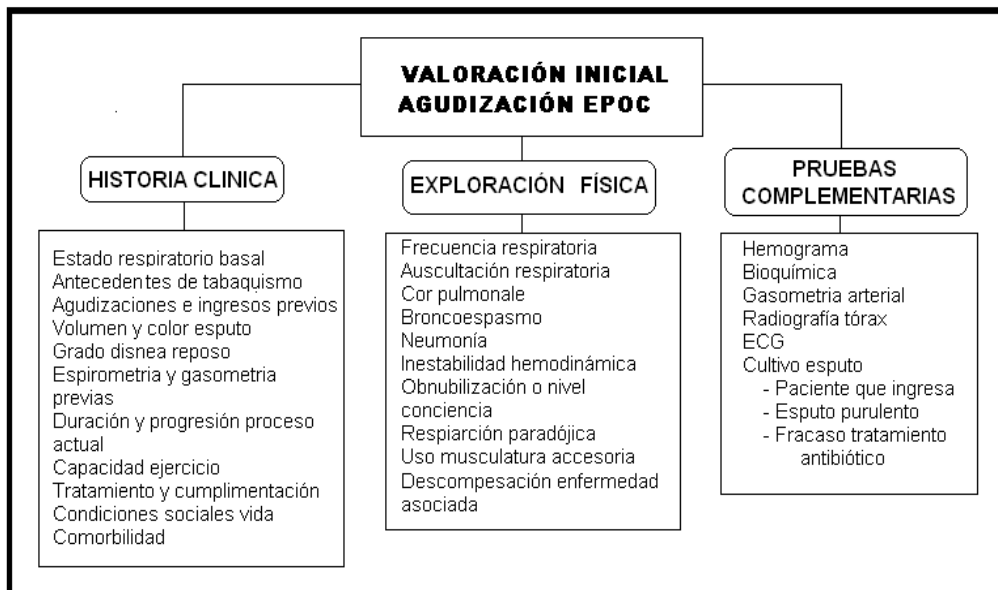


Agentes infecciosos en la agudización de EPOC

AGENTE	PROBABILIDAD	TIPO DE GERMEN
Bacterias	50%	Haemophilus Influenzae, Streptococcus pneumoniae, Moraxella Catarrhalis Pseudomona Aeruginosa
Virus	30%	Rhinovirus
Otros	20%	Clamidia Pneumoniae Mycoplasma Pneumoniae Otros patógenos respiratorios

DIAGNÓSTICO

Ante un paciente con agudización de EPOC debemos realizar una correcta historia clínica, una minuciosa exploración física y una serie de pruebas complementarias.

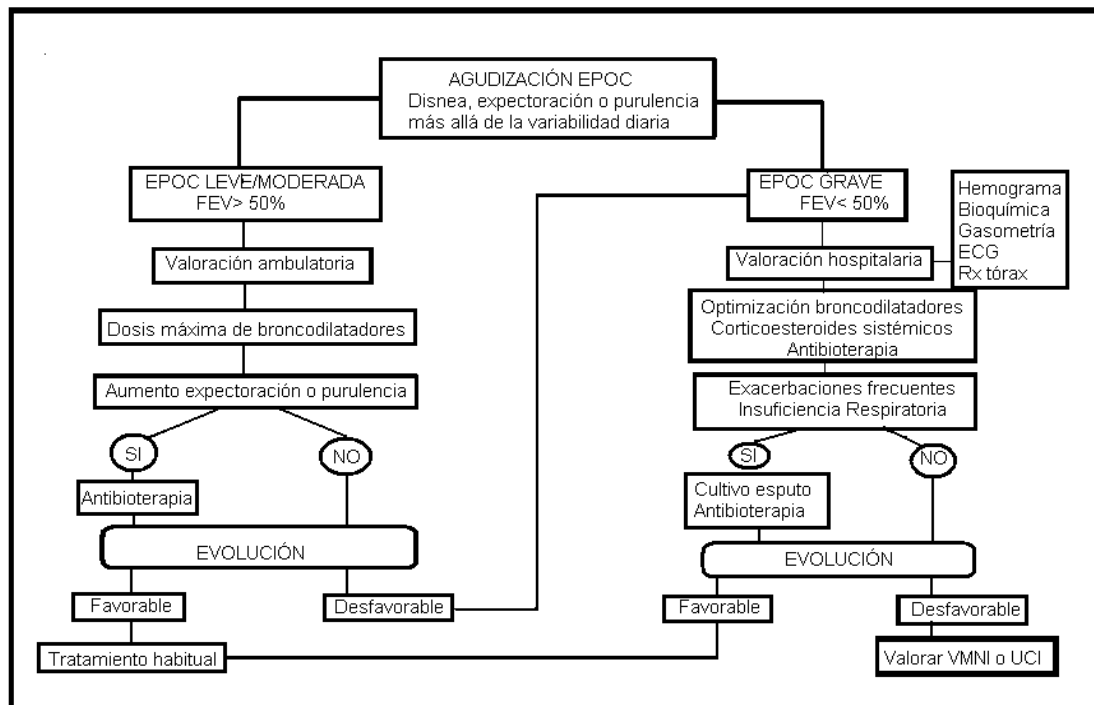


Se debe valorar la presencia de criterios de gravedad en el episodio y los factores de riesgo en la agudización y de recaídas en la EPOC moderada grave, en el momento de la evaluación inicial.

CRITERIOS GRAVEDAD AGUDIZACIÓN EPOC	FACTORES DE RIESGO EN AGUDIZACIÓN EN EPOC MODERADA O GRAVE
Cianosis intensa Obnubilación u otros síntomas neurológicos Frecuencia respiratoria > 25 resp/min Frecuencia cardíaca > 110 lat/min. Respiración paradójica Uso musculatura accesoria respiratoria Fracaso muscular respiratorio	Edad > 70 años Existencia comorbilidad cardiovascular Disnea importante Más de 3 agudizaciones en el último año Historia fracasos respiratorios anteriores Condiciones sociales y familiares

ACTITUD

Manejo Hospitalario y extrahospitalario en la Agudización de EPOC



TRATAMIENTO

El **tratamiento ambulatorio** del enfermo con agudización de la EPOC debe incluir:

- Mantener tratamiento habitual para la enfermedad.
- Revisar la técnica inhalatoria del enfermo.
- Broncodilatadores de larga duración de base*:
 - $\beta 2$
 - Anticolinérgicos
- $\beta 2$ corta inhalados – a demanda.
- Corticoides inhalados.
 - EPOC con > 2 agudizaciones/año
 - EPOC grave o muy grave.
 - Síntomas persistentes
 - Valorar asociaciones con $\beta 2$ larga duración*
- Antibióticos siempre que se cumplan los criterios de empeoramiento de situación basal y según:
 - Gravedad de la EPOC
 - Existencia de comorbilidad.
 - Riesgo de presencia de pseudomonas aeruginosa
- Corticoides sistémicos
 - Si se inician hacerlo a dosis de 30 a 60 mg de prednisona al día manteniéndolos hasta un máximo de 10 días en pauta descendente.
- Continuar, si llevaba, con oxigenoterapia domiciliaria más de 15 horas al día.

- No encontramos evidencia sobre el uso de mucolíticos o antioxidantes en la agudización de la EPOC.
- No tiene indicación el uso de antitusígenos ni antileucotrienos.
- No se recomienda el uso sistemático de metilxantinas en la agudización de la EPOC.
- Asegurarse de la correcta **cumplimentación** del tratamiento.
- Si no ingreso asegurar el control del enfermo en un máximo de 72 horas.

*Valorarlos con la finalidad de asegurar una correcta cumplimentación.

Tratamiento en el box de urgencias

- β 2 adrenérgicos nebulizados/inhalados.
- Anticolinérgicos nebulizados/inhalados.
- Oxigenoterapia con mascarilla tipo Venturi al 28%.
- Valorar corticoides sistémicos.
- Valorar diuréticos.
- Si fiebre
 - Valorar toma de muestras.
 - Primera dosis de Antitérmicos.
- Valorar antibióticos y administrar primera dosis si:
 - Empeoramiento de clínica basal con presencia de:
 - Tos.
 - Aumento de disnea.
 - Aumento de Volumen esputo.
 - Aumento purulencia del esputo.

Siendo el más determinante el aumento de la purulencia en el esputo.
- Dieta absoluta.

Tratamiento en la Sala de Observación

- β 2 adrenérgicos corta nebulizados/inhalados
- Anticolinérgicos corta nebulizados/inhalados
- Valorar Corticoides sistémicos – si EPOC Grave o posible ingreso
- Oxigenoterapia con mascarilla tipo Venturi según Pa CO₂
- Si fiebre
 - Antitérmicos
- Valorar antibióticos, pautarlos y administrarlos.
- Tratamiento de la insuficiencia respiratoria
 - Mejorar la oxigenación arterial
 - Evitar la acidosis
- Sueroterapia
- Valorar sangría según hematocrito.
- Valorar dieta absoluta.
- Tratar insuficiencia cardiaca sihubiera – diuréticos.
- Valorar Anti H₂
- Profilaxis enfermedad tromboembólica venosa

RECOGIDA DE SECRECIONES RESPIRATORIAS PARA CULTIVO:

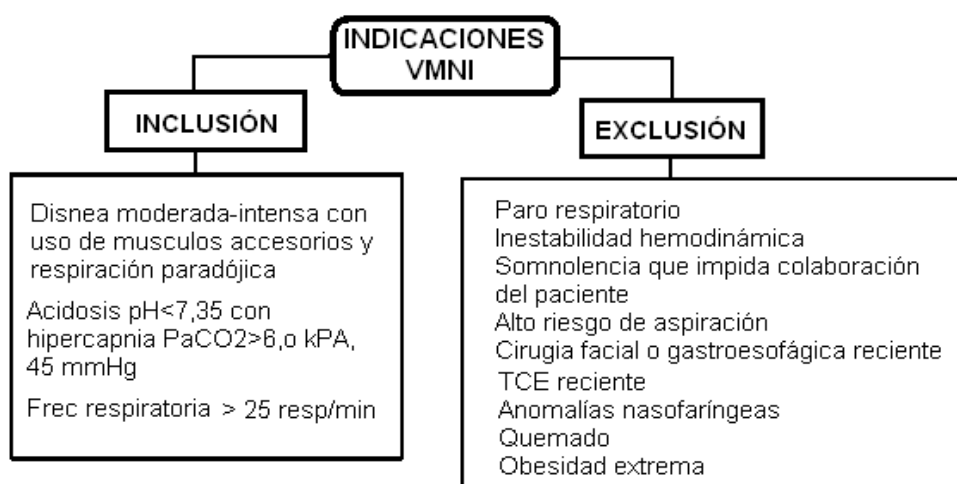
Espujo en::

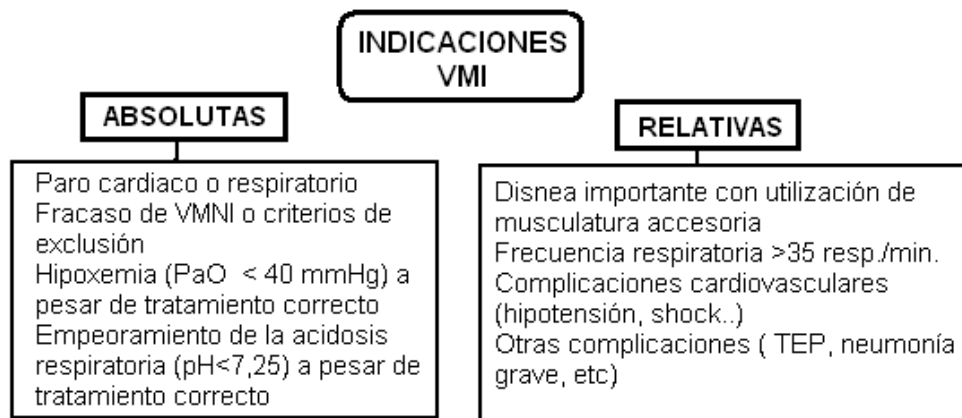
- Paciente con riesgo de microorganismos poco habituales (*P. aeruginosa*) o resistentes a los antibióticos:
 - Tratamiento antibiótico en los 4 meses previos
 - Tratamiento prolongado con corticoides
 - Pacientes con más de 4 agudizaciones el año anterior
 - Pacientes con y/o obstrucción muy grave al flujo aéreo ($FEV_1 < 30\%$)
- Paciente que precisen ingreso en UCI
- Pacientes que presenten una agudización con mala respuesta al tratamiento empírico evidenciado por la persistencia de signos y síntomas capitales de la agudización a las 72 h de iniciado el tratamiento

ELECCIÓN DE ANTIBIÓTICOS

Clasificación de los pacientes EPOC y pautas de tratamiento antibiótico empírico recomendadas en las exacerbaciones en función de los microorganismos probables						
Grupo	Definición	Factores Riesgo	Microorganismos más probables	Antibiótico de elección	Alternativa	Duración Tratamiento
I	FEV ₁ >50% (leve o moderada)	Sin comorbilidad	H. Influenzae S. Pneumoniae M. Catarrhalis	Amoxicilina-Ac. clavulánico	Cefditoreno Fluorquinolonas Macrólidos	5-7 días
		Con comorbilidad	H. Influenzae S. Pneumoniae M. Catarrhalis	Moxifloxacino Levofloxacino	Amoxicilina-Ac. clavulánico	5-7 días
II	FEV ₁ <50% (grave o muy grave)	Sin riesgo de infección por <i>P. Aeruginosa</i>	H. Influenzae S. Pneumoniae M. Catarrhalis	Moxifloxacino Levofloxacino	Amoxicilina-Ac. clavulánico	5-7 días
		Con riesgo de infección por <i>P. Aeruginosa</i>	Los mismos más <i>P. Aeruginosa</i>	Levofloxacino Ciprofloxacino	Betalactámico activo frente a <i>P. Aeruginosa</i>	10 días

CRITERIOS DE VENTILACION MECANICA





Siempre individualizar casa caso

Criterios de ingreso:

Agudización de insuficiencia respiratoria:

Hipoxemia refractaria

Hipercapnia con repercusión clínica.

Acidosis grave no compensada

Pacientes que no presentan respuesta adecuada a pesar de un correcto tratamiento.

Complicaciones o patologías agravantes.

Procedimientos que requieran ingreso.

Criterios de ingreso en UCI

Hipoxemia persistente o que empeora.

Hipercapnia grave o que empeora.

Acidosis grave o que empeora.

Inestabilidad hemodinámica manifiesta.

Necesidad de ventilación mecánica invasiva.

Todo ello a pesar de un correcto tratamiento en urgencias.

BIBLIOGRAFIA

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease Updated 2008. Acceso Noviembre 2009. <http://www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=989>
2. Grupo de Estudio de EPOC de la SEMES. Guía de Actuación clínica en la EPOC. Vía clínica de la agudización. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias 2006.
3. Piñera Salmerón P. En: Actualización en infecciones en Urgencias. Coordinador: Agustín Julian Jiménez. Ars Medica 2008.
4. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. SEPAR-ALAT 2009
5. Tercer documento de consenso sobre el uso de antimicrobianos en la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. SEQ, SEPAR, SEMES, SEMG, SEMERGEN, SEMI. Rev Esp Quimioterapia, Marzo 2007; Vol, 20: 93-105
6. Piñera Salmerón P., Vargas García M. Agudización de la Enfermedad Obstructiva Crónica. En: Manejo de Infecciones en Urgencias. Coordinador Agustín Julián Jiménez. Edicomplet. Grupo Saned 2007.
7. Julián Jiménez A., Candel González F.J., Piñera Salmerón P., González Del Castillo J., Moya Mir M.S., Martínez Ortiz De Zarate M. Recomendaciones Infurg-Semes: Manejo de la infección respiratoria de vías bajas en urgencias. Emergencias 2009;3:1-21