

Exacerbación de EPOC

Las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se consideran episodios de inestabilidad que favorecen la progresión de la enfermedad, disminuyen la calidad de vida del paciente, aumentan el riesgo de defunción y son la causa de un consumo significativo de recursos sanitarios.

TRATAMIENTO PARA EPOC



Clasificación de severidad clínica

- Sin falla respiratoria → FR 20-30, sin uso MA, sin EMA, FiO₂ 24-35%
- Con falla respiratoria sin amenaza para la vida → FR >30, con uso MA, sin EMA, FiO₂ 24-35%
- Con falla respiratoria con amenaza para la vida → FR >30, con uso MA, con EMA, FiO₂ >40%

FR: frecuencia respiratoria; MA: músculos accesorios de la respiración; EMA: estado mental alterado; FiO₂: fracción inspirada de oxígeno



Resuelva conforme se den los hallazgos.

Manejo Farmacológico

DOSIS

Salbutamol

- 4-10 diparos + cámara espaciadora c/20 min la 1ª hora.
- Adulto: 2.5-5 mg/dosis, nebulización c/20 min la 1ª hora.

Bromuro de Ipratropio

- 4-8 diparos (18 µg/diparo) + cámara espaciadora c/10-15 min la 1ª hora.
- 0.5 mg c/20min nebulizado.

Salbutamol + Ipratropio

- 4-8 diparos (100 + 18 µg/diparo) + cámara espaciadora c/15-20min.
- Adultos; 1 ampolleta de 2.5 ml (2.5/0.5 mg) c/20min la 1ª hora nebulizado.

Prednisona

40 mg vía oral al día por 5 días.

Manejo Farmacológico

- Los agonistas beta 2 adrenérgicos de acción corta inhalados, se recomiendan como broncodilatadores iniciales para el tratamiento de la exacerbación aguda.
- Sin falla respiratoria → SABA
- Con falla sin amenaza → SABA + SAMA + GCS
- Con falla con amenaza → SABA + SAMA + GCS + VMNI vs IOT
- Los corticosteroides sistémicos pueden mejorar la función pulmonar (FEV1), la oxigenación, y acortar el tiempo de recuperación y la duración de la hospitalización. La duración del tratamiento no debe ser superior a 5-7 días.



Ventilación

Indicaciones para la ventilación mecánica no invasiva.

Al menos uno de los siguientes:

- Acidosis respiratoria
- Disnea severa con signos clínicos sugestivos de fatiga muscular respiratoria o trabajo respiratorio, como uso de músculos accesorios respiratorios, movimiento paradójico del abdomen o retracción de los espacios intercostales.
- Hipoxia persistente a pesar de la oxigenoterapia complementaria.

Indicaciones para la ventilación mecánica invasiva.

- Estado post paro o paro respiratorio o cardíaco.
- Disminución de la conciencia.
- Aspiración masiva o vómitos persistentes.
- Incapacidad persistente para eliminar las secreciones respiratorias.
- Inestabilidad hemodinámica sin respuesta a líquidos y fármacos vasoactivos.
- Arritmias ventriculares o supraventriculares graves.
- Hipoxemia en pacientes incapaces de tolerar la ventilación mecánica no invasiva.

Referencias:

- GOLD (2020) Guía para el Diagnóstico, Manejo y Prevención de EPOC. Recuperada en: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf