

Guías de atención integral en salud

Abordaje diagnóstico y seguimiento ambulatorio del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (E.P.O.C)

Realizado: Asesores científicos EPS SURA

Fecha: Agosto de 2010

Definición

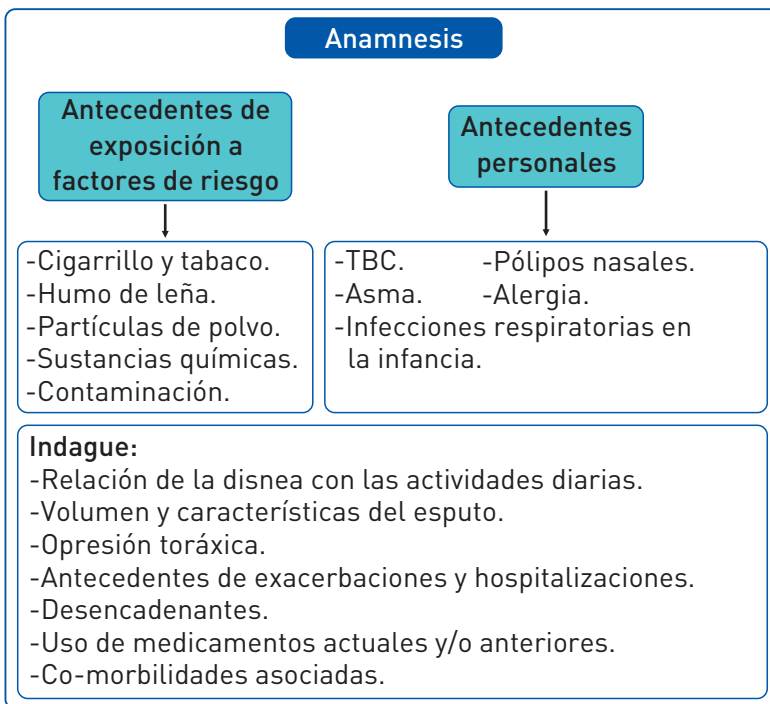
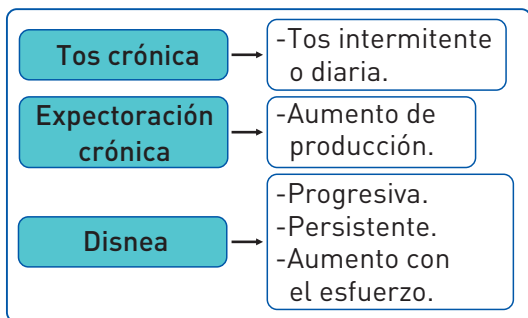
Es una enfermedad prevenible y tratable caracterizada por el desarrollo progresivo de la limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible, la EPOC y esta asociada a una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas o gases nocivos, principalmente causados por el consumo de cigarrillos, aunque es localizada en los pulmones también produce consecuencias sistémicas significativas.

Epidemiología

La prevalencia de Colombia para la población mayor de 40 años encontrada en el estudio PREPOCOL publicado en la revista Chest, octubre de 2007 es: Colombia 8.9%, Medellín 13.5%, Cali 8.5%.

EL HUMO DEL CIGARRILLO ES EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO PARA LA EPOC LA SUPRESIÓN DEL TABACO ES LA PRINCIPAL MEDIDA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD

Condiciones clínicas para sospechar el diagnóstico:



Examen físico:

Examen físico completo con énfasis en:

- Frecuencia respiratoria.
- Cianosis central.
- Evaluar peso-talla y establecer IMC.
- Ingurgitación yugular.
- Grado de disnea.
- Reforzamiento 2do. ruido cardiaco, foco pulmonar.
- Edema periférico.

Clasificación MRC de la disnea

Grado 0: No hay disnea.

Grado 1: Disnea con ejercicio fuerte.

Grado 2: Disnea al caminar rápido en lo plano o al subir escalera o cuesta.

Grado 3: Disnea en lo plano, se detiene al caminar despacio.

Grado 4: Debe detenerse al caminar en lo plano una cuadra o unos minutos.

Grado 5: No le permite salir de su casa o disnea al bañarse o vestirse.

Descarte diagnósticos diferenciales

- Asma.
- Falla cardiaca congestiva.
- Bronquiectasias.
- TBC.
- Ca broncogénico.

Abordaje diagnóstico

LA ESPIROMETRÍA CON BRONCODILADORES ES EL PRINCIPAL INSTRUMENTO PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA CLASIFICACIÓN DE LA EPOC YA QUE ES LA FORMA MÁS REPRODUCIBLE, ESTANDARIZADA Y OBJETIVA DE MEDIR LA LIMITACIÓN DE FLUJO AÉREO POR TAL MOTIVO DEBE SER REALIZADO A TODO PACIENTE CON LA EPOC.

CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

ESPIROMETRÍA CON BRONCODILADORES

Se observa una disminución de la relación VEF1/CVF (Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo/ Capacidad Vital Forzada), a menos de 0,70 y una disminución del VEF 1 a menos del 80% del valor teórico.

VEF1/CVF Normal: Excluye diagnóstico

Se le debe realizar a TODOS los usuarios con sospecha o dx de EPOC

EXPLORACIONES ADICIONALES

- Rx de tórax: Raramente es diagnóstica en la EPOC (útil para excluir diagnósticos alternativos y presencia de comorbilidades como ICC).
- No se recomienda el uso de TAC de tórax.
- Medición de gases arteriales: Sólo se debe utilizar en paciente con la EPOC avanzada) Estadio III Grave y Estadio IV.

IMPORTANTE:

El envejecimiento afecta los volúmenes pulmonares, por lo que la cifra establecida como Estadio I, puede llevar a sobre-diagnóstico de la EPOC en sujetos ancianos, principalmente en pacientes con enfermedad muy leve.

CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA E.P.O.C.

Estadio I: (LEVE)

FEV1/FVC < 0,70
FEV1 \geq 80% ref.
-Tos crónica. -Aumento de esputo.
-No disnea.

Estadio II: (MODERADO)

FEV1/FVC < 0,70
50% \leq FEV1 < 80% ref.
-Progresión de síntomas y dificultad respiratoria principalmente en el ejercicio.

Estadio III: (GRAVE)

FEV1/FVC < 0,70
30% \leq FEV1 < 50% ref
- Incremento de síntomas y dificultad respiratoria, disminución de la capacidad para realizar ejercicio, exacerbaciones frecuentes que impactan en la calidad de vida de los pacientes.

Estadio IV: (MUY GRAVE)

FEV1/FVC < 0,70
FEV1 < 30% ref. o FEV1 < 50% ref. más Insuficiencia Respiratoria.
- PaO₂ < 60 mm Hg con o sin una presión parcial de CO₂ (paCO₂) mayor de 50 mm Hg.
- COR pulmonar (insuficiencia cardiaca DER-Ingurgitación yugular y edema de miembros inferiores-).

EN TODAS LAS ATENCIONES

VERIFIQUE Y EVALÚE:

- Régimen terapéutico actual.
- Dosificación de medicamentos.
- Técnica inhalatoria.
- Control de síntomas.
- Efectos secundarios de medicamentos.
- Causas y frecuencia de exacerbaciones.
- Comorbilidades.
- Incremento de esputo.
- Incremento de disnea.
- Hospitalizaciones, causas duración.
- Exposición al riesgo.

ESTIMULE:

- Abstención del hábito de FUMAR y exposición al humo del cigarrillo (evidencia A).
- Rehabilitación física.
- Eliminación de los factores de riesgo.

CAPTACIÓN DE PACIENTES	Consulta externa, atención no programada, post-hospitalización, consulta medicina interna, otras especialidades.			
EXÁMENES LABORATORIO BÁSICOS INICIALES	-Hemoglobina. -Hematocrito. -Espirometría con B2.	CÓDIGOS	Ingreso EPOC: 71105 Control EPOC: 71706	
SEGUIMIENTO Y FRECUENCIA				
CLASIFICACIÓN	MÉDICO FAMILIAR	MEDICINA INTERNA	EDUCACIÓN	NEUMÓLOGO
ESTADÍO I (LEVE)	Ingreso: Médico de familia. Control: Cada 3-6 meses.	Una vez al año.	Sí	No
ESTADIO II (MODERADO)	Ingreso: Médico de familia. Control: Cada 2-4 meses.	Dos veces al año.	Sí	No
ESTADIO III (GRAVE)	Ingreso: Médico de familia. Control: Cada 2 meses.	Dos veces al año.	Sí	Una vez al año y/o según evaluación individual.
ESTADIO IV (MUY GRAVE)	Ingreso: Médico de familia. Control: Cada 2 meses.	Tres veces al año.	Sí	Dos veces al año o según evaluación individual.

TRATAMIENTO PACIENTE CON EPOC ESTABLE

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Mejorar calidad de vida.
- Prevenir y retardar la progresión de la enfermedad.
- Disminuir la intensidad de los síntomas.
- Reducir numero y severidad de las exacerbaciones.
- Disminuir número de hospitalizaciones.
- Disminuir las complicaciones.
- Mejorar la tolerancia al ejercicio.
- Mejorar la calidad de vida.
- Reducir la mortalidad.

ENFOQUE DEL TRATAMIENTO

- Individualizado.
- Dirigido a aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida.
- Los broncodilatadores desempeñan el principal pilar de tratamiento.
- Debe evitarse el tratamiento crónico con esteroides sistémicos, ya que la relación riesgo-beneficio es desfavorable.
- Vacunar con anti-influenza anual a mayores de 60 años.
- Seguimiento riguroso en IPS Básica.
- Asistencia a actividades educativas
- Terapia respiratoria y seguimiento farmacológico.

TRATAMIENTO AMBULATORIO EPOC ESTABLE					
BRONCODILATADORES					
Fármaco	Utilización	Pico terapéutico	Dosis	Vía oral	Características
AGONISTAS B2					
Salbutamol inhalador 100 ugr/dosis	4-6 horas	15-30 min	2 puff c/4-6 horas.	2da. elección	Utilizar inhala-cámara
Broncodilatadores: Pilar fundamental en el tratamiento del EPOC (Evidencia A)					
ANTICOLINÉRGICOS					
Bromuro de Ipatropio 0.02 mg/dosis	4-6 horas	30-90 min	2 puff c/4-6 horas.		Utilizar inhala-cámara Útil en casos crónicos
-La combinación de un agonista B2, un Anticolinérgico y una Teofilina puede producir beneficios adicionales en la función pulmonar.					
-Por su toxicidad potencial se prefiere la utilización de broncodilatadores inhalados.					
METILXANTINAS					
Teofilina liberación lenta 125 mg. (cápsulas y tabletas)	12-18 mg/kg/día		C/ 12 horas vía oral		Individualización de la dosis
-La combinación de un agonista B2, un Anticolinérgico y una Teofilina puede producir beneficios adicionales en la función pulmonar.					Margen terapéutico corto
-Por su toxicidad potencial se prefiere la utilización de broncodilatadores inhalados.					Mayores de 60 años mitad dosis
ESTEROIDES					
Prednisolona tabletas	5 mg		1-2 mg/kg/día		Sólo de 5-10 días en exacerbación
Beclometazona inhalador	250 ugr		Máximo 2 Puff c/ 12 Hrs		Largo plazo
	50 ugr		Máximo 2 Puff c/ 6 - 8 Hrs		
-Útil en EPOC que responde a esteroides o FEV1 < 50 % de referencia o exacerbaciones repetidas (evidencia A) .					20-30% de los EPOC se benefician
-No se recomiendan esteroides orales administrados a largo plazo (evidencia A) .					
-Los esteroides NO modifican la reducción progresiva de función pulmonar.					
VACUNAS					
Antiinfluenza (Evidencia A)	No disponible en el POS. Indicación mayores de 60 años				
Anti-Neumococo 23 Serotipos. (NO POS) (Evidencia B)					
ANTIBIÓTICOS					
No utilizar profilácticamente, sólo cuando se diagnostique infección bacteriana (Evidencia A) (Ver Guía de Neumonía Adquirida en la Comunidad).					
MUCOLÍTICOS					
Beneficios Globales muy escasos (Evidencia D)					
OTROS TRATAMIENTOS					
ANTITUSIVOS	Tos: Factor protector en EPOC - Uso regular contraindicado (Evidencia D)				
NARCÓTICOS	Contraindicados en EPOC: Evitar Codeína y otros narcóticos analgésicos por su efecto depresivo respiratorio.				
Ninguno de los medicamentos para el tratamiento de la EPOC reduce la pérdida progresiva de la función pulmonar (Evidencia A)					

SEGUIMIENTO DE LA EPOC POR CLASIFICACIÓN DE ESTADIOS DE SEVERIDAD						
CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ESPIROMETRÍA	EXÁMENES BÁSICOS DE LABORATORIO	SEGUIMIENTO CLÍNICO IPS BÁSICA	SEGUIMIENTO NEUMOLOGÍA	EDUCACIÓN VACUNACIÓN	ACCIONES A REALIZAR EN TODAS LAS ATENCIONES
Todos los pacientes con factores de riesgo						
ESTADIO I (LEVE)	FEV1/FVC < 0,70 FEV1 ≥ 80% ref - Tos crónica. - Aumento de esputo. - No disnea.	- Espirometría cada dos años. - Baciloscopia (BK) anual. - Rx de tórax sólo cuando se sospechen co-morbilidades. - Hemoglobina, hematócrito ANUAL. - Otros exámenes diagnósticos según evaluación clínica individual de cada paciente.	Ingreso: Médico de familia Control por MD familiar cada 3-6 meses. Seguimiento Medicina Interna una vez al año.	NO	SÍ LA DEFINIDA POR LA EPS	Buscar eliminar el hábito de fumar y los factores de riesgo. - Añadir inhaladores de acción corta, si es necesario (ver cuadro de medicamentos).
ESTADIO II (MODERADO)	FEV1/FVC < 0,70 50% ≤ FEV1 < 80% ref Progresión de síntomas y dificultad respiratoria principalmente en el ejercicio.	- Espirometría una vez al año. - Baciloscopia (BK) anual. - Rx de tórax sólo cuando se sospechen co-morbilidades. - Hemoglobina, hematócrito ANUAL. - Otros exámenes diagnósticos según evaluación clínica individual de cada paciente.	Ingreso: Médico de familia Control por MD familiar cada 2-4 meses. Seguimiento Medicina Interna 2 veces al año.	NO	SÍ LA DEFINIDA POR LA EPS	- Buscar eliminar el hábito de fumar y los factores de riesgo. - Añadir inhaladores de acción corta, terapia respiratoria y rehabilitación si es necesario (ver cuadro de medicamentos).
ESTADIO III (GRAVE)	FEV1/FVC < 0,70 30% ≤ FEV1 < 50% ref Incremento de síntomas y dificultad respiratoria, disminución de la capacidad para realizar ejercicio, exacerbaciones frecuentes que impactan en la calidad de vida de los pacientes.	- Espirometría una vez al año. - Baciloscopia (BK) anual. - Rx de tórax sólo cuando se sospechen co-morbilidades. - Hemoglobina, hematócrito ANUAL. - Otros exámenes diagnósticos según evaluación clínica individual de cada paciente. - Gases arteriales cada año.	Ingreso: Médico de familia Control por MD familiar cada 2 meses. Seguimiento Medicina Interna 2 veces al año.	Una vez al año según evaluación clínica	SÍ LA DEFINIDA POR LA EPS	- Buscar eliminar el hábito de fumar y los factores de riesgo. - Añadir inhaladores de acción corta, terapia respiratoria y rehabilitación si es necesario. - Agregar esteroides inhalados si hay exacerbaciones frecuentes (ver cuadro de medicamentos).
ESTADIO IV (MUY GRAVE)	FEV1/FVC < 0,70 FEV1 < 30% ref o FEV1 < 50% ref más Insuficiencia Respiratoria - PaO ₂ < 60 mm Hg con o sin una presión parcial de CO ₂ (PaCO ₂) mayor de 50 mm Hg. - COR pulmonar (Insuficiencia cardiaca Der. (Influrgitación yugular y edema de m. inferior-	- Espirometría una vez al año. - Baciloscopia (BK) anual. - Gases arteriales cada seis meses. - Rx de tórax sólo cuando se sospechen co-morbilidades. - Hemoglobina, hematócrito ANUAL. - Otros exámenes diagnósticos según evaluación clínica individual de cada paciente.	Ingreso: Médico de familia Control por MD familiar cada 2 meses. Medicina Interna 3 veces al año.	Dos veces al año según evaluación clínica	SÍ LA DEFINIDA POR LA EPS	- Buscar eliminar el hábito de fumar y los factores de riesgo. - Vacunación antigripal y mayores de 65 años (No POS). - Añadir inhaladores de acción corta, terapia respiratoria y rehabilitación si es necesario. - Agregar esteroides inhalados si hay exacerbaciones repetidas (tres en un año), establecer oxigenoterapia si hay insuficiencia respiratoria (ver cuadro de medicamentos).
En la EPOC no se recomienda tratamiento con esteroides orales a largo plazo (Evidencia A)						

Bibliografía

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Estrategia Global para el Diagnóstico, tratamiento y prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) - 2006- www.gold.org
2. Resultados del estudio de prevalencia de la EPOC en Colombia (PREPOCOL). Caballero A., Torres C., Maldonado D., Jaramillo C., Bolívar F., Sanabria F., Osorio P., Ordúz C., Guevara D.P.
3. Guía Clínica Enfermedad Pumonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatoria - Chile - 2006.
4. Menzies D., Nair A., Williamson P.A., Schembri S., Al-Khariralla M.Z., Barnes M., et al. Respiratory Symptoms, pulmonary function and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public spaces. JAMA 2006. 296(14)1742-8.
5. Casaburi R., Kukafka D., Cooper C.B. , Witek T.J. Jr., Kesten S. Improvement in exercise tolerance with the combination of tritropium and pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Chest 2005 . 127(3). 809-71.

Nota: Todo paciente deberá tener un manejo integral a cargo del médico familiar, quien se debe apoyar en el equipo de salud requerido de acuerdo con la patología de base.

Los conceptos contenidos en esta guía pretenden orientar el manejo de los pacientes, sin embargo, todo paciente deberá recibir un manejo individualizado según sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta guía se verificaron fuentes de información confiables con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de edición. Dada la continua evolución de las ciencias médicas, en cualquier momento pueden surgir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia. Se sugiere a los lectores de esta guía confirmar la información contenida verificando las fuentes bibliográficas citadas y otras relacionadas con el tema, recomendándose además mantenerse al tanto de la evolución del tema en cuestión.

