

EPOC: TRATAMIENTO EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

MEDICINA INTERNA
HOSPITAL LA INMACULADA, HUÉRCAL-OVERA

DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

- Síntomas principales de la EPOC → tos episódica o crónica, expectoración (matutino), disnea progresiva; poca variabilidad (≠asma). Otros: hiporexia, pérdida de peso, hemoptisis, deterioro cognitivo y depresión/ansiedad.
- Exacerbaciones EPOC (AEPOC) → muy frecuentes + > morbimortalidad.
- Debe realizarse una reevaluación continua de la causa desencadenante de la agudización, y de las comorbilidades que presenta el paciente.
- Dirigir las pruebas complementarias en base a la evolución del paciente y la rentabilidad de las mismas.
- ¿Diagnóstico previo de EPOC? → ¿clínica y espirometría? → en ausencia pero alta sospecha clínica (síntomas crónicos y exposición ambiental) y tras haber descartado otras causas → tratar.
- Ingreso exacerbación EPOC → Aumento R muerte cardiovascular en 12m, mayor en primeros 30 días tras el alta (y durante la estancia hospitalaria).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR (Profilaxis ETEV):**
 - En caso de agudización grave/muy grave o moderada con inmovilización ≥ 3 días.
 - ENOXAPARINA 40mg/24h sc (20mg si filtrado glomerular < 30 ml/min).
 - Si el paciente se encuentra anticoagulado por otro motivo: Mantener tratamiento previo o HBPM a dosis terapéutica.
- **INHIBIDOR BOMBA PROTONES** (en caso de uso de corticoides sistémicos o tratamiento con AINES) \rightarrow OMEPRAZOL 20mg/24h VO (más fisiológica), alternativa omeprazol 40mg IV (imposibilidad de vía oral).
- **VITAMINA D**, en caso de déficit severo (< 10 ng/ml): CALCIFEDIOL 0,266MG cápsulas / semana. Ha demostrado reducir las exacerbaciones y los ingresos hospitalarios en el subgrupo de pacientes con EPOC y déficit severo de Vit.D.
- **MUCOLÍTICOS** (Si existe broncorrea o dificultad para movilizar secreciones): ACETILCISTEÍNA 600mg vo cada 12-24h. Mucofluid nebulizado (si existe intolerancia oral, cuidado con broncoespasmo, administrar tras BD).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **ANTIBIOTERAPIA:** En caso de evolución favorable continuar con la pauta establecida desde Urgencias (3-5 días). Si evolución desfavorable → revisar cobertura, aislamientos, complicaciones, etc.
- **CORTICOIDES SISTÉMICOS:**
 - Completar la pauta establecida desde Urgencias.
 - Paso precoz a vía oral (cuando las condiciones lo permitan).
 - Beneficio: Acortan el tiempo de recuperación, mejoran la función pulmonar, la oxigenación, disminuyen el riesgo de recaída temprana, el fracaso del tratamiento y la duración de la hospitalización.
 - Dosis 0,5 mg/kg o 40mg/24 h de prednisona o equivalente. Duración recomendada entre 5 días en casos moderados y un máximo de 14 días en graves/muy graves (A mayor duración > R de neumonía). En caso de una pauta de corta duración (<7 días) no precisa de pauta descendente.
- **No administrar metilxantinas i.v. (teofilina)** debido al aumento significativo de efectos secundarios a nivel riesgo cardiovascular.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INHALADO

- **Broncodilatadores de acción corta: anticolinérgicos (SAMA) y B2-agonistas (SABA).**
 - Mantener el tratamiento iniciado en urgencias.
 - Disminuir paulatinamente la dosis conforme se alcance mejoría clínica o valorar pasar las nebulizaciones a pMDI o viceversa. En caso de precisarlo se puede aumentar la frecuencia.
 - Evaluar la necesidad de cámara espaciadora o medicación nebulizada.
 - Comprobar la técnica y dispositivo correcto en base a la coordinación y fuerza inspiratoria.
- **Broncodilatadores de larga acción: anticolinérgicos (LAMA) y B2-agonistas (LABA):**
 - Evaluar el tratamiento domiciliario del paciente, reintroducirlo precozmente durante el ingreso o iniciarlo durante la hospitalización de cara a mantenerlo al alta.
- **Corticoides inhalados (CI):**
 - En cada ingreso se debe valorar el riesgo/ beneficio de los mismos.
 - Se debe plantear retirarlos del tratamiento de base en caso de escaso beneficio, indicación errónea o neumonías de repetición, colonización de bronquiectasias, tuberculosis...
 - El valor de la eosinofilia en sangre periférica durante la fase estable, es un indicador de gran utilidad.

CORTICOIDES INHALADOS

Alta Evidencia	Evidencia Moderada	Baja Evidencia
Eosinófilos >300/uL en sangre periférica	Eosinófilos entre 100-300/uL en sangre periférica	Eosinófilos <100/uL en sangre periférica
>2 exacerbaciones moderadas al año	1 exacerbación moderada al año	Neumonías de repetición
>1 Hospitalización al año		No exacerbador
Asma concomitante		

* Ver histórico de valores de eosinófilos en sangres periférica. Son muy variables, sobre todo en pacientes con corticoide sistémico.

GesEPOC 2021

Estratificación

Riesgo BAJO
(Se deben cumplir todos los criterios)

Riesgo ALTO
(Se debe cumplir al menos 1 de los siguientes)

Obstrucción
(FEV₁ postbroncodilatación (%))

≥ 50%

< 50%

Disnea (mMRC)

0 - 1

2-4

Exacerbaciones (último año)

0 - 1 (sin ingreso)

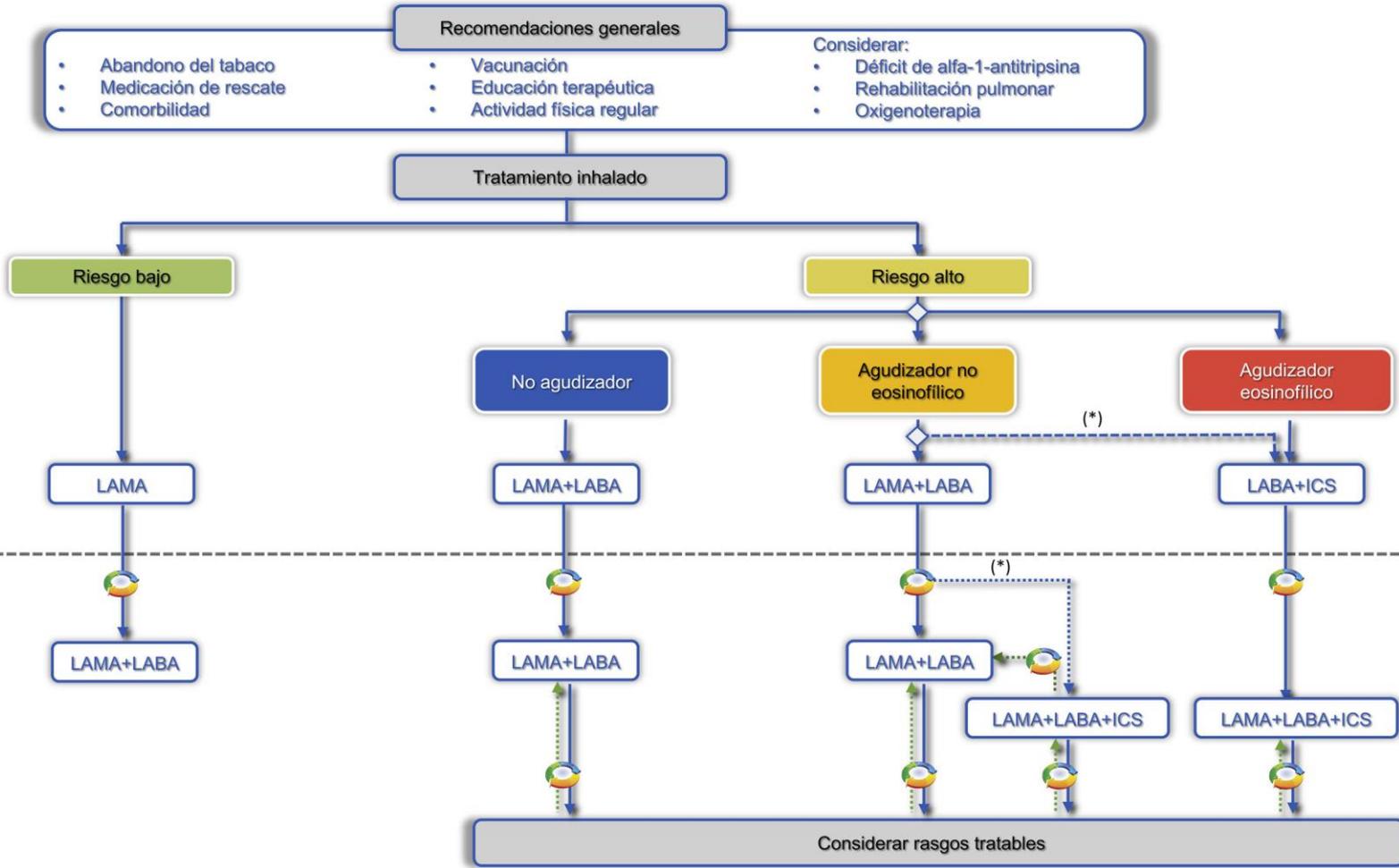
2 o más o 1 ingreso

GesEPOC 2021

Todos

Tratamiento inicial

Seguimiento



FARMACIA, HOSPITAL LA IMNACULADA

GRUPO FARMACOLOGICO	PRINCIPIO ACTIVO	DISPOSITIVO	NOMBRE COMERCIAL	POSOLOGIA
SAMA	IPRATROPIO	pMDI / aerosol	ATROALDO	4-6/4-6h 1-2/4-6h
SABA	SALBUTAMOL	pMDI / aerosol	VENTOLÍN	4-6/4-6h 1-2/4-6h
	TERBUTALINA	Turbuhaler	TERBASMIN	1-2/6h
CI	BUDESONIDA	pMDI / aerosol	B. ALDO	2/6-8h *1-2/12h
SAMA + SABA	IPRATROPIO + SALBUTAMOL	aerosol	COMBIPRASAL	1-2/4-6h
LAMA	TIOTROPIO	Respimat	SPIRIVA	2/24h
LAMA + LABA	UMECLIDINIO+ VILANTEROL	Ellipta	ANORO	1/24h
LABA + CI	SALMETEROL + FLUTICASONA	pMDI	SERETIDE	2/12h
	FORMOTEROL + BUDESONIDA	pMDI / Turbuhaler	SYMBICORT	**2/12h
	FLUTICASONA + VILANTEROL	Ellipta	RELVAR	1/24h
LAMA + LABA + CI	UMECLIDIMIO + FLUTICASONA + VILANTEROL	Ellipta	TRELEGY	1/24h

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- **Oxigenoterapia:** Reevaluación continua de las necesidades de flujo, intentando siempre llegar a la saturación diana (88-92%, >94%).
- **Ventilación mecánica no invasiva (VMNI):** aumento del trabajo respiratorio o acidosis respiratoria → plantear VMNI (p. Ej: CPAP, BiPAP, ONAF). Valorar si el paciente es subsidiario de UCI o no previamente para no retrasar la valoración por su parte.
- **Rehabilitación respiratoria (RR) precoz.** Importante el inicio precoz durante el ingreso y mantenerse al alta. Especialmente efectiva en pacientes con enfermedades avanzadas y frecuentadores. Medida coste-efectiva.
- **Valoración del estado nutricional del paciente:** Sobre todo en enfisematosos con bajo IMC → peor función pulmonar, mayor número de agudizaciones, mayor disnea, menor tolerancia al ejercicio... Recomendar dieta hiperproteica e hipercalórica y valorar los suplementos.
- **Intervención antitabaco:** durante el ingreso (Nicotina parche, psicológico) y al alta.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Neumonía

- Tos con cambios en la expectoración, asocia habitualmente fiebre y aumento de disnea.
- Rx de Tórax, PCR/Procalcitonina

Neumotórax

- Disnea de aparición brusca, acompañada de dolor torácico.
- Rx de Tórax, Ecografía

Derrame pleural

- Dolor torácico de características pleuríticas
- Rx de Tórax + Ecografía torácica / Toracocentesis

TEP

- Disnea súbita, taquipnea, taquicardia.
- Dímero D +/- Doppler de miembros inferiores AngioTAC de Tórax

Insuficiencia cardíaca

- Disnea progresiva, edemas en miembros inferiores, ortopnea, DPN.
- ECG, Ecocardiograma, NT- Pro-BNP +/- TnI

Arritmias

- Disnea progresiva, palpitaciones, síncope
- ECG