

**Tabla 4.- Recomendaciones terapéuticas establecidas para la EPOC agudizada**

	SEPAR [2]	BTS [29]	ERS [28]	ACCP-ACP-ASIM [7]	ATS [30]	GOLD [4]
	2001	1997	1995	2001	1995	2001
Oxígeno	Recomendado. Objetivo: PaO <sub>2</sub> >60 mm Hg (o SaO <sub>2</sub> >90%) sin pH<7,30. FiO <sub>2</sub> inicial: 24-28%. Gasometría control a los 30-60 min de iniciar la oxigenoterapia	Recomendado. Objetivo: PaO <sub>2</sub> ≥50 mm Hg sin pH<7,26. Método inicial: mascarilla con FiO <sub>2</sub> ≤28%	Recomendado. Objetivo: PaO <sub>2</sub> ≥60 mm Hg sin llegar a aumento de PaCO <sub>2</sub> ≥10 mm Hg	Recomendado.	Recomendado. Objetivo: PaO <sub>2</sub> > 60 mm Hg	Recomendado. Objetivo: PaO <sub>2</sub> >60 mm Hg o SaO <sub>2</sub> >90%; medida de gasometría arterial 30 minutos tras inicio de oxigenoterapia
Bronco-Dilatadores	Recomendados. Intentar alcanzar la dosis máxima óptima, con asociación de agonistas beta-2 + bromuro de ipratropium. Vía de administración: inhalatoria.  Administración adicional de aminofilina i.v. si no hay respuesta. (dosis inicial: 2,5 a 5,0 mg/kg, en 30 min, seguida de perfusión continua: 0,2-0,5 mg/kg/h) No administrar dosis inicial cuando se utilice teofilinas como tratamiento habitual. Determinación de teofilinemia	Recomendados. Agudización grave: asociar agonistas beta-2 y anticolinérgicos. Vía de administración: nebulizador.  Si no hay respuesta considerar metilxantinas i.v. (aminofilina: 0,5 mg/kg/h). Determinación diaria de niveles	Recomendados. Aumentar dosis o frecuencia de agonistas beta-2, anticolinérgicos o ambos asociados. Vía de administración: Se puede conseguir buena respuesta con MDI. Algunos pacientes prefieren nebulizador.  Considerar aminofilina i.v. en agudizaciones graves	Recomendados. Anticolinérgicos a dosis máxima como primera línea. Añadir después agonistas beta-2  No recomendado: metilxantinas	Recomendados. agonistas beta-2 como primera línea. Puede utilizarse combinación con anticolinérgicos. Vía de administración: sin preferencias (inhalatoria, nebulización o MDI).  Puede añadirse aminofilina i.v. si fracasa la terapia con los otros broncodilatadores en aerosol	Recomendados. agonistas beta-2 como primera línea. Añadir anticolinérgico si no hay respuesta rápida. Vía de administración: no discutida  Considerar metilxantinas oral o i.v. en agudización grave.
Antibióticos	Recomendados. Amoxicilina-clavulánico o cefalosporinas de segunda generación. En pacientes que precisen ventilación mecánica, considerar antibióticos de espectro más amplio.	Recomendados en todos los pacientes con insuficiencia respiratoria. (pH<7,35)	Recomendados. Pauta de 7-14 días de antibioterapia tipo amoxicilina-clavulánico o tetraciclinas.	Recomendados primera línea de antibióticos. La superioridad de los nuevos antibióticos de amplio espectro no establecida.	Recomendado cuando exista moco "anormal": Amoxicilina, trimetoprim-sulfametoxazol, doxiciclina o eritromicina. En agudizaciones graves elegir una penicilina de amplio espectro o una cefalosporina	Recomendados cuando exista aumento de volumen y purulencia del esputo. Elección en función de la sensibilidad local para S. Pneumoniae, H. Influenzae y M. Catarrhalis.
Corticoides	Recomendados. Dosis: 0,4-0,6 mg/kg/6 horas i.v. metilprednisolona. Mantener durante 3-4 días y retirar progresivamente.	Recomendados Prednisona: 30 mg /día o hidrocortisona: 100 mg/iv/día durante 7-14 d.	Recomendados. Dosis: 0,4-0,6 mg/kg/día por vía i.v. en agudizaciones graves.	Recomendados corticoides sistémicos hasta 2 semanas en pacientes que no los reciben a largo plazo.	Recomendados en paciente con componente broncoespástico. Reevaluar su uso tras 1-2 semanas.	Recomendados. Dosis: 30-40 mg/día de prednisolona oral o i.v. durante 10-14 días.
VMNI	Recomendada en IRA con pH>7,30 sin mejoría a la terapia conservadora	El soporte ventilatorio (tanto VMNI como VMI) debe considerarse cuando pH<7,26 y progresivo incremento de PaCO <sub>2</sub> y fracaso de tratamiento.	Considerar si no hay contraindicación cuando insuf. Respir. PaO <sub>2</sub> < 50 mm Hg o pH < 7,30	Recomendada en agudizaciones graves	Recomendada cuando fracasa el tratamiento farmacológico y: 1.- existe experiencia en la institución 2.- personal adecuado 3.- estabilidad hemodinámica, situación neurológica y capacidad de movilización de secreciones conservadas.	Recomendada cuando dos o más de los siguientes signos estén presentes: disnea grave con uso de la musculatura accesoria o movimiento paradójico toraco-abdominal; pH, 7,30-7,35 y PaCO <sub>2</sub> 45-60 mm Hg; frecuencia respiratoria > 25.
VMI	Recomendada en pacientes con IRA grave sin respuesta a otras medidas	Recomendada cuando pH<7,26 y fracaso de VMNI. Se debe tener información sobre la situación premorbida del paciente y tener en cuenta factores que puedan disuadir de tal terapia.	Recomendada en agudización grave sin respuesta; con contraindicaciones para VMNI y PaO <sub>2</sub> < 50 mm Hg o pH < 7,30	No discutido	Recomendada cuando fracasa el tratamiento conservador. Signos de agotamiento de musculatura respiratoria, empeoramiento de acidosis respiratoria y deterioro neurológico	Recomendada. Indicaciones: Disnea grave con uso de la musculatura accesoria y movimiento paradójico. Frec. Resp. > 35 rpm. Hipoxemia grave (PaO <sub>2</sub> < 40 mm Hg o PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 200). Acidosis grave (pH<7,25) e hipercapnia (PaCO <sub>2</sub> >60 mm Hg). Parada respiratoria. Deterioro neurológico. Complicaciones hemodinámicas. Otras complicaciones (metabólicas, sepsis, neumonía, barotrauma, derrame pleural masivo). Fracaso de VMNI.

Se resumen las recomendaciones terapéuticas establecidas para la EPOC agudizada a nivel hospitalario.

VMNI: Ventilación mecánica no invasiva. VMI: Ventilación mecánica invasiva. MDI: Inhalador de dosis premedida.

SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica BTS: British Thoracic Society. ERS: European Respiratory Society. ACCP-ACP-ASIM: American College of Chest Physicians - American College of Physicians- American Society of Internal Medicine. ATS: American Thoracic Society. GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.