

Manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable

Management of stable chronic pulmonary obstructive disease

Javier Jáuregui Antúnez¹

RESUMEN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad prevenible y tratable. Su componente pulmonar se caracteriza por una obstrucción del flujo aéreo que no es completamente reversible. Las pruebas disponibles muestran que algunos componentes de los programas de rehabilitación respiratoria traen beneficios para los pacientes con EPOC sintomática, sin embargo, no está muy claro si este beneficio se traduce en menos gastos en la asistencia sanitaria.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, terapéutico.

ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a preventable and treatable condition. Its lung component is characterized by an airflow obstruction that is not completely reversible. Available evidence shows that some components of respiratory rehabilitation programs bring benefits for patients with symptomatic COPD; however, it is not quite clear whether this benefit translates into less expenditure in healthcare.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, therapeutic.

La EPOC es una enfermedad prevenible y tratable. Es un síndrome de limitación progresiva del flujo aéreo causado por la inflamación crónica de la vía aérea y el parénquima pulmonar.

Su componente pulmonar se caracteriza por la obstrucción del flujo aéreo que no es completamente reversible¹.

La limitación crónica al flujo de aire es usualmente progresiva y asociada a una respuesta inflamatoria pulmonar anómala a partículas o gases tóxicos.

Los cambios fisiológicos; lo fundamental es la caída acelerada del volumen espiratorio forzado en el 1° segundo (VEF1) de un rango normal en adultos de alrededor de los 30 años, de aproximadamente 30 ml por año, a cerca 60 ml por año.

Cambios fisiológicos

Caída acelerada del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) de un rango normal en adultos de alrededor de los 30 años (aproximadamente 30 ml por año), a cerca 60 ml por año².

Hiperinflación, anormalidad fisiológica que es comúnmente vista en pacientes con EPOC moderada a severa; ocurre al reposo y se empeora con el ejercicio, se manifiesta por un incremento de la capacidad residual funcional, lo que coloca a los músculos de la respiración en una situación de desventaja³.

Incremento del trabajo de la respiración y reducción de la tolerancia al ejercicio.

Existen otras anormalidades fisiológicas como son; la reducción en la capacidad de difusión de monóxido de carbono, hipoxemia y hipoventilación alveolar.

Los síntomas no suelen presentarse hasta que la función pulmonar está sustancialmente reducida.

Por lo tanto, la detección temprana es la clave del manejo, por lo que la evaluación por espirometría del VEF1 y la Capacidad Vital Forzada (CVF) son de primera importancia⁴.

La GOLD (Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) establece que la limitación del flujo aéreo en la EPOC se caracteriza por un valor del VEF1 menor del 80% del valor normal predicho y de una VEF1 /CVF menor del 70%⁵.

Según GOLD del 2006, el diagnóstico de la EPOC consiste en una historia de exposición a factores de riesgo y en la presencia de limitaciones en el flujo aéreo que no son reversibles del todo, con o sin la presencia de los síntomas⁵.

El envejecimiento y los hábitos nocivos sumados al envejecimiento de la población, son innegables y cada vez más evidentes, así como un pésimo estilo de vida:

- Sedentarismo
- Hábito de fumar
- Nutrición poco saludable
- Estrés

Los objetivos del tratamiento según los estudios GOLD son:

- Dejar de fumar
- Aliviar los síntomas
- Mejorar la función fisiológica pulmonar
- Limitar las complicaciones
- Disminuir las exacerbaciones

El manejo de la EPOC estable está orientado hacia:

- Dejar de fumar
- Tratamiento farmacológico

¹ Médico Neumólogo. Clínica Ricardo Palma. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSALUD, Lima Perú.

- Oxígeno terapia
- Rehabilitación pulmonar
- Cirugía
- Manejo de los disturbios del sueño.

1.- Dejar de fumar:

Incide en el 50% de reducción del porcentaje de caída de la función pulmonar en los pacientes con EPOC. Es la intervención más efectiva para modificar el curso de la enfermedad y es un verdadero reto⁶.

En estudios con régimen de reemplazo, consejería y visitas, el 35% mantenía abstinencia al año, y sólo 22 % a los 5 años⁶.

2.- Tratamiento farmacológico:

Está dado por:

- Broncodilatadores en aerosol:
 - Alivian los síntomas.
 - Disminuyen la exacerbaciones.
 - Mejoran la calidad de vida.
 - Mejoran el flujo aéreo y la hiperinflación.
 - Disminuyen el trabajo de la respiración.
 - Mejoran la tolerancia al ejercicio.
- Teofilina:
 - Se usa cuando los síntomas continúan a pesar de la terapia inhalatoria.
 - Mejora adicionalmente la función pulmonar y los síntomas.
 - Se requiere un monitoreo frecuente de los niveles supraterapéuticos, reacciones adversas e interacciones medicamentosas.
- Corticoides inhalados:
 - Los ensayos clínicos demuestran que alivian los síntomas, reducen la frecuencia de las exacerbaciones y mejoran el estado de salud.
 - Uso en pacientes con moderada a severa limitación del flujo aéreo con síntomas persistentes, a pesar de terapia broncodilatadora óptima.
 - Corticosteroides inhalados han demostrado reducir las exacerbaciones de EPOC y el porcentaje de deterioro en el estado de salud⁷.
- Corticoides orales:
 - No se prescribe esteroides orales en el manejo de EPOC estable.

3.- Oxígeno terapia:

Mejora el ejercicio, el sueño y la sobrevida en el paciente con EPOC e hipoxemia.

El objetivo es mantener la saturación $O_2 > 90\%$ durante el reposo, el sueño, si es posible durante el ejercicio⁸.

Son fuentes de oxígeno: gas, líquido y concentrador.

4.- Rehabilitación pulmonar:

Reduce la disnea, aumenta la habilidad al ejercicio, mejora el estado de salud, reduce el uso de los centros asistenciales⁹.

Incluye programas de entrenamiento de ejercicio, consejos nutricionales y educación.

Cubre ejercicios de reacondicionamiento, pérdida de la masa corporal, aislamiento social, depresión, debilidad muscular.

Deben ser repetidos a intervalos regulares.

5.- Cirugía:

La cirugía de reducción de volumen pulmonar, puede reducir la hiperinflación. Debe ser considerada en pacientes con severo enfisema en el lóbulo superior y reducida tolerancia al ejercicio.

El trasplante pulmonar es una opción alternativa para pacientes con enfisema en estadio terminal con un VEF1 menos del 25% y con hipertensión pulmonar, marcada hipoxemia e hipercapnea¹⁰.

6.- Manejo de los disturbios del sueño:

Los trastornos del sueño en la EPOC están asociados con disminución de los niveles de oxígeno.

El sueño en los pacientes con EPOC está alterado en forma subjetiva y objetiva¹¹.

El manejo de los problemas de sueño deben estar orientados a minimizar su disturbio con medidas que controlen la tos y la disnea.

Los hipnóticos y sedantes están contraindicados porque pueden aumentar los niveles de CO_2 ¹².

En conclusión debemos pensar siempre en la EPOC con la finalidad de tener un diagnóstico temprano.

Hacer siempre una espirometría para la confirmación diagnóstica.

Enfatizar en la lucha por disminuir los factores de riesgo.

Medicar farmacológicamente en forma activa y completa.

Y no olvidar que la EPOC es una enfermedad prevenible y tratable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2000; 343: 269-280.
2. Nicholas R. Anthonisen, John E. Connett, and Robert P. Murray: Smoking Smoking and Lung Function of Lung Health Study Participants after 11 Years. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2002; 166: 675-679.

3. Fabbri LM, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD: 2003 update. *Eur Respir J* 2003;22:1-2.
4. Celli BR, MacNee W; ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper *Eur Respir J* 2004;23:932.
5. Global Initiative for ChronicObstructiveLungDisease. Medical. the Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease. Up date 2009. Communications Resources, Inc 2009. the Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease.
6. Tashkin D, Kanner R, Bailey W, Buist S, Anderson P, Nides M, Gonzales D, Dozier G, Patel MK, Jamerson B. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001;357:1571-1575.
7. Nici L, Donner C, Wouter E, Zumallack R, Ambrostina N, Bourbeau J, et al. American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173: 1390-1413.
8. Burge PS, P W Jones, S Spencer, J A Anderson and T K Maslen. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial *BMJ* 2000; 320:1297-1303.
9. Zuwallack RL, Mahler DA, Reilly D, Church N, Emmett A, Rickard K et al. Salmeterol plus theophylline combination in the treatment of COPD. *Chest* 2001; 119: 1661-1670.
10. Casaburi R, Mahler DA, Jones PW, Wanner A, San PG, ZuWallack RL, Menjoge SS, Serby CW, Witek T Jr. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2002;19:217-224.
11. National Lung Health Education Program. Copyright © 2009 National Lung Health Education Program. <http://www.nlhep.org/resources/erly-rec-mng-copd/symptomatic-copd-5.html>Lung Health study *New Engl J Med* 2000,343.
12. S. M. Arcasoy, R. M. Kotloff. Lung transplantation. *N Engl J Med* 1999;340:1081-91.

CORRESPONDENCIA

Javier Jáuregui Antúnez

javierja@terra.com.pe