

## EDITORIAL

### ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. UN ALERTA EN LAS POSTRIMERÍAS DEL SIGLO

*Existen enfermedades que por su incidencia, prevalencia, edad y forma de presentación, gozan de atención y seguimiento por parte del personal asistencial y directivos de salud, como sucede con el asma bronquial, dentro de las enfermedades respiratorias. Sin embargo, todo lo contrario sucede con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), durante muchos años ignorada y mal valorada.*

*La terminología ha constituido un obstáculo persistente para comprender y evaluar las enfermedades que afectan de forma crónica al flujo aéreo, esencialmente porque procesos diversos pueden coexistir en un mismo enfermo y porque se han utilizado términos diferentes para referirse al mismo tipo de procesos.*

*El término EPOC se utiliza habitualmente como sinónimo de la combinación de lesiones bronquiales crónicas y enfisema, cuando el paciente presenta en su evolución una limitación crónica al flujo aéreo, de hecho, la Sociedad Americana Torácica define la enfermedad como un estado caracterizado por la presencia de obstrucción al flujo aéreo por lesiones bronquiales crónicas o enfisema; la obstrucción al flujo aéreo es generalmente progresiva, puede acompañarse de hiperreactividad de la vía aérea y puede ser parcialmente reversible.*

*En esta definición no se incluye la necesidad de ser fumador, pero éste es un requisito fundamental para padecer EPOC. Aunque el hábito tabáquico constituye la causa más importante de la enfermedad, existen otros factores de riesgo que contribuyen a que se acelere la caída de la función pulmonar con la edad. No todos los fumadores desarrollan EPOC, se estima que sólo el 15 %, hecho que motiva a interesarnos en conocer cuáles serían los factores que regulan el papel del tabaco.*

*Pero la realidad es que la enfermedad se ha convertido en un verdadero problema de salud, pues estos pacientes representan el 8 % de los que acuden a una consulta de medicina general y el 35 % de los que son vistos por el neumólogo, de ellos, es probable que la mitad fallezca en los 10 años siguientes al diagnóstico.*

*La prevalencia de la EPOC está entre el 2,5 y el 3,5 % de la población y asciende al 19 % en los mayores de 65 años. En el mundo constituye la sexta causa de muerte y se estima que ocupará el tercer lugar para el año 2020, momento en que la enfermedad será causante del 4,1 % de los años de vida ajustados por incapacidad.*

*En nuestro país, las enfermedades obstructivas bronquiales constituyeron la décima causa de muerte en 1997, arrebataron 731 vidas, con una tasa de 6,6 por 100 000 habitantes. Teniendo en cuenta el papel demostrado del hábito tabáquico en el desarrollo de la enfermedad y la alta prevalencia de fumadores en Cuba (se estima en el 36 %), podemos entender los retos que se avecinan, sobre todo en un país donde el 12 % de la población rebasa los 65 años, momento en que la frecuencia de la enfermedad aumenta considerablemente.*

*Por tanto, se trata de un gran número de enfermos, lo que implica a un costo económico elevado motivado por las estrategias terapéuticas, ingresos hospitalarios y bajas laborales, lo que obliga al mejor aprovechamiento de los recursos existentes.*

*Ante esto surgen algunas interrogantes:*

*¿Quiénes deben responsabilizarse con la atención y seguimiento de estos pacientes?*

*¿Están listos nuestros profesionales de atención primaria para ello?*

*¿Contamos con la infraestructura tecnológica necesaria?*

*¿Qué estrategias terapéuticas adoptaremos?*

*Responder a estas cuestiones es imposible sin considerar 3 aspectos de la EPOC:*

- Se trata de una enfermedad grave.*
- Es de difícil control y no diagnosticable por medios clínicos exclusivamente.*
- La investigación actual, tanto en tratamientos médicos como quirúrgicos, necesitan dedicación y conocimientos profundos.*

*Sin duda, contamos con recursos humanos suficientes en atención primaria, que si reciben la capacitación necesaria pueden enfrentar este reto, en coordinación con servicios de neumología hospitalarios e insertados en las estrategias actuales del MINSAP, lo cual permitiría diseñar programas conjuntos, que optimicen recursos tecnológicos y promuevan investigaciones en los aspectos contradictorios de la atención de la enfermedad.*

*El enfoque actual del tratamiento debe ser individualizado para cada paciente e intentando cubrir los siguientes objetivos:*

- Frenar la progresión de la enfermedad.*
- Aliviar los síntomas, sobre todo la disnea.*
- Prevenir o corregir las posibles complicaciones.*

*La supresión del hábito tabáquico es fundamental en el tratamiento. El programa terapéutico dependerá de la gravedad del proceso y del momento evolutivo en que se encuentre el paciente, apoyándonos en los fármacos broncodilatadores y los antiinflamatorios. En los primeros se prefiere a los beta 2 adrenérgicos para el broncospasmo agudo, los anticolinérgicos como primera elección para el tratamiento de mantenimiento y la teofilina para potenciar la broncodilatación. En los segundos, los esteroides orales son la elección para el tratamiento de las exacerbaciones, con ciclos cortos, pues su uso mantenido debe estar muy bien justificado por sus conocidos efectos adversos. El papel que pudieran desempeñar los esteroides inhalados es objeto de estudio en estos momentos.*

*Los antibióticos tienen sus indicaciones ante la aparición de una infección bacteriana, los gérmenes más frecuentes son Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae y Moraxella catarrhalis, por lo que son efectivos amoxicilina-clavulánico, ampicilina-sulbactam, macrólidos, cefalosporinas o quinolonas.*

*El uso de drogas mucoactivas puede añadir un alivio sintomático, aunque su uso sigue siendo controvertido, al igual que los estimulantes respiratorios. Las vacunas antivirales y antineumocócica han reportado beneficios en muchos pacientes, pero no como se esperaba en los inmunocomprometidos. Se añade la sustitución de alfa 1 antitripsina y la oxígeno-terapia en los pacientes que lo requieran.*

*El tratamiento quirúrgico, a través de la cirugía de reducción de volumen, en pacientes seleccionados, ha mejorado los síntomas clínicos con mayor tolerancia al esfuerzo, mejoría de la disnea y de la calidad de vida.*

*En la actualidad algunos pacientes han alcanzado una supervivencia de más de 2 años sin deterioro clínico ni funcional.*

*Programas integrales de rehabilitación, de forma ambulatoria o en la comunidad, coordinados y sustentados por una estrecha vinculación hospital-áreas de salud constituyen la mejor opción para el paciente, con un costo-beneficio adecuado a nuestras condiciones actuales.*

Dr. Isidoro Alberto Páez Prats  
Especialista de II Grado en Neumología.  
Máster en Salud Pública