

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica durante la pandemia de coronavirus 2020

Chronic obstructive pulmonary disease during the 2020 coronavirus pandemic

GERMÁN DÍAZ-SANTOS, MD¹, MANUEL PACHECO, MD¹, MILENA GARCÍA, MD¹, RODRÍGO RUBIO RUBIO, MD¹, RUBÉN DARÍO CONTRERAS, MD¹, WIHEN ARIZA, MD¹, RAFAEL ACERO, MD¹, TULIO LÁZARO, MD¹, JOSÉ EZEQUIEL MIER OSEJO, MD¹, JHON PEDROZO, MD¹, JAIME FORERO, MD¹, LUISA MANRIQUE, MD¹, MARTÍN ROMERO, MD¹, JAIME ALVARADO, MD¹, CARLOS AGUIRRE, MD¹, ROBIN RADA, MD¹, IVÁN DE JESÚS BAÑOS ÁLVAREZ, MD¹, CARLOS CELIS, MD¹, ANA CATALINA VANEGAS, MD¹, CARLOS MATIZ, MD¹, GUSTAVO ADOLFO HINCAPIÉ DÍAZ MD¹, ALEJANDRO CASAS MD¹, ABRAHAM ALÍ MUNIVE, MD¹

Introducción

Desde la aparición del brote en China, se ha informado que la neumonía por coronavirus impacta más la mortalidad en pacientes adulto mayores y con comorbilidades, entre la cual está la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el tabaquismo. En Colombia, el primer caso apareció el 6 de marzo de 2020, y el riesgo de contraer la enfermedad en este país es alto. Se reconoce que las personas con EPOC se encuentran entre las más afectadas por COVID-19, y debe tratarse de minimizar el impacto de la infección (1).

Aunque no fue tan alta la cantidad de pacientes con EPOC que se infectaron con coronavirus en Wuhan, la mayoría de estos requirió ingresar a unidad de cuidados intensivos (UCI) (2). Durante esta pandemia, la prevención de la nueva neumonía por COVID-19 en pacientes con EPOC se ha convertido en una prioridad para las diferentes asociaciones, concientizando al paciente con EPOC. Estos individuos tienen 6,4 veces más probabilidad de desarrollar una enfermedad grave, y 17,8 veces más probabilidades de necesitar manejo en la unidad de cuidado intensivo que la población general (3).

El objetivo de este documento es resumir la evidencia de estos últimos meses de infección y pandemia, y mostrar la opinión de los expertos, para ofrecer recomendaciones sobre la asociación del COVID-19 y la EPOC.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La EPOC es una entidad prevenible y tratable, que se caracteriza por una limitación al flujo aéreo persistente. Esta generalmente es progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria exagerada de las vías aéreas y del parénquima pulmonar frente a partículas o gases nocivos (4).

La prevalencia de EPOC en Colombia es de 8,9%, con diferencias entre las ciudades como Medellín (13,5%), Bogotá (8,5%), Cali (8,5%), Bucaramanga (7,9%) y Barranquilla (6,2%) (5).

¹Medico Especialista en Medicina Interna y Neumología, Miembro del Comité de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de la Asociación Colombiana de Neumología

Autor de correspondencia:

Germán Díaz-Santos.
Correo electrónico:
docger25@hotmail.com
Recibido: 28/04/2020
Aceptado: 30/05/2020

Neumonía por coronavirus

La neumonía grave, causada por la familia del coronavirus, a menudo se asocia con una rápida replicación y por una alta respuesta celular inflamatoria por citocinas y quimiocinas proinflamatorias elevadas, que terminan en un daño pulmonar agudo (DPA) y en síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) (6).

EPOC frente a neumonía por coronavirus

Tanto la EPOC estable, como la infección por coronavirus presentan similitudes y diferencias que nos pueden orientar. Algunas de estas se muestran en la **Tabla 1**.

La EPOC es una enfermedad crónica y requiere un tratamiento a largo plazo, que debe mantenerse durante todo el tiempo de la pandemia; a estas enfermedades crónicas se les puede prescribir por 3 meses o más. Las pruebas de rutina de la función pulmonar y de imagen pueden posponerse hasta que el Ministerio de Salud dé el aval y la seguridad de que la pandemia este controlada (7).

Se recomienda la inhalación regular de broncodilatadores de acción prolongada y la terapia con glucocorticoides/broncodilatadores para pacientes con EPOC estable, para la prevención de exacerbaciones agudas de EPOC (7).

Tabla 1. Comparación entre EPOC y COVID-19

	EPOC	COVID-19
Presentación	Empeoramiento agudo de los síntomas respiratorios	Enfermedad respiratoria aguda
Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Exposición crónica a humo • Riesgos ocupacionales • Enfermedad respiratoria previa o actual 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de viajes o residencia en países, áreas o territorios que reporten transmisión local de enfermedad por COVID-19 • Contacto con paciente infectado • Ninguna otra etiología que explique totalmente la presentación clínica
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea (progresiva, persistente y que empeora con el esfuerzo); tos crónica, puede ser intermitente o diaria; aumento del volumen y cambio en la coloración (purulencia) • Anorexia y pérdida de peso (estadios avanzados de la enfermedad) 	Tos, malestar general, dolor de garganta, fiebre o escalofrío, congestión nasal, dolor de cabeza, dificultad respiratoria, dolor muscular, diarrea, dolor de articulaciones, dolor de pecho, náuseas/vómitos, irritabilidad o confusión, dolor abdominal
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica (antecedentes, signos, síntomas) • Pruebas de función pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> • Hisopado nasofaríngeo u orofaríngeo • Aspirado traqueal
No se deben realizar estudios de función pulmonar en época de pandemia por COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas complementarias: detección de α_1-antitripsina, hemograma, radiografía de tórax (PA y lateral) • Descartar otras enfermedades asociadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado broncoalveolar no broncoscópico o miniBAL • Inicialmente no se requiere radiografía
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Anticolinérgicos o β_2-agonistas de corta acción • Si se están utilizando broncodilatadores de larga acción (LAMA, LABA o combinaciones), continuarlos • Inicie o aumente la frecuencia de la medicación de rescate (salbutamol o ipratropio). Si su médico le ha dado indicaciones adicionales de medicamentos en caso de exacerbación, inícelas sin retraso y comuníquese con él o con su programa de atención, de ser posible 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un tratamiento específico para el coronavirus. Aún no se ha demostrado utilidad de antirretrovirales, ni existe vacuna disponible en Colombia • No existe suficiente información para sugerir el inicio o suspensión de los medicamentos tipo enalapril o losartán • No hay suficiente evidencia para recomendar el uso rutinario de la combinación de hidroxiquina y azitromicina, ni ivermectina
No se recomiendan las nebulizaciones durante la pandemia, por riesgo de aerolización		

PA: posteroanterior.

Exacerbación aguda de la EPOC y EPOC con neumonía por coronavirus

En términos generales, la exacerbación aguda de los pacientes con EPOC se manifiesta como un aumento de los síntomas respiratorios, como la tos, el esputo y la disnea en un corto tiempo. Pero, en la etapa inicial de la neumonía por coronavirus predominan los síntomas sistémicos, como la fiebre y la disnea, con progresión rápida entre 6 a 7 días. La EPOC también es susceptible a neumonía adquirida en la comunidad (NAC), y siempre se debe plantear como un diagnóstico diferencial (7).

Los pacientes con EPOC infectados con COVID-19 no son fáciles de detectar, por lo cual, posiblemente tengan mayor mortalidad, es por esto por lo que nuestra mejor arma es la prevención. No existe evidencia científica que respalde que los corticoides inhalados (u orales) no puedan darse en pacientes con EPOC durante la pandemia de COVID-19 (1). De igual forma, se recomienda revisar la guía de Aseumocito sobre exacerbación aguda de EPOC en la época de COVID-19.

Prevención de la exacerbación aguda de la EPOC durante la pandemia

Es muy importante prevenir la exacerbación aguda de la EPOC durante la pandemia. En la **Tabla 2** se presentan algunas recomendaciones para esto.

Establezca un plan de manejo con el paciente y los familiares, si es posible, en caso de exacerbación de la EPOC (aumento de la tos, la expectoración, cambio de color de las flemas), sin que necesariamente se relacione con COVID-19. Explique que si se presenta fiebre persistente (con termómetro), aparición o aumento significativo de la sensación de falta de aire o hinchazón en las piernas, desorientación, confusión o color azul en labios o dedos, pida una cita prioritaria o consulte a Urgencias. Brinde información sobre las líneas telefónicas de atención: 123 desde teléfono fijo, 192 desde el celular. Pregunte por las líneas de atención de la EPS del paciente.

Tabla 2. Principales recomendaciones para la prevención de la exacerbación aguda de la EPOC durante la pandemia de COVID-19

Insista a su paciente que no suspenda los medicamentos, ni el oxígeno. No se debe abandonar el domicilio, si no es absolutamente necesario (utilizar tapabocas y evitar las aglomeraciones), y que se mantenga activo (ofrezca recomendaciones u opciones de ejercicios en casa). Recomiende mantener la hidratación, y que consuma alimentos sanos, lo que permite controlar el peso
El uso de ventilación no invasiva (BiPAP, ASV) o CPAP favorece la transmisión del virus, si el paciente ya lo tiene; por lo cual, es recomendable que se mantenga en cuarentena estricta durante 2 semanas, esto para proteger a los habitantes de la casa
Eduque e insista en el lavado de manos vigorosamente con agua y jabón cada 3 horas. Puede usarse alcohol gel para reemplazar el lavado de manos, si por alguna razón no tiene acceso a agua y jabón
Se recomienda (si no lo ha hecho) abandonar el cigarrillo, vacunación contra la gripe (disponible solo algunos meses del año) y la vacuna antineumocócica; mejorar la adherencia y técnicas de inhalación tanto de broncodilatadores de corta acción, como de broncodilatadores de acción prolongada o combinaciones

Referencias

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Internet]. GOLD COVID-19 guidance. Última visita: 25 de marzo de 2020. Disponible en: <https://goldcopd.org/gold-covid-19-guidance/>
2. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(11):1061-9. doi:10.1001/jama.2020.1585.
3. Jain V, Yuan JM. Systematic review and meta-analysis of predictive symptoms and comorbidities for severe COVID-19 infection. *Int J Public Health*. 2020;65:533-46. doi: 10.1007/s00038-020-01390-7.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2020 global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD. Última visita: 25 de marzo de 2020. Disponible en: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf

5. Caballero A, Torres-Duque CA, Jaramillo C, Bolívar F, Sanabria F, Osorio P, et al. Prevalence of COPD in five Colombian cities situated at low, medium and high altitude (PREPOCOL study). *Chest*. 2008;133:343-9. doi: 10.1378/chest.07-1361.
6. Channappanavar R, Perlman S. Pathogenic human coronavirus infections: causes and consequences of cytokine storm and immunopathology. *Semin Immunopathol*. 2017;39(5):529-39. doi: 10.1007/s00281-017-0629-x.
7. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Group of Chinese Thoracic Society; Chronic Obstructive Pulmonary Disease Committee of Chinese Association of Chest Physician. [Medical management and prevention instruction of chronic obstructive pulmonary disease during the coronavirus disease 2019 epidemic]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. 2020;43(5):421-6. doi: 10.3760/cma.j.cn112147-20200227-00201.