
¿Es la EPOC una enfermedad diferente?

Cada vez es más notorio que la progresión de las enfermedades sobrepasan los recursos destinados para su tratamiento, es por esta razón que el arte médico debe adquirir una nueva dimensión considerando aspectos como la eficiencia y efectividad.

En las últimas décadas hemos aprendido que al enfrentarnos a una enfermedad, debemos iniciar una terapia que evite la progresión de la misma mientras mejoramos la calidad de vida de nuestros pacientes.

Cuando tratamos a un paciente diabético, según la evidencia actual, debemos llevar los niveles de glicemia a rangos que impidan que se presenten complicaciones, esto, independiente de la presencia o no de síntomas, igualmente ocurre con la hipertensión arterial. ¿Por qué entonces en la EPOC debemos limitar el escalonamiento de la terapia a la presencia de síntomas y/o por los resultados de una medida como la espirometría?, ¿Es acaso la EPOC una enfermedad diferente a las demás?

Sabemos que la EPOC se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo, que se asocia a una reacción inflamatoria anómala, principalmente frente al humo del tabaco. Dentro del grupo de la EPOC encontramos varias enfermedades como: enfisema, bronquitis crónica y asma. Como ya se mencionó, todas estas enfermedades comparten una característica en común, una respuesta inflamatoria anormal del pulmón. Entonces, ¿por qué no ser más agresivos con la terapia dirigiéndola al control de la inflamación?

En una sociedad como la nuestra donde los recursos son limitados resulta prioritario establecer un esquema de tratamiento que realmente impacte en la evolución natural de la enfermedad, no sólo prolongando los periodos libres de síntomas sino evitando la progresión.

La eficacia de la inhaloterapia con esteroides, beta dos acción prolongada y bromuro de tiotropio en la EPOC grave y muy grave ha sido claramente demostrado en ensayos clínicos, pero hasta la fecha hay escasez de información sobre la indicación de estos medicamentos en pacientes con estadio I y II.

Las guías actuales de manejo recomiendan utilizar medicación que permita reducir la frecuencia, gravedad de las exacerbaciones y mejorar la función pulmonar de los pacientes con EPOC grave y muy grave, pero nos hemos preguntado ¿qué pasaría si el objetivo inicial fuese dirigido a controlar la inflamación?

¿Qué sucedería si utilizáramos esteroides y beta dos de acción prolongada o Bromuro de tiotropio en forma temprana?

Sé que estos interrogantes no tendrían respuesta contundente con la evidencia actual pero recordemos que debemos hacer de la medicina una ciencia que nos permita avanzar en el objetivo final que es el bienestar de nuestros pacientes.

Robin Alonso Rada Escobar
Médico Internista-Neumólogo
Jefe de Medicina Inter,a Hospital Militar Central
Bogotá, Colombia.