

Editorial

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y COVID - 19: Más allá del diagnóstico
Chronic Obstructive Pulmonary Disease and COVID - 19: Beyond Diagnosis

Edgar León Segovia*

*Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad de Sao Paulo, Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar. ORCID: 0000-0003-2313-5234

evls135@hotmail.com – evleon@usp.br

Recibido: 6 de septiembre del 2021

Revisado: 13 de septiembre del 2021

Aceptado: 27 de septiembre del 2021

En el último año, la pandemia conocida como COVID-19 se ha propagado por todo el mundo, según datos de la OPS para Junio 2021 ha afectado ya a más de 200 millones de personas alrededor del mundo, causando cerca de 4 millones de muertos. Entre los factores de riesgo para presentaciones graves de la enfermedad tenemos: enfermedades crónicas no transmisibles como Diabetes, Hipertensión, Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica (EPOC), entre otras.

El COVID-19 se presenta como múltiples síndromes que pueden afectar a varios órganos o sistemas, sin embargo; la presentación más común sigue siendo la afectación pulmonar, siendo el fallo respiratorio agudo severo el más importante. Este síndrome caracterizado por severa hipoxemia con afectación del parénquima pulmonar tiene como fisiopatología común la afectación microvascular, microangiopatía trombótica y activación de los sistemas inflamatorios sistémicos mediados por la unión de la proteína spike del virus a los receptores ACE2 y facilitados por la TMPRSS2. Las diferencias en la expresión de estas proteínas serían responsables de modular la respuesta individual y el curso clínico de la infección por SARS-CoV-2 en estos pacientes.

La EPOC es una enfermedad que comprende dos espectros de presentación que es la bronquitis crónica y el enfisema, sus síntomas más importantes son la tos y la disnea de diferente intensidad y evolución, a medida que la enfermedad progresa los pacientes pueden ser más susceptibles a problemas psicológicos como ansiedad o aislamiento, todos estos factores la hacen progresivamente incapacitante.

La cronicidad de la EPOC se caracteriza además por períodos de exacerbaciones causadas por diversos disparadores o factores de riesgo, entre los que tenemos a las infecciones virales. El Picornavirus, influenza, para influenza estaban entre los más frecuentes que causaban exacerbaciones, pero hoy se añade al espectro al Coronavirus causante de la infección de COVID-19.

Si bien la Enfermedad Obstructiva crónica (EPOC) se encuentra entre los factores de riesgo, la etiopatogenia de la enfermedad pulmonar previa caracterizada por exposición a elementos nocivos como tabaco, gases, partículas dañinas y su consecuente lesión tanto en la estructura del parénquima pulmonar como en la disfunción del sistema inmune, hace difícil atribuir como un factor de riesgo único.

Debemos considerar además que el factor de riesgo de lesión pulmonar previa es compartido con varias enfermedades como asma, enfermedad pulmonar intersticial, apnea obstructiva del sueño, incluso cáncer y tuberculosis; es por esto que en la bibliografía muchas veces se sugiere como factor de riesgo a enfermedades Pulmonares crónicas, y no a EPOC propiamente dicho.

En otras patologías pulmonares como aquellas causadas por agentes externos se ha encontrado un riesgo mayor de daño cuando se infectan por COVID-19, ejemplo en pacientes con neumoconiosis, silicosis, asbestosis. Si a estas características añadimos el factor de edad tenemos varios síntomas añadidos como alteraciones cognitivas de diferente grado, delirio, y otros.

Exacerbaciones de problemas pulmonares han sido un tema analizado en diferentes estudios como el estudio ECLIPSE para intentar determinar marcadores que permitan predecir o definir adecuadamente las exacerbaciones, este estudio define algunos antecedentes importantes para predecir futuras crisis, entre estos factores están: número previo de exacerbaciones, reflujo, FEV1, y calidad de vida. Hasta el momento algunos biomarcadores como proteína C, fibrinógeno, surfactante, citoquinas, fórmula leucocitaria no constituyeron un buen factor predictor; en relación a la presencia de sobreinfección con COVID -19, hay bibliografía en la que no se presenta un incremento en la exacerbación de síntomas en pacientes EPOC que se contagian de COVID-19.

La forma de atender estos pacientes cambio?

En esta época de pandemia la cantidad de pacientes con diagnósticos evidentes de EPOC o exacerbaciones disminuyó o incluso desapareció de las estadísticas, en las características de la enfermedad pulmonar crónica, sea cual fuera la causa se evidencia un cortejo sintomático respiratorio diverso que actualmente se sobrepone o se oculta en la presentación de COVID -19.

Las pautas de atención de pacientes con ECNT se han sobrepuesto e incluso minimizado, toda vez que aun los exámenes utilizados para su control son los mismos que para SARS-CoV-2 (síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2) he igual de inespecíficos, estas intervenciones comunes incluyen a la rehabilitación pulmonar necesaria y el seguimiento de las secuelas, seguimiento en imagen (a pesar de un patrón más o menos típico en los pacientes con COVID, pero que en etapas crónicas tenía similitud con patrones radiológicos presentes en EPOC).

En un sistema de por sí saturado, sin resolutivez ni continuidad para atención de pacientes crónicos y con una nueva enfermedad que demandó uso de más recursos de los que se podía asignar, el resultado final está aún lejos de preverse; ahora son dos enfermedades con síntomas crónicos que se sobreponen. Dada esta sobreexposición, para el abordaje integral de estos pacientes se implementaron varias estrategias como cuidados y hospitalización domiciliaria, uso de medicación IV con algoritmos de manejo para escalar y desescalar analgesia, antibióticos, oxigenoterapia, etc.

La adherencia al tratamiento en ambas entidades es fundamental para el desenlace y para la calidad de vida, algo que antes solo era considerado importante en problemas crónicos como EPOC.

Quizá la única arma que nos quede es mantener la continuidad e integralidad de la atención pues la clínica sigue siendo un mejor predictor de EPOC y de exacerbaciones. En esta “nueva realidad” la medicina clásica mantiene su relevancia, y el médico de cabecera deberá retomar su importancia en este discernimiento recordando que siempre se antepone “*primun non nocere*” a cualquier tratamiento o intervención.