

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y tabaquismo

Dr César Benito Sáenz

Doctor en Medicina. Tisioneumólogo. Jefe del Servicio de Neumonología del Hospital Ramos Mejía. Docente Autorizado en Medicina Interna, UBA. Ex Director del Hospital Ramos Mejía (GCBA). Ex Subsecretario de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Resumen

Se describe cómo el consumo de tabaco produce la Enfermedad Obstructiva Pulmonar (EPOC), y su repercusión en la salud pública. Se explica la fisiopatología, la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad prevenible.

Palabras claves. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, tabaquismo, salud pública.

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and smoking

Summary

It describes how the consumption of tobacco causes Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and its impact on public health. Pathophysiology, clinical, diagnosis and treatment of this preventable disease is explained.

Key words. Obstructive Pulmonary Disease, smoking, public health.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa uno de los azotes que castigan a la humanidad y se estima como la cuarta causa de muerte en el mundo para el 2030 como consecuencia de la expansión de la epidemia de tabaquismo, luego de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las infecciosas. Es prevenible y tratable, su morbilidad es alta y es origen de sufrimiento de pacientes durante años y de sus muertes prematuras por comorbilidades.

Se caracteriza por dificultad en la respiración debida a la limitación del flujo del aire en los bronquios y pulmones, progresiva y acompañada por inflamación crónica aumentada en respuesta a la inhalación de gases y/o material particulado.

El humo de cigarrillo es la noxa principal al igual que el humo de biomasa en el contexto de hogares de menores recursos con cocina a leña y exposición a inhalantes irritantes en lugares de trabajo.

El aumento de la inflamación provoca destrucción del tejido pulmonar con la producción de enfisema, al igual que alteración de los mecanismos de reparación y defensa bronquial con fibrosis de vía aérea de calibre pequeño. Estos cambios son la causa de la disnea progresiva de los pacientes.

El grado de bronquitis obstructiva y enfisema varía entre los distintos pacientes, que pueden presentar diferentes características. La obstrucción se puede detectar en forma precoz y sencilla mediante la espirometría, procedimiento sencillo y disponible sin mayor dificultad en nuestro medio.

La prevalencia de la EPOC, mortalidad y morbilidad varía en los diferentes países y aun dentro de los mismos y, en general, se encuentra relacionada con la prevalencia del tabaquismo e inhalación de noxas durante prolongado tiempo de exposición.

Se estima que veremos un aumento de esta afección debido a la persistencia de la exposición y el aumento de la edad de las personas: la prevalencia es mayor después de los 60 años.

El estudio PLATINO llevado a cabo en algunos países latinoamericanos mostró tasas de prevalen-

Correspondencia. Dr César Sáenz
Correo electrónico: cesarbsaenz@neumos.com.ar

cia variada tales como 7,8% en ciudad de México a 19,7% en Montevideo, mayor con la edad y en hombres. Otros estudios en el mundo, como el BOLD, pusieron de relieve una mayor severidad de la esperada y una prevalencia sorprendente de 3-11% en personas que nunca fumaron. En nuestro país, la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria con apoyo de autoridades nacionales y locales ha llevado a cabo el estudio epidemiológico EPOC-AR, que nos permite por primera vez contar con datos fidedignos de la prevalencia de la EPOC. Los datos finales serán dados a conocer en breve, pero se estima en un 14% en la Argentina.

Los costos derivados de esta afección son enormes y superan en forma amplia la ganancia producida por la industria del tabaco. En la Unión Europea los costos directos se elevan a 38,5 billones de euros y en EE.UU. a 29,5 billones de dólares de costos indirectos y 20 billones indirectos. Para el año 2030, la EPOC será la séptima causa de día perdidos por mortalidad prematura y morbilidad en el mundo (DALY). La enfermedad está subdiagnosticada en nuestro país, minimizándose los síntomas y explicándolos por disnea por falta de ejercicio, tos del fumador, etcétera.

La disnea o falta de aire en las actividades comunes puede presentarse en forma brusca o in crescendo, solapadamente y en cualquier momento del desarrollo de la afección. La tos es muy frecuente y puede ser seca o con expectoración mucosa o amarillenta y puede ser mayor por la mañana o estar ausente por completo, lo cual no descarta el problema. En esta etapa la espirometría puede detectar la obstrucción a la salida de aire durante una maniobra espiratoria forzada, hacer un diagnóstico precoz e implementar las medidas necesarias para detener la evolución de la enfermedad que es progresiva si se la deja a su natural desarrollo.

La principal acción a desarrollar es la cesación tabáquica y todos los esfuerzos estarán dirigidos a ella. Tenemos múltiples recursos a nuestra disposición para ayudar a los pacientes en la deshabitación. El método conductual con apoyo de medicamentos y suplementos de nicotina es el más efectivo y está al alcance de todos en programas en hospitales, centros de salud que disponen además de los medicamentos y sustitutos de nicotina para suministro gratuito.

Para tratar la obstrucción se prescriben medicamentos broncodilatadores de corta y larga acción, siendo estos últimos los más utilizados. La prescripción se basa en el estado del paciente, al que podemos incluir en distintos grados de severidad de acuerdo a la intensidad de la disnea, escala de síntomas, espirometría, número de exacerbaciones e internaciones. Puede ser necesario medicar con corticoides inhalados o por vía sistémica según el caso. Los pacientes con enfermedad avanzada y aún mejor en estadios iniciales se benefician en sumo grado de los programas de rehabilitación pulmonar y general. El suministro de oxígeno domiciliario y ambulatorio es imperativo en pacientes seleccionados, así como el trasplante pulmonar en grado extremo.

Bibliografía consultada

- Asociación Argentina de Medicina Respiratoria, Tabaquismo y Epidemiología: https://www.aamr.org.ar/secciones/taquismo_epidemiologia/taquismo_epidemiologia.php
- Burden of Obstructive Lung Disease Initiative (Estudio BOLD): <http://www.boldstudy.org/>
- Estudio Argentino sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC-AR): <https://www.aamr.org.ar/epocar/>
- Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar (Proyecto PLATINO): http://platinoalat.org/docs/libro_platino_es.pdf
- Cazaq E. Enfermedades crónicas y tabaquismo: una política sanitaria. *Rev AMA* 2016; 129 (4): 17-18.
- López Costa JJ. Efectos del tabaco sobre el ADN y sus mecanismos de reparación. *Rev AMA* 2016; 129 (4): 39-40.
- Losardo RL. Tabaquismo: adicción y enfermedades. Un desafío mundial y nacional. *Rev AMA* 2016; 129 (4): 36-38.
- Sivori ML, Sáenz CB. Prueba de caminata de carga progresiva (shuttle test) en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica grave. *Medicina (Buenos Aires)* 2010; 70 (4): 305-310.
- Sivori ML, Sáenz CB, Riva Posse C. Mortalidad por Asma y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Argentina en el periodo 1980-1998. *Medicina (Buenos Aires)* 2001; 61: 513-521.