

Recomendaciones para manejo de pacientes con EPOC durante la pandemia de COVID-19

Sección Inmunología y Enfermedades Obstructivas - AAMR

La actual pandemia que es identificada nosológicamente como COVID-19, se relaciona con la irrupción de un nuevo coronavirus (CoV-2), que fue identificado por primera vez en medio de un brote de casos de enfermedades respiratorias en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China. Inicialmente fue informado a la OMS el 31 de diciembre de 2019 pero ya el 30 de enero de 2020, la organización declaró que el brote de COVID-19 era una emergencia de salud de escala mundial. El 11 de marzo de 2020 la estableció como pandemia global, la primera calificación de esta naturaleza desde que se declarase como tal a la influenza H1N1 en 2009.

Los virus son causantes frecuentes de exacerbaciones en EPOC, pero los coronavirus no-pandémicos suelen estar involucrados en muy baja proporción de los casos ($\leq 5\%$ de las exacerbaciones de naturaleza infecciosa), por los que suelen ser categorizados como patógenos menores. Sobre los coronavirus pandémicos, en el caso particular de los enfermos de COVID-19, pareciera que los pacientes de EPOC están representados entre los grupos de riesgo de infectarse y de presentar formas más graves (Detalles que no han sido confirmados en todas las cohortes evaluadas de infectados, graves y fallecidos). Los datos recogidos en trabajos recientemente publicados de Italia, China y Estados Unidos difieren al respecto.

La estrategia GOLD reconoce que las personas con EPOC se encuentran entre las más afectadas por COVID-19 y colabora con la Organización Mundial de la Salud para tratar de minimizar el impacto de la infección.

Los pacientes con EPOC deben cumplir meticulosamente con las medidas sanitarias del país en el que residen y evitar toda exposición que los exponga al riesgo de infectarse. Se insiste en el distanciamiento social, en el lavado de manos con agua y jabón durante 30 segundos y en el respeto a la cuarentena y a las medidas que vaya implementando el Ministerio de Salud y la OMS.

La estrategia GOLD no tiene conocimiento de ninguna evidencia científica que respalde que los corticosteroides inhalados (u orales) deben evitarse en pacientes con EPOC durante la epidemia de COVID-19. Los pacientes con EPOC deben mantener su terapia regular.

En consecuencia la recomendación es seguir utilizando los broncodilatadores de acción prolongada como tratamiento esencial de la afección, los corticoides inhalados (en caso de ser necesarios según el perfil del paciente) y los corticoides sistémicos si el paciente estuviese cursando una exacerbación que los requiriese. Hasta el momento no existen evidencias que sugieran efectos nocivos de los mismos durante la infección. Si hubiera medicación adicional prescrita, no debe suspenderse, como por ejemplo pacientes con déficit de alfa 1 antitripsina.

Cualquier cambio en la medicación (descenso o ascenso de dosis, suspensión, etc.) debiera ser avalado por el médico tratante.

Es recomendable evitar el uso de nebulizaciones y se prefiere recurrir a dispositivos MDI (presurizados de dosis medida) o de polvo seco.

La estrategia GOLD recomienda la oxigenoterapia crónica domiciliaria, siguiendo las recomendaciones estándar, ya que aumenta la sobrevida en pacientes con hipoxemia severa en reposo.

El soporte ventilatorio con ventilación no invasiva con presión positiva mejora la sobrevida, particularmente en pacientes con hipercapnia persistente ($\text{PaCO}_2 \geq 52$ mm Hg) durante el día y no debiera suspenderse.

La actividad física debe mantenerse en la medida de las posibilidades habitacionales de la cuarentena y aquellos que realicen rehabilitación, debieran continuarla durante la cuarentena, adaptándola a las circunstancias. En caso necesario los kinesiólogos a cargo de la misma debieran proponer al paciente una serie de ejercicios a ser realizados en domicilio así como la frecuencia y rutina de su práctica. Sabemos que la rehabilitación respiratoria mejora la disnea, el estado de salud, la tolerancia al ejercicio, reduce las hospitalizaciones y mejora los síntomas de ansiedad y depresión.

Los pacientes debieran estar al día con su calendario de vacunación antigripal y antineumocócica, según la secuencia propuesta por sociedades locales y/o organismos internacionales. La vacunación contra la influenza reduce la enfermedad grave y la muerte en pacientes con EPOC. La vacuna 13 valente (conjugada) reduce la bacteriemia y la enfermedad neumocócica invasiva y la 23 valente (polisacárida) reduce la incidencia de neumonía adquirida en la comunidad.

Las espirometrías deben limitarse a pacientes en los que se sospeche que ha habido cambios relevantes en su condición. En caso de brote infeccioso deben de realizarse solo aquellos estudios que asistan al personal sanitario a tomar una conducta en carácter de urgencia, dejando de lado estudios epidemiológicos, controles y valoraciones periódicas de una enfermedad en particular.

Debe insistirse, en especial durante esta pandemia, en la necesidad de abordar la cesación tabáquica entre quienes fumen. Es sabido que el tabaquismo activo se asocia con mayor gravedad y peor pronóstico durante las exacerbaciones virales. Debe aprovecharse como oportunidad extraordinaria para dejar de fumar. Dejar de fumar es la mejor decisión que el tabaquista puede tomar para su salud actual y futura y más aún en tiempo de pandemia.

Se recomienda revisar tratamiento con el médico tratante, tener un plan de acción preestablecido y canales de comunicación con el sistema de atención.

Acerca del cuidado de los dispositivos y aeroámaras

1. Los MDI y dispositivos de polvo seco deben desinfectarse una vez al día con una solución de alcohol/agua 70/30%.
2. Las aerocámaras y espaciadores deben ser de uso individual y su desinfección también debe ser diaria.
3. Se recomienda NO compartir los dispositivos.
4. En caso de tener que concurrir a un servicio de urgencias, llevar dispositivos.

¿Cuáles son las recomendaciones específicas para aquellos pacientes con Déficit de Alfa-1 Anti Tripsina DAAT?

1. A la fecha no hay motivo alguno para suponer que la sola DAAT signifique un riesgo evidente de contraer COVID-19.
2. Las personas con DAAT y con enfermedad pulmonar y/o hepática se encuentran entre los grupos considerados de riesgo para desarrollar complicaciones si resultan infectados por SARS-CoV-2, más aun si desarrollan COVID-19.
3. Las personas con deficiencia severa (dos genes deficitarios) y las portadoras de un gen deficitario que no padecen enfermedad respiratoria o hepática, no parecen tener mayor riesgo de desarrollar complicaciones serias por la Covid-19 con respecto a la población en general. (esto no se puede asegurar con certeza a la fecha).
4. Deben cumplir con todas las recomendaciones específicas para pacientes con EPOC sin DAAT

No existe a la fecha, en la literatura médica específica, información con evidencia científica respecto de la incidencia del SARS-CoV-2 en las personas con DAAT, razón por la cual estas recomendaciones surgen de la opinión consensuada informal pero criteriosa, de los expertos. (Recomendación difundida por Alpha-1 Foundation)

¿Qué debería saber un paciente con DAAT que recibe terapia sustitutiva de AAT?

- La primera premisa obligatoria es contactarse con su médico de cabecera para evaluar su situación personal respecto de la administración de su tratamiento sustitutivo.
- La AAMR confía en el criterio de los expertos en cuanto a la valoración riesgo/beneficio del tratamiento sustitutivo en esta instancia de la pandemia.
- Las recomendaciones deben estar dirigidas a cada caso en particular y adecuarse a diferentes variables y escenarios:
 - Región del país y curso de la pandemia
 - Disponibilidad de tratamiento sustitutivo
 - Lugar de aplicación de la infusión: hospitales, centros médicos, terapia domiciliaria etc.
 - Cambio en las pautas de tratamiento sustitutivo: frecuencia/dosis (cada 1,2,3,4 semanas) y lugar de aplicación
 - Suspensión temporal del tratamiento de reposición de AAT, informando a los pacientes que esta decisión se adoptaría para garantizar su seguridad y enfatizándoles que el riesgo de permanecer unas semanas sin el tratamiento específico, es un riesgo menor que el exponerse al contagio del CV, en el lugar de aplicación del mismo
 - En el caso de que se adoptara la postura de aplicarse el tratamiento sustitutivo, (prolongación de la pandemia), sería recomendable que fuera a domicilio, con personal profesional exclusivo, que cumpla con todas las medidas extremas de protección, tanto para con él como para con el paciente, cuidado en la limpieza del entorno antes y después de la infusión y aislamiento físico en la mejor medida posible.

Revisando la evidencia de la EPOC como factor agravante en la infección por SARS COV-2

El reporte de mayor cantidad de pacientes internados en UCI en la región de Lombardía, Italia, reporto una tasa de mortalidad de 26%, observándose una tendencia de mayor cantidad de muertes con incremento de la edad de los pacientes.

Dentro de los estudios publicados hasta ahora, existe una gran variabilidad de reporte de al menos una comorbilidad entre los pacientes internados. La prevalencia fue desde 49% a 72%¹⁻⁵. Dentro de las comorbilidades respiratorias, específicamente la de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, en los estudios actuales en pacientes internados en la UTI reportan una prevalencia de aproximadamente de 4%^{2, 3, 5} evaluó factores asociados con la progresión de enfermedad causada por SARS-Co-2, antecedente de consumo de tabaco se encontraba asociado con progresión de enfermedad (OR 14.3, IC95: 1.6-25.0, p = 0.02) en la regresión logística; sin embargo, la EPOC no se hallaba dentro de los factores asociados⁴. Con el avance de la pandemia y de los estudios al respecto iremos teniendo un panorama más claro. Pero es evidente que los pacientes con EPOC tienen mayor edad y parten de una capacidad respiratoria menor, lo que nos hace focalizar e incrementar el nivel de alerta con las personas que padecen esta enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *Bmj* [Internet]. 2020;1091(March):m1091. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m1091><http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m1091>
2. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;1-13.
3. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *Jama* [Internet]. 2020;1-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32250385>
4. Liu W, Tao Z-W, Lei W, Ming-Li Y, Kui L, Ling Z, et al. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. *Chin Med J (Engl)*. 2020;0:1.
5. Kim R, Jerome KR, Nalla AK, Ph D, Evans L, Kritek PA, et al. Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region - Case Series. *N Engl J Med*. 2020;1-11.