



Insuficiencia respiratoria crónica. Tratamiento

M.C. Marcos, R.M. Gómez Punter, L. Diab Cáceres y E. Vázquez Espinosa

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Hipoxemia
- Tabaquismo
- Oxigenoterapia
- Rehabilitación

Keywords:

- Hypoxemia
- Smoking
- Oxygen therapy
- Rehabilitation

Resumen

El término insuficiencia respiratoria define la incapacidad para realizar adecuadamente las funciones fundamentales de la respiración: oxigenar la sangre y eliminar el anhídrido carbónico de la misma. No existe un periodo de tiempo definido que marque la diferencia entre aguda y crónica. El manejo de esta última incluye medidas generales como el abandono del hábito tabáquico, el tratamiento de la enfermedad de base y la rehabilitación respiratoria. Dentro del tratamiento farmacológico es controvertido el uso de acetazolamida. La oxigenoterapia continua domiciliar ha demostrado mejorar la supervivencia en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica (IRC) secundaria a EPOC y la ventilación mecánica no invasiva ha mostrado una mejoría de la supervivencia a largo plazo incluso en pacientes con pronóstico limitado.

Abstract

Chronic respiratory failure. Treatment

The term respiratory failure is defined by the inability to properly perform essential respiratory functions, including oxygenating the blood and eliminating carbon dioxide from the blood. There is no defined period of time separating acute from chronic respiratory failure. The management of chronic respiratory failure includes general measures such as smoking cessation, treatment of the underlying disease and respiratory rehabilitation. In terms of drug treatment, the use of acetazolamide is controversial. Continuous home oxygen therapy has been shown to improve survival for patients with CRF secondary to chronic obstructive pulmonary disease, and noninvasive mechanical ventilation has been shown to improve long-term survival even for patients with a limited prognosis.

Introducción

El término insuficiencia respiratoria define la incapacidad para realizar adecuadamente las funciones fundamentales de la respiración: oxigenar la sangre que llega al pulmón y eliminar el anhídrido carbónico de la misma^{1,2}.

El fallo pulmonar en sí mismo (insuficiencia respiratoria tipo I) tiene como resultado una hipoxemia arterial con niveles normales e incluso disminuidos de presión arterial de dióxido de carbono (pCO₂). En contraste, el fallo de la bomba ventilatoria (tipo II o hipercápnica) es causado por alteraciones mecá-

nicas tales como la hiperinsuflación en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), alteraciones del sistema nervioso central o disfunciones neuromusculares, y lleva a una elevación de los niveles de pCO₂ frecuentemente acompañados de hipoxemia por hipoventilación alveolar.

La insuficiencia respiratoria puede instaurarse de forma aguda o lentamente a lo largo de meses o años, poniendo en marcha mecanismos de adaptación como la compensación renal y el incremento en los niveles de bicarbonato. Por este motivo, en los trastornos crónicos los cambios en el pH son generalmente muy poco significativos.

La distinción entre insuficiencia respiratoria aguda e insuficiencia respiratoria crónica (IRC) no puede realizarse en base solo a los resultados de una gasometría arterial, deben tenerse en cuenta otros factores como puede ser la enfermedad de base. Marcadores clínicos tales como policitemia o *cor pulmonale* sugieren un trastorno de largo tiempo de evolución; sin embargo, no existe un periodo de tiempo definido que marque la diferencia entre ambas.

La IRC puede asociarse a enfermedades neuromusculares, cardiológicas y oncológicas, entre otras, pero las enfermedades respiratorias siguen siendo la causa fundamental y, entre ellas, la EPOC es la más prevalente. El tratamiento de la enfermedad de base y durante las exacerbaciones va a ser fundamental en el manejo de la IRC.

Las manifestaciones clínicas más importantes derivadas de la hipoxemia incluyen disnea y cianosis. En relación con la hipercapnia suelen aparecer cefalea, *flapping* o asterixis y somnolencia.

Para su diagnóstico serán imprescindibles la anamnesis y la exploración física, siendo también necesarios una analítica, radiografía de tórax, un electrocardiograma (ECG) y pruebas funcionales respiratorias. La búsqueda de una causa subyacente debe realizarse siempre de forma precoz.

Manejo de la insuficiencia respiratoria crónica

Medidas generales

Son medidas que deben adoptarse ante cualquier enfermo con IRC. Están dirigidas a mejorar el intercambio gaseoso y a prevenir complicaciones.

Abandono del tabaco

El tabaco se ha relacionado con el desarrollo de múltiples enfermedades oncológicas, cardiológicas y sobre todo respiratorias, siendo la más importante por su elevada prevalencia la EPOC. También está asociado con otras enfermedades causantes de IRC tales como las enfermedades pulmonares

intersticiales (granulomatosis de células de Langerhans, neumonía intersticial descamativa y enfermedad pulmonar intersticial asociada a bronquiolitis respiratoria) y el síndrome apnea-hipopnea del sueño. El cese de dicho hábito supone la base fundamental en el manejo de estas enfermedades, se trata de la medida más relevante de todas las de carácter general que mencionaremos. El abandono del tabaco ha demostrado mejorar la supervivencia en pacientes con IRC secundaria a EPOC^{3,4}. En términos de beneficios en salud nunca es tarde para el abandono del hábito tabáquico. Los médicos clínicos en general y especialmente los que se ocupan de pacientes con enfermedades relacionadas con el tabaco (neumólogos, internistas, cardiólogos, oncólogos, médicos de Urgencias y de Atención Primaria) deberían realizar más esfuerzos para estimular los intentos de abandono⁵. En pacientes motivados para dejar de fumar pero con una moderada o alta dependencia a la nicotina, es adecuado y coste-efectivo realizar un tratamiento adecuado con tratamientos sustitutivos con nicotina, bupropión o vareniclina (tabla 1). La mejor opción es aquella que elija el paciente una vez informado, aunque puede estar condicionada por factores pragmáticos como la comodidad de uso o el factor económico del coste del tratamiento que muchas veces es determinante.

Recientemente ha tomado auge una nueva opción de para dejar de fumar, los cigarrillos electrónicos, sin que estén libres de controversias. Los componentes más frecuentes de los líquidos de estos cigarrillos son propilenglicol, glicerina y nicotina. Los que contienen nicotina suele ser en menor cantidad que el cigarrillo convencional; los otros componentes por vía oral son inocuos, pero por vía inhalada se desconoce su efecto. Los compuestos del vapor generado son similares a los de los cigarrillos manufacturados, por lo que pueden tener efectos para la salud similares. Se necesitan más estudios al respecto y una mayor legislación para su regulación⁶.

Corrección de los desequilibrios nutricionales

La malnutrición está definida por un índice de masa magra (IMM) bajo sin tener relación con el índice de masa corporal (IMC). Los umbrales de riesgo más aceptados son 21 para el IMC y para el IMM 17 para varones y 14 para mujeres. La

TABLA 1

Tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica

	Posología	Dosis recomendada	Contraindicaciones	Efectos secundarios
Sustitutivos nicotínicos	Comprimidos chupar: 1-2 mg/1-2 h máximo Chicles: de 2-4 mg; 8-12 chicles/día, máximo 15 Parches de 24 h: dosis disponibles 21, 14 o 7 mg	Comprimidos y chicles: dosis recomendada en función del número de cigarrillos diarios Parches: > 20 cigarrillos/día: 21 mg/24 h durante 3-6 semanas; reducir a 14 mg/24 h 2-4 semanas y 7 mg/24 h de 2-4 semanas < 20 cigarrillos/día: 14 mg/24 h 3-6 semanas y reducir a 7 mg/24 h durante 2-4 semanas	Hipersensibilidad, embarazo, lactancia, úlcera gástrica, infarto de miocardio reciente, angina de pecho inestable, angina de Prinzmetal, arritmias cardíacas graves, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca avanzada y enfermedades dermatológicas	Sistémicas: astenia, síndrome gripal, dolor de cabeza, dolor, estreñimiento, diarrea, dispepsia, náuseas, vómitos, flatulencia, hipo, gastritis, estomatitis, esofagitis, mialgia, artralgias, alteraciones del sueño, insomnio, disnea, temblor, mareos, sequedad de boca, nerviosismo Locales: erupción transitoria, prurito, edema, sensaciones de quemazón y de hormigueo
Bupropión	Comenzar tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar. 150 mg 6 días; 7º día aumentar a 150 mg 2 veces al día, 12ª semana	Dosis única máxima 150 mg, dosis diaria máxima 300 mg Duración máxima 3 meses	Historial de convulsiones o desórdenes alimenticios, tratamiento con otra forma de bupropión o que hayan sido tratados con IMAO los últimos 14 días	Insomnio, sequedad bucal, urticaria, temblor, cefalea
Vareniclina	Comenzar tratamiento 1 semana antes de dejar de fumar 0,5 mg al día los primeros 3 días, después 2 veces al día entre 4º-7º día, y 1 mg 2 veces al día a partir del 8º día-12ª semana	1 mg 2 veces al día Duración máxima 3 meses	Insuficiencia renal terminal, hipersensibilidad, pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica grave	Molestias gastrointestinales, flatulencias, náuseas, insomnio o sueños anormales, cefalea, estreñimiento y cambios en la percepción del sabor

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3809282>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3809282>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)