



# Actualizaciones neumológicas

Servicio de Aparato Respiratorio.  
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.  
Barcelona.

## TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCION CRONICA AL FLUJO AEREO

R. Cornudella

Las bases de un tratamiento lógico de la OCFA deben sentarse a partir de una evaluación completa inicial del paciente que comprenda una minuciosa historia clínica, en la que se hará especial hincapiés sobre los posibles factores causales, un examen físico y un estudio funcional que proporcione información sobre la ventilación (espirografía), los intercambios de gases (transferencia al CO) y la tolerancia al ejercicio (test de esfuerzo). Si la función ventilatoria o de intercambio están severamente afectadas es conveniente completar el estudio con una gasometría arterial en condiciones basales y al esfuerzo.

Debe darse al paciente una información tan completa como sea capaz de entender sobre la dolencia y los fundamentos del plan de tratamiento que se le propone.

El control periódico clínico y funcional hará posible seguir la evolución del proceso y permitirá modificar, si fuera preciso, el plan terapéutico.

*La medida terapéutica fundamental es el abandono del tabaco.* Es la única que ha demostrado ser capaz de influenciar la progresión de la obstrucción al flujo aéreo, especialmente en sus estadios iniciales. En fases más avanzadas los logros pueden no ser tan evidentes.

Aparte este gesto esencial, el resto de medidas terapéutica puede ser esquematizado como sigue:

1. Lucha contra la infección bronquial y mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas.

a) Supresión de focos sépticos de vías respiratorias altas.

b) Prevención de los brotes de agudización mediante el uso de la vacunación antigripal y anticatarral. En cuanto a esta última no tenemos conocimiento de datos objetivos que demuestren su eficacia, pero nuestra experiencia nos la hace creer útil.

c) La quimioterapia ha de ser empleada cuando aparece el primer signo de aumento de la purulencia del esputo. La adopción de la «terapia a largo plazo» parece que reduce la severidad, pero no la frecuencia de los episodios infectivos, y no es siempre recomendable. Los quimioterápicos de elección son la ampicilina, la amoxicilina, las tetraciclinas y el sulfameto-xazol-trimetoprim.

d) Detersión de vías aéreas mediante la correcta hidratación del paciente, la humidificación del árbol tráqueo-bronquial, si procede, y la expectoración dirigida, a la que pueden asociarse el drenaje postural y las maniobras vibratorias y percutorias sobre el tórax. A nuestro juicio, ningún mucolítico ha dado pruebas fehacientes de su eficacia.

e) El uso de broncodilatadores (aminofilina, estimulantes beta 2 adrenérgicos) por vía oral o en aerosol suele ser útil aun en aquellos enfermos en los que no es objetivamente evidente la imbricación de un componente broncoespástico. A nuestro entender, la corticoterapia debe reservarse a casos muy concretos y en situaciones estrictamente controladas; en principio

no está indicada una terapéutica con corticoesteroides a largo plazo.

### 2. Medidas higiénicas

a) Supresión del tabaco. Ya lo hemos citado como el acto terapéutico fundamental, sea cual fuere el grado de obstrucción al flujo aéreo.

b) Reducción del exceso ponderal.

c) Supresión del alcohol.

d) Adecuación de los ejercicios físicos a las posibilidades funcionales de cada paciente.

e) Si es factible, se procurará que las condiciones climáticas y ambientales sean las óptimas.

### 3. Reeduación respiratoria

Se propone el logro de una mayor eficacia ventilatoria y de una mejor homogeneidad de la ventilación alveolar mediante la corrección de los asincronismos ventilatorios costodiafragmáticos y de la respiración paradójica, la detersión de las vías aéreas (ya mencionada) y la instauración de una ventilación abdómino-diafragmática a gran volumen corriente y a frecuencia lenta. Una vez alcanzados los objetivos de esta primera fase debe iniciarse una reeducación respiratoria al esfuerzo (marcha, subida de escaleras, etc.) y, si es posible, a las actividades físicas laborales.

### 4. Oxigenoterapia

Puede ser una ayuda para aquellos pacientes en los que la hipoxemia constituye un problema. Habida cuenta de los riesgos de una oxigenoterapia incontrolada, sólo se usará cuando exista evidencia de una mejoría sintomática y objetiva.



El O<sub>2</sub> a pequeño flujo (0,52-2 l/min.), administrado mediante cánula o catéter nasal, puede emplearse durante el ejercicio, especialmente cuando éste forma parte de un programa de reentrenamiento gradual al esfuerzo, en aquellos pacientes en los que la actividad física agrava severamente la hipoxemia.

Algunos pacientes con hipoxemia

crónica grave precisan una oxigenoterapia continua; se ha demostrado que en tales casos, y en régimen domiciliario, puede ser suficiente en cuanto a efectos beneficiosos el suministro de O<sub>2</sub> durante 15 horas al día. En cambio, no parece justificada, y puede ser potencialmente peligrosa, la administración intermitente.

#### 5. *Medicamentos a proscribir*

En los casos severos es preciso evitar sistemáticamente la administración de sedantes (barbitúricos, tranquilizantes, antihistamínicos) y de antitusivos, por ser depresores de los centros respiratorios. Debe desconfiarse de los preparados farmacéuticos que contienen tales sedantes asociados.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BURROWS, B.; KNUDSON, R. J., y KETTEL, L. J.: Respiratory insufficiency. Year Book Medical Publishers. Chicago, 1975.
2. FLENLEY, D. C.: Long term oxygen therapy. Comunicación a la reunión del Grupo de

Trabajo sobre la readaptación de los pulmonares crónicos de la Sociedad Europea de Fisiología Clínica Respiratoria. Paris, 19 y 20 marzo 1976.

3. JONES, N. L., y CAMPBELL, E. J. M.: Chronic airway obstruction due to asthma, bronchitis and emphysema. In Harrison's Principles of Internal Medicine. 7.<sup>a</sup> edición. Mc Graw-Hill. New York, 1974.

4. PETTY, T. L.: Management of acute and chronic respiratory insufficiency in chronic airways obstruction. In Baum's Textbook of pulmonary diseases. 2.<sup>a</sup> edición. Little, Brown and Company. Boston, 1974.

5. STRIEDER, D. J.: Chronic obstructive lung diseases. En Kazemi's Disorders of the Respiratory System. Grune y Stratton. New York, 1976.