



FARMACIA ASISTENCIAL Y COVID 19



COMORBILIDADES

Enfermedades respiratorias crónicas.

ASMA y EPOC

LOS GRUPOS CON **MAYOR RIESGO** DE DESARROLLAR ENFERMEDAD GRAVE POR COVID SON LAS PERSONAS QUE TIENEN:

Más de 60 años

Enfermedades cardiovasculares

Diabetes

Hipertensión arterial

Enfermedades pulmonares crónicas

Cáncer

Inmunodepresión

Embarazo

¿CÓMO AFECTA LA COVID-19 A LOS PACIENTES CON ESTAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS?



El asma y la EPOC son las dos afecciones de las vías respiratorias más comunes.

De acuerdo con el Estudio Europeo de Salud Respiratoria, el 5% de los adultos españoles padece asma, es decir, unos

2,5 millones de personas, y dos de cada tres asmáticos son mujeres. En España, su prevalencia ha aumentado en los últimos años, probablemente por el crecimiento industrial. Un dato relevante es que alrededor del 50% de las personas con asma no están diagnosticadas.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un trastorno que causa gran morbilidad y mortalidad. Respecto a prevalencia, el estudio IBERPOC identificó una prevalencia de EPOC en España del 9,1% de la población adulta, que afecta al 14,3% de los varones y al 3,9% de las mujeres. Según el hábito tabáquico, la prevalencia fue del 15% en fumadores, el 12,8% en exfumadores y el 4,1% en no fumadores. Se estima que cada año mueren en España más de 18.000 personas a causa de la EPOC. La EPOC constituye la quinta causa de muerte entre los varones, con una tasa anual de 60 muertes por 100.000 habitantes, y la séptima para las mujeres, con una tasa anual de 17 muertes por 100.000 habitantes.

Según el *Informe Técnico Enfermedad por coronavirus, COVID-19* del Ministerio de Sanidad publicado en mayo de 2020, las personas con enfermedades respiratorias crónicas constituyen un grupo de mayor riesgo para presentar una peor evolución clínica ante la COVID-19.

La infección por SARS-CoV-2 que produce el cuadro clínico del COVID-19 tiene una especial predilección por el epitelio respiratorio, con la aparición de episodios de neumonía e insuficiencia respiratoria aguda grave que suelen ser los responsables del ingreso hospitalario y de la admisión en unidades de cuidados intensivos.

En el caso del asma la patología no parece modificar el pronóstico en pacientes con COVID-19. De hecho, no existe evidencia en el momento actual de que los pacientes asmáticos tengan más riesgo de ser infectados por el COVID-19 y tampoco se ha observado que constituyan un grupo de especial riesgo para el desarrollo de complicaciones graves. El conocimiento actual de la interacción entre COVID-19 y asma está en fases tempranas, y se esperan todavía datos experimentales adicionales para dilucidar la relación entre COVID-19 y asma y los posibles efectos protectores de la terapéutica del asma en el contexto COVID-19.

No es igual en el caso de la EPOC. Se ha observado que la existencia previa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica se asocia con unos peores resultados. Los pacientes generalmente desarrollan enfermedad más grave, tienen peor pronóstico y su índice de mortalidad es mayor.

Los pacientes EPOC tienen las mismas probabilidades de desarrollar la infección por COVID-19 que el resto de la población, pero que en caso de infectarse son mayores las posibilidades de presentar complicaciones o de fallecer, se consideran pacientes de alto riesgo.

La prevalencia de EPOC en pacientes ingresados por Covid-19 alcanza el 12%, duplicando la de los pacientes no ingresados.

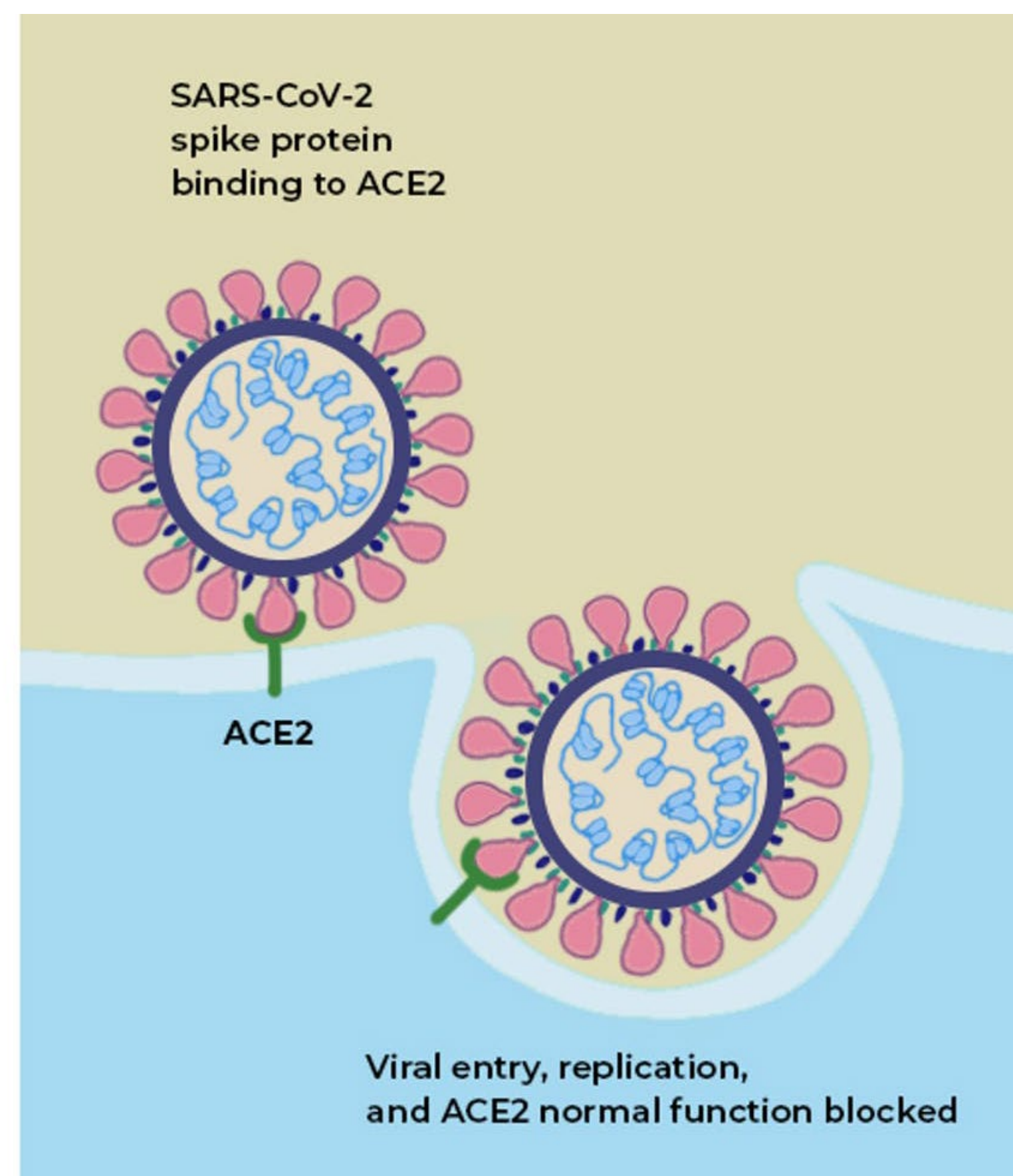
Además, tanto los pacientes con EPOC como los fumadores tienen incrementada la expresión de los receptores ACE2 (a los que se une el virus) en las células epiteliales bronquiales del tracto respiratorio inferior. Esto puede llevar a especular sobre la predisposición a un riesgo incrementado, aunque se desconoce si los tratamientos como broncodilatadores o corticoides inhalados pueden modular la expresión de estos receptores.

¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2?

La infección por SARS-CoV-2, agente causante de COVID-19, parece tener como diana principal los pulmones, puesto que la neumonía es la manifestación grave que más frecuentemente se asocia a esta enfermedad.

La infección por SARS-CoV-2 se produce tras la inhalación de las microgotas que exhala una persona infectada, cargadas de dicho virus. Una vez entra en el organismo mediante el aire inspirado, el virus puede acceder al interior de las células epiteliales de la mucosa nasal y faríngea a través del receptor ACE2 (enzima convertidora de la angiotensina 2).

Los síntomas iniciales de la infección suelen ser fiebre, fatiga, disnea, anorexia, tos seca, dolor de garganta, pérdida de gusto y olfato, rinorrea, malestar



general, dolores musculares y dolor de cabeza.

Si el sistema inmunitario no es capaz de controlar la diseminación del virus en este momento, el virus podrá acceder a los pulmones donde las células de los alveolos también expresan altos niveles del receptor ACE2, por lo que son muy susceptibles a la infección.

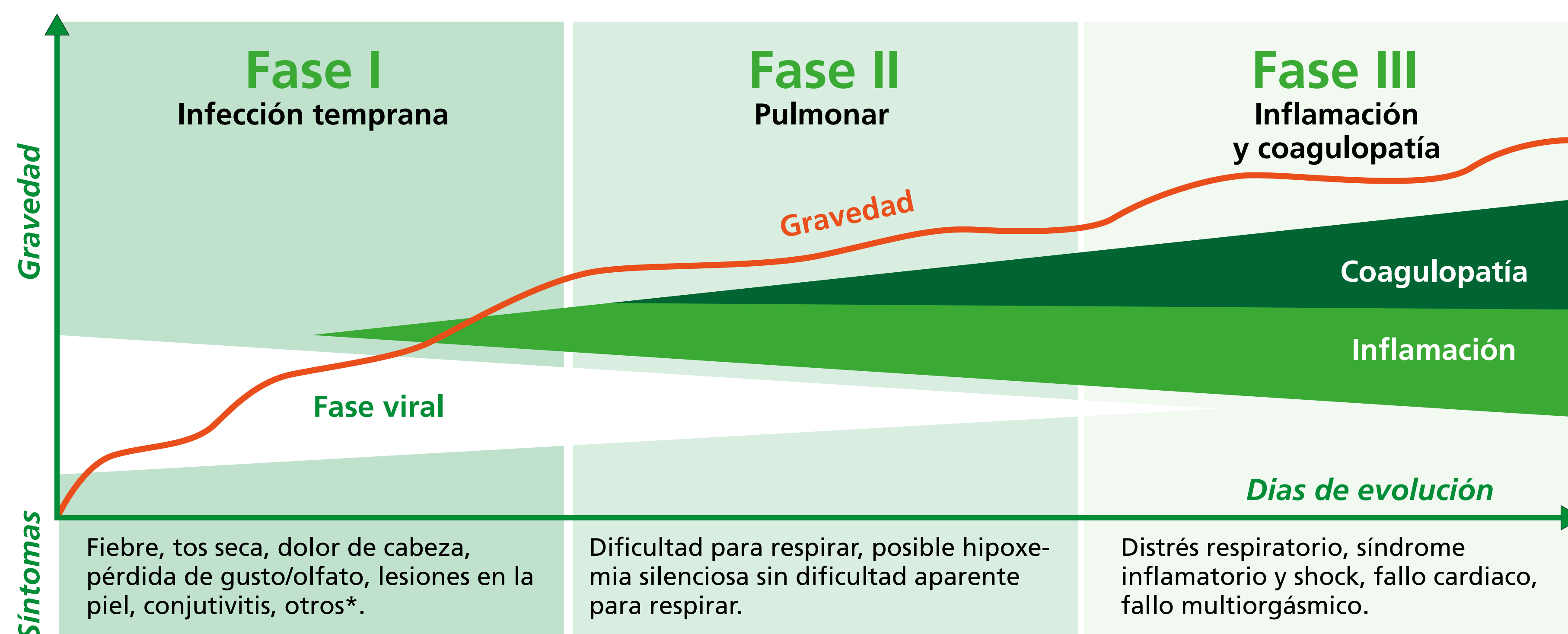
Cuando esto ocurre, los alveolos dejan de cumplir su función de realizar el intercambio gaseoso de manera eficaz, por lo que el paciente puede dejar de recibir

oxígeno en niveles adecuados. Por otro lado, las células del sistema inmunitario inician una respuesta inflamatoria dentro de los pulmones que se caracteriza por la liberación de grandes cantidades de citocinas, cuya función es reclutar células inmunitarias de otras zonas del organismo.

Esto origina inflamación, dando lugar a la producción de líquido y pus que contribuye al desarrollo de la neumonía y a la disminución de los niveles de oxígeno en sangre. Cuando esto sucede, el paciente debe recibir un aporte extra de oxígeno y, si su estado se deteriora y evoluciona a un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), debería conectarse a un ventilador mecánico. El SDRA es un síndrome potencialmente mortal que cursa con inflamación y lesión pulmonar. Si en este momento se realiza una radiografía o un escáner del tórax, se pueden observar infiltrados diseminados por los dos pulmones que, una vez realizada la autopsia, evidencia que están formados por fluido compuesto por moco y restos de leucocitos y células pulmonares.

A diferencia de otras enfermedades respiratorias, la COVID-19 puede privar al cuerpo de oxígeno lentamente sin causar problemas para respirar en un principio. Para cuando algunos pacientes presentan disnea o sienten presión en el pecho (unos de los síntomas que figuran como señales de alerta urgentes), ya se encuentran en una situación grave. A este fenómeno se le ha denominado “hipoxia silenciosa”.

La hipoxia silenciosa ha sorprendido a muchos médicos. Algunos pacientes tienen una oxigenación en sangre tan baja que se esperaría que fueran incoherentes o que estuvieran en shock. En cambio, están despiertos, tranquilos y receptivos.



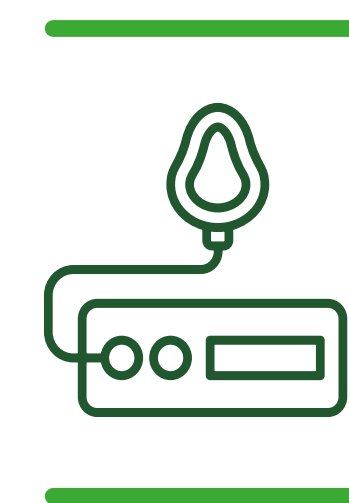
¿QUÉ CONSEJOS PUEDO DAR EN LA FARMACIA A MIS PACIENTES CON ASMA Y/O EPOC?

Los pacientes con patología respiratoria seguirán precisando de un seguimiento de su enfermedad para mejorar su sintomatología y prevenir la aparición de exacerbaciones. En esto juega un papel fundamental el farmacéutico. Con el objetivo de mantener la salud y prevenir los posibles contagios...



NO abandonar el tratamiento. Los pacientes deben de continuar, de manera pautada, con sus tratamientos habituales. No existe evidencia que constate que los tratamientos habitualmente empleados en el tratamiento de mantenimiento del asma o la EPOC (sean corticoides o fármacos biológicos), empeoren el pronóstico de la COVID-19.

¿Por qué? Es bien conocido que aquellos pacientes con asma controlada que dejan de utilizar el tratamiento con corticoides inhalados tienen el doble de riesgo de sufrir una exacerbación.



Evitar la utilización de nebulizadores durante las agudizaciones de asma. El método de elección para la administración de fármacos inhalados son los cartuchos presurizados (MDI) acoplados a una cámara espaciadora.

¿Por qué? Los nebulizadores deben evitarse por existir mayor riesgo de diseminación de COVID-19 a otros pacientes o al personal en caso de que el paciente esté infectado. En caso de que sea inevitable, hacer uso del nebulizador en una habitación con presión negativa y con un filtro o mascarilla quirúrgica cubriendo el nebulizador.



NO FUMAR. Las sustancias tóxicas del humo del tabaco disminuyen las defensas de los pulmones. Ello facilita que los virus y las bacterias puedan infectar los pulmones de un sujeto fumador con mayor frecuencia que los de un no fumador.

¿Por qué? El consumo de tabaco se ha asociado con mayor riesgo de infección por SARS-CoV2 y formas más graves de la enfermedad. Los pacientes fumadores doblan el riesgo frente a los no fumadores de padecer una gripe no COVID y tener síntomas más graves. En lo que respecta al tabaquismo y la afectación por COVID-19, los fumadores presentan 2,5 veces mayor riesgo de ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos, necesitar ventilación mecánica o fallecer frente a los no fumadores.



En el caso de presentar alguna agudización, el paciente debe ponerse en contacto lo antes posible con su médico o con el servicio de urgencias

¿Por qué? En caso de que haya una crisis se debe continuar con el tratamiento de mantenimiento del paciente, tanto en el domicilio como en el hospital. En caso de que se agrave con síntomas como fiebre, disnea, tos improductiva en ocasiones acompañada de dolor abdominal, diarrea, mialgias y/o agravamiento brusco tras 6-7 días del comienzo, debe asociarse con sospecha de infección por COVID-19.



Mantener un estilo de vida saludable. Es muy importante que se intente llevar el mejor estilo de vida posible.

- Es recomendable una dieta con poca sal, baja en grasas, rica en vegetales, lácteos descremados, y legumbres.
- Evitar los alimentos precocinados.
- Al realizar menos ejercicio es recomendable tomar más verduras y ensaladas, para no ganar peso.
- Evitar el sedentarismo. Hay que recordar que la práctica regular de ejercicio físico aumenta la esperanza de vida (a diario o como mínimo 3-4 veces por semana).

¿Por qué? El llevar un estilo de vida saludable contribuirá a que la presión arterial y el estado de salud en general mejore, con lo que el riesgo de complicaciones en el caso de contraer la infección será menor.



Mantener las medidas higiénicas recomendadas por las autoridades sanitarias

- **Usar mascarilla.** Los pacientes con patología respiratoria no están exentos de utilizarla.

¿Por qué? El uso de mascarilla protectora para evitar el contagio del virus SARS-CoV-2 entre personas es una recomendación generalizada para toda la población incluyendo los enfermos respiratorios.

- **Lavarse las manos frecuentemente** con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua y jabón.

¿Por qué? Lavarse las manos con un desinfectante a base de alcohol o con agua y jabón mata el virus si este está en las manos.

- **Adoptar medidas de higiene respiratoria.** Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; tirar el pañuelo inmediatamente y lavarse las manos con un desinfectante de manos a base de alcohol, o con agua y jabón.

¿Por qué? Al cubrir la boca y la nariz durante la tos o el estornudo se evita la propagación de gérmenes y virus. Si se estornuda o se tose cubriéndose con las manos se puede contaminar los objetos o las personas a los que toque.

- **Mantener el distanciamiento social,** al menos 1,5 m de distancia entre usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre.

¿Por qué? Cuando alguien con una enfermedad respiratoria, tose o estornuda, proyecta pequeñas gotículas que contienen el virus. Si se está demasiado cerca, se puede inhalar el virus.

- **Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca**

¿Por qué? Las manos tocan muchas superficies que pueden estar contaminadas con el virus. Si se toca los ojos, la nariz o la boca con las manos contaminadas, se puede transferir el virus de la superficie a uno mismo.

- **Si se tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, se debe solicitar atención médica**

¿Por qué? Dichos síntomas pueden deberse a una infección respiratoria como la COVID-19 o a otra afección grave.

BIBLIOGRAFÍA

- INFORMETÉCNICO. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Actualización 17 de marzo 2020. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. SECRETARIA GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN. Ministerio de Sanidad
- Navarrete BA, París JM, Sánchez FJM. "SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN LA ERA POST-COVID19: ¿ESTAMOS PREPARADOS?" ["MANAGEMENT AND FOLLOW UP OF RESPIRATORY PATIENTS IN THE POST-COVID19 ERA: ARE WE READY YET?"] [published online ahead of print, 2020 May 13]. Arch Bronconeumol. 2020;10.1016/j.arbres.2020.05.003. doi:10.1016/j.arbres.2020.05.003
- Últimos avances sobre el COVID-19 y el manejo de los pacientes con Asma y/o EPOC. Webinas SEMERGEN VIVO. Jueves 16 de abril de 2020.
- RECOMENDACIONES DE LA SEPAR PARA LOS PACIENTES CON ASMA EN LA PANDEMIA POR VIRUS SARS-CoV-2 (COVID-19)
- Miguel Domínguez Santaella, Jaime González Rey, Enrique Mascarós Balaguer, Jesús Molina París, Ana Morán Rodríguez, Carmen Quintana Velasco y Grupo de Trabajo de Enfermedades Respiratorias de la semFYC. Recomendaciones

para el manejo del EPOC en el contexto de pandemia por el COVID-19. Abril 2020.

- INFORME DEL GRUPO DE ANALISIS CIENTÍFICO DE CORONAVIRUS DEL ISCIII (GACC-ISCIII). MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD COVID-19. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Mayo de 2020.
- Joan B. Soriano y Marc Miravittles. Datos epidemiológicos de EPOC en España. CURSO ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) UNIDAD 1. ASPECTOS BÁSICOS. Arch Bronconeumol. 2007;43 Supl 1:2-9





www.kernpharma.com