

RED I NFORMAL DE D OCUMENTACIÓN SOBRE
LA S ALUD P SICOSOCIAL DE LA F AMILIA

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN • Nº 60

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

1 de marzo 2015

Dr. Jose Antonio Serrano. Director del Área de Salud de The Family Watch

Introducción

En una publicación digital, apareció recientemente la siguiente noticia: <<EPOC, cada vez más común, pero aún desconocida>> La noticia sigue así: <<El 73 % de los afectados no disponen de diagnóstico a pesar del aumento de la prevalencia>>. Cerca de dos millones de españoles padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) pero el 73 por ciento no dispone de diagnóstico.

Lo que quiero resaltar es lo de “aún desconocida”. ¿Cómo puede ser desconocida una enfermedad que afecta a tantas personas? Bien, el problema viene, en parte por el amplio uso que hemos hecho los neumólogos del acrónimo EPOC para abreviar y sobre todo para incluir dentro del concepto de *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*, entre otras cosas, la bronquitis crónica y el enfisema.

La EPOC es actualmente la cuarta causa de muerte en el mundo. La prevalencia de la enfermedad en España en adultos de 40 a 80 años se estima en más del 10% (unos 2 millones de españoles de los 21,4 millones de ese rango de edad), con amplias variaciones geográficas. Según este estudio, el infradiagnóstico de la EPOC es del 73%, por lo que tenemos a más de un millón y medio de españoles con EPOC que todavía no lo saben y, por lo tanto, no reciben ningún tratamiento para su enfermedad. Dadas las características crónicas y progresivas de la enfermedad, ésta supone un elevado coste, tanto económico por consumo de recursos sanitarios como de pérdida de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes. Esto sitúa a la EPOC como uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país.

¿Qué es la EPOC?

Es una enfermedad respiratoria que se caracteriza por la limitación al flujo aéreo causado por una respuesta inflamatoria crónica de las vías aéreas y de los pulmones debida a la inhalación de partículas y gases nocivos (fundamentalmente por el *hábito de fumar*). La limitación al flujo aéreo resulta de una combinación entre una enfermedad difusa de las pequeñas vías aéreas y destrucción del parénquima pulmonar (enfisema). Podemos decir pues que es una combinación, en proporciones variables según los enfermos, entre *bronquitis crónica y enfisema*.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) mata a una persona cada 10 segundos. La EPOC no es una enfermedad, sino un conjunto de enfermedades pulmonares crónicas que reducen el flujo de aire. La EPOC no es una simple tos del fumador, sino una enfermedad pulmonar potencialmente mortal que en muchos casos queda sin diagnosticar. Los síntomas más frecuentes son falta de aire -que llamamos disnea- expectoración excesiva y tos crónica. A medida que la enfermedad empeora, las actividades cotidianas, como subir unos cuantos escalones, pueden verse muy dificultadas. Bronquitis crónica y enfisema son dos términos que han dejado de utilizarse y quedan englobados en el diagnóstico de EPOC.

Datos y cifras. (OMS 2014)

- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) altera la respiración normal y es potencialmente mortal. Es más que la "tos del fumador".
- Se calcula que hubo 64 millones de personas con EPOC en el 2004.
- En 2005 murieron por esta causa más de 3 millones de personas, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año.
- Aproximadamente un 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos.
- La principal causa de la EPOC es el humo del tabaco (fumadores activos y pasivos).
- En la actualidad, afecta casi por igual a ambos sexos, en parte debido al aumento del consumo de tabaco entre las mujeres de los países de ingresos elevados.
- Se prevé que, en ausencia de intervenciones para reducir los riesgos, y en particular la exposición al humo del tabaco, las muertes por EPOC aumenten en más de un 30% en los próximos 10 años.

Definición

La EPOC es una enfermedad frecuente, evitable y tratable, que se caracteriza por una limitación persistente al flujo aéreo, generalmente progresiva y relacionada con una respuesta inflamatoria exagerada a partículas y/o gases nocivos. Las recaídas o agudizaciones de la enfermedad (exacerbaciones) y las enfermedades asociadas (comorbilidades) contribuyen a dar un peor pronóstico a la enfermedad.

Conviene destacar en esta definición que la EPOC es evitable, que tiene tratamiento y que no siempre es progresiva. Se caracteriza por una limitación al flujo aéreo (obstrucción) persistente, y que el pronóstico empeora cuando hay agudizaciones frecuentes y enfermedades asociadas.

Factores de riesgo

El principal es el *humo de tabaco*, sin embargo no todos los fumadores desarrollarán la enfermedad, posiblemente en relación con factores genéticos individuales.

Hasta un 25% de pacientes con EPOC nunca han sido fumadores lo que sugiere la participación de otros factores ambientales para el desarrollo de la enfermedad que pueden incluir, entre otros, la exposición ocupacional a polvos inorgánicos, orgánicos y agentes químicos, el tabaquismo pasivo, la exposición a la combustión de ciertos productos de biomasa que se utilizan para cocinar en espacios poco ventilados, sobre todo, en países poco desarrollados. También

factores que alteren el crecimiento pulmonar durante la gestación y la infancia, como son el tabaquismo materno, el bajo peso al nacer, las infecciones respiratorias y el asma bronquial.

Diagnóstico

El diagnóstico clínico de la EPOC debe sospecharse en cualquier paciente que presenta síntomas respiratorios crónicos (fatiga, tos, con o sin expectoración) y antecedentes de exposición a los factores de riesgo descritos; pero su confirmación requiere ineludiblemente la práctica de una *espirometría forzada* que confirme la presencia de esa limitación al flujo aéreo que no desaparece totalmente después del tratamiento con broncodilatadores. La espirometría es una prueba no invasiva, sencilla, barata, estandarizada y reproducible que se puede realizar en cualquier consulta y prácticamente no conlleva riesgos. Los parámetros más importantes que se miden son:

- a) La capacidad vital forzada (CVF). El paciente, una vez hecha una inspiración completa, expulsa todo el aire de sus pulmones lo más rápido posible hasta no poder echar más.
- b) El volumen espiratorio en el primer segundo (VEF1), es decir, la cantidad espirada en ese primer segundo.
- c) Después se relacionan esas dos medidas y se expresan en porcentaje, es decir el tanto por ciento de la CVF que se espira en ese primer segundo (VEF1) Se acepta como normal un valor igual o superior al 70%.

Aunque es una exploración sencilla requiere ser realizada por personal bien entrenado.



Fig.- 1 Realización de una Espirometría.

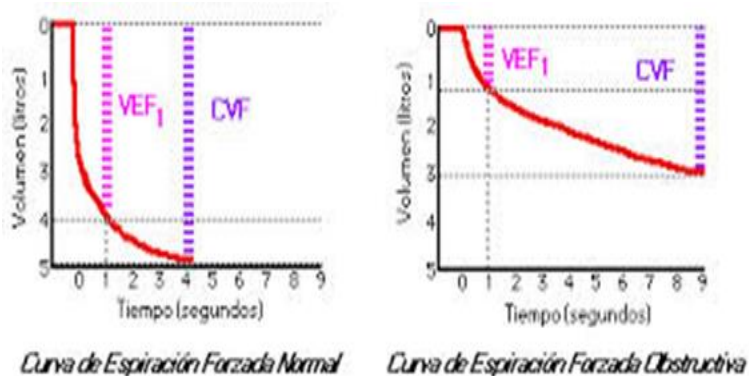


Fig.- 2 Espirometría Normal y Obstruiva

Para el diagnóstico de la EPOC se debe realizar una espirometría basal y tras la administración de un fármaco broncodilatador. La espirometría determina la limitación al flujo aéreo, que para el diagnóstico de EPOC, debe persistir tras el broncodilatador, y que viene definida por una relación FEV1/FVC inferior al 70%.

Además, se recomienda realizar una espirometría de cribado en las personas mayores de 40 años con historia acumulada de tabaquismo (10 paquetes/año) y con síntomas indicativos de EPOC. En pacientes con EPOC, cuando sea posible y apropiado, se debe combinar el consejo antitabáquico y el tratamiento farmacológico.

Valoración de la gravedad de la enfermedad

La estrategia GOLD propone una evaluación multidimensional de la gravedad de la EPOC que tiene en cuenta tres aspectos diferentes:

- Intensidad de los síntomas: según lo cual se hacen dos tipos de pacientes, los poco sintomáticos y los muy sintomáticos.
- la gravedad de la limitación al flujo aéreo, medida por la espirometría, estableciéndose 4 niveles: leve, moderada, grave y muy grave.
- La historia previa de agudizaciones. La frecuencia de las agudizaciones en el último año es el mejor factor predictivo de que ocurran agudizaciones en el futuro.

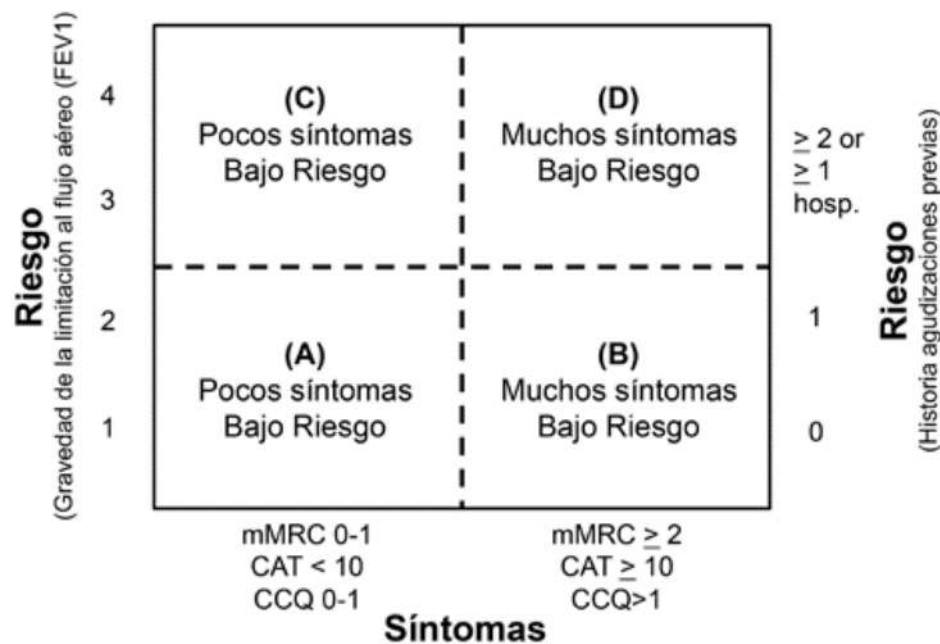


Fig 3.- Valoración multidimensional de la EPOC que considera el nivel de Síntomas, la severidad de la limitación al flujo aéreo y la historia previa de agudizaciones para clasificar a los pacientes en cuatro grupos (A, B, C y D).

Tratamiento de la enfermedad estable

Los objetivos terapéuticos en la EPOC son:

- Disminuir el impacto de la enfermedad mediante la reducción o supresión de los síntomas respiratorios, la mejora de la tolerancia a la actividad física regular del paciente y de su calidad de vida ligada al estado salud.
- Disminuir el riesgo de eventos futuros, básicamente las agudizaciones e, indirectamente la progresión de la enfermedad, aparición de otras enfermedades asociadas, o comorbilidades, y muerte.

Tratamiento no farmacológico

Debe considerarse en todos los pacientes, independientemente de la gravedad de la enfermedad e incluye:

1.-identificación y reducción de exposición a factores de riesgo. La intervención con mayor capacidad de cambiar la historia natural de la enfermedad y de reducir su mortalidad es el *cese del hábito tabáquico*, que puede precisar soporte psicológico y tratamiento farmacológico. De

estar presentes, se debe intentar hacer una reducción de la exposición a otros factores como contaminación ambiental, biomasa y exposiciones ocupacionales.

2.- Fomento de la actividad física regular, que reduce los síntomas, mejora la calidad de vida y disminuye el riesgo de hospitalizaciones.

3.-Vacunación antigripal (estacional) y antineumocócica.

Tratamiento farmacológico

El pilar fundamental del tratamiento farmacológico de la EPOC es el uso de fármacos broncodilatadores. En algunos casos, se pueden combinar con fármacos anti-inflamatorios (corticoides inhalados e inhibidores de la fosfodiesterasa-4).

Otras alternativas terapéuticas

1.- Oxigenoterapia. La administración de oxigenoterapia, durante por lo menos 15 horas al día, aumenta la supervivencia en pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria. Puede ser realizada en el domicilio, tanto por la noche durante el sueño, como por el día; o fuera de la casa ya que existen diversos medios de oxigenoterapia para hacerlo: oxígeno líquido y concentrador con batería.

2.- Ventilación mecánica no invasiva. Su uso puede beneficiar a un grupo selecto de pacientes con EPOC y retención de CO₂ hipercapnia por el día.

Tratamientos quirúrgicos

Reservado para casos muy seleccionados.

1.- Cirugía de reducción de volumen, que consiste en extirpar zonas enfisematosas del pulmón con el objetivo de mejorar la mecánica respiratoria en los pacientes con marcada hiperinflación pulmonar.

2.- Trasplante pulmonar, indicado en un grupo muy selecto de pacientes con EPOC muy grave (a pesar de tratamiento médico óptimo).

Tratamiento de las enfermedades asociadas (comorbilidades)

La EPOC se asocia con mucha frecuencia a comorbilidades que pueden influir de forma muy significativa en la sintomatología y pronóstico del paciente. Por ello, es necesario diagnosticarlas activamente y tratarlas cuando se encuentren presentes. Las enfermedades cardiovasculares son las más comunes y significativas. La osteoporosis, la disfunción muscular y la de-

presión son también comorbilidades importantes que usualmente están infra diagnosticadas en esta población.

El cáncer pulmonar es la principal causa de mortalidad en pacientes con EPOC leve. Su manejo terapéutico debe estar basado en las guías clínicas de cada enfermedad puesto que no existe evidencia de que deban tratarse de forma diferente ante la presencia de EPOC leve (6)

En los países industrializados, el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte de origen tumoral entre los hombres, y la tercera, después del de mama y el de colon, entre las mujeres¹. El 85% de los casos están asociados al tabaco. Por desgracia, el diagnóstico se realiza de forma tardía, y la supervivencia, tanto en Norteamérica como en Europa, es del 10-15%.

En este mes se publicó en la revista '*American Journal of Respiratory and Critical Care Medicina*', los hallazgos de la CUN y de la Universidad de Pittsburgh, que muestran que los pacientes con EPOC tienen un alto riesgo precoz con TAC de baja radiación.

La EPOC y el cáncer de pulmón han sido en España la tercera y quinta causa de muerte en 2011, respectivamente. Ambas entidades comparten el tabaco como factor principal de riesgo; además, la EPOC es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de cáncer de pulmón. Las estrategias poblacionales orientadas a mantener las actividades antitabaco, aumentar el nivel de sospecha diagnóstica de la EPOC y realizar el tratamiento adecuado ayudaría a disminuir el impacto sanitario de la enfermedad respiratoria.

Referencias

- 1.- www.estusantidad.com (23/02/2015)
- 2.- J. García de Pedro, J. García García, L. Puente Maestu. 'Conceptos básicos en enfermedad pulmonar obstructiva crónica'. Revista Madrileña de Medicina (AMYTS). 2014
- 3.- 'Chronic obstructive pulmonary disease'. (En Libro blanco de la Sociedad Respiratoria Europea – ERS- capítulo 13. www.erswhitebook.org)
- 4.- OMS, '¿Qué es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)?' 2 de mayo de 2011.
- 5.- OMS, 'Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)' Nota descriptiva N°315 Octubre de 2014.
- 6.- Alejandra López-Giraldo, Robert Rodriguez-Roisin, Alvar Agustí. 'Enfermedad pulmonar obstructiva crónica'. Actualización 2014. Medicina Balear (2014; 43 29 (1); 43-48)
- 7.- Molina Rueda MJ, et al. 'Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer de pulmón: ¿una relación peligrosa?' Semergen. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.03.001>
- 8.- Marc Miravittles y colaboradores. 'Guía española de la EPOC (GesEPOC)'. Actualización 2014. Arch Bronconeumol. (2014; 50 (Supl 1):1-16)
- 9.- 'Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD)'. 'Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease'. Updated 2015.

<http://www.goldcopd.org/Guidelines/guidelines-resources.html>

10. – ‘Espirometría’. (Normativa Separ) Francisco García-Río et als. Arch Bronconeumol(2013; 49(9):388–401)