

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Grupo de Trabajo-Conferencia de Consenso sobre EPOC*

Publicado en *Archivos de Bronconeumología* (Arch Bronconeumol 2003;39:[Supl 3]:5-6)

Definición

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, causada fundamentalmente por una reacción inflamatoria frente al humo del tabaco. La exposición a otros tóxicos inhalados también puede producir EPOC, pero esta causa es muy poco frecuente en nuestro medio.

Por consiguiente, el diagnóstico de la enfermedad se establece sobre la base del antecedente de consumo de tabaco y la demostración, mediante una espirometría forzada, de obstrucción al flujo aéreo. Se considera que ésta existe cuando el valor del volumen espirado forzado en el primer segundo (FEV₁) es inferior al 80% del valor teórico o de referencia y la relación FEV₁/capacidad vital forzada (FVC) es inferior a 0,70, tras prueba broncodilatadora.

Magnitud del problema e impacto económico

La EPOC afecta en España al 9% de la población con edades entre 40 y 70 años. Uno de cada cinco fumadores sufre la enfermedad. La prevalencia es algo inferior en las mujeres, aunque está aumentando. Los datos de mortalidad por EPOC en España son poco conocidos debido a la falta de una definición operativa del proceso, aunque en países de nuestro entorno es la cuarta causa de muerte.

En España, el coste sanitario medio generado por cada paciente se ha estimado en 1.752 euros/año (globalmente, 475 millones de euros/año), de los cuales más del 80% corresponden

de a gastos hospitalarios y fármacos. Las medidas dirigidas al abandono del tabaco, el diagnóstico precoz y la reducción de estancias hospitalarias pueden facilitar un uso eficiente de los recursos sanitarios.

Papel del tabaco

La adicción al consumo de tabaco es una enfermedad crónica (OMS, ICD-10, código F-17). En España, el 34% de la población de más de 16 años es fumadora. Los organismos gubernamentales deben intervenir activamente facilitando la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de dicha adicción.

La abstención del consumo de tabaco es la intervención más sencilla y rentable para disminuir el riesgo de desarrollar EPOC, y la única que detiene su progresión. Los profesionales sanitarios deben implicarse en promover esta abstención. Para ello son efectivas las medidas de apoyo psicológico, algunas tan simples como el consejo médico, solas o combinadas con fármacos (sustitutivos de nicotina, bupropión) que, al menos en los pacientes diagnosticados de EPOC, debería financiar el sistema nacional de salud, dentro del marco de programas estructurados.

Diagnóstico

En España la EPOC está infradiagnosticada: 3 de cada 4 personas que la padecen lo ignoran, lo que conlleva que el diagnóstico se establezca en estadios avanzados y el inicio del tratamiento se retrase.

La espirometría forzada es la principal herramienta diagnóstica de la EPOC. Debe practicarse en cualquier fumador o ex fumador de más de 40 años que presente tos, expectoración habitual o disnea. Para ello, este procedimiento debe poder realizarse en los centros de asistencia primaria y practicarse de acuerdo con las normativas establecidas, por personal convenientemente formado. En la espirometría diagnóstica debe realizarse una prueba broncodilatadora. La valoración inicial también debe incluir una radiografía de tórax. Los pacientes con enfermedad moderada-grave deberían ser evaluados, al menos en una ocasión, por un neumólogo a fin de realizar estudios más detallados.

El valor del FEV₁ es un buen indicador de la gravedad de la enfermedad, aunque es poco sensible para detectar sus efectos sistémicos y los cambios inducidos por el tratamiento. Es preciso profundizar en el estudio de otras variables que, junto a los parámetros funcionales, reflejen de forma más adecuada la naturaleza multidimensional de la enfermedad: disnea, tolerancia al esfuerzo, estado nutricional.

*Conferencia de Consenso sobre EPOC

Presidente:

J.L. Álvarez-Sala (Madrid)

Vicepresidente:

G. Peces-Barba (Madrid)

Participantes:

A.G.N. Agustí (Palma de Mallorca), J.L. Álvarez-Sala (Madrid), J.M. Antó (Barcelona), J. Escarrabill (Barcelona), F. García Río (Madrid), J.L. Izquierdo (Guadalajara), C. Jiménez Ruiz (Madrid), M.T. Lamban (Zaragoza), F. Masa (Cáceres), J.M. Marín (Zaragoza), M. Miravittles (Barcelona), E. Monsó (Barcelona), T. Montemayor (Sevilla), J. Morera (Barcelona), K. Naberan (Barcelona), G. Peces-Barba (Madrid), F. Pozo (Madrid), J. Roca (Barcelona), E. Servera (Valencia), V. Sobradillo (Bilbao), A. Torres (Barcelona), P. Usetti (Madrid) y J.L. Viejo Bañuelos (Burgos)

Tratamiento

El tratamiento de la EPOC debe ser gradual e iniciarse con el abandono del tabaco. Los pacientes sintomáticos en situación clínica estable deben recibir broncodilatadores por vía inhalada (agonistas- β_2 , anticolinérgicos). En los casos poco sintomáticos, se emplearán los de acción corta a demanda; en aquellos con síntomas persistentes se contemplará, además, los de acción prolongada. La teofilina es un fármaco de segunda línea que debe considerarse cuando no se observa mejoría clínica con la asociación de broncodilatadores inhalados. Los glucocorticoides inhalados tienen una eficacia limitada en la EPOC. Puede estar indicado añadirlos a los broncodilatadores en los pacientes con enfermedad mal controlada y exacerbaciones frecuentes, en los que presentan mejoría funcional significativa en un ensayo con glucocorticoides y en los que tienen una prueba broncodilatadora positiva.

La oxigenoterapia continua domiciliaria mejora la supervivencia de los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, demostrada con gasometría arterial. La efectividad del tratamiento depende de que la indicación se haya establecido con rigor y de que el tratamiento se siga adecuadamente.

En los episodios de exacerbación, los glucocorticoides sistémicos y el tratamiento antibiótico están indicados si existen criterios clínicos de infección bacteriana bronquial. El antibiótico a emplear deberá decidirse de forma empírica en función de la edad, la gravedad de la enfermedad, la presencia de comorbilidad, el uso repetido de antibióticos y la prevalencia local de gérmenes y de sus resistencias. En determinados pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave, está indicada la ventilación mecánica no invasiva, procedimiento que reduce la mortalidad y la necesidad del empleo de recursos invasivos, y que debe aplicarse en un entorno adecuado.

La vacunación antigripal está indicada en todos los pacientes mayores de 65 años. La vacunación antineumocócica es recomendable para la prevención de neumonía neumocócica, aunque no parece prevenir las exacerbaciones. Existen indicios de que los antioxidantes (N-acetilcisteína) pueden reducir el número de exacerbaciones.

Rehabilitación

Es altamente recomendable que los pacientes con EPOC practiquen ejercicio regularmente. Los programas de rehabilitación controlada mejoran los síntomas, la capacidad de ejercicio y la calidad de vida. Están indicados en los pacientes con síntomas no controlados a pesar del tratamiento farmacológico óptimo. Los programas de rehabilitación deben incluir el entrenamiento muscular de extremidades. En nuestro país existe una carencia de centros en los que poder efectuar esta prestación en condiciones. Por ello, es recomendable que los servicios de salud incrementen la oferta de programas de rehabilitación.

Tratamientos quirúrgicos

La cirugía de reducción de volumen pulmonar mejora la sintomatología y la tolerancia al esfuerzo en un grupo seleccionado de pacientes. Dada la complejidad del proceso de selección y del procedimiento, sólo debe realizarse en centros ex-

perimentados. El trasplante pulmonar es una opción terapéutica a considerar en los pacientes con enfermedad avanzada que cumplan los criterios establecidos.

Atención domiciliaria

Existen programas de soporte domiciliario tras el alta o a largo plazo que, considerando las condiciones locales, podrían reducir las estancias hospitalarias, evitar los ingresos y mejorar la continuidad asistencial. La hospitalización a domicilio es una alternativa segura y coste-efectiva a la hospitalización convencional para pacientes seleccionados que la acepten.

Participación del paciente

La asistencia a los pacientes con EPOC precisa de una atención multidisciplinaria y coordinada entre los diferentes niveles de atención sanitaria. Se prestará especial atención, en colaboración con el paciente, al cumplimiento terapéutico, la nutrición, el ejercicio y las actividades de la vida diaria.

Debe mejorarse la información facilitada a los enfermos y promover su participación en el tratamiento, incentivando la práctica del consentimiento informado frente a las opciones diagnóstico-terapéuticas. Es especialmente sensible la situación del paciente en los estadios finales de la enfermedad, en los que deben evitarse tanto el sobretratamiento como la discriminación frente a determinadas opciones (cuidados intensivos). Un medio para conseguirlo son las instrucciones previas por parte del paciente (testamento vital o voluntades anticipadas) y la designación de un representante.

Investigación

En esta Conferencia se ha identificado la necesidad de profundizar en la investigación de los mecanismos genéticos y moleculares explicativos de la heterogeneidad de la enfermedad, así como de las pautas de práctica clínica, utilizando técnicas de 367 «medicina basada en la evidencia». Dada la relevancia social y el impacto económico de la EPOC en la salud pública, los organismos oficiales deberían incentivar su investigación e incorporar la EPOC a las líneas prioritarias de actuación.

Procedimiento seguido para la preparación y desarrollo de la Conferencia de Consenso (CC)

La Junta Directiva de la SEPAR promovió la creación de la Comisión EPOC-RESPIRA, la cual elaboró el programa de la CC, a través de la selección de temas y la elección de moderadores y conferenciantes entre expertos nacionales. Esta comisión nombró, a su vez, al coordinador y al secretario del Jurado de Consenso, los cuales incluyeron a expertos en diversas disciplinas (neumología clínica, medicina de familia, enfermería, farmacología clínica, bioética, evidencia científica y asociaciones de pacientes-usuarios). En el método de realización de la CC se combinó la revisión de la evidencia científica y la interacción entre expertos y público asistente. Las conclusiones y recomendaciones fueron redactadas por el jurado, tras leer los informes o escuchar las presentaciones de los expertos y sintetizar el conocimiento disponible mediante debates públicos entre todos los asistentes.