

## A favor del término EPOC

Javier de Miguel Díez

Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un proceso caracterizado por la presencia de una obstrucción crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, causado principalmente por una respuesta inflamatoria anómala frente al humo del tabaco. En la actualidad, este término se prefiere a los de bronquitis crónica o enfisema pulmonar, porque define mejor la enfermedad obstructiva que se observa en los fumadores. Aunque la exposición a otros tóxicos inhalados también puede producir una EPOC, esta posibilidad es muy poco frecuente en nuestro medio. Por otra parte, los procesos que cursan con una reducción del flujo aéreo, pero que tienen una causa específica, como es el caso de la estenosis de la vía aérea superior, la fibrosis quística, las bronquiectasias o la bronquiolitis obliterante, quedan específicamente diferenciados de este término. Lo mismo sucede con el asma bronquial, enfermedad que cursa con una obstrucción reversible al flujo aéreo que puede corregirse por completo<sup>1</sup>. Precisamente, el acrónimo EPOC surgió, entre otras cosas, para evitar la confusión terminológica con los citados trastornos.

La EPOC es un grave problema de salud pública debido a su elevada prevalencia y morbimortalidad y al importante consumo de recursos sanitarios que genera. Según los datos tomados de un reciente estudio nacional, su prevalencia en la población española de 40-70 años de edad se sitúa alrededor del 9%<sup>2</sup>. En relación con su mortalidad, ocupa el cuarto lugar entre las causas de muerte en los adultos, por detrás del cáncer, las cardiopatías y las enfermedades cerebrovasculares<sup>3</sup>, y se cree que su frecuencia y su mortalidad aumentarán significativamente en los próximos años, debido a la persistencia del hábito tabáquico en los varones y a su incremento en las mujeres<sup>4</sup>. Por último, se estima que el coste sanitario medio por paciente que ocasiona es de alrededor de 1.750 euros/año (globalmente, cerca de 475 millones de euros al año)<sup>5</sup>.

A pesar del elevado impacto personal, familiar, social y económico de la EPOC, hay datos que sugieren que el porcentaje de pacientes que permanece sin diagnosticar

supone, aproximadamente, el 75% de todos los afectados<sup>6,7</sup>. Parece claro, por tanto, que los enfermos diagnosticados representan únicamente la punta de un iceberg del grupo de sujetos que presentan la enfermedad y no han sido detectados<sup>8</sup>.

El infradiagnóstico puede deberse a diversas causas. La primera radica en la propia definición de la enfermedad, que ha experimentado diferentes aproximaciones clínicas y epidemiológicas en los últimos años y ha dado lugar a una gran disparidad de descripciones. Recientemente, se ha demostrado que la aplicación de diferentes definiciones de obstrucción puede determinar variaciones en la prevalencia estimada de esta enfermedad de más del 200%<sup>9,10</sup>. Por otra parte, en un editorial reciente se ha planteado la importancia de disponer de una mayor precisión nosológica en la definición de la EPOC<sup>11</sup>. Además, en las recomendaciones de la Global Initiative of Obstructive Lung Disease (GOLD) se emplean varios centenares de palabras antes de mencionar el término "tabaco"<sup>12</sup>. En este sentido, se ha planteado la necesidad de escoger un nombre más adecuado para esta enfermedad. Basándose en el hecho de que el consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la EPOC, se ha postulado una denominación que incluya el concepto tabaco, como por ejemplo "tabacosis" o "pulmón del fumador". De hecho, se ha observado que el porcentaje de pacientes que permanece sin fumar tras consultar a un médico es claramente superior si se establece el diagnóstico de "pulmón del fumador" que si se establece el de EPOC<sup>13</sup>. No obstante, el término no es del todo preciso, ya que el tabaquismo puede asociarse también con otros procesos pulmonares distintos a la EPOC. De hecho, en la actualidad contamos con evidencia científica suficiente como para respaldar que son muy numerosas las enfermedades respiratorias que se asocian al consumo de tabaco<sup>14</sup>.

Sin embargo, el problema puede radicar en la falta de divulgación de esta enfermedad en la población general, con independencia del nombre que se escoja. Paradójicamente, llama la atención cómo, a pesar de ser una enfermedad más antigua y presentar una mayor mortalidad que otras cuya denominación son siglas, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), es mucho menos conocida que éste. Algo similar ocurre con otro importante problema de salud, la diabetes mellitus, trastorno muy conocido por la población, a pesar de que

Correspondencia: Dr. J de Miguel Díez.  
Alcalá, 582, 3.º centro izquierda.  
28022 Madrid. España.  
Correo electrónico: med012585@saludalia.com

Recibido: 27-7-2004; aceptado para su publicación: 31-8-2004.

en su denominación no figura la palabra “azúcar”, término por el que se reconoce popularmente. Por tanto, es responsabilidad de los neumólogos dar a conocer la enfermedad y popularizar el término EPOC. En este sentido, Bartolomé Celli ha inventado el término de “paciente epótico” para identificar mejor un patrón de enfermedad y un perfil de enfermo<sup>15</sup>.

En cualquier caso, el problema del infradiagnóstico es bidireccional. Por un lado, el escaso conocimiento de la enfermedad y la falta de síntomas graves en la larga fase inicial del trastorno hacen que el paciente no acuda al especialista hasta que es demasiado tarde. En diversos estudios epidemiológicos se ha puesto de manifiesto, incluso, la falta de interés de los fumadores con síntomas respiratorios por acudir a una consulta médica<sup>16</sup>. Por otra parte, en demasiadas ocasiones el médico no contextualiza el diagnóstico y no realiza las pruebas necesarias que le permitirían establecerlo de forma certera y sencilla. Conviene recordar que el diagnóstico de la EPOC requiere la realización de un estudio funcional respiratorio que objetive la existencia de una obstrucción persistente al flujo aéreo y que permita cuantificar su gravedad<sup>8</sup>. Sin embargo, aunque las indicaciones de la espirometría están bien establecidas, su utilización en la práctica clínica rutinaria es insuficiente en nuestro medio, sobre todo en el primer nivel asistencial. La escasa accesibilidad de las pruebas de función respiratoria para los médicos de atención primaria condiciona que sean pocos los que solicitan esta exploración de forma habitual. Además de que aún son insuficientes los equipos de atención primaria que disponen de un espirómetro, en los que éste existe no es infrecuente que la prueba se ejecute de una manera no totalmente estandarizada. Así, en un estudio reciente se ha demostrado que sólo el 49,1% de los centros de cuidados primarios tienen un espirómetro en su centro, que únicamente el 29,9% de ellos disponía de un técnico encargado de la realización de la prueba y, por último, que sólo el 22,1% de los centros con espirometría llevaba a cabo algún tipo de control de calidad periódico que avalase la fiabilidad de los resultados<sup>17</sup>. El problema es aún mayor si se tiene en cuenta que la ausencia de un estudio de función pulmonar previo se asocia con marcadores de evolución peores y con pautas de tratamiento menos aceptadas<sup>18</sup>.

Por otra parte, ha habido una actitud terapéutica negativa hacia la EPOC, al considerarla una enfermedad progresiva, imparable y sin tratamiento eficaz. No obstante, el avance de la investigación, la aplicación de los tratamientos disponibles y la aparición de guías científicas son hechos que han permitido que, en los últimos años, “se ordenaran” los conocimientos sobre esta enfermedad. En la actualidad, se dispone de terapéuticas específicas que hacen de la EPOC una enfermedad tratable<sup>19</sup>. A pesar de ello, se ha evidenciado que los tratamientos que reciben los pacientes con EPOC no siempre se ajustan a las normativas vigentes. Así, en algunos estudios realizados en nuestro país se ha puesto de manifiesto una infrautilización de los fármacos anticolinérgicos y un amplio uso de los corticoides inhalados, de las teofilinas y de los agentes mucolíticos<sup>18,20,21</sup>. Hay, por tanto, un problema de sobreprescripción de algunos

medicamentos con una utilidad clínica limitada e infra-prescripción de otros con una eficacia reconocida por las organizaciones sanitarias y los paneles de expertos. En este sentido, se ha demostrado que el tratamiento inapropiado tiene una gran influencia en los costes médicos directos de los pacientes con EPOC<sup>22</sup>.

Por tanto, es evidente que el problema actual no sólo radica en la definición de la enfermedad. No es extraño que nuestros amigos los cardiólogos nos acusen de reunirnos únicamente para “cambiar” el nombre de la EPOC. En mi opinión, estamos perdiendo demasiadas oportunidades con esta actitud, ya que descuidamos el diagnóstico correcto y el tratamiento apropiado de la enfermedad. Ha llegado la hora de dar a conocer esta enfermedad de una vez por todas, y no sólo entre los pacientes, sino también entre los profesionales sanitarios implicados en su tratamiento y, asimismo, de abandonar la tarea de buscar una denominación más adecuada para ella, que además contribuiría todavía más a crear confusión en la población. ¿Qué pasaría si a los pacientes ya diagnosticados les comunicásemos que no tienen una EPOC, sino una enfermedad que se denomina de otra forma? Sólo se generaría más desconcierto entre los afectados. Además, supondría perder todo el camino recorrido, desaprovechar una marca registrada y volver a empezar de nuevo. Creo que es mejor mantener dicho acrónimo y redefinir su contenido en términos más positivos, de forma que sea universalmente aplicable, como se recoge en el reciente documento de consenso publicado por la American Thoracic Society y la European Respiratory Society: “La EPOC es una enfermedad prevenible y tratable, caracterizada por una limitación al flujo aéreo que no es completamente reversible. La limitación al flujo aéreo es generalmente progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria anormal del pulmón a gases o partículas tóxicas inhaladas, principalmente el humo del tabaco. Aunque la EPOC afecta a los pulmones, también provoca consecuencias sistémicas significativas.”<sup>23</sup> Este documento insiste en que debería considerarse la presencia de esta enfermedad en cualquier paciente con síntomas como tos, expectoración o disnea y una historia de exposición a los factores de riesgo de la enfermedad. El diagnóstico requiere la realización de una espirometría en la que debe objetivarse que la relación entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV<sub>1</sub>) y la capacidad vital forzada (FVC), después de la administración de un broncodilatador, es  $\leq 0,7$ <sup>23</sup>. Hay que tener en cuenta que establecer un diagnóstico adecuado es el primer paso para prescribir un tratamiento óptimo, sin olvidar que el abandono del tabaco es el medio más efectivo para alterar la progresión de la EPOC en todos los estadios de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barberà JA, Peces-Barba G, Agustí AGN, Izquierdo JL, Monsó E, Montemayor T, et al. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2001;37:297-316.
2. Sobradillo V, Miratvilles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villante C, Masa JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest 2000;118:981-9.

3. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina J, Naberan K, et al. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2001;37:269-78.
4. Murria C, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. Global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol* 2003;39(Supl 3):5-6.
6. Marco L, Martín JC, Corres M, Lique R, Zubillaga G. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la población general. Estudio epidemiológico realizado en Guipúzcoa. *Arch Bronconeumol* 1998;34:23-7.
7. Villasante C, en representación del comité científico del estudio IBERPOC. IBERPOC: valoración de resultados. *Arch Bronconeumol* 1999;35(Supl 3):40-3.
8. Grupo de trabajo-conferencia de consenso sobre EPOC. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2003;39(Supl 3):7-47.
9. Celli BR, Halbert RJ, Isonaka S, Schan B. Population impact of different definitions of airway obstruction. *Eur Respir J* 2003; 22:268-73.
10. Halbert RJ, Isonaka S, George D, Iqbal A. Interpreting COPD prevalence estimates what is the true burden of disease? *Chest* 2003;123:1684-92.
11. Snider GL. Nosology for our day: its implication to chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167:678-83.
12. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS, on behalf of the GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:1256-76.
13. Kallan FV, Brandt CJ, Ellegaard H, Joensen MB, Sorknaes AD, Tougaard L. The diagnosis of "smoker's lung" encourages smoking cessation. *Lancet* 1997;349:253.
14. De Lucas Ramos P, De Miguel Díez J, Rodríguez González-Moro JM. Consumo de tabaco y patología pulmonar no tumoral. En: Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, editores. Tratado de tabaquismo. Madrid: Grupo Aula Médica, 2004; p. 119-27.
15. Celli B. Best practice in neumology. Reflexiones acerca de la EPOC: visión de un optimista. Barcelona: Mayo, 2004.
16. Van den Boom G, Rutten van Molken MP, Tirimanna PR, Van Schayck CP, Folgering H, Van Well C. The association between health-related quality of life and medical consultation for respiratory symptoms: results of the DIMCA program. *Eur Respir J* 1998; 11:67-72.
17. De Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Molina París J, Rodríguez González-Moro JM, De Lucas Ramos P, Gaspar Alonso-Vega G. Fiabilidad del diagnóstico de la EPOC en atención primaria y neumología en España. Factores predictivos. *Arch Bronconeumol* 2003;39:203-8.
18. Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Segú JL. Tratamiento de la bronquitis crónica y la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol* 1999;35:173-8.
19. Celli B. EPOC: desde el nihilismo no justificado a un optimismo razonable. *Arch Bronconeumol* 2002;38:585-8.
20. Miravittles M, Mayordomo M, Artés M, Sánchez L, Nicolau F, Segú JL, on behalf of the EOLO group. Treatment of chronic obstructive pulmonary disease and its exacerbations in general practice. *Respir Med* 1999;93:173-9.
21. De Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Rodríguez González-Moro JM, De Lucas Ramos P, Molina París J. Tratamiento farmacológico de la EPOC en dos niveles asistenciales. Grado de adecuación a las normativas recomendadas. *Arch Bronconeumol* 2003; 39:195-202.
22. Izquierdo JL, De Miguel J, Molina J, De Lucas P, Rodríguez JM. Economic impact of new pulmonary drugs for the treatment of stable chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167:A88.
23. Celli BR, MacNee W and committee members. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J* 2004;23:932-46.