

LA EPOC

enfermedad de fumadores

La curación de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) no es posible, pero hay tratamientos para mejorar la calidad de vida de los enfermos y, sobre todo, estrategias para prevenirla. La mejor, dejar de fumar



La EPOC es una enfermedad de carácter crónico que se caracteriza por una dificultad creciente del paso de aire a través de los bronquios. Debido a la merma del flujo respiratorio, los enfermos experimentan ahogo (disnea) en el momento de andar, realizar esfuerzos o ejercicio físico o cuando padecen un resfriado o una infección respiratoria. Los síntomas iniciales de la enfermedad son tos, expectoración matutina y dificultad para respirar. La bronquitis crónica o el enfisema pulmonar son sus manifestaciones más frecuentes, y el tabaco, el principal culpable. Estudios recientes avalan que cerca del 90% de los enfermos diagnosticados son o han sido fumadores.

Pese a que el hábito tabáquico es la causa principal de EPOC, la exposición al humo de la combustión de biomasa (leña y carbón) en lugares cerrados, el trabajo en un ambiente laboral con gran cantidad de partículas de polvo en suspensión, como sucede en algunas granjas, o la contaminación atmosférica explican un buen número de casos. A estas causas hay que añadir la posibilidad de padecer un déficit de la enzima alfa-1-antitripsina (DAAT), un trastorno genético hereditario que causa la destrucción de tejido pulmonar y que se puede detectar con un simple análisis de sangre. No obstante, el déficit suele tardar hasta siete años en ser diagnosticado correctamente.

DETECCIÓN PRECOZ

La EPOC suele manifestarse a partir de la quinta o sexta década de la vida, aunque cada vez aparece a edades más tempranas (en ciertos casos puede desarrollarse a partir de los 40 años). A menudo, quien la padece no concede importancia a sus primeros síntomas, en especial la expectoración matutina, que se asocian a achaques propios del proceso natural de en-



vejecimiento. Debido a esta confusión, no se consulta al médico. Y cuando se llega al especialista, raras veces se debe a la tos o por la expectoración. Es la disnea lo que causa la alarma.

La espirometría, una prueba sencilla al alcance de cualquier centro de atención primaria, suele ser el primer paso para establecer el diagnóstico. A través de ella se puede medir el grado de obstrucción de los bronquios y se puede clasificar la enfermedad según el grado de afectación en leve, moderada o severa.

Según el estudio IBERPOC, que recoge datos sobre la enfermedad en España, se estima que el 9% de la población padece EPOC, aunque sólo una pequeña proporción, uno de cada cinco, han sido diagnosticados. De todos los casos, según el estudio, la mitad se diagnostica en fases avanzadas. Los datos señalan también que esta patología respiratoria es mucho más frecuente en hombres (el 87% de los pacientes) que en mujeres. La incorporación tardía de la mujer al hábito tabáquico y el hecho de que la enfermedad se manifieste en edades avanzadas y tras un largo periodo de latencia explican la diferencia. Dado el cambio de hábitos de la mujer con respecto al tabaco, no obstante, se prevé que la proporción de mujeres afectadas aumente.

La crudeza de los datos refuerza la necesidad de establecer un diagnóstico precoz para iniciar cuanto antes el tratamiento y mejorar el pronóstico. Al respecto, los especialistas abogan por plantear dos grandes frentes de batalla.

Por un lado, se recomienda que todas las personas de más de 40 años que experimenten una dificultad creciente para respirar ante el mínimo esfuerzo, y que sean o hayan sido fu-

madores, acudan al médico de familia para confirmar si sus síntomas se corresponden con un diagnóstico de EPOC. Esta simple actuación bastaría, según el documento de consenso elaborado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), SEMERGEN y la Sociedad de Respiratorio de Atención Primaria, para mejorar la detección y el manejo del enfermo en los primeros niveles de la atención sanitaria.

El segundo frente, mucho más complejo, pasa por identificar a las personas que padezcan DAAT. Los especialistas, en particular los neumólogos, insisten en el valor del consejo genético para limitar la transmisión del déficit o para detectar posibles casos dentro de un grupo familiar.

DEJAR DE FUMAR. LA MEJOR ESTRATEGIA

Determinadas las causas que conducen a la aparición de EPOC, el abandono del tabaco, así como evitar ambientes cargados con humo de biomasa o contaminación atmosférica excesiva, son las mejores, por no decir las únicas, estrategias preventivas válidas. El mismo principio sirve cuando la enfermedad ya se ha manifestado. El abandono del tabaco, además de fármacos paliativos y, en última instancia, la administración de oxígeno, son las únicas opciones para mejorar las expectativas y la calidad de vida del paciente.

Muy a menudo no basta con el imprescindible abandono del hábito tabáquico. Es entonces cuando se recurre a fármacos paliativos para intentar contener la progresión de la enfermedad. En fases estables, la opción más habitual son los broncodilatadores, medicamentos que pueden administrarse a demanda

¿CÓMO PREVENIR LA EPOC?

- **No fumar**
- **Evitar ambientes pulvígenos (con partículas en suspensión el aire) en el medio laboral.**
- **Evitar la contaminación atmosférica**
- **Hacer ejercicio físico: andar o pedalear en bicicleta media hora diaria.**
- **Hacerse el test del déficit de alfa-1 antitripsina (para establecer un tratamiento precoz)**



10 RAZONES PARA PREVENIR LA EPOC

- 1 En el mundo, la EPOC es responsable de tres millones de muertes al año
- 2 En España provoca 18.000 muertes anuales
- 3 Es la primera causa de muerte prevenible
- 4 Es la cuarta causa de muerte desde 2000
- 5 Será la tercera causa de muerte en 2020, sólo superada por enfermedades cardiovasculares y cáncer
- 6 La OMS estima que estará detrás del 27% de muertes a partir de 2020
- 7 En España genera un gasto sanitario de 3.000 millones de euros
- 8 Una de cada cinco personas con EPOC no ha sido diagnosticada
- 9 La mortalidad de las mujeres se ha duplicado en los últimos 20 años
- 10 El 50% de los pacientes con EPOC que acuden a las consultas de atención primaria fallecen a los 10 años del diagnóstico.

Fuentes: SEPAR y Consenso Nacional sobre EPOC en Atención Primaria

EN LAS FASES LEVES, BASTA UN CAMBIO DE HÁBITOS: DEJAR EL TABACO Y PRACTICAR EJERCICIO FÍSICO



para aliviar la sensación de disnea en un determinado momento, o de forma pautada por el especialista, para intentar aliviar la obstrucción de los bronquios.

En los casos de exacerbaciones de la EPOC (empeoramiento súbito de la enfermedad), se recurre a la inhalación de corticoides. El uso de antibióticos queda restringido a la presencia de infección bacteriana, que se manifiesta con un aumento de la expectoración, esputo purulento y mayor dificultad al respirar. En

fases más avanzadas también se utilizan corticoides orales. El uso de teofilina y aminofilina, aunque mejoran la disnea y la tolerancia al esfuerzo, es actualmente controvertido por el alto riesgo de aparición de efectos adversos.

En las fases más avanzadas de la enfermedad, el paciente puede necesitar un aporte extra de oxígeno. En estos casos se recomienda oxigenoterapia en domicilio. Aunque la tecnología ha mejorado notablemente en los últimos años, lo más habitual es que el paciente se vea forzado a vivir atado a una bombona de oxígeno. Normalmente, entre 16 y 19 horas al día.

En casos extremos puede optarse por el trasplante de pulmón, aunque es una opción reservada para pacientes jóvenes en los que hay un riesgo vital manifiesto.

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

La rehabilitación respiratoria, una técnica aplicable en todas las fases de la enfermedad, representa una técnica válida para mejorar la función respiratoria. En las fases leves el programa de rehabilitación es sencillo. Basta un cambio de hábitos de vida, abandonar el tabaco, hacer ejercicio y realizar fisioterapia respiratoria. En la fase moderada o grave, la rehabilitación puede intensificarse mediante fisioterapia y entrenamiento muscular. El esfuerzo que se exige en cada caso varía en función del paciente, pero por norma general el programa supera los tres meses de duración.

Aunque no mejora la función pulmonar ni se ha podido demostrar que la rehabilitación respiratoria tenga un impacto en un menor uso de recursos sanitarios, se ha comprobado que reduce la sensación de disnea, mejora la capacidad de esfuerzo para la vida diaria y aumenta la calidad de vida de los pacientes en cualquier fase de la enfermedad.

En cuanto a la oferta de este tipo de tratamiento, sólo Andalucía contempla explícitamente la rehabilitación respiratoria, tanto domiciliaria como ambulatoria, en su cartera de servicios de atención primaria, mientras que en Cataluña se ha descrito un plan de rehabilitación conjunto para varias áreas asistenciales (neurología, traumatología, neumología y suelo pelviano). ◀