

Introducción

C.M. San Román Terán^a y J. Custardoy Olavarrieta^b

Grupo de EPOC de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez Málaga. Málaga.

^bServicio de Medicina Interna. Hospital de Orihuela. Mutxamiel. Alicante.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una entidad causante de una evidente mortalidad y morbilidad hospitalaria, pero todavía infradiagnosticada en la población general. La prevalencia estimada es superior al 1% de la población de todas las edades y mayor del 10% en los mayores de 40 años, incidiendo de forma progresiva con la edad. Se supone que, aunque actualmente represente el sexto lugar en las causas de muerte en todo el mundo, en los próximos veinte años ascenderá hasta el tercer lugar¹. Resulta llamativo en cualquier aproximación bibliográfica a la EPOC la alta cantidad de trabajos que citan el coste progresivo de esta enfermedad en los presupuestos sanitarios y la importancia de las exacerbaciones y su frecuencia en dicho coste^{2,3}. Estudios realizados en España como el IBEREPOC cifran la prevalencia en el 9,1% para la población situada entre la quinta y séptima década de la vida⁴, insistiendo asimismo en el elevado nivel de infradiagnóstico también en los trabajos españoles.

Los datos consignados en las líneas anteriores podrían significar el resumen con el que comienzan todas las publicaciones actuales que se refieren a la EPOC desde el punto de vista general clínico, terapéutico o epidemiológico^{5,6}. Lo que resulta más atractivo de esta situación es que aún hoy día y, a nuestro juicio, durante los próximos años, se sigue discutiendo y tratando de consensuar nada menos que su definición, a la que se añaden matices casi cada año⁷⁻¹⁰ y que en un intento de síntesis podríamos resumir sin ánimo de simplificar excesivamente como un estado de limitación al flujo aéreo no totalmente reversible, con reducción permanente del flujo expiratorio máximo, debido a bronquitis o enfisema⁷.

En este entorno de incertidumbre en cuanto a definición, epidemiología, influencia de factores predisponentes, inflamación, tabaco, medio ambiente, incluyendo temperatura atmosférica, entorno más cercano, influencia psicógena, etc.^{11,12} sí existe una aplastante evidencia del alto coste social y económico de la enfermedad^{6,1} y sus exacerbaciones y los factores que influyen en ellas^{13,14}, sobre todo si requieren ingreso, y de su impacto diario en los servicios asistenciales que atienden a estos pacientes¹⁵.

Los datos más actuales muestran que las agudizaciones que requieren ingreso están aumentando en cantidad, quizá por corrección progresiva del infradiagnóstico tantas veces aludido o por la expansión geográfica de los dispositivos asistenciales sanitarios y en gravedad y el coste con aumento paulatino de la estancia media hospitalaria¹⁶⁻¹⁸, así como va adquiriendo cada vez mayor importancia la comorbilidad que acompaña a un alto porcentaje de los pacientes y la relevancia de estas entidades en la morbilidad y mortalidad hospitalarias de la EPOC^{1,19,20}.

La exacerbación por agudización de la EPOC sola o, más frecuentemente, asociada a otra patología, pero como diagnóstico principal, constituye el primer diagnóstico hospitalario no quirúrgico y supone el 3,46% de todos los ingresos del sistema sanitario público andaluz entre los años 1999 y 2003 con tendencia positiva año a año, llegando a ser el 11% de los ingresos en los servicios de medicina interna andaluces²¹. Casi el 60% de los casos codificados como EPOC que son dados de alta en los hospitales públicos lo hacen desde medicina interna y su comorbilidad es notable y superior a la de otros servicios.

Esta monografía pretende recoger y actualizar los criterios de manejo tanto desde el punto de vista de su aproximación diagnóstica como terapéutica de los episodios de exacerbación aguda de la EPOC, haciendo hincapié en los matices que la comorbilidad puede aportar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chapman KR, Mannino DH, Soriano JB, Vermeire PA, Buist AS, Thun MJ, et al. Epidemiology and cost of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Resp J*. 2006;27:188-207.
2. López Campos Bodineau JL, Fernández Guerra J, Lara Blanquer A, Perea-Milla López E, Moreno L, Cebrian Galardo JJ, et al. Análisis de los ingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Andalucía, año 2000. *Arch Bronconeumol*. 2002;38(10):473-8.
3. San Román Terán CM, Guijarro Merino R, Pérez Díaz JM. Coste de la hospitalización por EPOC en Andalucía, 1998-2002. *Arch Bronconeumol*. 2006;41(4):236-7.
4. Sobradillo Peña V, Miratvilles M, Gabriel R, Jiménez Ruiz CA, Villasanté C, Masa JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBEREPOC Multicentre Epidemiological Study. *Chest*. 2000;118:981-9.
5. Petty TL. The history of COPD. *International Journal of COPD*. 2006;1(1):3-14.
6. Sutherland ER, Cherniack RH. Management of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2004;350:2689-97.
7. Dauwels RA, Buist AS, Calverly PMA, Jenkins CR, Hurd SS on behalf of the GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Workshop Summary. *Am J Resp Crit Care Med*. 2001;169:1256-76.
8. The Asia Pacific COPD Roundtable Group. Global initiative for chronic obstructive lung disease strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung disease: an Asia-Pacific perspective. *Respirology*. 2005;11:9-17.

Correspondencia: C.M. de San Román y de Terán.

Jefe de Servicio de Medicina Interna.

Hospital Comarcal de la Axarquía.

Urbanización El Tomillar s/n.

29700 Vélez-Málaga. Málaga.

Correo electrónico: carlosm.sanroman.sspa.@juntadeandalucia.es

9. Juvelekian GS, Stoller JK. Cleveland clinic disease management. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). March 23rd. 2005. Disponible en: <http://www.clevelandclinicmeded.com/diseasemanagement/pulmonary/copd/copd.htm>.
10. 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.
11. Izquierdo Alonso JL. Nuevos conceptos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Patol Respir*. 2006;9Supl2:110-3.
12. Ramírez Prieto MT, García Río F, Vilamor J. Papel del estrés oxidativo en las enfermedades y su monitorización. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(10):386-96.
13. García Aymerich J, Monsó E, Marrades RM, Escarabill J, Félez MA, Sunyer J, et al and EFRAN investigators. Risk factors for hospitalization for Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Am Respir Crit Care Med*. 2001;164:1002-7.
14. Soler Cataluña JJ, Martínez García MA, Román Sánchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2005;60:925-31.
15. De La Fuente Cid R, González Barcala FJ, Posé Reino A, Valdés Cuadrado L. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, un problema de salud pública. *Rev Clin Esp*. 2006;206(9):442-3.
16. Donaldson GC, Wedzicha JA. COPD exacerbations. 1. *Epidemiology. Thorax*. 2006;61:164-8.
17. Grupo de Trabajo de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). Actualización de las recomendaciones ALAT sobre la exacerbación infecciosa de la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2004;40(7):315-25.
18. Rodríguez Roisin R. Toward a consensus definition for COPD exacerbations. *Chest*. 2000;117:S398-401.
19. Soriano JB, Visick GT, Muellerova H, Payvandi N, Hansell AL. Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in Primary Care. *Chest*. 2005;128:2099-107.
20. Almagro P, Calvo E, Ochoa de Echagüen A, Barreiro B, Quintana S, Heredia JL, et al. Mortality after hospitalization for COPD. *Chest*. 2002;121:1441-8.
21. San Román Terán CM, Gijarro Merino R. Servicios hospitalarios de Medicina Interna. Una descripción de la actividad en el Sistema Público Andaluz. *Rev Clin Esp*. 2006;206(1):4-11.

Anexo

ABREVIATURAS

AEPOC	Agudización de EPOC
ALAT	Asociación Latino-Americana del tórax
ATS	<i>American Thoracic Society</i>
BMI	Índice de masa corporal
BODE	Masa corporal, obstrucción al flujo, disnea y ejercicio
BOLD	<i>Burden of chronic obstructive lung disease</i>
BTS	<i>British Thoracic Society</i>
COPD	<i>Chronic obstructive pulmonary disease</i>
CPAP	Presión aérea positiva continua
CT	Tomografía computarizada
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
ECbV	Enfermedad cerebrovascular
ECV	Enfermedad cardiovascular
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ERS	<i>European Respiratory Society</i>
FEV	Capacidad vital
FEV ₁	Volumen espiratorio máximo por segundo
FVC	Capacidad vital forzada
GOLD	<i>Global initiative for chronic obstructive lung disease</i>
GRD	Grupos relacionados por el diagnóstico
HRQL	<i>Health Related Quality of Life</i>
HRCT	Tomografía computarizada de alta resolución
MEF25	Flujo espiratorio máximo al 25%.
NO	Óxido nítrico
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
PaO ₂	Presión parcial arterial de oxígeno
PaCO ₂	Presión parcial arterial de carbónico
PCR	Proteína C reactiva
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
T _{LCO}	Difusión para el monóxido de carbono
WHO	<i>World Health Organization</i>