

2002: un buen año capicúa para la EPOC

R. Rodríguez Roisin^a, J.L. Álvarez-Sala^b y V. Sobradillo^c

^aServei de Pneumologia i Al·lèrgia Respiratòria (ICPCT). Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

^bServicio de Neumología. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

^cServicio de Neumología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Universidad del País Vasco. España.

Durante el primer semestre de 2001 se publicaron de forma casi simultánea varios documentos afines, todos ellos complementarios, relacionados con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En España, una guía clínica para su diagnóstico y tratamiento en formato de normativa¹, auspiciada por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), magnífica actualización de la ya publicada en 1996², y unas recomendaciones dirigidas al mundo de la atención primaria redactadas por una comisión mixta constituida por la propia SEPAR y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC)³. A escala internacional, un conjunto de publicaciones encuadradas dentro del Proyecto o Iniciativa GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), entre las que se incluían la versión completa⁴, su resumen (*Executive Summary*)⁵, con traducción española⁶ ya distribuida a todos los miembros de SEPAR, y una guía de bolsillo para médicos y enfermeras (*Pocket Guide for Physicians and Nurses*)⁷, cuya versión española está en vías de preparación.

Por tanto, nos enfrentábamos a una amalgama de publicaciones que no eran más que el fiel reflejo de diferentes iniciativas nacionales e internacionales, con objetivos y sinergias comunes; a saber: unas estrategias similares de detección, prevención y tratamiento de la EPOC, con el importante legado de movilizar a todos los sectores de la sanidad comprometidos en esta acción. Merece destacarse que GOLD es un proyecto impulsado por dos instituciones científicas médicas internacionales del mayor prestigio y renombre: el National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), de los National Institutes of Health (NIH), y la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya participación y compromiso han sido cruciales.

De modo que, con todo este trasfondo, no sorprendiese que en junio de 2001 se crease la Comisión EPOC a instancias de la Junta Directiva de la SEPAR, para elaborar una estrategia conjunta de actividades dirigidas

a facilitar el conocimiento, difusión y debate en torno a la EPOC durante el año 2002. Este grupo de trabajo quedó ligado a la Fundación RESPIRA y tuvo, y tiene, el patrocinio de 10 firmas relevantes de la industria farmacéutica española. La Comisión propuso designar el año 2002, "Año EPOC". Su objetivo principal fue diseñar un programa de actividades e iniciativas en relación con la EPOC. Los objetivos prioritarios fueron los siguientes: en primer lugar, alertar a nuestros especialistas y a los médicos de atención primaria sobre el grave problema clínico y terapéutico que supone esta entidad, que comporta un enorme gasto de recursos sanitarios difícilmente sostenible y, en segundo lugar, llamar la atención a todos los interlocutores profesionales, políticos y sociales –con especial atención a pacientes, familiares y usuarios en general– sobre su importancia epidemiológica. En suma, se trata simplemente de recabar la movilización y complicidad de todos estos colectivos y de los más amplios sectores de nuestra sociedad para progresar hacia un objetivo común: la creación de una gran alianza o coalición que permita consensuar y multiplicar todos los esfuerzos necesarios para contrarrestar, y eventualmente frenar, el impacto creciente y dramático de la EPOC, cuya causalidad primaria en España estriba en el tan extendido hábito tabáquico. De ahí, pues, la lógica designación de 2002 como "Año EPOC".

Las actividades programadas a lo largo de éste incluyen un amplio programa científico, en el que destacaría por encima de cualquier otra propuesta el desarrollo de una Conferencia de Consenso sobre EPOC, que se celebrará en noviembre de 2002 en Madrid, en la sede del Ministerio de Sanidad y Consumo. Se trata de una experiencia hasta ahora nunca llevada a cabo en nuestro ámbito profesional, con un importante calado pedagógico tanto para los participantes como para los organizadores, y con un objetivo complementario, algo más mediático, de difusión del conocimiento de la EPOC a través de todos los medios de comunicación, dirigido a la población general.

Hasta aquí, el breve y puntual resumen de la historia y trayectoria de la Comisión. Pero, bajo todo ello subyacen varias preguntas importantes: ¿qué ha sucedido en el transcurso de aproximadamente los últimos 5 años en

Correspondencia: Dr. R. Rodríguez Roisin.
Servei de Pneumologia i Al·lèrgia Respiratòria. Hospital Clínic.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.

Recibido: 31-7-2002; aceptado para su publicación: 28-8-2002.

el contexto de la comunidad neumológica internacional para que se haya operado este cambio cualitativo tan importante a favor de la EPOC?, ¿por qué ahora y no 15 o 20 años atrás?, ¿qué ha ocurrido con la EPOC?, ¿es que no existía, era tabú su existencia o tan sólo sucedía que se ignoraba o “ninguneaba”? ¿qué nuevos elementos han aparecido para darle el protagonismo científico actual? No puede soslayarse que, hasta hace muy poco tiempo, el asma bronquial absorbía todas las prioridades asistenciales, científicas y económicas en neumología en cualquiera de los países de nuestro entorno socioeconómico, y que gracias a este ingente esfuerzo se ha desarrollado una serie de estrategias formidables que han facilitado un mejor diagnóstico y tratamiento del asma en todos los ámbitos.

Cabe destacar algunas posibles respuestas. En primer lugar, la prevalencia y la incidencia de la EPOC han crecido y van a crecer todavía más hacia cifras escalofrantes, difícilmente sostenibles para nuestra relativamente sólida infraestructura sanitaria⁴. Esta “epidemia” de EPOC, acuciante y alarmante, comporta tal demanda y consumo de recursos sanitarios que obligará a diseñar un plan asistencial general que incluya, además, la viabilidad de nuevos modelos asistenciales de atención al paciente.

En segundo lugar, la EPOC es una entidad clínica que ha sido ignorada, cuando no poco reconocida, por parte del colectivo médico en general. No en vano se la ha empezado a etiquetar como el “asesino silencioso” (*silent killer*) o “ignorado” (*unknown killer*). El símil del iceberg que navega a la deriva podría ser la imagen más ilustrativa de esta situación⁸. En el estudio IBERPOC⁹, diseñado para la detección de EPOC en siete zonas geográficas diferentes de España, se estableció que aproximadamente un 80% de los pacientes que padecían EPOC ignoraba este diagnóstico y que, de los previamente diagnosticados, tan sólo un 20% recibía tratamiento acorde con las recomendaciones más consensuadas¹⁰. Estas cifras, ciertamente alarmantes, son totalmente consistentes con otras referencias de la bibliografía⁸. Por tanto, y en la actualidad, la EPOC se diagnostica tarde y mal, cuando sus consecuencias respiratorias y sistémicas son ya acuciantes. Y a ello también contribuye, por desgracia, el propio paciente que no sabe o no quiere reconocer que tiene que buscar consejo y atención médicos ante la presencia de síntomas, que no desea o no sabe relacionar con el hábito tabáquico.

En tercer lugar, y este apartado en nuestra opinión es crucial, se ha operado un cambio sustancial entre los gestores de las principales instituciones sanitarias internacionales, como la NHLBI o la OMS. La EPOC, para estas instituciones, no debe ser ya contemplada como una enfermedad autoinfligida provocada esencialmente por el consumo desmesurado y compulsivo de cigarrillos y a la que sólo deberían aplicarse medidas preventivas antitabáquicas: todas estas instituciones apuestan actualmente por una estrategia más directa y agresiva contra la EPOC, dirigida a atajar no sólo las raíces del problema, sino también todas sus consecuencias clínicas.

Por último, y no menos importante, subyace todavía

mucho entre la clase médica un cierto grado de pesimismo en torno a la eficacia de las opciones terapéuticas vigentes, farmacológicas y no farmacológicas, que no se da en absoluto en otras enfermedades, como por ejemplo el asma bronquial. Este hecho debe terminar de una vez por todas, ya que hoy día se puede afirmar que se dispone de un arsenal terapéutico potente para la EPOC, que además se optimizará aún más en un futuro próximo. Esto permitirá establecer una estrategia de actuación cada vez más eficiente para abolir o, cuando menos, minimizar gran parte de la sintomatología de la EPOC. Así pues, esta visión nihilista del médico en el tratamiento de la EPOC, agudamente denunciada por nuestro último Conferenciante Manuel Tapia en el Congreso SEPAR, Bartolomé Celli, debe olvidarse y abolirse. Por todo ello, resulta imperativo y urgente conocer más y mejor la EPOC, para que así se puedan diseñar las mejores y más robustas estrategias terapéuticas. Esto debería comportar la investigación, tan sólo a modo de algunos ejemplos, de los mecanismos íntimos que expliquen los cambios estructurales subyacentes, la mejor estrategia educacional para prevenir el consumo de cigarrillos y otros factores causales menos conocidos, o los planteamientos terapéuticos de acuerdo con las condiciones clínicas individuales de cada paciente, tanto en su fase estable como durante las descompensaciones. Éstas, que representan un hito negativo y grave dentro de la historia natural de la EPOC, deben alcanzar pronto una definición lo más consensuada posible¹¹, para identificar sus marcadores clínicos y biológicos más predictivos y diseñar esquemas terapéuticos eficaces, entre los que no debería olvidarse los cuidados al paciente con EPOC avanzada, en fase ya terminal.

En cualquier caso, los efectos y resultados del Año EPOC en el que ya estamos plenamente inmersos, que no pueden ni deben ceñirse a la cronología puntual del propio año, comportan la implicación y el compromiso de todos los miembros de la SEPAR a escala individual en esta campaña contra la EPOC, que debe pivotar sobre cuatro pilares asistenciales básicos: así, cuando se atiende a un paciente con EPOC deberá pensarse, primero, en su posible existencia diagnóstica para explicar los síntomas subyacentes; segundo, deberá ponerse en evidencia mediante el empleo adecuado de la espirometría forzada, para objetivar su gravedad funcional; tercero, deberán evitarse los factores de riesgo, lo que llanamente significa recomendar la interrupción inmediata y el abandono radical del hábito tabáquico, y cuarto, deberán aplicarse las medidas terapéuticas más activas. En suma, orientación, diagnóstico, prevención y tratamiento de la EPOC, que no son más que el obligado abecé de toda práctica médica cotidiana correcta. En cualquier caso, la original utilización de la parábola de la resurrección de Lázaro hábilmente manejada por Agustí¹² en este mismo foro editorial hace tan sólo un año y medio, o sencillamente el reencuentro de nuestra especialidad con la EPOC, parece que empieza a consolidarse y prosigue una singladura en ascenso. Esperemos todos confiadamente que continúe y, sobre todo, que progrese para el bien de estos pacientes. Para ello necesitamos la complicidad y la colaboración de cada uno de nosotros

como miembros activos de la SEPAR. ¡A ello os invitamos!

La Comisión EPOC está integrada por: A.G.N. Agustí, F.J. Álvarez-Rodríguez, J.L. Álvarez-Sala, J.A. Barberá, G. Peces-Barba, M. Miravittles (Secretario) y R. Rodríguez Roisin (Coordinador). Tiene el patrocinio de las siguientes firmas: AlmirallProdesFarma, Astra-Zéneca Farmacéutica Spain, Aventis Pharma, Bayer, Boehringer Ingelheim España, Glaxo SmithKline, Laboratorios Menarini, Laboratorios Zambón, Novartis Farmacéutica y Pfizer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barberá 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. Montemayor T, Alfajeme I, Escudero C, Morera J, Sánchez Agudo L. Normativa sobre diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 1996;32:285-301.
3. Álvarez-Sala JL, Cimas R, 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. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Bethesda, National Heart, Lung and Blood Institute, 2001; NIH Publication N.º 2701; p. 1-100.
5. 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.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Estrategia global para diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Reunión de trabajo NHLBI/WHO. Resumen. Bethesda, National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, 2001; NIH Publication N.º 2701A; p. 1-30.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention. A guide for physicians and nurses. Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, 2001; NIH Publication N.º 2701B; p. 1-23.
8. Stang P, Lydick E, Silberman C, Kempel A, Keating ET. The prevalence of COPD: using smoking rates to estimate disease frequency. Chest 2000 (Suppl 2);117:S354S-9.
9. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez C, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. Estudio IBERCOP en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999;35:159-66.
10. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasanté 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.
11. Rodríguez-Roisin R. Toward a consensus definition for COPD exacerbations. Chest 2000 (Suppl 2);117:S398-401.
12. Agustí AGN. El síndrome de Lázaro o la EPOC resucitada. Arch Bronconeumol 2001;37:3-6.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA CONVOCATORIA DE PREMIOS Y BECAS 2003

PREMIO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA

Subvencionado por **ASTRA-ZENECA**
Tema libre de Neumología Pediátrica
Plazo de presentación: 15 de febrero de 2003

PREMIO GLAXO SMITHKLINE 2003

Tema libre de Neumología Pediátrica
Plazo de presentación: 15 de febrero de 2003

BECA MERK SHARP & DOHME DE ESPAÑA S.A. Beca de estancia corta

Para el fomento del aprendizaje de técnicas diagnósticas, terapéuticas o de laboratorio, relacionadas con nuestra actividad, en centros de la especialidad de reconocido prestigio nacional o internacional

Quedan excluidas las peticiones para asistir a Congresos o Conferencias
El plazo de presentación de solicitudes finalizará el **15 de febrero de 2003**

Las condiciones y características de los premios y becas pueden consultarse
en www.neumoped.es o solicitándolas a la Secretaría de la Sociedad Española
de Neumología Pediátrica

Calvet, 41-45, 4.º-4.ª. 08021 Barcelona