

Diagnóstico de la **EPOC**

en **6'**

de Atención Primaria

Coordinador: Dr. JA Quintano Jiménez

Autor: Dr. P. Panero Hidalgo



Diagnóstico de la **EPOC en 6'**

de Atención Primaria

Dr. José Antonio Quintano Jiménez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Especialista en Neumología

Coordinador Nacional del Grupo de Respiratorio de SEMERGEN

Lucena (Córdoba)

Dr. Pablo Panero Hidalgo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Granada

Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por la obstrucción persistente al flujo aéreo que suele ser progresivo y se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anómala a partículas y gases nocivos.

Esta limitación crónica es debida a una mezcla entre enfermedad de las pequeñas vías aéreas (**bronquiolitis obstructiva**) y destrucción parenquimatosa (**enfisema**), siendo la contribución variable de una persona a otra⁽¹⁾.

El principal **factor de riesgo** de la enfermedad incluye la exposición al humo del tabaco en la mayoría de los países desarrollados, aunque la contaminación ambiental, la quema de combustible biomasa y la exposición ocupacional están siendo reconocidos como otros factores de riesgo⁽²⁾.

PRIMER PASO

Diagnóstico de sospecha

Nos orientará sobre un posible caso de EPOC todo paciente que presente:

- Personas adultas con **exposición a factores de riesgo**, básicamente el hábito tabáquico (con una exposición de al menos 10 paquetes/año). Habitualmente suelen referir los síntomas a partir de los 35 años **y**
- **Presente sintomatología:** tos crónica con o sin esputo y disnea⁽³⁾.

Cálculo del índice paquetes/año

$$\text{Total paquetes/año} = \frac{(\text{N}^\circ \text{ años fumando} \times \text{N}^\circ \text{ cigarrillos fumados al día})}{20}$$

Las **manifestaciones clínicas** de la EPOC son inespecíficas y en las etapas tempranas de la enfermedad la sintomatología puede ser mínima, siendo la progresión e intensidad de los síntomas muy variable en cada individuo.

- Con cierta frecuencia los pacientes con EPOC pueden permanecer asintomáticos hasta estadios avanzados de la enfermedad.
- La presencia de tos crónica y expectoración suele preceder en varios años a la obstrucción de la vía aérea, y no todos los individuos que presenten estos síntomas acabarán desarrollando una EPOC.
- La disnea es el síntoma fundamental, aunque aparece en fases avanzadas⁽³⁾.

SEGUNDO PASO

Confirmación del diagnóstico

Espirometría posbroncodilatación

La obstrucción al flujo aéreo se define por la espirometría cuando el cociente volumen espiratorio forzado en el primer segundo/capacidad vital forzada (FEV_1/FVC) tras broncodilatación es **menor de 0,7** (o por debajo del límite inferior de la normalidad en personas mayores de 60 años)⁽⁴⁾.

Interpretación espirometría

	FEV ₁ /FVC	FVC	FEV ₁
Normal	>0,7	>80	>80
Obstrutivo	<0,7	>80	<80
Restrictivo	>0,85 o normal	<80	<80
Mixto	<0,7	<80	<80

Otras pruebas diagnósticas⁽⁴⁾

Radiografía de tórax	En estudio inicial del paciente con EPOC y valorar complicaciones. En las agudizaciones para el diagnóstico diferencial
Alfa-1 antitripsina	En todo EPOC al menos en una ocasión y en casos de EPOC en pacientes jóvenes o con historia familiar de EPOC
Analítica	Hemograma en paciente con EPOC con sospecha de complicaciones: valoraremos fundamentalmente poliglobulia y leucocitosis

TERCER PASO

Caracterización del fenotipo⁽⁵⁾

Una vez diagnosticado el paciente, el paso siguiente que recomienda la Guía Española de EPOC (GesEPOC) es la caracterización de la EPOC basada en fenotipos. Propone 4 fenotipos en la EPOC:

Fenotipo agudizador (≥ 2 agudizaciones/año)	Fenotipo agudizador con enfisema	Fenotipo agudizador con bronquitis crónica	Fenotipo mixto EPOC-asma
	Fenotipo no agudizador		
Fenotipo no agudizador (<2 agudizaciones/año)			
	Fenotipo enfisema	Fenotipo bronquitis crónica	

- **FENOTIPO NO AGUDIZADOR:** menos de 2 agudizaciones moderadas o graves al año (entendidas como aquellas que no han requerido corticoides sistémicos o antibióticos)⁽⁵⁾.
- **FENOTIPO AGUDIZADOR:** más de 2 agudizaciones moderadas o graves al año; pueden ser:
 - **Fenotipo agudizador tipo enfisema:** tiene escasa o ninguna expectoración crónica y predomina la disnea con tendencia a un IMC (índice de masa corporal) <21⁽⁵⁾.
 - **Fenotipo agudizador tipo bronquitis crónica:** predomina la tos con la expectoración y suele tener un IMC >21⁽⁵⁾.

- **FENOTIPO MIXTO:** se deben cumplir 2 criterios mayores o uno mayor y dos menores⁽⁵⁾:

Criterios mayores	Criterios menores
Prueba broncodilatadora muy positiva (incremento del FEV ₁ >15% y >400 ml)	Cifras elevadas de inmunoglobulina E total
Eosinofilia en esputo	Antecedentes personales de atopia
Antecedentes personales de asma	Prueba broncodilatadora positiva en al menos dos ocasiones (incremento del FEV ₁ >12% y >200 ml)

CUARTO PASO

Clasificación de la gravedad de la EPOC

Para clasificar la gravedad de la EPOC se emplean los índices multidimensionales. En Atención Primaria utilizaremos la **escala BODEx**⁽⁵⁾:

Marcadores		Puntuación			
		0	1	2	3
B	IMC (kg/m ²)	>21	≤21		
O	FEV ₁ (%)	≥65	50-64	36-49	≤35
D	Disnea (mMRC)	0-1	2	3	4
Ex	Exacerbaciones graves	0	1-2	≥3	

Para la valoración de la disnea utilizaremos la **escala mMRC⁽⁵⁾**:

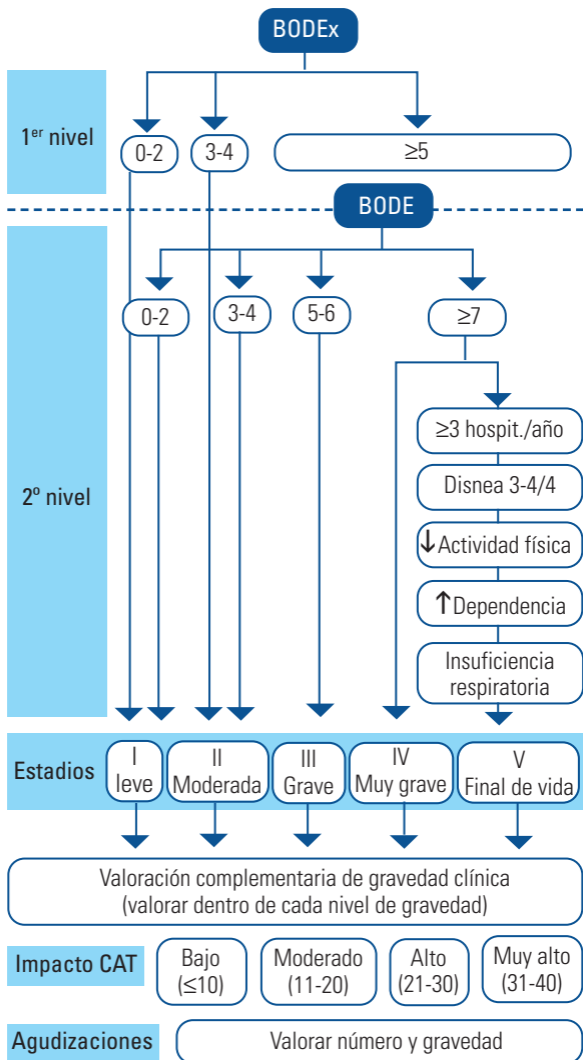
Grado	Actividad
0	Ausencia de disnea al ejercicio intenso
1	Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
2	La disnea produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano a su propio paso
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 m o pocos minutos después de andar en llano
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

GesEPOC, según los resultados obtenidos, hace una clasificación de la EPOC basada en 5 niveles: leve, moderada, grave, muy grave y final de la vida. Si la puntuación es de menos de 4 puntos, la atención será en Primaria, pero si es de 5 o más puntos, la atención será en Hospital, donde según la escala de BODE se obtendrá la clasificación de nuestro paciente con EPOC (cambia las exacerbaciones por la prueba de la distancia recorrida en 6 minutos)⁽⁵⁾.

Escala BODE⁽⁵⁾

Marcadores		Puntuación			
		0	1	2	3
B	IMC	>21	≤21		
O	FEV ₁ (%)	≥65	50-64	36-49	≤35
D	Disnea (MRC)	0-1	2	3	4
E	6 MM (m)	≥350	250-349	150-249	≤149

Clasificación de la gravedad de la EPOC según índices multidimensionales

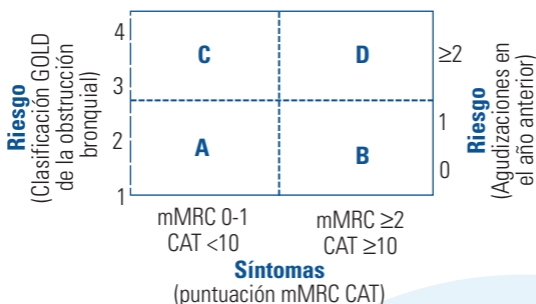


Valoración complementaria de la gravedad⁽⁵⁾

Para complementar la valoración de la gravedad del paciente con EPOC, aparte de los índices BODEx/BODE, es recomendable tener en cuenta:

- La frecuencia y gravedad de las agudizaciones.
- La puntuación obtenida al aplicar al paciente el cuestionario del *COPD Assessment Test* (CAT).

También la **GOLD** (*Global Initiative for Chronic Lung Disease*) establece una clasificación de los pacientes dependiendo de las agudizaciones, síntomas y función pulmonar⁽¹⁾:



¿Cuándo derivar una EPOC a Neumología?⁽⁶⁾

- Dudas en el diagnóstico (patrones mixto o restrictivo).
- BODEx igual o mayor de 5.
- EPOC grave o muy grave.
- EPOC en pacientes jóvenes o déficit de alfa-1 antitripsina.
- Disnea desproporcionada en pacientes con obstrucción grado moderado.

Referencias bibliográficas

1. Strategy G, The FOR, Of P, Obstructive C, Disease P. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Internet]. 2014. Available from: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jan23.pdf
2. Rabe KF, Wedzicha JA. Controversies in treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011 Sep 10 [cited 2014 Nov 5];378(9795):1038-47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21907867>
3. Trabajo G De, Task DG. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstruictiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Arch Bronconeumol* [Internet]. Elsevier; 2012 Jan [cited 2014 Oct 28];48(Supl 1):2-58. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300289612700352>
4. Peces-Barba G, Albert Barberà J, Agustí À, Casanova C, Casas A, Luis Izquierdo J, et al. Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2008 May;44(5):271-81. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300289608704307>
5. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish guideline for COPD (GesEPOC). Update 2014. *Arch Bronconeumol* [Internet]. Elsevier; 2014 Jan [cited 2014 Nov 5];50 Suppl 1(Supl 1): 1-16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24507959>
6. Sociedad Castellano-Leonesa y Cantabria de patología respiratoria, SEMERGEN, SEMG, SEMES SC-L medicina familiar y comunitaria. Documento de Consenso. Criterios de derivación e ingreso en la EPOC [Internet]. Available from: http://www.medicosva.es/NdSite/OnLineCache/FMS/30/46/26ba5bd2100e5cd94bfee05bb7d8c3bc/DOCUMENTO_CONSENSO.pdf

Acrónimos

CAT:	<i>COPD Assessment Test</i>
EPOC:	enfermedad pulmonar obstructiva crónica
FEV₁:	volumen espiratorio forzado durante el primer segundo
FVC:	capacidad vital forzada
GOLD:	<i>Global Initiative for Chronic Lung Disease</i>
IMC:	índice de masa corporal
mMRC:	<i>Medical Research Council</i> modificada
MRC:	<i>Medical Research Council</i>
6 MM:	distancia recorrida en la prueba de los 6 minutos marcha



SPI.1314.122014