



05

artículo

Sara Nuñez Palomo [[Buscar autor en Medline](#)]Jesús Molina París [[Buscar autor en Medline](#)]Jesús Méndez-Cabeza Velázquez [[Buscar autor en Medline](#)]

Algunas cuestiones pendientes

Situación de partida

La EPOC es una de las patologías menos conocidas y más infradiagnosticadas de nuestro entorno, atención primaria. El proyecto IBERPOC ¹ constituye el mejor trabajo de investigación sobre la prevalencia de la EPOC en nuestro país. En algunas regiones aisladas (Comunidad Valenciana, Vizcaya) se han publicado estudios sobre dicha prevalencia, pero es el IBERPOC el primero que se ha realizado de manera conjunta en diferentes regiones de España (rurales y urbanas). Se trata de un estudio observacional, transversal y multicéntrico de base poblacional, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de la EPOC en España, durante los años 1996-1997, a través del cálculo de la prevalencia en 7 regiones geográficas distintas (Oviedo, Cáceres, Vizcaya, Colmenar Viejo y Coslada en la provincia de Madrid, Mairena de Aljara en la de Sevilla y Malleu en Barcelona).

Incluyó un total de 4035 personas entre 40 y 69 años, de los que el 28,4% eran fumadores activos, el 23% exfumadores y el 48,6% no fumadores. Entre los resultados destaca una prevalencia del 9,1% de enfermos con EPOC (14,3 % varones y 3,9% mujeres), de los que el 78,2% no estaban diagnosticados y casi la mitad de los que presentaban una EPOC grave no recibía tratamiento alguno.

El paciente con EPOC suele necesitar asistencia médica frecuente e intensa, consumiendo una gran cantidad de recursos. Se sabe que del 10%-12% de las consultas de atención primaria y entre el 35% y 40% de las de neumología son originadas por esta enfermedad. Además, es responsable del 35% de las incapacidades laborales definitivas y constituye la cuarta causa de muerte en España, con una tasa global de 33 fallecimientos/100.000 habitantes/año.

Abordaje del tabaquismo

Así mismo llama la atención la escasa conciencia de toxicidad que los fumadores tienen de dicho hábito, y el efecto sobre los fumadores pasivos. Abundante evidencia reconoce cómo el humo del tabaco constituye uno de los principales contaminantes, y el tabaquismo pasivo la tercera causa evitable de muerte en los países desarrollados.

No obstante, se puede afirmar que en los últimos años se está observando un creciente interés por parte de las instituciones sanitarias y gubernamentales en la concienciación del efecto nocivo del tabaquismo, tanto como para el que lo consume como para el que convive con él. Así como un tímido aumento de las medidas legislativas que amplían los denominados espacios "libres de humo". Aún así queda mucho por hacer en este campo, sobretudo en lo que respecta a la prevención de iniciación del consumo, publicidad en medios de comunicación y control del cumplimiento de la legislación existente (¿cuántos lugares que en teoría son "libres de humo" realmente no lo son!)

Costes de la enfermedad

En el capítulo, de esta misma revista, "Magnitud del problema", Lobo et al repasan detenidamente los diferentes aspectos del "coste" de la enfermedad. Incidiendo en su importancia merece la pena comentar que, en España, recientemente Masa et al ² han realizado una detallada estimación de los costes directos que genera la EPOC en base a una muestra representativa del conjunto de la población española entre 40 y 69 años. La valoración se realizó retrospectivamente por medio de un cuestionario referido al último año. El coste medio por paciente fue de 98,39 euros, multiplicándose casi por 100 (909,5 euros) en aquellos enfermos previamente diagnosticados. El coste anual de la EPOC en España estimado fue de 238,2 millones de euros (referidos al año 1997), cifra que ha ascendido a 475 millones de euros anuales según los últimos datos publicados ³.

En el análisis detallado de gasto (consulta médica, ingreso hospitalario, pruebas

bibliografía

1. Jiménez-Ruiz CA, Sobradillo V, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, Miravittles M, Villasante C, Fernández-Fau L. Síntomas respiratorios y diagnóstico de EPOC en fumadores de distintas labores de tabaco. Resultados del estudio IBERPOC. Arch Bronconeumol 2002;38:530-5. (Full Text/PDF)

2. Masa JF, Sobradillo V, Villasante C, Jiménez-Ruiz CA, Fernández-Fau L, Miravittles M. Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. Arch Bronconeumol 2004; 40(2):72-9. (Full Text/PDF)

3. Rodríguez-Roisin R, Barberá JA, Sánchez-Agudo L, Molina París J, Sunyer J, Macián V, Navarro D, Hernando P, López Encuentra A, Puig F, Carné X. -Jurado de Consenso-, por el Grupo de Trabajo-Conferencia de Consenso para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Arch Bronconeumol 2003; 39(Supl 3):5-47. (Full Text/PDF)

4. Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Molina París J, Rodríguez González-Moro JM, 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(5):203-8. (Full Text/PDF)

5. Clotet J, Gómez-Arbonés X, Ciria C, Albalad JM. La espirometría es un buen método para la detección y el seguimiento de la EPOC en fumadores de alto riesgo en Atención Primaria. Arch Bronconeumol 2004;40(4): 155-9. (Full Text/PDF) **Ver más**

enlaces

No hay enlaces de interés



número actual



números anteriores



contactar



rceap en pda

diagnósticas, gasto de distintos fármacos...), se observa una notable desviación respecto a las prácticas recomendadas, tanto a nivel de diagnóstico como de tratamiento. Se realizaron 5 veces más análisis de sangre y 2,5 veces más electrocardiogramas y radiografías de tórax que espirometrías, cuando ésta última es la prueba que mejor define la enfermedad y determina el pronóstico del paciente. Al igual que en otros estudios, la mayoría de los pacientes son etiquetados de EPOC sin la realización de una espirometría, lo que supone un importante error de base. Respecto al coste farmacéutico de las agudizaciones, se observó un uso excesivo de corticoides inhalados y antibióticos respecto a las recomendaciones establecidas en guías terapéuticas para estos casos.



Por ello, los autores concluyen que es preciso optimizar los recursos diagnósticos y terapéuticos de la EPOC buscando un mejor control de la enfermedad e intentando disminuir los ingresos hospitalarios (que constituyen el mayor gasto porcentual). Se ha estimado que la desviación de las prácticas recomendadas por las sociedades científicas supone un gasto innecesario del 62%, del que el 82% corresponde a no diagnosticar la enfermedad en fases iniciales (el diagnóstico temprano de la enfermedad y su correcto tratamiento consigue en numerosas ocasiones frenar su progresión).

Inadecuado diagnóstico

Como ya se ha comentado, uno de los aspectos en los que se debe incidir es en el diagnóstico de la EPOC, y cuanto más precozmente se realice, mayor beneficio para el paciente y para la sociedad. En una rama del proyecto IDENTEPOC, se estudiaron 568 pacientes diagnosticados de EPOC⁴. De ellos el 10,3% no cumplían los criterios fundamentales y al 26,5% no se le había realizado nunca una espirometría. Llamó la atención el bajo porcentaje de médicos de atención primaria que diagnosticaron bien a sus pacientes (únicamente el 29,3%, frente al 84,8% de neumología), debido principalmente a la escasa disponibilidad de la espirometría (49,1% en atención primaria y 97,8% en especializada), y a la ausencia de un técnico bien entrenado en su realización (29,9% frente a 97,8%). Así mismo, en la mayoría de los centros no se realizan los controles de calidad necesarios para garantizar la fiabilidad de los resultados. Con todo ello, los autores inciden en la necesidad de una mayor y mejor formación de los médicos de atención primaria, sobre todo en la realización de espirometrías (su indicación, su disponibilidad, su realización por un técnico especializado, su interpretación y el control de calidad de la misma).

Algunos autores han defendido la utilidad de la realización de espirometrías como plan de cribado en pacientes fumadores de alto riesgo asintomáticos⁵. Por los estudios realizados hasta ahora se sabe que la extensión de dicha actuación a toda la población es poco eficiente, dado su bajo rendimiento. No obstante, en este estudio, se observó cómo un tercio de los pacientes dejó de fumar únicamente por conocer los resultados de su espirometría y, una vez más, el FEV1 tuvo un importante valor pronóstico para el desarrollo de la EPOC. Posiblemente nuevos estudios, algunos ya se han publicado en esta línea, confirmen la utilidad de la espirometría de cribado como factor positivo de salud general.

La desnutrición como factor pronóstico

Uno de los aspectos que han demostrado tener valor pronóstico independiente en el desarrollo de la enfermedad es el estado nutricional de los pacientes⁶. La desnutrición es un problema frecuente, con una prevalencia que oscila entre el 17% y el 47% de los enfermos, según se defina respecto al bajo peso corporal, desnutrición proteica o depleción grasa. Ésta última suele ser la más afectada, incluso en enfermos con normopeso. La etiología de la alta prevalencia de desnutrición en pacientes con EPOC se ha relacionado con aspectos relativos a la gravedad, como la hipoxia tisular, la hipercapnia o la disnea. No obstante, los autores insisten en la necesidad de profundizar en los mecanismos fisiopatológicos y el estado metabólico especial de estos enfermos, sobre todo en los estadios iniciales.

Tratamiento no adecuado a las normativas

Por último destacar las conclusiones de otra rama del estudio IDENTEPOC⁷, en la que se estudió la adecuación del tratamiento de la EPOC en atención primaria y en especializada. Los autores llaman la atención sobre la amplia utilización de corticosteroides inhalados, especialmente en escalones de gravedad de la enfermedad en los que las sociedades científicas no los recomiendan, según las cuales debería darse sólo a pacientes con EPOC grave, respuesta espirométrica documentada y exacerbaciones de repetición. También cabe destacar la infrutilización de anticolinérgicos, aunque dado que son datos de 1997, se estima que su uso se va instaurando paulatinamente. Por último, se observa una sobreprescripción de teofilinas y mucolíticos, muy por encima de la evidencia científica que abala su administración. Los pacientes con EPOC son tratados prácticamente igual, sin distinción por niveles de gravedad, grado de disnea o calidad de vida, en base principalmente a un mal diagnóstico y estadiaje. Las conclusiones de este estudio invitan a la reflexión sobre la calidad asistencial realizada y la necesidad de formación de los profesionales en la adecuación a las actuales recomendaciones terapéuticas.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003