

Variaciones locales en el tratamiento de la EPOC

Javier de Miguel Díez

Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

A pesar de que en los últimos años se han desarrollado múltiples campañas contra el consumo de tabaco, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) sigue siendo en la actualidad un importante problema de salud pública, con unas tasas de prevalencia y mortalidad en continuo crecimiento. En España, según datos del estudio IBERPOC, la prevalencia de la EPOC es del 9,1% en las personas de 40-70 años —14,3% en los varones y 3,9% en las mujeres—, con importantes diferencias según el área geográfica¹. En el ámbito internacional, y de acuerdo con los resultados del proyecto Burden of Lung Disease (BOLD), una iniciativa creada en el año 2002 para conocer la verdadera situación de la EPOC en diferentes países del mundo, la prevalencia de esta enfermedad, definida como estadio I o superior de la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), oscila en el 11,4-26,1% según el área geográfica y en general es más elevada en los varones que en las mujeres². Utilizando un criterio más estricto, desde una perspectiva de salud pública, la prevalencia de pacientes en estadio II o más alto de la GOLD en dicho estudio es del 10,1% de forma global, con un 11,8% para los varones y un 8,5% para las mujeres, y notables diferencias geográficas. Aunque estas cifras superan a las obtenidas en algunos trabajos precedentes^{3,4}, siguen la misma línea que las encontradas en otros estudios más recientes, en los que se ha utilizado una metodología similar, como es el caso del Proyecto Latinoamericano para la Investigación de la Obstrucción Pulmonar (PLATINO)⁵. Según este estudio, realizado en 5 ciudades latinoamericanas, la prevalencia de la EPOC —pacientes en estadio I o más alto— oscila entre el 7,8% en la Ciudad de México y el 19,7% en Montevideo y es más elevada en los varones, en las personas de mayor edad y en aquellas con un nivel educativo más bajo, menor índice de masa corporal y mayor exposición al humo del cigarrillo. La prevalencia de pacientes con estadio II o más alto en este estudio es del 2,6-7,1%. Como puede apreciarse de los datos expuestos, hay amplias diferencias en la prevalencia de la EPOC en las distintas zonas geográficas, relacionadas probablemente con la frecuencia de los

factores de riesgo y la distribución de la edad en cada una de ellas. Estas variaciones pueden determinar, al menos parcialmente, la existencia de diferencias locales en la utilización de las diversas medidas terapéuticas.

En cuanto a la mortalidad, la EPOC supone en la actualidad la cuarta causa de muerte en todo el mundo, aunque la previsión es que se sitúe en el tercer lugar antes de 2020^{6,7}. Si se cumplen las expectativas, esta enfermedad se convertirá en la causa de muerte de más rápido crecimiento en las economías desarrolladas del mundo.

A pesar de los datos expuestos, uno de los grandes problemas en el abordaje asistencial de la EPOC sigue siendo el infradiagnóstico, que afecta a más del 75% de los individuos con esta enfermedad^{1,8,9}. Así, se ha demostrado que numerosos pacientes continúan sin ser diagnosticados durante gran parte de la historia natural de su enfermedad, de manera que suelen requerir atención médica cuando ya han perdido alrededor de la mitad de su capacidad respiratoria¹⁰. Entre las posibles causas de esta situación se encuentran la insuficiente utilización de la espirometría en atención primaria^{11,12} y la existencia de un largo período en fase de enfermedad leve y poco sintomática, que los fumadores confunden con la disnea natural del envejecimiento o la tos del fumador. En cualquier caso, no cabe duda de que la principal consecuencia del infradiagnóstico es el infratratamiento de esta enfermedad, es decir, que no se adopten medidas tales como un energético consejo antitabaco y un tratamiento y seguimiento adecuados de aquella¹³. En sentido contrario, un diagnóstico precoz permitiría intervenir en fases más tempranas y mejorar de una manera clara la repercusión personal, familiar y social de la enfermedad¹⁴.

Otro problema importante en el diagnóstico de la EPOC es el de los falsos positivos. Al estudiar la efectividad de un programa de cribado de la EPOC, Miravittles et al detectaron que, de los pacientes seleccionados en atención primaria como posibles casos, un 10% presentaba asma bronquial y el 34,8% no mostraba ninguna enfermedad obstructiva¹⁵. Posteriormente, el estudio IDENTPOC reveló que el 10,2% de las personas evaluadas había sido diagnosticado de EPOC mediante criterios de función pulmonar, pero no presentaban un patrón obstructivo en el momento de su evaluación¹¹. Más recientemente, el proyecto PLATINO ha demostrado que efectuar un diagnóstico previo de EPOC en ausen-

Correspondencia: Dr. J. de Miguel Díez.
Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
C/ Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid. España.
Correo electrónico: jmiguel.hugm@salud.madrid.org

Recibido: 1-1-2008; aceptado para su publicación: 15-1-2008.

cia de obstrucción al flujo aéreo sigue siendo un problema frecuente. Así, de 237 personas con un diagnóstico previo de EPOC en dicho estudio, más de la mitad no cumplían criterios de obstrucción⁹. Este hecho puede llevar a instaurar pautas inadecuadas de tratamiento, con el consiguiente incremento del gasto farmacéutico, la aparición de efectos secundarios y la reducción de los beneficios esperados del tratamiento¹⁶. De nuevo los errores diagnósticos, cuya magnitud es variable en los distintos estudios, se traducen en desaciertos terapéuticos.

Aunque tradicionalmente había existido una actitud terapéutica negativa, en la actualidad contamos con tratamientos específicos que hacen de la EPOC una enfermedad tratable⁸. En primer lugar, se dispone de una eficaz terapéutica farmacológica antitabaco. Por otra parte, la introducción de los fármacos broncodilatadores de larga duración, tanto agonistas β_2 -adrenérgicos (salmeterol, formoterol) como anticolinérgicos (tiotropio), ha permitido obtener importantes mejoras farmacológicas. El tratamiento con glucocorticoides inhalados es capaz de reducir el número de exacerbaciones, incrementar levemente el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) y mejorar la calidad de vida en los pacientes con EPOC moderada y grave. En cuanto a las medidas no farmacológicas, hay evidencia de que la administración anual de la vacuna antigripal reduce la mortalidad y el número de hospitalizaciones durante los períodos epidémicos, por lo que debería recomendarse a todos los pacientes con EPOC. Por otra parte, el papel de la oxigenoterapia y de la rehabilitación también está claramente definido en estos enfermos¹⁷.

Si bien en la última década se han publicado numerosas guías clínicas dirigidas a estandarizar el manejo clínico de la EPOC¹⁸, en diversos estudios se ha puesto de manifiesto el escaso seguimiento que se hace de ellas en la práctica habitual, tanto por lo que respecta al diagnóstico como por lo que atañe al tratamiento de la enfermedad^{1,11,19,20}. Así, por ejemplo, en el estudio IBERPOC se evidenció que sólo el 21,8% de los casos de EPOC detectados se había diagnosticado previamente y únicamente el 19,3% de los pacientes estaba tratado con medicación respiratoria. Además, menos de la mitad de los enfermos con un FEV₁ inferior al 50% recibía algún tratamiento para su enfermedad respiratoria¹. Más recientemente, el estudio IDENTEPOC también ha puesto de manifiesto la falta de rigor al establecer el diagnóstico de EPOC y el escaso seguimiento de las recomendaciones terapéuticas^{11,20}.

En un reciente número de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA se exponen nuevos resultados del proyecto PLATINO²¹. En concreto, se aportan datos sobre el uso de medidas preventivas y la prescripción de fármacos para la EPOC estable en las 5 ciudades de Latinoamérica que forman parte del estudio. Una vez más, los autores ponen de manifiesto la pobre utilización de pautas de probada eficacia en el manejo de esta enfermedad. Además, el análisis conjunto de la situación en diferentes países, utilizando una metodología similar, permite comprobar el desigual uso que se hace de ellas en distintas zonas de América Latina. Las diferencias en la

prevalencia de la EPOC y en el acceso a las pruebas diagnósticas, fundamentalmente a la espirometría, son factores que pueden contribuir a las variaciones locales en lo que respecta al tratamiento. Sin embargo, el estudio se ha realizado únicamente en centros urbanos y no se ha evaluado la situación de las zonas rurales, en las que es probable que sean mayores las tasas de infradiagnóstico y, por consiguiente, de infratratamiento. Desde el punto de vista preventivo, en este estudio llama la atención el empleo insuficiente del consejo médico, que se aplica a sólo la mitad de los fumadores o ex fumadores, y la pobre utilización de las terapias farmacológicas para el cese del tabaquismo, a pesar de que se ha demostrado que el abandono de este hábito es una intervención coste-eficaz y constituye la principal medida para evitar el desarrollo y la progresión de la EPOC. También es escasa, en general, la indicación de la vacuna antigripal, recomendada en todas normativas, aunque existen amplias diferencias entre los centros participantes. Por otra parte, sólo una cuarta parte de los pacientes con EPOC recibe algún tipo de medicación respiratoria, aumentando su uso con la gravedad de la enfermedad, en consonancia con algunos estudios previos^{1,22}, y asociándose su prescripción con un diagnóstico médico previo, la realización de una espirometría alguna vez en la vida y la gravedad de la enfermedad. No se ha estudiado la relación entre la disnea o la calidad de vida y el tratamiento de los pacientes, a pesar de que en otros estudios se ha detectado que estos factores determinan asimismo el tratamiento de la EPOC²³. Una limitación de este estudio es que la contabilización de las medidas preventivas y la terapia farmacológica se realizó retrospectivamente sobre el último año. Por otra parte, el hecho de que la mayor parte de los pacientes identificados presentara una EPOC leve ha podido influir en el escaso uso de las medidas terapéuticas analizadas. Sin embargo, los resultados son superponibles a los de otros estudios de base poblacional y distan mucho de ser óptimos.

En resumen, los datos expuestos en este artículo ponen de manifiesto el incorrecto manejo actual en los pacientes con EPOC. Para intentar mejorar la práctica asistencial diaria de estos enfermos, es fundamental la difusión y puesta en marcha de las normativas de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. También debería insistirse en la mayor utilización de la espirometría, ya que, como se ha demostrado en el estudio PLATINO, no sólo es una herramienta diagnóstica aislada, sino también un factor clave a la hora de plantear el tratamiento de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sobradillo Peña V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Fernando Masa J, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest*. 2000;118:981-9.
2. Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, et al. International variation in the prevalence of COPD (The BOLD study): a population-based prevalence study. *Lancet*. 2007;370:741-50.
3. Halbert RJ, Isonaka S, George D, Iqbal A. Interpreting COPD prevalence estimates: what is the true burden of disease? *Chest*. 2003;123:1684-92.

4. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2006;28:523-32.
5. Menezes AM, Pérez-Padilla R, Jardim JR, Muino A, López MV, Valdivia G, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet*. 2005;366:1875-81.
6. López AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Held LS, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J*. 2006;27:397-412.
7. Mathers CD, Roncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLOS Medicine*. 2006;3:2011-30.
8. De Miguel Díez J. A favor del término EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:480-2.
9. Talamo C, De Oca MM, Halbert R, Perez-Padilla R, Jardim JR, Muino A, et al; PLATINO team. Diagnostic labeling of COPD in five Latin American cities. *Chest*. 2007;131:60-7.
10. Buist AS, Celli B, Dahl R, Figueroa-Casas JC, Jenkin C, Montemayor T. Panel discussion on ATS and ERS guidelines on COPD: is there a need for national guidelines?. *Eur Respir Rev*. 1996;6:250-2.
11. De Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Molina París J, Rodríguez González-Moro JM, De 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;39:203-8.
12. Naberan K, De la Roza C, Lamban M, Gobartt E, Martín A, Miravittles M. Utilización de la espirometría en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:638-44.
13. Miravittles M, De la Roza C, Naberan K, Lamban M, Gobartt E, Martín A, et al. Problemas con el diagnóstico de la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol* 2006;42:3-8.
14. Agustí AGN. EPOC, ¿adónde vamos? *Arch Bronconeumol*. 2004;40:6-8.
15. Miravittles M, Fernández I, Guerrero T, Murio C. Desarrollo y resultados de un programa de cribado de la EPOC en atención primaria. El proyecto PADO. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:500-5.
16. Figueras M. Estimación del impacto de las prácticas asistenciales no recomendadas en el abordaje de la EPOC. Barcelona: SOI-KOS; 1999.
17. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. SEPAR-ALAT, 2007. En: www.separ.es.
19. De Lucas Ramos P, De Miguel Díez J, López Martín S, Rodríguez González-Moro JM. EPOC: normativas, guías, vías clínicas... *Arch Bronconeumol*. 2004;40 Supl 1:9-15.
20. Roche N, Lepage T, Bourcereau J, Terrioux P. Guidelines versus clinical practice in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2001;18:903-8.
21. De Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Rodríguez González-Moro JM, De Lucas Ramos P, Molina París J. Tratamiento farmacológico de la EPOC en dos niveles asistenciales. Grado de adecuación a las normativas recomendadas. *Arch Bronconeumol*. 2003;39:195-202.
22. López Varela MV, Muiño A, Pérez Padilla R, Jardim JR, Tálamo C, Montes de Oca M, et al. Tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en cinco ciudades de América Latina: estudio PLATINO. *Arch Bronconeumol*. 2008;44:58-64.
23. Kim DS, Kim YS, Jung KS, Chang JH, Lim CM, Lee JH, et al. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Korea: a population-based spirometry survey. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;172:842-7.
24. De Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Molina París J, Bellón Cano JM, Rodríguez González-Moro JM, De Lucas Ramos P. Factores determinantes de la prescripción farmacológica en los pacientes con EPOC estable. Resultados de un estudio multicéntrico español (IDENTEPOC). *Arch Bronconeumol*. 2005;41:63-70.