



Editorial

Cambios en la tendencia sobre la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica: ¿realidad o ficción?



Changes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Mortality Trends: Fact or Fiction?

Cristina Represas Represas^a, Alberto Ruano Raviña^{b,c} y Alberto Fernández Villar^{a,*}^a Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Instituto de Investigación Biomédica de Vigo, Vigo, Pontevedra, España^b Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública - CIBERESP, España

Debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad y costes asociados, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye un grave problema sanitario en la actualidad¹. Los efectos relacionados con la exposición tabáquica acumulada, el envejecimiento paulatino de la población, la disminución en el infradiagnóstico y la influencia de los nuevos tratamientos y mejores condiciones de vida son factores que podrían producir cambios en la prevalencia y la mortalidad de la EPOC. Se espera que tanto la prevalencia como la mortalidad alcancen su máximo en las próximas 2-3 décadas¹⁻³. Sin embargo, diversos estudios de cohortes nacionales, europeos y norteamericanos sobre tendencias de mortalidad por EPOC han generado cierta incertidumbre sobre si realmente esta enfermedad se está estabilizando o incluso está disminuyendo^{2,4,5}. Especialmente relevante es el reciente trabajo de López-Campos et al.⁵, que ha analizado el patrón de mortalidad por EPOC de 27 países europeos (incluyendo España) de la serie temporal transcurrida entre 1994 y 2010. Los resultados indican que para la gran mayoría de países existe una tendencia constante y decreciente en la mortalidad en varones, siendo el descenso mucho más débil en las mujeres, lo que nos hace ver el futuro con algo más de optimismo.

La discrepancia entre estos resultados y lo observado en otros estudios nos obliga a reflexionar sobre estos hallazgos y a plantearnos si la mortalidad por EPOC realmente está disminuyendo o existen problemas metodológicos en este tipo de estudios, ya que es ampliamente reconocida la dificultad que entraña establecer la causa específica de muerte y los factores precipitantes en los pacientes con esta enfermedad, especialmente en los más graves y de mayor edad^{3,5,6}. Diversos trabajos han demostrado que la mortalidad por EPOC está infradiagnosticada en pacientes con EPOC muy grave, de forma que solo en el 22% de los certificados de defunción se incluye esta enfermedad como causa principal de muerte⁷. Paradójicamente, casi la mitad de los casos en los que sí constaba la EPOC como causa de muerte no había una espirometría

obstructiva, reflejo de la importante imprecisión diagnóstica que existe en la EPOC⁷. Es posible que, tal y como discuten los autores^{5,8}, en los resultados puedan estar influyendo mejoras en los registros y codificación de las causas de muerte y en la precisión diagnóstica de los pacientes con EPOC. El aumento progresivo de la edad media de los pacientes fallecidos por EPOC en España, que en 1990 era de 76,3 para los varones y de 79,7 para las mujeres y en 2005 de 79,7 en los varones y 83,7 en las mujeres¹, no hace más que «complicar» la exactitud en la codificación de la causa de muerte. A los clínicos nos cuesta cada vez más precisar si el paciente fallece «por» EPOC o «con» EPOC en los pacientes más ancianos, dada la coexistencia de esta con cardiopatías descompensadas, neoplasias avanzadas o procesos infecciosos agudos. El estudio TORCH fue el primer gran ensayo clínico internacional que analizó en pacientes con una obstrucción bronquial moderada las causas de mortalidad en los pacientes con EPOC. Un comité de expertos demostró que únicamente en la mitad de los casos la causa real de fallecimiento coincidía con la descrita en las historias médicas de los pacientes⁶. En esta deficiente clasificación de la certificación de la causa de muerte por EPOC influiría también que esta es muchas veces realizada por médicos que no han tenido una relación directa con el paciente⁶.

Otro aspecto que debe destacarse del estudio de López Campos et al.⁵ es la variabilidad observada entre diferentes países, de forma que, a pesar de los datos globales ya comentados, se describe que la mortalidad por EPOC aumentó en el periodo de estudio en 5 países en hombres y en 11 en mujeres, especialmente en Grecia, Malta, Estonia y Luxemburgo.

Los estudios de tendencias en enfermedades respiratorias^{4,5}, que analizan el patrón de enfermedad, en este caso por EPOC, son especialmente relevantes por 3 aspectos.

En primer lugar, ponen claramente de manifiesto la necesidad de ahondar en la investigación de la EPOC como causa de muerte, ante la práctica ausencia de estudios de su fiabilidad. Esto es muy importante para la planificación de políticas sanitarias y la asignación de los recursos dedicados a prevenir y tratar esta enfermedad, pues un descenso de mortalidad por EPOC significaría a medio plazo que los recursos se dirijan a otras patologías. Sería interesante estudiar de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alberto.fernandez.villar@sergas.es (A. Fernández Villar).

forma rigurosa las verdaderas causas de fallecimiento de los pacientes incluidos en los estudios poblacionales de prevalencia de la EPOC en España⁹ y en las cohortes de pacientes con EPOC que varios grupos de investigación españoles han conseguido registrar¹⁰ y comprobar cómo se codifica la causa de muerte, especialmente en aquellos más mayores.

El segundo aspecto que deriva de estos trabajos es la obligatoriedad que tenemos los profesionales sanitarios de registrar correctamente nuestra actividad para que posteriormente se puedan realizar estudios fiables que nos ayuden a conocer mejor las enfermedades que tratamos. Esta faceta queda en evidencia ante las dudas que existen acerca del adecuado registro o no de la causa de muerte por EPOC que se comenta en el artículo y en el editorial que lo acompaña^{5,8}.

En tercer lugar, este tipo de investigaciones que dan una panorámica global de un problema de salud y su evolución en el tiempo permiten tener una visión muy clara de la efectividad de los tratamientos disponibles, poder explicar la variabilidad encontrada entre diferentes poblaciones teóricamente similares, conocer la posible existencia de diferencias entre sexos y asociar posibles cambios en las tendencias con la aparición de tratamientos más efectivos o intervenciones de salud pública que modifiquen los patrones de enfermedad. Por ello necesitaríamos estudios similares (sobre mortalidad y prevalencia), y no solo en EPOC sino también sobre otras patologías respiratorias frecuentes como pueden ser el asma o el síndrome de apnea-hipopnea del sueño, máxime cuando el Instituto Nacional de Estadística acaba de informar que en nuestro país se ha producido un incremento desde 2010 a 2012 del 12% en la mortalidad por causas respiratorias¹¹. Estas investigaciones

permitirán además planificar los recursos de investigación sobre las patologías que causen una mayor carga de enfermedad en la población.

Bibliografía

1. Estrategia Nacional en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política social [consultado Ene 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/frmjornadaEPOC.htm>
2. Almagro P, Salvadó M, Garcia-Vidal C, Rodriguez-Carbalreira M, Delgado M, Barreiro B, et al. Recent improvement in long-term survival after a COPD hospitalisation. *Thorax*. 2010;65:298-302.
3. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García. Metodología e impacto clínico de los estudios de mortalidad en la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2008;44 Supl 2:21-8.
4. Ford ES, Mannino DM, Wheaton AG, Giles WH, Presley-Cantrell L, Croft JB. Trends in the prevalence of obstructive and restrictive lung function among adults in the United States: Findings from the National Health and Nutrition Examination surveys from 1988-1994 to 2007-2010. *Chest*. 2013;143:1395-406.
5. López-Campos JL, Ruiz-Ramos M, Soriano JB. Mortality trends in chronic obstructive pulmonary disease in Europe, 1994-2010: A joinpoint regression analysis. *Lancet Respir Med*. 2014;2:54-62.
6. Drummond MB, Wise RA, John M, Zvarich MT, McGarvey LP. Accuracy of death certificates in COPD: Analysis from the TORCH trial. *COPD*. 2010;7:179-85.
7. Jensen HH, Godtfredsen NS, Lange P, Vestbo J. Potential misclassification of causes of death from COPD. *Eur Respir J*. 2006;28:781-5.
8. Ekström MP. The rise and fall of COPD mortality. *Lancet Respir Med*. 2014;2:4-6.
9. Soriano JB, Miravittles M, Borderías L, Duran-Tauleria E, García Río F, Martínez J, et al. Geographical variations in the prevalence of COPD in Spain: Relationships to smoking, death rates and other determining factors. *Arch Bronconeumol*. 2010;46:522-30.
10. Marin JM, Alfageme I, Almagro P, Casanova C, Esteban C, Soler-Cataluña JJ, et al. Multicomponent indices to predict survival in COPD: The COCOMICS study. *Eur Respir J*. 2013;42:323-32.
11. Instituto Nacional de Estadística [consultado 4 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>