



# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## EDITORIAL

### Aplicación de las guías de práctica clínica en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica

### Application of clinical practice guidelines in chronic obstructive pulmonary disease

L. Lores\*

*Servicio de Neumología, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España*

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es sin duda una de las enfermedades más relevantes en el mundo occidental. En España, la prevalencia estimada para población de 40–69 años se sitúa en el 9,1%<sup>1</sup>, lo cual permite inferir unas cifras que superan el millón y medio de personas afectadas en nuestro país. La tendencia para los próximos años es igualmente desalentadora debido, entre otras razones, a la incorporación reciente de la mujer al tabaquismo y al todavía elevado consumo de tabaco en nuestra sociedad. Más allá de las cifras brutas de prevalencia, la realidad individual muestra una enfermedad que, a medida que progresa, comporta un deterioro del estado de salud del paciente, intolerancia al ejercicio, exacerbaciones repetidas y mortalidad prematura. El perfil crónico y progresivo de la enfermedad, su elevada prevalencia y un control deficiente con frecuentes desestabilizaciones son las principales causas de una fuerte demanda asistencial. Se estima que cerca del 10–12% de todas las consultas médicas en atención primaria y aproximadamente el 10% de los ingresos de causa médica son debidos a esta enfermedad<sup>2</sup>. Además, la EPOC se sitúa en la actualidad como la quinta causa de muerte en España y la cuarta en el mundo, únicamente por detrás de las enfermedades coronarias, las cerebrovasculares y las neoplasias, siendo la única enfermedad de este grupo que está aumentando en frecuencia<sup>3</sup>. Para el año 2020 se espera que

ocupe el tercer lugar en el escalafón mundial de mortalidad y el quinto en incapacidad<sup>3</sup>.

Con el objeto de mejorar este panorama, el 3 de junio de 2009 fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) la Estrategia en EPOC. Todas las sociedades científicas implicadas, las asociaciones de pacientes y las administraciones central y autonómicas formaron una alianza para impulsar la asistencia e investigación en EPOC, desarrollando, entre otras medidas, una guía de práctica clínica (GPC) interdisciplinar de tratamiento de la EPOC. Así inició su desarrollo GESEPOC<sup>4</sup> cuyo mayor reto es conseguir su despliegue en la práctica diaria.

La variabilidad en la práctica clínica es inherente al acto clínico<sup>5,6</sup>. Médicos de un mismo servicio o de distintos hospitales diagnostican y tratan de manera diferente un mismo proceso, pero la variabilidad en la práctica clínica parece contradecirse con la medicina basada en la evidencia que se caracteriza por definir cuál es la mejor actuación médica<sup>6</sup>. Para reducir dicha variabilidad se han diseñado las GPC, instrumentos que persiguen mayor uniformidad de actuación y mejor calidad asistencial. Las principales sociedades científicas, tanto nacionales como internacionales, han elaborado GPC y aunque han contribuido a mejorar la asistencia al paciente con EPOC, su grado de cumplimiento sigue siendo insuficiente y variable, y la realidad asistencial dista mucho del escenario ideal. Según datos del estudio IBERPOC<sup>1</sup>, cerca del 80% de los pacientes con EPOC no había sido diagnosticado previamente, mientras que algo más del 50% de los casos graves no recibía tratamiento específico<sup>1</sup>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [luis.lores@pssjd.org](mailto:luis.lores@pssjd.org)

En el estudio EFRAM, algo más del 85% de los pacientes ingresados por exacerbación de la enfermedad no había participado en programas de rehabilitación respiratoria durante el año previo<sup>7</sup>, lo cual resulta discordante, ya que las principales GPC recomiendan su indicación incluso en estadios iniciales de la enfermedad. Estos datos coinciden con los presentados en el artículo de Díaz Grávalos et al.<sup>8</sup> publicado en este número y en el que los autores cuestionan la adecuación de las guías GOLD/SEPAR en el diagnóstico de la EPOC, e indican que el cumplimiento de las GPC en nuestro país es insuficiente y la calidad asistencial, mejorable, detectándose fuertes variaciones, incluso entre los propios profesionales de la salud. Esta rémora no es exclusiva de España. Un estudio norteamericano diseñado para evaluar la calidad de la asistencia dispensada a pacientes con enfermedad obstructiva pulmonar encontró que únicamente el 58% de los pacientes con EPOC recibía un tratamiento ajustado a la norma, siendo mejores los resultados en la exacerbación (60,4%) que durante el período de estabilidad de la enfermedad (46,1%)<sup>9</sup>. El estudio detectó fuertes variaciones geográficas y una menor calidad asistencial entre los pacientes con menor renta económica, lo que subraya la necesidad de implantar aproximaciones de equidad en la atención. Recientemente, una auditoría británica sobre hospitalizaciones de pacientes con EPOC ha revelado que las unidades que tienen mejor calidad organizativa presentan menor mortalidad, lo que anima a buscar estrategias para mejorar la calidad asistencial<sup>10</sup>.

Entre las causas del bajo cumplimiento de las GPC está la tendencia generalizada a diseñarlas sin tener en cuenta cuestiones metodológicas tan elementales como la opinión de a quien van dirigidas, quién tiene que aplicarlas, el coste económico y el beneficio esperado de ellas, y su independencia de intereses comerciales o corporativistas.

Así en el ámbito de la *Comisión de Medicina y Especialidades Relacionadas del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut* se desarrolló un estudio<sup>11</sup> en el que se evaluaban diversas guías de algunos de los procesos asistenciales más prevalentes, entre ellas 3 relacionadas con la EPOC. De esta forma, utilizando el instrumento AGREE (*Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation*)<sup>12</sup> se valoró la metodología utilizada en su elaboración, y aunque definían bien sus objetivos y a quién iban dirigidas fallaban en cuanto a la implicación en su elaboración de los agentes que deberían aplicarlas, sin tener en cuenta la opinión de los pacientes afectados. La mayoría de las guías no considera las dificultades con las que puede enfrentarse el profesional cuando decide aplicarlas.

Las guías deben ser elementos de ayuda en la práctica clínica con un solo objetivo: su aplicación. No tiene sentido que una guía que haya supuesto un gran esfuerzo de revisión bibliográfica y consenso para observar la evidencia científica permanezca luego sin aplicar. Para conseguir que se utilicen, las guías deben definir claramente sus objetivos y su población diana, buscando la participación y el consenso de todos los profesionales que en un futuro la aplicarán, recogiendo la opinión de los pacientes y las dificultades estructurales y económicas que va a comportar su aplicación.

Para mejorar el cumplimiento de las GPC también es necesario definir estándares de calidad. Dicho en otros

términos, establecer el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad en un determinado proceso, determinando el nivel mínimo que comprometería la calidad del proceso. Un documento que, empleando una metodología basada en la evidencia, unifique criterios de asistencia, y el consiguiente sistema de evaluación para mejorar la atención del paciente con EPOC. Estos estándares se recogen en el documento publicado por Soler-Cataluña et al.<sup>13</sup>.

El desarrollo de GESEPOC ha supuesto un gran esfuerzo, y el éxito que puede suponer su utilización solamente se conseguirá con una alta aplicación práctica diaria, situación que hasta el momento ninguna guía ha conseguido y que en este caso pudiera ser diferente, dado el sistema de elaboración utilizado.

## Bibliografía

1. Sobradillo Pena V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF. Geographical variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest*. 2000;118:981-9.
2. Soler JJ, Sánchez L, Latorre M, Alamar J, Román P, Perpiña M. Impacto asistencial hospitalario de la EPOC. Peso específico del paciente con EPOC de alto consumo sanitario. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:375-81.
3. Jemal A, Ward E, Hao Y, Thun M. Trends in the leading causes of death in the United States, 1970-2002. *JAMA*. 2005;294:1255-9.
4. Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)-Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Arch Bronconeumol*. 2012;48 Suppl. 1:2-58.
5. Cabre M, Bolivar I, Pera G, Pallares R, Pneumonia Study Collaboration Group. Factors influencing length of hospital stay in community-acquired pneumonia: study in 27 community hospitals. *Epidemiol Infect*. 2004;132:821-9.
6. Choudhry NK, Fltcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med*. 2005;142:260-73.
7. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;176:532-55.
8. Díaz Grávalos GJ, Palmeiro Fernández G, Valiño López MD, Robles Castiñeiras A, Fernández Silva MJ, Reinoso Hermida S, et al. Adecuación diagnóstica en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Calid Asist*. 2012;6:305-10.
9. Mularski RA, Asch SM, Shrank WH, Kerr EA, Setodji CM, Adams JL. The quality of obstructive lung disease care for adults in the United States as measured by adherence to recommended processes. *Chest*. 2006;130:1844-50.
10. Price LC, Lowe D, Hosker HSR, Anstey K, Pearson MG, Roberts CM. UK national COPD audit 2003: impact of hospital resources and organization of care on patient outcome following admission for acute COPD exacerbation. *Thorax*. 2006;61:837-42.
11. Capdevila JA, Gavagnach M, Martínez S, Torres A. Evaluación crítica de las guías de práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:376-9.
12. AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica [consultado 01 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.agreetrust.org>; Versión en español disponible en: <http://www.guiasalud.es>
13. Soler-Cataluña JJ, Calle M, Cosío B, López Campos JL, Marín JM, Agüero R, et al. Estándares de calidad asistencial en la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:196-203.