

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, un problema de salud pública

R. de la Fuente Cid^a, F. J. González Barcala^b, A. Pose Reino^a y L. Valdés Cuadrado^b
 Servicios de ^aMedicina Interna y ^bNeumología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene como factor etiológico fundamental el tabaco. Con una prevalencia en España del 9%, aunque infravalorado según los últimos estudios, genera unos 39.000 ingresos hospitalarios al año. Con una tasa de reingresos entre el 12% y el 32%, siendo las infecciones la causa fundamental. El coste asistencial medio por paciente desde su diagnóstico hasta el fallecimiento es de unos 27.500 euros, a lo cual deberíamos añadir un alto porcentaje de absentismo laboral. Por su cronicidad, elevado coste sanitario y la posible mejoría de la calidad de vida del paciente, la solución al problema pasa por una implicación mucho más activa por parte de los médicos que los asisten.

PALABRAS CLAVE: EPOC, prevalencia, reingresos, salud pública.

De la Fuente Cid R, González Barcala FJ, Pose Reino A, Valdés Cuadrado L. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, un problema de salud pública. Rev Clin Esp. 2006;206(9):442-3.

COPD, a public health problem

The fundamental etiologic factor of COPD is tobacco. This has a 9% prevalence in Spain and although this rate is underestimated according to the last studies, COPD generates about 39,000 hospital admissions per year. It has a re-admission rate between 12% and 32%, infections being the fundamental cause. The average care cost per patient from its diagnostic to death is 27,500 € and we should add a high percentage of employee absenteeism. Due to its chronic aspect, high health care cost and possible improvement of the quality of life of patient, the solution to the problem needs to have a more active involvement of the doctor who attends these patients.

KEY WORDS: COPD, prevalence, readmissions, public health.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad caracterizada por la obstrucción crónica y poco reversible de la vía aérea, cuyo factor etiológico fundamental es el tabaco¹, participando otros factores como el tabaquismo pasivo, la contaminación ambiental, la carga genética y posiblemente un cierto grado de hiperreactividad bronquial¹.

En la exploración funcional respiratoria es característica la reducción del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y del cociente FEV1/capacidad vital forzada (FVC), con escasa o nula respuesta en las pruebas de broncodilatación¹.

La prevalencia de la EPOC en España se estima en el 9,1%², con una clara tendencia a incrementarse. En el año 1970 el número de consultas en medicina general por esta enfermedad fue del 11,1% para varones y del 1,5% para mujeres, pasando en el año 1980 a ser del 26,2% y del 7,8%, respectivamente³. Este incremento de prevalencia se produce fundamentalmente a expen-

sas del sexo femenino, como se demuestra por la evolución de la mortalidad por EPOC en otros países donde la mujer se ha incorporado al hábito tabáquico más precozmente que en España. Así, en EE.UU. se produce un incremento de mortalidad por EPOC entre las mujeres del 126% entre 1974 y 1993⁴.

Muchos pacientes están sin diagnosticar, pues sólo el 22% de los pacientes identificados en el estudio IBERPOC eran conocidos previamente⁵. Además, los diagnósticos erróneos alcanzan en algunos estudios en Atención Primaria el 70%⁶.

En este momento supone la sexta causa de mortalidad y la decimosegunda de morbilidad en el mundo, siendo la estimación de que en el año 2020 se convierta en la tercera causa de muerte y la quinta de incapacidad⁷.

Un elevado porcentaje de las descompensaciones que acuden a urgencias requieren ingreso hospitalario, alcanzando en algunas series el 45%⁸. Las infecciones, fundamentalmente bacterianas aunque también víricas, son la causa fundamental de las agudizaciones de la EPOC, siendo responsables de hasta el 80% del total de estos episodios⁹.

Dadas sus características de crónica y progresiva supone un coste elevado tanto en consumo de recursos sanitarios como para la calidad de vida del individuo¹. El coste asistencial medio de un paciente desde que se diagnostica hasta su muerte es de unos 27.500 €. El

Correspondencia: R. De la Fuente.
 Servicio de Medicina Interna.
 Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
 C./ Choupana, s/n.
 15706 Santiago de Compostela (A Coruña)
 Correo electrónico: ramondfc@yahoo.es

Aceptado para su publicación el 17 de marzo de 2006.

diagnóstico precoz se asocia a mayor supervivencia y menores costes, siendo éstos de 13,9 años y 9.730 €, respectivamente, cuando se diagnostican en fases de obstrucción leve o moderada, contra 10 años y 43.785 € si el diagnóstico se hace en fases de obstrucción grave¹⁰. Junto con la patología cerebrovascular supone el proceso no quirúrgico de mayor coste hospitalario¹¹. Los ingresos hospitalarios suponen más del 50% de los costes directos generados por los pacientes¹²; superando el 70% cuando se le añaden los costes farmacológicos¹³.

A pesar de su elevada prevalencia, el manejo de los ingresos por agudización de EPOC es deficiente, ya que en casi la mitad de los casos no existe confirmación espirométrica del diagnóstico, y en menos del 30% de los fumadores existe advertencia expresa del abandono del hábito tabáquico¹⁴.

También la EPOC se asocia con un importante absentismo laboral, suponiendo según el estadio de la enfermedad, leve, moderado o grave, un incremento de la probabilidad de faltar al trabajo atribuible a la enfermedad del 3,4%, del 3,9% y del 14,4%, respectivamente¹⁵. Diversos factores se han relacionado con el incremento de la probabilidad de agudización de la EPOC, siendo los más destacables: el número de agudizaciones sufridas previamente, nivel de educación e ingresos del hogar, grado de contaminación ambiental, deterioro del FEV1, no utilización de oxígeno estando indicado, hipersecreción mucosa crónica, grado de disnea, menor índice de masa corporal (IMC), menor distancia en la prueba de marcha de 6 minutos, peores resultados en la gasometría arterial reflejados en menor PaO₂ o mayor PaCO₂ y mayor presión arterial pulmonar¹⁶⁻¹⁹. En cuanto a otros factores se obtuvieron resultados contradictorios. El hábito tabáquico en unos trabajos se relaciona con menor riesgo de agudización¹⁹, no demostrándose este efecto en otros¹⁶. La comorbilidad se asocia a mayor riesgo de agudizaciones para unos autores^{17,18}, no influyendo para otros¹⁶. La edad parece aumentar el riesgo de agudizaciones en unos casos¹⁸ y en otros no se observa este efecto¹⁶. Las tasas de recaída tras una agudización de la EPOC pueden superar el 25%^{20,21}. Está en discusión el valor de la edad y de la comorbilidad como predictores de reingreso. Así, la comorbilidad, especialmente cardiológica, se asocia a mayor riesgo de reingreso en unos trabajos^{17,22}, aunque para otros autores no se aprecia esta asociación²³. También la mayor edad se ha asociado con incremento de los reingresos^{7,22}, aunque en otros trabajos no se demuestra esta relación²³. Otras características del paciente o de la enfermedad de base incrementan el riesgo de reingreso, como las exacerbaciones el año previo, el sexo femenino, mayor disnea basal, limitación para la actividad física, peor función pulmonar valorada por espirometría, menor PaO₂, menor pH sanguíneo o mayor PaCO₂^{7,17,20,22,23}. En lo referente al tratamiento, parece clara una reducción en el riesgo de reingreso con la utilización, al menos en algún grupo de pacientes, de los corticoides inhalados, los corticoides sistémicos y una más lenta supresión de los mismos^{22,24,25}, mientras se incrementan los reingresos en los pacientes tratados

con oxígeno domiciliario, anticolinérgicos, teofilina o con un mayor número de broncodilatadores²².

En conclusión, dada su elevada prevalencia, consumo de recursos, repercusión en la calidad de vida y tendencia a incrementarse, consideramos que la EPOC supone un serio problema de salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Gold Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163(5):1256-76.
2. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol*. 1999;35:159-66.
3. Strachan D. Epidemiology: a British perspective. En: Calverley P, Pride N, editors. *Chronic obstructive pulmonary disease*. London: Chapman and Hall; 1995. p. 47-67.
4. Mannino DM, Brown C, Giovino GA. Obstructive lung disease deaths in the United States from 1979 through 1993. An analysis using multiple-cause mortality data. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;156:814-8.
5. Villasante Fernández-Montes C. IBERPOC, valoración de resultados. *Arch Bronconeumol*. 1999;35 Supl 3:40-3.
6. 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.
7. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349:1498-504.
8. Emerman CL, Efron D, Lukens TW. Spirometric criteria for hospital admission of patients with acute exacerbation of COPD. *Chest*. 1991;99:595-9.
9. Calverley PMA, Walker P. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2003;362:1053-61.
10. Figueras M, Brosa M, Gisbert R. El coste de la bronquitis crónica en España. Enfoque incidencia. *Rev Esp Farmacoeconomía*. 1999;2:33-43.
11. Alonso P. Proyecto coste por proceso. *Hospitales Insalud*. Madrid; 1995.
12. Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Gisbert R; DAFNE Study Group. Pharmacoeconomics evaluation of acute exacerbations of chronic bronchitis and copd. *Chest*. 2002;121:1449-55.
13. Masa JF, Sobradillo V, Villasante C, et al. Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:72-9.
14. Roberts CM, Ryland I, Lowe D, Kelly Y, Bucknall CE, Pearson MG, et al. Audit of acute admissions of COPD: standards of care and management in the hospital setting. *Eur Respir J*. 2001;17(3):343-9.
15. Sin DD, Stafinski T, Ng YC, Bell NR, Jacobs P. The impact of chronic obstructive pulmonary disease on work loss in the United States. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002;165(5):704-7.
16. Kessler R, Faller M, Fourgaut G, Mennecier B, Weitzenblum E. Predictive factors of hospitalization for acute exacerbation in a series of 64 patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;159(1):158-64.
17. Miravittles M, Murio C, Guerrero T. Factors associated with relapse after ambulatory treatment of acute exacerbations of chronic bronchitis. DAFNE Study Group. *Eur Respir J*. 2001;17(5):928-33.
18. Miravittles M, Guerrero T, Mayordomo C, et al. Factors associated with increased risk of exacerbation and hospital admission in a cohort of ambulatory COPD patients: a multiple logistic regression analysis. The EOLO Study Group. *Respiration*. 2000;67(5):495-501.
19. García-Aymerich J, Monso E, Marrades RM, Escarabill J, Felez ME, Sunyer J, et al. Risk factors for hospitalization for a chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. EFRAM study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;164(6):1002-7.
20. Kim S, Emerman CL, Cydulka RK, Rowe BH, Clark S, Camargo CA. Prospective multicenter study of relapse following emergency department treatment of COPD exacerbation. *Chest*. 2004;125(2):473-81.
21. Adams SG, Melo J, Luther M, Anzueto A. Antibiotics are associated with lower relapse rates in outpatients with acute exacerbations of COPD. *Chest*. 2000;117:1345-52.
22. McCrory DC, Brown C, Gelfand SE, Bach PB. Management of acute exacerbations of COPD: a summary and appraisal of published evidence. *Chest*. 2001;119(4):1190-209.
23. Dewan NA, Rafique S, Kanwar B, Sathary H, Ryschon K, Tillotson GS, et al. Acute exacerbation of COPD: factors associated with poor outcome. *Chest*. 2000;117:662-71.
24. Burge PS, Calverley PMA, Jones PW, Spencer S, Anderson JA, Maslen TK. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial. *BMJ*. 2000;320:1297-303.
25. Aaron SD, Vandemheen KL, Hebert P, Dales R, Stiell IG, Ahuja J, et al. Outpatient oral prednisone after emergency treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2003;348:2618-25.