

Manejo de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una zona de salud

T. Santamaría Rodríguez, Á. Crespo del Pozo, J. Guerrero Pardo, J. Carmona de la Morena, A. Delgado Rubio, C. Vidal Algara y R. Orueta Sánchez

Médicos de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

OBJETIVOS. Describir las características clínicas y el manejo terapéutico de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

MÉTODOS. Estudio observacional, descriptivo y transversal en el ámbito de Atención Primaria (medio urbano). Los sujetos fueron todos los pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica de cuatro consultas de medicina general de un Centro de Salud (n = 69).

RESULTADOS. *Características generales:* el 79,7% varones, edad media de 73,8 años (desviación estándar 9,4), el 37,6% fumadores y el 37,6% exfumadores, el 11,6% con exposición laboral. *Situación basal:* evolución media de 7,9 años (desviación estándar 4,4), estadiaje (I: 36,5%; IIa: 50,9%; IIb: 6,3%), volumen espiratorio máximo medio 59,1 (desviación estándar 16,7), capacidad vital forzada media 71,4 (desviación estándar 17,6), volumen espiratorio máximo/capacidad vital forzada media de 70,9 (desviación estándar 16,2) pO₂ media de 43,6 (desviación estándar 9,9). *Tratamiento:* el 53,6% vacunados de gripe y el 1,4% con vacunación antineumocócica. Fármacos más empleados: estimuladores beta corta duración (77,2%), corticoides inhalados (59,6%) y anticolinérgicos (54,4%). *Acontecimientos en el último año:* 6 precisaron ingreso. Media de exacerbaciones anuales 1,03 (rango 0-9).

CONCLUSIÓN. El perfil de nuestros pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica se ajusta al descrito en la literatura. Existe una baja tasa de vacunación entre los mismos y una excesiva utilización de corticoides dadas las recomendaciones de los consensos.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tratamiento.

OBJECTIVE. Describe the clinical characteristics and therapeutic handling of patients with chronic obstructive pulmonary disease.

MATERIAL AND METHODS. Observational, descriptive, cross-sectional study in the Primary Health Care setting (urban setting). The subjects were all the patients diagnosed of chronic obstructive pulmonary disease from four general medicine offices in a Health Care Center (n = 69).

RESULTS. *General characteristics:* 79.7% male, mean age 73.8 years (SD 9.4), 37.6% smokers and 37.6% ex-smokers, 11.6% with work exposure. *Baseline situation:* mean course of 7.9 years (SD 4.4), staging (I:36.5%, IIa 50.9%, IIb: 6.3%), mean FEV 59.1 (SD 16.7), mean FVC 71.4 (SD 17.6), mean FEV/FVC of 70.9 (SD 16.2), mean pO₂ of 43.6 (SD 9.9). *Treatment:* 53.6% flu vaccination and 1.4% with antipneumococcal vaccination. Drugs used most: short duration beta-stimulants (77.2%), inhaled corticosteroids (59.6%) and anticholinergics (54.4%). *Events in the last year:* 6 required hospital admission. Mean yearly exacerbations 1.03 (range 0-9).

CONCLUSIONS. The profile of our patients with chronic obstructive pulmonary disease adjusts to that described in the literature. There is a low rate of vaccination among them and excessive use of corticosteroids, given the recommendations by consensus.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), treatment.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se define como un proceso caracterizado por la presencia de

obstrucción de la vía aérea permanente y lentamente progresiva, ocasionada por la bronquitis crónica y el enfisema¹.

La EPOC es una patología con alta prevalencia en nuestro país, ligada directamente a la del tabaquismo², situándose según los últimos estudios en torno al 9% en personas mayores de 40 años, y ascendiendo esta cifra hasta un 20% en mayores de 65 años³⁻⁷.

Correspondencia: T. Santamaría Rodríguez.
C/ Chile 3, 4.º D.
45004 Toledo.

Recibido el 10-3-03; aceptado para su publicación el 09-10-03.

Se han implicado numerosos factores de riesgo en la etiología de esta enfermedad, siendo el hábito tabáquico el principal factor implicado en el inicio y progresión de esta patología^{8,9}; si bien sólo el 15%-20% de los fumadores desarrollan la enfermedad, en los pacientes diagnosticados de EPOC la proporción de fumadores supera el 80%².

Esta enfermedad supone en España un 10%-12% de las consultas de Atención Primaria¹⁰; estimándose que los costes atribuibles a la EPOC alcanzan los 2.500 millones de euros²; siendo la responsable de la cuarta parte de las muertes en España, aconteciendo dicha defunción en los 10 años siguientes al diagnóstico en la mitad de los casos².

En el diagnóstico de la EPOC es de crucial importancia realizar una detallada historia clínica, recogiendo los síntomas que presentan los pacientes (tos, expectoración y disnea), así como los antecedentes personales y familiares¹; sin embargo, la espirometría es imprescindible para la confirmación diagnóstica, la valoración de la intensidad de la enfermedad y orientación del pronóstico y tratamiento¹¹. El resto de pruebas complementarias (radiografía de tórax, gasometría, pulsioximetría, etc.) se utilizarán como pruebas diagnósticas adicionales, como apoyo en el diagnóstico diferencial con otras patologías y valoración puntual de las posibles exacerbaciones de la enfermedad.

El tratamiento correcto de estos pacientes, así como el cumplimiento del mismo, son dos aspectos de crucial importancia; dentro de las medidas no farmacológicas es imprescindible conseguir el abandono tabáquico. Se han publicado numerosos protocolos que, basándose en la clínica del paciente y en los fármacos disponibles, nos permiten tratar a estos enfermos de forma correcta, contando para ello con diferentes fármacos (β_2 -agonistas de corta y larga duración, anticolinérgicos, corticoides orales e inhalados, teofilinas, mucolíticos y oxigenoterapia domiciliaria) que iremos introduciendo paulatinamente y según nos marquen las guías en el tratamiento de estos pacientes. Siempre debemos dar consejo antitabaco y revisar la técnica de inhalación, así como evaluar la adherencia y tratar las agudizaciones¹⁰.

Debido a la importancia sociosanitaria de esta patología, decidimos realizar un estudio cuyo principal objetivo fue describir las características clínicas y el manejo terapéutico de los pacientes diagnosticados de EPOC en nuestro centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud "Sillería" de Toledo, centro de características urbanas que atiende a una población total aproximada de 12.000 habitantes. Para obtener los objetivos descritos se planteó un estudio de diseño observacional, descriptivo y transversal.

Los datos se recogieron mediante la revisión de las historias clínicas de aquellos pacientes con diagnóstico de EPOC, definido clínica y espirométricamente. Fueron recogidos datos de todos los pacientes diagnosticados de dicho proceso de 4 cupos de medicina de familia.

Las variables recogidas en cada caso fueron: datos sociodemográficos (edad, sexo, etc.), años de evolución de la enfermedad, hábito tabáquico y factores de riesgo cardiovascular (diabetes, cardiopatía previa) y datos espirométricos (volumen espiratorio máximo en 1 segundo [FEV₁], capacidad vital forzada [CVF] e índice de Tiffeneau), características gasométricas, tratamiento de base (β_2 -agonistas de corta y larga duración, anticolinérgicos, corticoides orales e inhalados, teofilinas, mucolíticos y oxigenoterapia domiciliaria). Así mismo se recogió si nuestros pacientes estaban vacunados contra la gripe y el neumococo y la media de exacerbaciones y de ingresos que padecieron en el período de un año (entre el 1 de febrero de 2001 y el 1 de febrero de 2002).

Los datos obtenidos fueron introducidos en una base de datos del programa estadístico R-Sigma y el tratamiento estadístico fue realizado a través del mismo utilizándose herramientas de estadística descriptiva (medidas de tendencia central y de dispersión).

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 69 pacientes diagnosticados de EPOC, de los cuales un 20,29% eran varones y el resto mujeres; de ellos un 72,46% tenían una edad superior a 70 años, siendo la media de edad de 73,84 (desviación estándar [DE] 9,44;). Fumaban un 37,68%, siendo el porcentaje de exfumadores el mismo y el de los que nunca habían fumado del 24,64%. La media de años de evolución de la enfermedad fue de 7,91 (DE 4,43;).

Los valores espirométricos medios encontrados en nuestros pacientes fueron: FEV₁ = 59,19 (DE 16,72), coeficiente de variación (CV) = 71,41 (DE 17,64) e índice de Tiffenau = 70,90 (DE 16,23). Así mismo, en la figura 1 se recoge la distribución por estadios según dichos datos espirométricos.

De los datos recogidos de las últimas gasometrías incluidas en las historias de estos pacientes, obtuvimos una

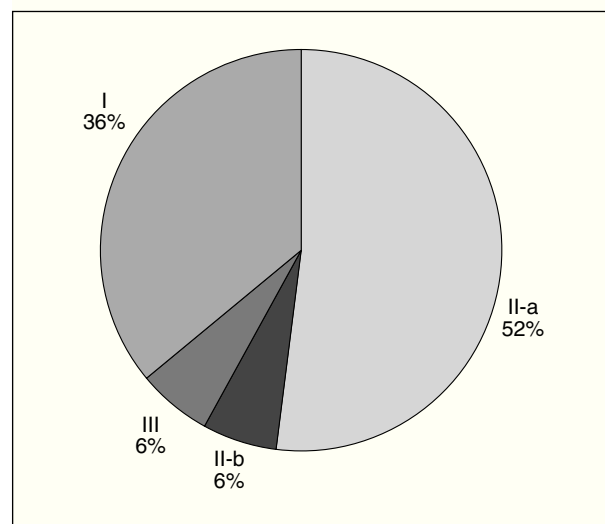


Figura 1. Estadios de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

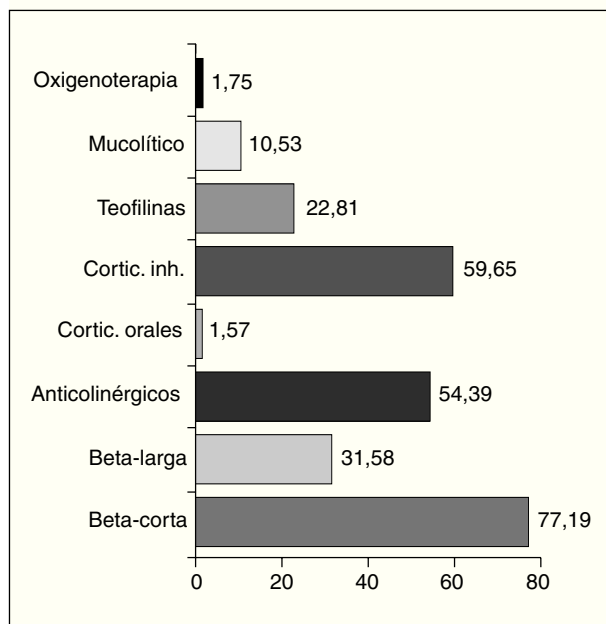


Figura 2. Tratamiento.

media de pO_2 de 68,93 (DE 10,32;), una pCO_2 media de 43,63 (DE 9,95) y el bicarbonato medio fue de 25,87 (DE 5,40).

Los fármacos utilizados en el tratamiento de base de esta patología quedan representados en la figura 2, reseñando que en ninguno de los casos en que se pautó corticoides se realizó prueba broncodilatadora previa.

En cuanto al estado de vacunación, un 53,62% habían recibido la vacuna antigripal en la última campaña de vacunación y tan sólo un 1,45% la vacuna antineumocócica.

La media de exacerbaciones en el período estudiado fue de 1,03 (DE 1,56) y un 8,70% de los pacientes precisaron ingreso hospitalario en ese año.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados podemos concluir, en lo referido a las características sociodemográficas de nuestros pacientes, que éstos concuerdan con los resultados obtenidos en otros estudios^{3,6,12-15}. Algo similar sucede con los resultados espirométricos¹², predominando los pacientes en estadio moderado. En cuanto al hábito tabáquico, nuestras cifras de fumadores activos son superiores en comparación con otro estudio¹⁶, lo cual nos parece de crucial importancia, ya que como hemos comentado anteriormente el tabaco es el principal factor de riesgo asociado al inicio, desarrollo y evolución de esta patología.

La media de exacerbaciones de nuestros pacientes fue inferior a otro estudio¹⁷, siendo también inferior el número de pacientes ingresados¹⁸.

Recientemente se han publicado recomendaciones dirigidas al diagnóstico y tratamiento de la EPOC, entre ellas la elaborada de forma conjunta por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y la Sociedad Es-

pañola de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)¹⁹; otras recomendaciones han sido publicadas por la *European Respiratory Society* (ERS)²⁰, la *American Thoracic Society* (ATS)²¹, y la *British Thoracic Society* (BTS)²².

En relación a los corticoides inhalados, se recomienda en líneas generales su uso en pacientes sintomáticos con un respuesta favorable a una prueba terapéutica previa, en pacientes con hiperreactividad bronquial y en aquellos con EPOC grave y exacerbaciones frecuentes que requieran antibióticos y corticoides sistémicos^{19,22}. Por todo esto y comparando la utilización de estos medicamentos en nuestros pacientes con otros estudios¹², consideramos excesivo su uso y además son pautados sin realización de prueba broncodilatadora previa.

Por otra parte los anticolinérgicos se prescriben en un bajo porcentaje de los pacientes, sobre todo si tenemos en cuenta que su prescripción es recomendada en todas las guías clínicas, y en algunas de ellas, como el consenso americano de la ATS, se recomienda como primera elección²¹.

Destaca el empleo de mucolíticos, los cuales son tratamientos con acción mucocinética y antioxidante cuyo uso es debatido, ya que la evidencia actual sobre su eficacia es cuestionable^{21,22}, por lo que antes de recomendar su uso de forma regular deberíamos esperar a conocer los resultados de múltiples estudios controlados que corroboren su eficacia.

En lo que se refiere a la vacunación antigripal, consideramos muy bajo el porcentaje de pacientes vacunados que aparece en el registro de vacunación en la historia clínica (cercano a un 50) aunque superior al de otro estudio²³; pensamos que ello puede ser debido a un insuficiente registro de este dato.

Concluimos que el manejo de estos pacientes puede ser mejorado siguiendo de forma más precisa las recomendaciones de las guías de actualización de tratamiento existentes. Así mismo incidir sobre el consejo antitabaco y sobre la utilización de vacunas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naberan K. Medicina de Familia Basada en la Evidencia. Tratamiento broncodilatador de la EPOC. *Aten Primaria* 1998;21:109-13.
2. Naberan K, Lambán M, Molina J. Programa de Formación en EPOC en Atención Primaria. Unidad didáctica I:EPOC: definición, diagnóstico y clasificación. Barcelona: Sanidad y Ediciones SL, 2002.
3. Villasante C, en representación del comité científico del Estudio IBERPOC. IBERCOP: Valoración de resultados. *Arch Bronconeumol* 1999;35(Suppl 3):40-3.
4. Miratvilles M, Sobradillo V, Villasante C, Gabriel R, Masa JF, Jiménez CA, et al. Estudio epidemiológico de la EPOC en España: reclutamiento y trabajo de campo. *Arch Bronconeumol* 1999;35:152-8.
5. Sobradillo V, Miratvilles 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.
6. Ecayve-Sustaeta JM, Villena Garrido MV, Pérez González V. Nuevos avances en el tratamiento de la EPOC. *Información Terapéutica Sistema Nacional de Salud*. 2002;26(2).
7. Sobradillo V, Miratvilles M, Jiménez CA, et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol* 1999;35:159-66.

8. Anthonisen NR, Connet Je, Kiley JP, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic broncodilator on the rate of decline of FE1; The Lung Health Study. *JAMA* 1994; 272(19):1497-505.
9. Badgett RG, Tanaka DJ, Kunt DK, et al. Can moderate choronic obstructive pulmonary disease be diagnosed by historical and physical findings alone? *Am J Med* 1993;94(2):188-96.
10. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miratvilles M, Molina J, Naberan K, et al. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2001; 37:269-77.
11. Bartolomé R, Celli MD, Gordon L, Snider MD, et al. Standards for the diagnosis and Care of Patients with Chornic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:S77-120.
12. Bujalance Zafra MJ, Fernández Vargas AM, Leiva Fernández, et al. Variabilidad en la práctica clínica en la atención al paciente con EPOC. *Medicina de Familia (And)* 2001;2:119-26.
13. Brotons B, Pérez JA, Sánchez-Toril F, et al. Prevalencia de la enfermedad obstructiva crónica y del asma. Estudio transversal. *Arch Bronconeumol* 1994;30:146.
14. Sánchez Agudo L, Calatrava JM, Carreras J, Ferrándiz C, Zuñiga P, et al. Estudio prospectivo de síntomas relacionados con la EPOC entre la población general. Resultados preliminares. *Arch Bronconeumol* 1992;28(Suppl 1):15.
15. Barberá JA, Peces-Barba G. Nuevos aspectos en la EPOC. Introducción. En: De Lucas P, Peces-Barba G, editores. *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Madrid: Editor, 2001;p. 9-14.
16. García-Aymerich J, Barreiro E, Farrero E, Marrades RM, Morera J, et al. Patients hospitalized for COPD have a high prevalence of modifiable risk factors for exacerbation. *Eur Respir J* 2000;16:1037-42.
17. Miratvilles M, Mayordomo C, Artés M, et al. Treatment of chronic obstructive pulmonary disease and its exacerbations in general practice. *Respir Med* 1999;93:173-9.
18. Miratvilles M, Guerrero T, Mayordomo C, et al. Factors associated with increased risk of exacerbation and hospital admission in a cohort of ambulatory COPD patients: amultiple logistic regresion analysis. *Respiration* 2000;67:495-501.
19. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, et al. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2001;37:169-277.
20. Celli BR, Snider GL, Hefner J. American Thoracic Society Standards for the diagnosis and care of patients xity choronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;M 152:S77-120.
21. Montemayor T, Alfajeme I, Escudero C, et al. Grupo de trabajo de la SEPAR. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de la EPOC. En: SEPAR. *Recomendaciones SEPAR*. Barcelona: Doyma, 1998; p. 115-47.
22. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, et al. ERS consensus statement. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease. A consensus statement of the European Respiratory Society. *Eur Respir J* 1995;8:1398-420.
23. Miratvilles Fernández M, Cots Yago JM, Llor Vilá C. Programa de Formación en EPOC en Atención Primaria. Unidad Didáctica II. Manejo de la EPOC agudizada. Barcelona: Sanidad y Ediciones SL, 2002.