

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica: una asignatura pendiente en atención primaria para el siglo XXI

J.A. Quintano

Médico de Familia. Especialista en Neumología. Centro de Salud de Lucena. Córdoba.

En los inicios del siglo XXI la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente: unos 600 millones de personas la padecen en todo el mundo. Es un problema de salud pública en aumento, por su alta prevalencia, morbimortalidad y coste sociosanitario. Según el estudio IBERPOC, de base poblacional, la prevalencia de EPOC en España es del 9%, para la población comprendida entre 40 y 69 años. Es la quinta causa de motivo de consulta a los médicos generales/de familia (MG/F). Las exacerbaciones, muy habituales y que ocurren fundamentalmente en la época invernal, son la razón de los frecuentes ingresos hospitalarios de estos pacientes y también de su muerte. Mas del 50% de los pacientes con EPOC fallecen antes de los 10 años del diagnóstico; en España es la cuarta causa de todas las defunciones. La EPOC en nuestro país ocasiona un gasto sociosanitario elevado que se estima, sumando costes directos e indirectos, en una cuantía anual de 2.400 millones de euros.

Pues bien, a pesar de la alta prevalencia y morbimortalidad de la enfermedad y el deterioro de la calidad de vida que conlleva, según diversos estudios epidemiológicos sólo está diagnosticada la cuarta parte de los pacientes que padecen EPOC.

Nos encontramos en los albores de un nuevo siglo con una enfermedad, proceso o síndrome, la EPOC, que a pesar de todos los avances científicos es un problema sin resolver y que se agiganta año tras año, con un alto grado de prevalencia, morbilidad y mortalidad, y un elevado consumo de recursos sanitarios y del gasto económico; asimismo, está infradiagnosticada, infratratada o mal tratada.

Dado que es una enfermedad con una importante relevancia en la patología médica en los últimos 30 años, de la que se conoce su etiología fundamental, y que se ha avanzado tanto en su conocimiento fisiopatológico como en medios diagnósticos, y sobre la que se dispone en la ac-

tualidad de un amplio arsenal terapéutico, podría considerarse que tiende a desaparecer a corto plazo. Pues bien, este panorama de epidemia que afecta a nuestra sociedad no parece que tienda a disminuir, sino todo lo contrario: mientras persista la elevada adición a su germen causal, el hábito tabáquico, y las actitudes generales actuales ante esta droga, no se espera que haya un punto de inflexión en la curva ascendente de la enfermedad hasta pasadas unas décadas del nuevo siglo, aunque los cálculos más optimistas datan ese momento hacia el año 2015.

Los puntos clave donde radica este enquistamiento del mal son la falta de una enérgica intervención preventiva, la escasez de diagnósticos precoces, la demora en los diagnósticos de la enfermedad ya establecida y una actuación tal vez un tanto escéptica y anárquica en su tratamiento y seguimiento.

La responsabilidad en el mal control de la EPOC es multidisciplinaria. Ésta recae en MG/F, médicos especialistas en neumología, cardiología y medicina interna, médicos de urgencias, personal de enfermería; la administración, la sociedades científicas y también en los agentes sociales y en los políticos.

La atención primaria (AP) tiene una gran parte de culpa de esta situación, que no podemos enajenar a otros colectivos o estamentos, por las siguientes consideraciones sobre los puntos clave antes mencionados:

Permisividad del tabaquismo

Conocemos el principal factor de riesgo para el desarrollo de EPOC, el tabaco, con evidencia científica sobradamente demostrada desde el trabajo clásico de Fletcher (de ahí que algún grupo de autores sugiera denominarla tabacosis en lugar de EPOC). Si se erradicara el tabaco de nuestra sociedad no existiría prácticamente la EPOC. Pero la adición a esa droga disminuye lentamente en la población española: todavía estamos en el 35,7% de prevalencia en la población general, es mayor en el personal sanitario –cerca del 40% de los MG/F– y con un consumo superior al 50% en la población juvenil, que es de los más altos de Europa. Mientras no descienda este mal hábito no lo hará la EPOC. Los MG/F somos corresponsables de la perseverancia del hábito tabáquico de nuestros pacientes, pues al

Correspondencia: Dr. José Antonio Quintano Jiménez.
Centro de Salud de Lucena.
Lucena. Córdoba.

ser la AP la puerta de entrada de los usuarios al sistema sanitario, son los primeros profesionales sanitarios en conocer y mantener contacto repetido con los fumadores. Tenemos conciencia del hábito en nuestra comunidad, sabemos del resultado positivo del consejo médico y no aprovechamos para cumplir nuestras funciones hacia el hábito tabáquico: modélica, educadora social y asistencial.

Diagnóstico tardío. Infradiagnóstico

En la última década ha sido muy frecuente la aparición en la bibliografía médica dirigida a la AP el tema de la EPOC en forma de artículos de opinión, puestas al día, monografías, cursos de formación, etc., se han dado a conocer y divulgado protocolos y normativas nacional e internacionalmente sobre el manejo de la EPOC. Por tanto, ya deberíamos haber superado la confusión terminológica de años atrás –OCFA, LCFA, BNCO, COPD, EPOC– y tener claro el concepto de EPOC para no volver a hacer referencia ya a ese tópico, aunque real: “el cajón de sastre de la EPOC”. Debemos también conocer su historia natural, su evolución, a veces encubierta, lenta, progresiva e irreversible y dominar su diagnóstico.

Los pacientes, como no tienen información o conocimiento de esta enfermedad, consultan al médico tarde, a partir de los 50 o 60 años de edad, cuando aparece la disnea, cuando su capacidad funcional es menor del 50%; es el momento en que se sospecha la EPOC, en una fase avanzada, tardía. Por tanto, el diagnóstico de confirmación se realiza un tanto a destiempo.

Del estudio IBERPOC se desprende que tan sólo está diagnosticado el 22% de las personas que padecen EPOC.

Desde los estudios de Fletcher y Peto, se conoce la existencia en una cuarta parte de los fumadores de una curva descendente y acelerada del máximo volumen espiratorio en el primer segundo de la maniobra de espiración forzada (FEV_1) y que sufre una desaceleración cuando el paciente deja el tabaco; ese deterioro del FEV_1 lo podemos detectar a tiempo en la fase silente de la enfermedad y, por supuesto, en la fase sintomática, utilizando la espirometría. Si hiciéramos un cribado de la población fumadora de nuestras consultas mediante espirometría, podríamos detectar a los fumadores “susceptibles” a los efectos del tabaco y hacer un diagnóstico temprano de la enfermedad: esto es posible como lo demuestra el estudio PADOE recientemente realizado en AP.

Van pasando los años y sigue siendo aún la espirometría una prueba poco utilizada por los MG/F, “como si hubiera caído en desuso”, cuando está aceptada como prueba sistemática en el enfermo respiratorio y un patrón de referencia en el diagnóstico de obstrucción. Si la EPOC viene definida por la obstrucción crónica al flujo aéreo, ¿cómo podemos hacer el diagnóstico sin la prueba que determina esa obstrucción? Esto demuestra que el poco uso de la espirometría es uno de los motivos del infradiagnóstico de EPOC y que menos de la cuarta parte de los diagnósticos de EPOC se hagan en AP.

Infratratamiento

Una vez diagnosticado al paciente con EPOC, nos encontramos en el tratamiento y su seguimiento. En el estudio

IBERPOC se comprueba que sólo el 19% de los pacientes con EPOC recibían tratamiento.

Como hemos referido anteriormente, la población general y los pacientes tienen escasa información sobre esta enfermedad, por lo que se solicita poco la atención del médico. Esta falta de educación sanitaria favorece que el paciente con la enfermedad continúe fumando y nosotros sus médicos de cabecera, que “convivimos a diario” con ellos, no tenemos estrategias positivas contra el tabaco, si acaso neutras. Debemos tener presente que nunca es tarde para que la curva descendente rápida del FEV_1 se desacelere. La cesación del hábito tabáquico es, junto a la oxigenoterapia crónica domiciliaria, la única medida terapéutica efectiva que puede mejorar el pronóstico de la enfermedad ya establecida.

Existe una cierta tibieza o apatía en el tratamiento y seguimiento de la EPOC, no sólo respecto a la actitud ante el tabaco sino también quizás por una creencia errónea de la poca utilidad de otras terapéuticas, dada la obstrucción poco reversible de las vías aéreas que define a la EPOC. En cuanto a la actitud terapéutica de los MG/F, diversos estudios resaltan que pasan los años y las pautas de tratamiento aún difieren bastante de lo aconsejado por las normativas. El seguimiento del paciente se limita a una consulta de demanda, con tratamiento de inhaladores que suele ser estándar, y a una intervención más detenida y agresiva en las agudizaciones. No está implantado, como en el asma, la educación al paciente o sus familiares sobre la enfermedad, el manejo de los inhaladores, la oxigenoterapia, el ejercicio, la nutrición o la fisioterapia. Los pacientes con EPOC, por su comorbilidad, pasan por las consultas de enfermería de crónicos pero, generalmente, sólo para el control de su diabetes o hipertensión. Son pocos en nuestro país los centros de salud que tienen instaurados protocolos o programas de EPOC.

Las agudizaciones de EPOC son frecuentes, con un promedio de 1 a 4 por paciente y año, y la mayoría son atendidas por AP. La atención que presenta el MG/F es fundamental, pero se ve obligado con relativa frecuencia a la derivación al hospital de estos enfermos por falta de medios, donde se ingresan del 7 al 9% de todos los pacientes con agudizaciones.

Por todo lo referido, le corresponde al MG/F tomar conciencia de la magnitud del problema de la EPOC y hacer el esfuerzo de asumir desde el inicio la responsabilidad del control de la enfermedad, con su prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento. Para ello, es requisito indispensable una formación actualizada y la adquisición de habilidades en los distintos campos de manejo de la EPOC. Esta responsabilidad debe ser compartida a la vez por el neumólogo, del que necesitará su consejo, ayuda o intervención, dependiendo del grado de preparación del MG/F, el estadio de la enfermedad, el ámbito de actuación, los recursos disponibles, etc. Por ello, es esencial una buena colaboración y coordinación entre ambos niveles (asistencia primaria y especializada), y de esta forma se mejorará la calidad asistencial y la calidad de vida de los pacientes con EPOC. En AP es fundamen-

tal el trabajo en equipo, y los profesionales de enfermería ejercen un papel importante al respecto, debiendo participar también en las diversas actividades que genera la atención de los pacientes con EPOC.

Dicho todo esto, los MG/F tienen una trascendental tarea en la EPOC para el siglo XXI, que se puede resumir en tres grandes apartados:

Prevención primaria

Tenemos que concienciarnos que la prevención primaria de la enfermedad es la lucha contra el tabaquismo, que debe comenzar ya pronto en las escuelas, en el marco de la educación para la salud, continuando con la pronta identificación de los fumadores que acuden a nuestras consultas del centro de salud, con los que se debe comenzar con la intervención mínima mediante el consejo médico y la aportación de material informativo o guías para dejar de fumar. A ello habrá que añadir, cuando sea necesario, otras intervenciones, como apoyo psicológico, terapia sustitutiva con nicotina o fármacos como bupropión; se derivará, a los que lo precisen, a unidades de tabaquismo. Es necesaria la formación del MG/F en las estrategias de lucha contra el tabaquismo e implantar en las consultas protocolos sobre su abordaje.

Diagnóstico precoz

Se debe empezar por la búsqueda activa de casos en las personas con factores de riesgo, en especial los fumadores. Hay que hacer el diagnóstico precoz, en la fase poco sintomática de la enfermedad. Debemos hacer uso sistemático de la espirometría e incluirla como prueba básica de la historia clínica del enfermo respiratorio. Tiene que existir un contacto estrecho con el neumólogo para la confirmación diagnóstica y siempre que haya dudas.

Tratamiento y seguimiento adecuados

Una vez diagnosticada la EPOC los objetivos establecidos del tratamiento son: mejorar la capacidad funcional, aliviar los síntomas, evitar y tratar las complicaciones y mejorar la calidad de vida. Para cumplir esos objetivos es prioritario seguir interviniendo de forma activa contra el tabaquismo: dejar de fumar frena la evolución de la EPOC, sea cual sea la fase de evolución de la enfermedad. En esta etapa no cabe la menor duda de que hay que tomar una actitud beligerante contra el tabaquismo y hacer uso de las pautas de intervención al respecto antes referidas. En cuanto al tratamiento farmacológico de la EPOC, nos atenderemos a las recomendaciones que vienen reflejadas en las últimas guías y normativas de consenso.

Debemos hacer el seguimiento de los pacientes en el marco del que podríamos llamar "programa EPOC", que tendría que implantarse en todos los centros de salud, según sus posibilidades y recursos. Será un programa de rehabilitación en un sentido amplio y multidisciplinario, que abarque desde protocolos de diagnóstico precoz, tratamientos en fase estable y exacerbaciones, pautas de atención domiciliaria, educación al paciente (sobre la enfermedad, manejo de inhaladores, oxigenoterapia, actitudes de

autocontrol ante las agudizaciones) hasta programas más complejos: ejercicio, nutrición, fisioterapia respiratoria, ejercicios de rehabilitación psicosocial y terapia ocupacional. Este "programa EPOC" debe ser, como hemos dicho, multidisciplinario, pero sustentado fundamentalmente por el MG/F y el enfermero, con un estrecho contacto y coordinación con el neumólogo y el hospital.

La atención de las agudizaciones merece una atención especial, pues su buen manejo implica una disminución de los ingresos y de la mortalidad del paciente con EPOC, así como una mejor calidad de vida además de una disminución de los costes de la enfermedad. Es de actualidad, en la bibliografía neumológica, la atención domiciliaria del paciente con EPOC agudizada dirigida desde el hospital, de la que se alaban los buenos resultados con un personal de enfermería entrenado (y con medios). Éste es un reto a los MG/F, que desde siempre y a diario han asumido el manejo de las exacerbaciones en la consulta y en el domicilio del paciente, con escasos medios, y aunque creemos que con efectividad, un reciente trabajo al respecto demuestra la falta de eficiencia.

Si bien en una primera lectura el "programa EPOC" puede parecer utópico, analizándolo detenidamente lo podemos llevar a la práctica en cada centro de salud, y será más o menos completo dependiendo de los recursos sanitarios disponibles: sólo hace falta motivación y el trabajo en equipo, porque con los enfermos contamos y en demasía. Se supone que, ya en el siglo XXI, todos los MG/F tendríamos que disponer o tener acceso a los medios diagnósticos básicos para atender al paciente respiratorio, si no, estaríamos como en el siglo pasado: "AP con las manos atadas en el manejo del paciente con EPOC".

El manejo de la EPOC es la asignatura pendiente del curso (siglo) pasado para los médicos de AP y para "otros". Al igual que en la última década, han cobrado protagonismo internacional por su divulgación las normativas para el buen manejo del asma, como la Global Initiative for Asthma (GINA) con el nuevo siglo, y dada la gran repercusión sociosanitaria de la EPOC, hay un "renovado interés" por esta enfermedad, apareciendo actualizaciones de las normativas de las distintas sociedades científicas neumológicas nacionales e internacionales, y recomendaciones de consenso, como las recientemente publicadas en conjunto por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y la Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria (semFYC); por último, una estrategia mundial para la EPOC, la Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD), auspiciada entre otros organismos por la OMS y el National Heart Lung and Blood Institute norteamericano, que marca las directrices a seguir en EPOC de forma internacional.

Los MG/F debemos seguir esa estela y matricularnos en la asignatura EPOC para el nuevo curso –siglo XXI–, aprovechar sus enseñanzas y seguir sus pautas de actuación. Nos quedan varias lecciones que aprender y habilidades que practicar si queremos aprobar con nota, pero estamos capacitados.

Sin "humos" lo conseguiremos.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina J, Naberán K, et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y de la Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2001;37:269-78.
- American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease *Am J Crit Care Med* 1995;152:77S-120S.
- Anthonisen NR. The Lung Health Study: effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. *JAMA* 1994;272:1497-505.
- Barberá JA, Peces-barba G, Agustí AGN, Izquierdo JL, Monsó E, Montemayor T, et al. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2001;37:297-316.
- Burrows B, Blom JW, Traver GA, Cline MG. The course and prognosis of different forms of chronic airways obstruction in a sample from the general population. *N Engl J Med* 1987;317:1309-14.
- Busquet Durán L, Naberán Toña K, Hernández Huet E. Protocolos de asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en atención primaria. *FMC* 1994;1(Supl):1-40.
- Encuesta Nacional de Salud. 1997. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo, 1998.
- Fletcher EC, Peto R, Tinker C. The natural history of chronic bronchitis and emphysema. Oxford: Oxford University Press, 1976.
- Gil E, Robledo T, Rubio J, Bris MR, Espiga I, Saiz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del Insalud, 1998. *Prev Tab* 2000;2:22-31.
- Gravil JH, Al-Rawas OA, Cotton MM, Flanigan U, Irwing A, Stevenson RD. Tratamiento domiciliario de las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica mediante un servicio de evaluación respiratoria aguda. *Lancet* 1998;351:1853-5.
- Jiménez CA, Solano S, González de Vega JM, Ruiz M, Flórez S, Ramos A, et al. Normativa sobre el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999;35:499-506.
- 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.
- Miravittles M, Mayordomo C, Guerrero T, Artes M, Sánchez Agudo L, Nicolau F, Segú JL, on Behalf of the EOLO Group. Treatment of chronic obstructive pulmonary disease and its exacerbations in general practice. *Respir Med* 1999;93:173-9.
- Miravittles M, Mayordomo C, Sánchez-Agudo L, Pita S. Estudio observacional de limitación obstructiva del flujo aéreo (EOLO). Barcelona: Edipharma, 1995.
- Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Segú JL. Tratamiento de la bronquitis crónica y la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol* 1999;35:173-8.
- Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Segú JL, and DAFNE Group. Treatment evolution and costs of acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD in primary care in Spain. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;159:A821.
- Montemayor T, Alfajeme I, Escudero C, Morera J, Sánchez Agudo L. Grupo de trabajo SEPAR sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 1996;32:1-35.
- Naberán Toña C. Encuesta de la actitud terapéutica y de control de los médicos generales de la ABS de Barcelona respecto a enfermedades obstructivas crónicas. *Aten Primaria* 1994;13:112-5.
- Programa del adulto. EPOC. Programas básicos de salud. semFYC. Madrid: Doyma, 1999.
- Sánchez Agudo L, Miravittles M. Manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la medicina primaria. *Arch Bronconeumol* 1995;31:44-146.
- Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P, et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A consensus statement of the European Respiratory Society. *Eur Respir J* 1995;8:1398-420.
- Sobradillo Peña V. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: enfoque actual. En: Castillo Gómez J, editor. EPOC: perspectivas actuales. Madrid: Aula Médica, 1995:3-17.
- 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.
- The Gold scientific committee. Global Initiative for chronic obstructive Lung Disease. Disponible en: <http://www.goldcapd.com>
- Villasante C. IBERPOC: valoración de resultados. *Arch Bronconeumol* 1999;35(Supl 3):40-3.