



Medicina de Familia  
**SEMERGEN**

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



## EDITORIAL

# La atención integral a las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: la Atención Primaria y la Atención Especializada van de la mano

## Integrated care of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: Primary Care and Specialised Care working together

La Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) () publica a finales de 2011 su nueva estrategia global para el diagnóstico, manejo y prevención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y define esta última como una enfermedad tratable y prevenible ocasionada fundamentalmente por una reacción inflamatoria de las vías aéreas y el pulmón a partículas y gases nocivos (fundamentalmente humo de tabaco). Su componente pulmonar se caracteriza por una limitación al flujo aéreo persistente y usualmente progresiva. Las exacerbaciones y comorbilidades son responsables del mayor o menor impacto individual de la enfermedad<sup>1</sup>. Como podemos comprobar, esta definición de la nueva GOLD no hace referencia ya a los efectos sistémicos de la enfermedad, sino que resalta la importancia *de las comorbilidades y de las exacerbaciones en el impacto individual de la enfermedad*.

La EPOC es una enfermedad muy importante para los sistemas sanitarios públicos de salud por su elevada prevalencia, por el gran impacto económico que genera y por su morbimortalidad. Lo es igualmente para los neumólogos y para los médicos de familia y de atención primaria, ya que es el tercer diagnóstico más frecuente y la segunda causa de prescripción crónica después de la hipertensión arterial en Atención Primaria. A pesar de los esfuerzos realizados, la EPOC sigue siendo infradiagnosticada e infratratada de forma similar a lo que sucedía en años previos<sup>2,3</sup>, lo que pone de manifiesto que aún han de hacerse más esfuerzos y que es necesaria una estrecha colaboración entre todos los profesionales implicados y la administración sanitaria para mejorar su diagnóstico.

La EPOC genera 38.000 visitas médicas por millón de habitantes, supone el 7-10% de las consultas en Atención Primaria y hasta el 35% de las consultas de neumología<sup>4</sup>. Según datos del Instituto Nacional de Estadística de 2004 se atribuyen a la EPOC en España 18.000 fallecimientos anuales, con una

tasa de defunciones de 60/100.000 en hombres y 17/100.000 en mujeres, representando la quinta y séptima causa de defunción por sexos. La tasa global de mortalidad es de 33 casos por 100.000 habitantes, que se eleva a 176 por 100.000 habitantes mayores de 75 años.

El futuro no es nada tranquilizador, ya que la EPOC es una enfermedad directamente ligada al consumo de tabaco y, aunque se rectifiquen las tasas actuales de tabaquismo, es de esperar que la mortalidad por EPOC duplique las cifras actuales en los próximos 20 años por lo que se estima que la EPOC será en 2030 la tercera causa de muerte en el mundo. Además, la EPOC es una de las principales causas de morbilidad y una de las enfermedades que más costes económicos genera en los sistemas de salud de los países desarrollados, siendo los pacientes más graves y las agudizaciones de la EPOC las que más recursos consumen. El coste anual de la EPOC en España se estima en unos 3.538 €/paciente<sup>5</sup>.

La agudización o exacerbación de la EPOC (AEPOC) se define como un episodio agudo de inestabilidad clínica que acontece en el curso natural de la enfermedad y se caracteriza por un empeoramiento mantenido de los síntomas respiratorios que va más allá de sus variaciones diarias. Los principales síntomas referidos son empeoramiento de la disnea, tos, incremento del volumen y/o cambios en el color del esputo. Habitualmente se acompañan de cambios en la medicación (antibióticos y/o corticoides sistémicos) o precisan del uso de recursos sanitarios (visitas a urgencias, hospitalizaciones, etc.)<sup>1</sup>.

Las agudizaciones constituyen un evento normal en la historia de un paciente con EPOC y son la principal causa de consultas médicas. El diagnóstico de las AEPOC es fundamentalmente clínico, debiendo evaluar la gravedad de la misma con objeto de decidir si tratamos la AEPOC de forma ambulatoria o no, y finalmente intentaremos identificar la causa de dicha agudización a la vez que descartar otros procesos

que cursan con síntomas similares. Los pacientes con EPOC tienen una media de 2 exacerbaciones al año, aunque más de la mitad de ellas no son identificadas y consecuentemente no tratadas<sup>6</sup>.

Las agudizaciones producen un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud<sup>7</sup>, generan elevados costes sanitarios<sup>5,8,9</sup>, afectan a la progresión multidimensional de la enfermedad y aumentan el riesgo de muerte, en especial en aquellos que sufren frecuentes exacerbaciones (> 3) o exacerbaciones graves que requieren hospitalización<sup>10-12</sup>. Las AEPOC suponen más de la mitad del coste de la EPOC en España (53,9%), y más de las 3 cuartas partes del mismo se deben a asistencia hospitalaria y el resto a gasto farmacéutico<sup>5,9</sup>.

La identificación precoz de la AEPOC y una rápida instauración del tratamiento puede contribuir a mejorar el cuadro clínico, la calidad de vida y a reducir el riesgo de hospitalización<sup>13</sup>. Por tanto, la reducción de las agudizaciones representa uno de los puntos clave en el tratamiento de los pacientes con EPOC, y se recomienda por parte de las guías nacionales e internacionales como uno de los objetivos principales en el manejo de la EPOC<sup>1,14</sup>. Todas aquellas estrategias e intervenciones dirigidas a su prevención y a su adecuado manejo serán coste-efectivas, al optimizar y racionalizar el consumo de recursos sanitarios, y mejorarán la calidad de vida y la función pulmonar de los pacientes con EPOC.

Neumólogos, médicos de familia y médicos de Atención Primaria tenemos muy claro desde hace tiempo que la relación entre Atención Primaria y Atención Especializada es en gran medida una asignatura pendiente. No obstante, desde hace varios años todos nosotros, llevados de la mano por las sociedades científicas que nos representan, compartimos intereses comunes que se reflejan en espacios conjuntos de formación (talleres de espirometría, inhaladores, EPOC, asma, etc.) y en los documentos de consenso que han sido elaborados para el abordaje de las patologías neumológicas más prevalentes. En este sentido, la colaboración SEMERGEN-Andalucía (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria-Andalucía) y NEUMOSUR (Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur) puede considerarse modélica. En el año 2007 se inició el camino de una fructífera colaboración junto con SAMFYC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria) con el proyecto sobre el documento de consenso sobre EPOC en Andalucía, que ha continuado con otros documentos de consenso en Andalucía sobre espirometría, asma bronquial y en 2010 una actualización del documento de Consenso sobre la EPOC. En este último documento se reflejó un desacuerdo con la estrategia GOLD con relación al tratamiento escalonado, incidiendo en aspectos diferenciales basados en una estrategia terapéutica personalizada para los pacientes con EPOC. Próximamente será publicado el documento de consenso en Andalucía sobre el síndrome de apneas-hipopneas obstructiva del sueño.

En este número de la revista SEMERGEN-Medicina de Familia se publica el Consenso sobre atención integral de las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (ATINA-EPOC), en el cual se aborda el manejo de las agudizaciones de la EPOC basado en la gravedad y en el ámbito de la asistencia. Entendemos que el abordaje de este proceso debe ser individualizado y multidisciplinar

dada la heterogeneidad de la enfermedad y por ello en este consenso la familia ha crecido participando GRAP (Grupo de Respiratorio de Atención Primaria), SAMIUC (Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva, Urgencias y Coronarias), NEUMOSUR, SADEMI (Sociedad Andaluza de Medicina Interna), SAMFYC, SEMERGEN-Andalucía, SEMES-Andalucía (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias-Andalucía) y SEMG-Andalucía (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia-Andalucía). A todas ellas les damos las gracias, y expresamos nuestro reconocimiento a su trabajo y el apoyo a esta iniciativa.

Reconocer, además, la gran labor desarrollada por el Dr. Aurelio Arnedillo, coordinador del documento ATINA-EPOC, así como la de todos los profesionales que han participado en su elaboración representando a las sociedades anteriormente mencionadas. El grado de cordialidad y compañerismo de todos los participantes en las prolongadas sesiones de trabajo ha sido, como en anteriores ocasiones, excepcional. Agradecemos de forma muy sincera a Boehringer-Ingelheim el seguir apoyando estas iniciativas y de forma especial a sus responsables regionales por su buen hacer y saber estar.

Tenemos la certeza de que los pacientes y los profesionales médicos son los principales beneficiados de esta estrecha colaboración entre ambos niveles asistenciales y las sociedades científicas que los representan.

## Bibliografía

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011 [consultado 13 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.goldcopd.org>
2. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez MA, Gabriel R, Viejo JL, Fernando J, 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. Ancochea J, Badiola C, Duran E, García Río F, Miravittles M, Muñoz L, et al. Estudio EPISCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años de edad en España. Arch Bronconeumol. 2009;45-7.
4. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
5. Masa JF, Sobradillo V, Villasante C, Jiménez-Ruiz CA, Fernández-Fau L, Viejo JL, et al. Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional. Arch Bronconeumol. 2004;40:72-9.
6. Langsetmo L, Platt RW, Ernst P, Bourbeau J. Underreporting exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a longitudinal cohort. Am J Respir Crit Care Med. 2008;177:396-401.
7. Miravittles M, Ferrer M, Pont A, Zalacain R, Álvarez-Sala JL, Masa JF, et al., for the IMPAC study group. Exacerbations impair quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. A two-year follow-up study. Thorax. 2004;59:387-95.
8. Rennard S, Decramer M, Calverley PMA, et al. Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects perspective of Confronting COPD International Survey. Eur Respir J. 2002;20:799-805.
9. Izquierdo JL. The burden of COPD in Spain: results from the Confronting COPD Survey. Respir Med. 2003;97 Suppl. C:S61-9.
10. Donaldson GC, Seemungal TA, Bhowmik A, Wedzicha JA. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2002;57:847-52.

11. Groenewegen KH, Schols AM, Wouters EF. Mortality and mortality-related factors after hospitalization for acute exacerbation of COPD. *Chest*. 2003;124:459–67.
12. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Román Sánchez P, Salcedo E, Navarro M, Ochando R. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2005;60:925–31.
13. Wilkinson TM, Donaldson GC, Hurst JR, Seemungal TA, Wedzicha JA. Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;169:1298–303.
14. Guía de 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. 1:1–84.

F. Casas Maldonado  
*UGC de Neumología, Hospital Universitario San Cecilio,  
Granada, España*  
*Presidente de la Asociación de Neumología y Cirugía  
Torácica del Sur (NEUMOSUR)*  
*Correo electrónico: [franciscocasas@neumosur.net](mailto:franciscocasas@neumosur.net)*