



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



EDITORIAL

Precisión en el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria



Accuracy in the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in primary care

En el último número de la revista SEMERGEN se publica un interesante trabajo de Golpe et al. en el que se reflexiona acerca del sobrediagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en atención primaria¹. En él se revisan más de 200 pacientes con diagnóstico clínico de EPOC en los registros de un área sanitaria a los que se realiza una espirometría diagnóstica. En ella un 58% de los pacientes presentaron un patrón obstructivo que confirmó el diagnóstico. El 42% restante no evidenciaron obstrucción y de ellos un 64% tenían una limitación ventilatoria sugestiva de restricción, de los que un 66% eran obesos lo que puede condicionar esa alteración. No se informa del seguimiento de dichos pacientes ya que un patrón restrictivo no puede diagnosticarse exclusivamente con una espirometría².

Tanto la nueva Guía Española para la EPOC (GesEPOC) como la normativa GOLD, en sus ediciones de 2017, definen la enfermedad por sus características clínicas (disnea progresiva, tos crónica y agudizaciones junto con la presencia de comorbilidades), espirométricas (limitación al flujo aéreo) y etiológicas (fundamentalmente la exposición al humo del tabaco), haciendo especial énfasis en que la espirometría sin síntomas no puede considerarse diagnóstica por sí misma^{3,4}.

Múltiples estudios epidemiológicos de base poblacional nos muestran que entre un 60-85% de los pacientes con EPOC están sin diagnosticar⁵⁻⁸ lo que implica oportunidades perdidas para un diagnóstico en las fases iniciales de la enfermedad en las que una intervención sobre el principal factor de riesgo (el tabaquismo) puede disminuir la progresión de la misma hacia fases más severas e invalidantes⁹. Aunque un tratamiento farmacológico no afecta significativamente la progresión de la enfermedad, sí que puede reducir el riesgo de exacerbaciones, mejorando la calidad de vida¹⁰. La mayor pérdida de función pulmonar ocurre en las primeras fases de la enfermedad; un diagnóstico precoz podría alterar la historia natural de la enfermedad¹¹.

El infradiagnóstico se ceba en 2 colectivos: las mujeres (especialmente en España) y los jóvenes¹². Así en el estudio EPI-SCAN el porcentaje de mujeres sin diagnosticar fue del 86% entre las mujeres y menos del 70% en varones¹³. Entre los jóvenes la menor percepción e intensidad de los síntomas retrasa la búsqueda de consejo médico. Así, en España se ha observado que solo el 60% de los pacientes con síntomas respiratorios crónicos acuden a consulta¹⁰. Los pacientes con EPOC se adaptan al descenso de su función pulmonar disminuyendo la actividad física ya desde unas fases muy iniciales de la enfermedad. Otros factores implicados en el infradiagnóstico son el menor nivel de educación, la no realización de espirometrías, no fumar o ser fumador actualmente (frente a exfumadores) y un menor grado de obstrucción medida por el FEV₁¹².

El proceso diagnóstico de la enfermedad precisa de la realización de una espirometría en la que se demuestre obstrucción, bien con una ratio menor del 70% en el FEV₁/CVF posbroncodilatación o mediante los límites inferiores de normalidad (LIN). Se sabe que el límite fijo (< 70%) sobreestima la prevalencia en grupos de mayor edad. El uso del LIN no se ha generalizado y en la práctica habitual probablemente solo puede aportar confusión. Otra consideración sobre la espirometría en pacientes con reciente diagnóstico es que la obstrucción se puede normalizar hasta en un 16% de los casos tras un tratamiento de 4 semanas con broncodilatadores asociados a corticoides inhalados por lo que habría que considerarlos casos positivos¹⁴.

El diagnóstico basado exclusivamente en síntomas sobreestima la prevalencia real de la enfermedad, ya que estos son compartidos por diversas afecciones tanto pulmonares como no respiratorias^{15,16}. Además casi un 50% de la población general no fumadora refiere síntomas respiratorios (tos, expectoración, sibilancias o disnea)⁷ por lo que resulta muy difícil establecer el diagnóstico tan solo con la base de una sospecha clínica. Pero si preguntamos de una manera

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.11.001>

1138-3593/© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

sistemática menos del 2% de los fumadores con EPOC están completamente asintomáticos¹⁴ y, en muchas ocasiones, los contactos con el sistema sanitario no determinan una evaluación posterior. Así, en los 5 años previos al diagnóstico de EPOC, hasta el 85% de los fumadores a los que se diagnostica de EPOC, han sido atendidos por problemas respiratorios, al 55% se les prescribieron antibióticos para infecciones respiratorias de vías bajas, al 40% se les prescribieron corticoides orales o se realizó una radiografía de tórax, lo que confirma una serie de oportunidades perdidas¹⁴.

Se han validado diversos cuestionarios que nos pueden orientar a qué pacientes solicitar una espirometría, pero su implementación ha sido muy escasa¹⁷.

Otra situación que nos complica el diagnóstico de la EPOC son las comorbilidades, entendidas como aquellas enfermedades o condiciones morbosas que acompañan a una afección protagonista aguda o crónica. Los pacientes con EPOC mayores de 65 años presentan al menos 3 comorbilidades y, hasta el 20%, 5 o más¹⁰. El proceso diagnóstico se puede alterar por las afecciones concomitantes. Así los síntomas respiratorios pueden deberse también a insuficiencia cardíaca o la disnea a obesidad, por ejemplo. La confirmación de la EPOC requiere de una espirometría. La prueba es dependiente del esfuerzo del paciente y si este presenta fatiga muscular u obesidad puede no realizar una prueba correcta y presentar en las pruebas de función pulmonar criterios de restricción. En el estudio de Golpe et al. en más del 60% de los sobrediagnosticados se sugería restricción con un alto porcentaje de pacientes obesos¹.

El sobrediagnóstico en EPOC es frecuente, con prevalencias que varían entre el 4 y el 64%^{1,15,18,19}. Este conlleva tratamientos y seguimientos innecesarios con el riesgo asociado de iatrogenia, e incremento de costes.

Esta discrepancia entre prevalencias puede venir determinada por los diferentes criterios seguidos a la hora de diagnosticar sobrediagnóstico. De acuerdo con Carter et al. un sobrediagnóstico sucede cuando a un paciente asintomático se le diagnostica de una enfermedad²⁰. Cuando hablamos de EPOC esto puede resultar más discutible ya que, como hemos comentado previamente, en raras ocasiones el paciente no presenta síntoma alguno. El concepto debería reservarse para aquellas ocasiones en las que el diagnóstico se establece erróneamente, lo que puede suceder en 2 ocasiones: el error diagnóstico y el diagnóstico impreciso. En el primer enunciado los criterios diagnósticos no se cumplen, bien por presentar exposición a los factores de riesgo sin espirometría, bien por una espirometría obstructiva sin factores de riesgo o bien por inadecuado criterio espirométrico (el caso del sobrediagnóstico en ancianos si no se usa el LIN). La otra situación acontece cuando pacientes con clínica muy sugestiva de enfermedad en los que resulta imposible realizar la espirometría^{18,21}.

Desde el punto de vista clínico, los pacientes con sobrediagnóstico son mujeres, más jóvenes, con más antecedentes de tabaquismo y síntomas respiratorios que en la población general y sus médicos suelen ser de mayor edad^{18,19}. Más de la mitad de los pacientes sobrediagnosticados llevan tratamiento farmacológico de forma continua, con un alto porcentaje de corticoides inhalados^{15,19} reflejando un escaso cumplimiento de las recomendaciones de las guías.

Cuestiones metodológicas aparte, el diagnóstico correcto de la EPOC, pese a evidentes mejoras en los últimos años, está aún lejos de ser óptimo¹⁹. El infradiagnóstico solo se puede corregir con una actitud proactiva y una elevada sospecha diagnóstica en pacientes con factores de riesgo, fundamentalmente por parte de los médicos de atención primaria. El *screening* poblacional no es coste-efectivo. Se ha estimado que para evitar una única exacerbación habría que realizar 455 espirometrías a adultos entre 60-69 años⁹. GesEPOC nos define al paciente tipo en el que debemos valorar la realización de espirometría: mayor de 35 años, con un consumo acumulado igual o superior a 10 paquetes/año con síntomas respiratorios.

El diagnóstico por síntomas, cuya consecuencia visible es el sobrediagnóstico y que está excelentemente reflejado en el artículo de Golpe et al.¹ conlleva inequidad en nuestra labor asistencial, tratando a pacientes que no lo necesitan y perdiendo oportunidades de detección y tratamiento de otras enfermedades. La espirometría de calidad puede y debe ser realizada en atención primaria.

Bibliografía

- Golpe R, Díaz-Fernández M, Mengual-Macénlle N, Sanjuán-López P, Martín-Robles I, Cano-Jiménez E. Sobrediagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria. Prevalencia y condicionantes. *Semergen*. 2017 [consultado 15 Nov 2017]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359317300011>
- García-Río F, Calle M, Burgos F, Casan P, del Campo F, Galdiz JB, et al. Espirometría. *Arch Bronconeumol*. 2013;49:388-401.
- Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish Guidelines for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GesEPOC) 2017. Pharmacological Treatment of Stable Phase [Article in English, Spanish]. *Arch Bronconeumol*. 2017;53:324-35.
- Vogelmeier CF, Criner GJ, Martínez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017;195:557-82.
- Soriano JB, Ancochea J, Miravittles M, García-Río F, Duran-Tauleria E, Muñoz L, et al. Recent trends in COPD prevalence in Spain: A repeated cross-sectional survey 1997-2007. *Eur Respir J*. 2010;36:758-65.
- Cabrera López C, Juliá Serdà G, Cabrera Lacalzada C, Martín Medina A, Gullón Blanco JA, García Bello MÁ, et al. Prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en las Islas Canarias. *Arch Bronconeumol*. 2014;50:272-7.
- Bruscas Aljarde MJ, Naberan Toña K, Lambán Sánchez MT, Bello Dronza S. Estudio ARAPOC: prevalencia de síntomas respiratorios y enfermedad obstructiva crónica en población general. *Aten Primaria*. 2015;47:336-43.
- Gómez Sáenz JT, Zangróniz Uruñuela R, Gérez Callejas MJ, García Díez JJ, Martínez Larios A, González Aguilera J. Estudio de prevalencia de EPOC en la Zona Básica de Salud de Nájera (La Rioja). *Semergen*. 2011;37:127-267 (Especial Congreso).
- Kaplan A, Thomas M. Screening for COPD: The gap between logic and evidence. *Eur Respir Rev*. 2017;26:160113.
- Carlone S, Balbi B, Bezzi M, Brunori M, Calabro S, Foschino Barbaro M, et al. Health and social impacts of COPD and the problem of under-diagnosis. *Multidiscip Respir Med*. 2014;9:63.
- Drummond MB, Tashkin DP, Anzueto A, Hallmann C, Mueller A, Metzendorf N, et al. Rate of FEV1 decline by FEV percent predicted in UPLIFT[®] and TIOSPIR[®]. En: European Respiratory Society;

- 2016 [consultado 12 Nov 2017]. p. PA307. Disponible en: <http://erj.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/13993003.congress-2016.PA307>
12. Bernd L, Joan BS, Michael S, Bernhard K, Lowie EV, Louisa G, et al. Determinants of underdiagnosis of COPD in national and international surveys. *Chest*. 2015;148:971–85.
 13. Ancochea J, Miravittles M, García-Río F, Muñoz L, Sánchez G, Sobradillo V, et al. Underdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in women: Quantification of the problem, determinants and proposed actions. *Arch Bronconeumol*. 2013;49:223–9.
 14. Llordés M, Jaén A, Almagro P, Heredia JL, Morera J, Soriano JB, et al. Prevalence, Risk Factors and Diagnostic Accuracy of COPD Among Smokers in Primary Care. *COPD J Chronic Obstr Pulm Dis*. 2015;12:404–12.
 15. Spero K, Bayasi G, Beaudry L, Barber K, Khorfan F. Overdiagnosis of COPD in hospitalized patients. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017;12:2417–23.
 16. Saad N, Sedeno M, Metz K, Bourbeau J. Early COPD Diagnosis in Family Medicine Practice: How to Implement Spirometry? *Int J Fam Med*. 2014;2014:1–6.
 17. Miravittles M, Llor C, Calvo E, Diaz S, Díaz-Cuervo H, Gonzalez-Rojas N. Validación de la versión traducida del Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Population Screener (COPD-PS). Su utilidad y la del FEV₁/FEV₆ para el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Med Clinica*. 2012;139:522–30.
 18. Gershon AS, Hwee J, Chapman KR, Aaron SD, O'Donnell DE, Stanbrook MB, et al. Factors associated with undiagnosed and overdiagnosed COPD. *Eur Respir J*. 2016;48:561–4.
 19. Garrastazu R, García-Rivero JL, Ruiz-Nuñez M, Helguera JM, Arenal S, Bonnardeux C, et al. Fiabilidad del registro del diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Atención Primaria. *Semergen*. 2017;43:364–74.
 20. Carter SM, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *BMJ*. 2015;350:h869.
 21. Fernández-Villar A, Soriano JB, López-Campos JL. Overdiagnosis of COPD: Precise definitions and proposals for improvement. *Br J Gen Pract*. 2017;67:183–4.

José Tomás Gómez Sáenz^{a,b}

^a Centro de Salud de Nájera, Nájera, La Rioja, España

^b Grupo de Trabajo de Respiratorio de SEMERGEN
Correo electrónico: jtgomez1604@gmail.com