



Editorial

Papel de GesEPOC en atención primaria

Role of GesEPOC in Primary Care



Atención primaria como puerta de entrada al sistema sanitario

Este nivel asistencial representa el primer acceso del paciente al sistema sanitario. El médico de familia recibe diariamente en su consulta a personas que sufren todo tipo de dolencias, tanto físicas como psicológicas, y debe estar muy atento a cualquier detalle que suponga una orientación diagnóstica del problema que padece la persona que tiene delante. En un ejercicio ágil, basado en su conocimiento, debe discernir cuál es la actuación más correcta para solucionar el problema de salud al que se enfrenta e intentar ayudar en lo posible a esa persona. La tarea es ardua y complicada, pues el abanico de posibilidades no puede ser más amplio. Debe orientar el problema en una primera entrevista y tomar decisiones en no más de 5 minutos. Precisamente esta accesibilidad debe llevar implícito un diagnóstico lo más precoz posible de las enfermedades, y también la atención temprana de las agudizaciones, el control rápido de los síntomas, la modificación del tratamiento si es preciso, el manejo de las comorbilidades y ofrecer una adecuada educación sanitaria.

En la actual situación de pandemia, las enfermedades respiratorias siguen representando uno de los problemas de salud atendidos con más frecuencia en atención primaria. De ellas, la EPOC es una de las de mayor prevalencia.

Marco conceptual

Pero el paciente no viene a la consulta diciendo que tiene EPOC. De hecho, la mayoría de ellos acude por otro problema de salud no relacionado con patología respiratoria, aunque en muchos casos (cuando se les pregunta) presentan tos o expectoración, síntomas que relacionan claramente con el tabaquismo, pero no con una enfermedad respiratoria crónica como la EPOC, enfermedad prácticamente desconocida entre la población.

Desde hace ya muchos años se dispone de información sobre la carga asistencial que la EPOC representa en las consultas de atención primaria. Ausejo¹ objetivó que la EPOC fue el tercer diagnóstico más frecuente, y en cuanto a frecuentación, Arnau de Bolós² describió que, de las 5 patologías más prevalentes (hipertensión arterial, EPOC, diabetes, cardiopatía isquémica y asma), la EPOC era la segunda más frecuentada (4,9%), después de la hipertensión arterial (16,7%), y fue la segunda causa de prescripción crónica tras la hipertensión, aspecto a tener muy en cuenta. Incluso datos

precedentes de la evaluación de la Cartera de Servicios de la Comunidad de Madrid indican que tan solo algo más del 20% de la población que debería estar diagnosticada de la enfermedad tiene diagnóstico establecido de EPOC.

Los datos actuales de mortalidad, morbilidad, carga asistencial y gasto sanitario son conocidos por todos. La publicación de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud³ pretendió precisamente cambiar la situación existente, francamente mejorable, pero los resultados no fueron los esperados. Era necesario dar un nuevo impulso en el conocimiento por parte de todos los profesionales sanitarios de esta enfermedad, la EPOC, para intentar mejorar la asistencia ofrecida a estos pacientes. Para ello, con iniciativa de la SEPAR, se reunieron todas las especialidades que tratan al paciente con EPOC, escuchando también a las asociaciones de pacientes, para elaborar un documento de consenso nacional basado en la evidencia que generase un marco conceptual para el mejor abordaje de la EPOC, «naciendo» así en 2012 la primera edición de la Guía Española de la EPOC, GesEPOC⁴.

Papel de GesEPOC en la práctica clínica

GesEPOC sugiere un novedoso abordaje de la enfermedad, diferente al que hasta ese momento se venía haciendo basado exclusivamente en datos de funcionalismo pulmonar. Propone un tratamiento personalizado, que vendrá condicionado por las características fenotípicas del paciente y modulado por la gravedad de la enfermedad en ese individuo concreto.

El «nuevo concepto de fenotipo» en la EPOC, planteado en GesEPOC como una valiente propuesta de trabajo para un futuro inmediato, no es un concepto nuevo para los médicos de familia, pues la realidad es que los profesionales que atendemos y tratamos a pacientes con este problema de salud, y desde hace mucho tiempo, no lo hacemos de forma idéntica aunque tengan un FEV1 cercano o similar.

El concepto de fenotipo clínico en la EPOC fue dibujado por Han et al.⁵ Se entendería como tal «aquellos atributos de la enfermedad que solos o combinados describen las diferencias entre individuos con EPOC en relación con parámetros que tienen significado clínico (síntomas, agudizaciones, respuesta al tratamiento, velocidad de progresión de la enfermedad, o muerte)». Este planteamiento suponía una enorme ayuda al profesional de atención primaria, pero la iniciativa GOLD no lo incluyó en su posterior propuesta de abordaje de la enfermedad. Sí lo hizo GesEPOC⁴ (y sigue haciéndolo),

con el apoyo decidido de los médicos de familia que formábamos parte del comité ejecutivo, ayudando de esta forma claramente al médico de familia a abordar al paciente teniendo en consideración todas las variables mencionadas, de forma objetiva, no ya intuitivamente.

Por tanto, el fenotipo permite clasificar a los pacientes en subgrupos con valor pronóstico, y permite determinar el tratamiento más adecuado para lograr mejores resultados clínicos. Y también, algo fundamental en atención primaria, deben ser fácilmente identificables para el clínico. En definitiva, la determinación del fenotipo pretende ayudar a tomar decisiones clínicas orientadas al paciente concreto, «con nombre y apellidos», teniendo en cuenta parámetros de la enfermedad y del enfermo que van más allá del grado de limitación de la función pulmonar que presenta el paciente.

Este salto conceptual marcó a muchos médicos de familia a seguir todos estos años las recomendaciones de GesEPOC, utilizándola como nuestra guía de referencia en el manejo del paciente con EPOC.

Pero, lógicamente, el conocimiento avanza y GesEPOC también lo ha hecho en sus sucesivas revisiones y actualizaciones⁶⁻⁸. Se han perfilado los fenotipos, avanzado en el importante papel de los eosinófilos para orientar el tratamiento al «tipo» de paciente, ajustado la estratificación del riesgo, la importancia que tiene identificar y abordar los rasgos tratables (nuevo concepto también muy cercano a la realidad del médico de familia).

Y en GesEPOC 2021⁸ se ha dado un paso más en un aspecto vital para el manejo del paciente desde atención primaria, tener unos criterios objetivos para medir el grado de control de la enfermedad que, obligadamente, hay que realizar en el seguimiento del paciente con EPOC. Son, como no podía ser de otra forma, aspectos que se pueden obtener fácilmente de la historia del paciente desde la visita anterior.

En definitiva, GesEPOC ha supuesto un enorme avance para atención primaria buscando mejorar la atención integral del paciente con EPOC. Insiste en la necesidad de un correcto diagnóstico, en la utilidad de determinar el nivel de riesgo y adecuar el tratamiento al mismo, y en la búsqueda del control en el obligado seguimiento del paciente. La excelente relación entre especialidades de distintos niveles asistenciales ha sido ejemplar, y está teniendo sus frutos.

Todavía queda mucho trabajo por hacer, pero seguro que de la estrecha relación y de la confianza generada conseguiremos mejorar lo que todos pretendemos, la calidad de vida del paciente con EPOC.

Conflicto de intereses

Jesús Molina París declara que los últimos tres años ha recibido honorarios por elaboración de documentos, comité de expertos e impartir conferencias por parte de AstraZéneca, Chiesi, GlaxoSmithKline, Menarini, Novartis, Pfizer, semFYC, y SERMAS.

Ana Saiz Sardón declara no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. Ausejo Segura M. Análisis de diagnósticos y prescripción de crónicos en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1997;19:35-40.
2. Arnau de Bolós JM. Variabilidad de la prescripción en indicaciones prevalentes en atención primaria: un estudio multicéntrico. *Aten Primaria*. 1998;22:417-23.
3. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2009. <http://www.msc.es>
4. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Grupo de Trabajo de GesEPOC. *Arch Bronconeumol*. 2012;48 Supl. 1:2-58.
5. Han MK, Agustí A, Calverley PM, Celli BR, Criner G, Curtis JL, et al. Chronic obstructive pulmonary disease phenotypes. The future of COPD. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;182:598-604.
6. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC) Actualización 2014. *Arch Bronconeumol*. 2014;50 Supl. 1:1-16.
7. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017. *Arch Bronconeumol*. 2017;53. Extraordinario 1.
8. Miravittles M, Calle M, Molina J, Almagro P, Gómez JT, Trigueros JA, et al. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC) 2021 Updated Pharmacological treatment of stable COPD. *Arch Bronconeumol*. 2022;58:69-18104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.005>.

Jesús Molina París^{a,b,*} y Ana Saiz Sardón^a

^a Centro de Salud Francia, Fuenlabrada. Dirección Asistencial Oeste, Madrid, España

^b Comité Ejecutivo de GesEPOC

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmolinaparis@gmail.com (J. Molina París).