

Jesús Molina [Buscar autor en Medline]



Editorial

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) afecta al 9,1% de la población española entre 40 y 69 años. Es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente atendida en atención primaria. Presenta una tasa global de 33 fallecimientos/100.000 habitantes/año, siendo la cuarta causa de muerte en España. Supone un coste anual para nuestro sistema sanitario de 475 millones de euros. Pero, especialmente, es una enfermedad progresivamente invalidante y, finalmente, mortal.

Con estos datos es incuestionable que algo hay que cambiar, más cuando sabemos de forma absolutamente feaciente que es una enfermedad EVITABLE en la práctica totalidad de los casos.

El impacto socioeconómico de esta patología es enorme. En nuestro país, se ha calculado que el coste medio directo anual por paciente y año oscila alrededor de 1800 euros ¹ (lo que supondría en todo el país un coste de 475 millones de euros anuales). De ellos, el 43,8% representan gastos hospitalarios, el 40,8% el gasto farmacéutico, y el 15,4 % restante las visitas médicas y pruebas diagnósticas.

La EPOC es una de las enfermedades crónica más prevalentes y, a pesar de ello, desconocidas de nuestro entorno y ámbito asistencial. Según el estudio IBERPOC ², realizado en siete zonas geográficas diferentes de nuestro país, el 13 % de los fumadores (2 millones de personas) desarrollan la enfermedad. Esto, trasladado a un cupo medio de Atención Primaria de 2000 pacientes, significa que habrá 700 fumadores y, de ellos, casi 95 con esta enfermedad. La prevalencia objetivada en este estudio es del 9,1% en la población entre 40 y 69 años, cifra que se eleva al 40,3% en varones por encima de 60 años y fumadores de más de 30 paquetes-año, lo que manifiesta, de nuevo, la relación con el tabaco y la cantidad consumida del mismo ³. Alarmanamente, de los casos diagnosticados, el 78% desconocía que padecía la enfermedad y sólo el 39% de los enfermos recibía un tratamiento adecuado. Es más, casi la mitad de los pacientes en un estadio grave no recibían tratamiento para esta enfermedad ². Si a estos datos unimos, como se comentará más adelante, que muchos de los pacientes actualmente diagnosticados lo están por criterios clínicos de bronquitis crónica (es decir, mal diagnosticados -algunos incluso no han realizado nunca una espirometría-), nos encontramos ante una situación que precisa una profunda reflexión, teniendo en cuenta que los pacientes no diagnosticados tampoco se podrán beneficiar de las medidas terapéuticas que deben instaurarse en todos los pacientes con esta enfermedad, más cuando conocemos que la EPOC es una enfermedad que progresa inexorablemente hacia la muerte del que la padece, y que, ante un diagnóstico tardío, la capacidad pulmonar perdida no es recuperable. Ello obliga a la realización de un diagnóstico lo más precoz posible, para lo que es imprescindible que los que trabajamos en atención primaria nos concienciamos del enorme problema sanitario al que nos enfrentamos, que, además, aumentará con el tiempo a la vista de los datos de incidencia de los que se dispone ⁴, básicamente porque el tabaquismo sigue siendo una de las lacras de los sistemas sanitarios.

Strachan ha revisado los datos de tres Encuestas Nacionales de Morbilidad en atención primaria ⁵, mostrando que el número de personas de 65 a 74 años, de ambos sexos, que han consultado a un médico de familia por EPOC ha aumentado del 1.1% y el 1.5% en hombres y mujeres respectivamente en 1970-1 al 26.2% y el 7.8% en 1980-1. De hecho, en Reino Unido ⁶, las enfermedades respiratorias son ya la principal causa de utilización de los servicios de urgencia hospitalarios y suponen el mayor porcentaje de los costes sanitarios.

Las tasas de mortalidad son también un indicador útil de la magnitud de una enfermedad. En Australia la mortalidad por EPOC en las mujeres, estandarizada por edad, se ha multiplicado por 2.6 entre 1964 y 1990 calculándose que posiblemente igualaría la mortalidad entre los hombres al final de la década de los 90 ⁷, de manera parecida a la

bibliografía

1. Rodríguez-Roisin R, Barberá JA, Sánchez-Agudo L, Molina París J, Sunyer J, Macián V, Navarro D, Hernando P, López Encuentra A, Puig F, Carné X. -Jurado de Consenso-, por el Grupo de Trabajo-Conferencia de Consenso para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Arch Bronconeumol 2003; 39(Supl 3):5-47. (Full Text/PDF)

2. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographical variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest 2000;118:981-9.

3. Flether CM, Peto R, Tinker CM, Spizer FE. The Natural History of Chronic Bronchitis and Emphysema. Oxford, Oxford University Press, 1976.

4. Murray CJL, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1498-1504.

5. Strachan D. Epidemiology: A British Perspective. In: Calverley P, Pride N eds. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. London, Chapman & Hall, 1995; pp. 47-67. **Ver más**

enlaces

No hay enlaces de interés



tendencia de Estados Unidos ⁸ . En el "Global Burden Disease Study" ⁴ , la EPOC fue responsable del 2.1% de los años de mortalidad prematura e incapacidad (DALYs) situándose en el lugar 12º de todas las causas y estimándose que supondría el 4.1% de DALYs y la 5ª posición en el 2020. Es interesante remarcar que, por motivos desconocidos, la letalidad parece ser mayor en mujeres que en hombres ^{9,10} quizás en relación a una mayor frecuencia de hiperreactividad bronquial ¹¹ .

En cualquier caso, es exigible una implicación decidida de los gobiernos para atajar el consumo de tabaco, con estrategias que se comentarán más adelante. No se puede ser eficaz en el tratamiento de esta patología sin dejar de fumar. Por tanto, para frenar esa mortalidad y morbilidad cada vez mayores (pero, insisto, potencialmente modificables), es preciso un abordaje multifactorial del problema.

Existen varias iniciativas a nivel mundial. Quizá la más conocida es la Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease –GOLD ¹² -. Este grupo de trabajo defiende que la EPOC se diagnostica poco y que no se identifica hasta resultar clínicamente evidente, algo que claramente está ocurriendo. Por ello pretende concienciar a médicos, responsables de la sanidad y público en general, que esta enfermedad es un importante problema de salud pública. Desde hace años viene actualizando los nuevos conocimientos que sobre la EPOC van apareciendo en la literatura científica, con el propósito de organizar toda la información (marcando niveles de evidencia) en un único programa.

El texto se ha dividido en cuatro partes. La primera aborda la magnitud del problema, del que se han dado ya algunas pinceladas, desde los factores de riesgo al enorme problema personal, económico y social que supone esta enfermedad. La segunda, de la evidencia científica a la práctica clínica, revisa la literatura disponible sobre las estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta enfermedad desde un enfoque práctico para la clínica diaria. En contexto sanitario se analiza el papel que tiene atención primaria en el control de estos pacientes, contemplando tanto la necesidad de un enfoque multiprofesional de esta enfermedad (carga de trabajo, atención integrada y longitudinal,...), como la organización de la consulta orientada a las necesidades del paciente. Por último, se apuntan algunos temas pendientes, que no están resueltos por el contexto sociosanitario de nuestro sistema de salud, y que resultan trascendentales para poder controlar adecuadamente esta enfermedad.

