



ARTÍCULO ESPECIAL

Intervención para mejorar la eficiencia en el tratamiento de la EPOC a través de la implementación de un programa de mejorar del diagnóstico y tratamiento. Proyecto E-PrOjeCt

Intervention to improve the efficiency in the treatment of COPD through the implementation of a program to improve diagnosis and treatment. E-PrOjeC Project

Autores: Godoy R¹, Callejas FJ¹, Izquierdo JL²

1 Neumología Complejo Hospitalario de Albacete

2 Neumología Hospital Universitario de Guadalajara

Colaboración entre la Administración, Atención Primaria y Neumología

Situación de la EPOC en CLM.

Aunque existen muchas enfermedades con deficiencias en su diagnóstico y tratamiento, la EPOC es especialmente importante por su elevada prevalencia, su gran impacto asistencial y económico y su elevada mortalidad. Nuestra población con EPOC en Castilla-La Mancha está constituida por 48.273 pacientes.

Hace 20 años, el estudio IDENTEPOC detectó serios problemas en el diagnóstico y manejo de esta enfermedad en España en el entorno ambulatorio. El AUDIPOC y otras auditorías de algunas comunidades autónomas confirmaron estas deficiencias también a nivel hospitalario.

Un error crítico, con un gran impacto económico, es un elevado número de casos con un diagnóstico incorrecto. Dado que la clínica es poco específica, este diagnóstico no es posible sin la realización de una espirometría. Es imprescindible la espirometría para diagnosticar la EPOC, igual que para detectar una masa pulmonar hay que hacer una radiografía o una glucemia para identificar si un paciente es diabético.

Aunque el infradiagnóstico es un problema importante, también tasas muy elevadas de sobrediagnóstico generan un gasto innecesario en tratamientos que el paciente no necesita, no abordándose el problema real de sus síntomas. En el estudio VICE se observó que el 30% de los pacientes diagnosticados de EPOC no tenían obstrucción y, por lo tanto, no tenían EPOC.

Este problema era común en otros países de nuestro entorno, pero, a diferencia de ellos, este problema persiste sin cambios en la última década en España y, de forma específica, en Castilla-La Mancha, a pesar de la continua publicación de guías de práctica clínica, planes estratégicos y planes asistenciales. Todos ellos contienen un

exceso de información de escasa utilidad práctica y son muy farragosos, por lo que su seguimiento es escaso.

Varios factores han contribuido a un mantener esta situación. Posiblemente los dos principales sean, 1) perderse en objetivos muy amplios, en su mayoría poco relevantes para solucionar el problema y, 2) la falta de seguimiento de la mayoría de los planes, por la dificultad de obtener la información fiable de toda la población de forma secuencial. Un modelo basado en el principio de Pareto y el uso de nuevas tecnologías, disponibles en Castilla-La Mancha, puede cambiar radicalmente esta situación, siendo este modelo extrapolable a otras enfermedades de alto impacto asistencial.

Recientemente, se ha publicado el primer estudio que ha analizado la situación de la EPOC en Castilla-La Mancha utilizando metodología de *Big Data*, a partir de los datos capturados de registros clínicos electrónicos. La principal conclusión de este estudio es la persistencia de errores graves en el proceso diagnóstico y una escasa variación en los tratamientos farmacológicos en una década marcada por cambios en las guías de práctica clínica (GPC). Mediante esta tecnología es factible identificar los problemas reales en una población, implementar proyectos que ayuden a mejorar la práctica clínica y, muy importante, una monitorización continua de los resultados. En Castilla-La Mancha existe una buena digitalización de las historias clínicas, un sistema común y una herramienta para la extracción de datos como es el *SAVANNA* y *Sapiens*.

Principales errores detectados en el manejo de la EPOC en CLM

- 1- Menos de la mitad de los pacientes tenían espirometría (la prueba imprescindible para el diagnóstico), de forma que no tenían un diagnóstico correcto. Este porcentaje supe-

raba el 80% en Atención Primaria, Medicina Interna y Geriátrica.

- 2- No ha habido una mejoría significativa en el diagnóstico en la última década.
- 3- El impacto de las guías en el tratamiento también ha sido marginal.

Áreas de mejora

1. **Áreas de mejora en el diagnóstico:** Realizar una identificación y diagnóstico adecuado del paciente EPOC, evitando los sobrediagnósticos y haciendo aflorar el infradiagnóstico.

Es imprescindible la realización de una espirometría correcta

- a- Paciente ya diagnosticado de EPOC: Es imprescindible verificar que tiene hecha una **espirometría postbroncodilatadora** y que es **obstruktiva (FEV1/FVC < 70%)**
- b- Paciente en el que hay que sospechar EPOC: Debe ser un paciente **fumador o exfumador, mayor de 40 años** y con **síntomas respiratorios** (tos, disnea, expectoración). Para el diagnóstico es imprescindible verificar la obstrucción en la espirometría postbroncodilatadora

Para el diagnóstico hay que **verificar** que se cumplen 3 condiciones además de la edad:

- 1- Tabaquismo previo o actual.
- 2- Síntomas.
- 3- Espirometría.

2. Áreas de mejora en el tratamiento

- a. **Verificación del diagnóstico.** Si el diagnóstico no es correcto el tratamiento probablemente tampoco.
- b. **Establecer criterios claros de indicación** de cualquier **tratamiento** que vaya más allá de las medidas generales (eliminar tabaquismo, actividad física, vacunación) y los broncodilatadores.

- c. **Establecer criterios concretos** y verificables para **el flujo de pacientes** entre Atención Primaria y Neumología.

Esquema diagnóstico y tratamiento de la EPOC

Con las indicaciones anteriores, una guía de diagnóstico y tratamiento, evitando las complicaciones y fijándose en unos criterios básicos para un manejo sencillo, podría ser:

Diagnóstico

Paciente mayor de 40 años con síntomas respiratorios (disnea, tos y expectoración).

- Primero: Verificar relación con **el tabaco**, si no la hay cuestionar EPOC.
- Segundo: Realizar **espirometría** postbroncodilatadora: Si FEV1/FVC > 70%, descartar EPOC. Ante duda diagnóstica, remitir a Neumología.

Tratamiento de paciente EPOC con diagnóstico previo:

- **No farmacológico**, en todos los casos:
 - Abandono del tabaco.
 - Vacunación antigripal estacional anual.
 - Vacunación antineumocócica conjugada una vez en la vida.
 - Práctica de ejercicio físico y nutrición adecuada.

- **Farmacológico:**

- 1- Broncodilatador de acción larga: B2 adrenérgico (LABA) o antimuscarínico (LAMA).
- 2- Si continúan los síntomas, añadir otro broncodilatador: LAMA + LABA.
- 3- Si existen **exacerbaciones** frecuentes o **fenotipo mixto** (> 300 eosinófilos; prueba broncodilatadora muy positiva o antecedentes de asma), añadir **Corticoides Inhalados** (CI).
- 4- Derivar a Neumología para tratamientos más específicos.
- 5-

Derivación a Atención Primaria si:

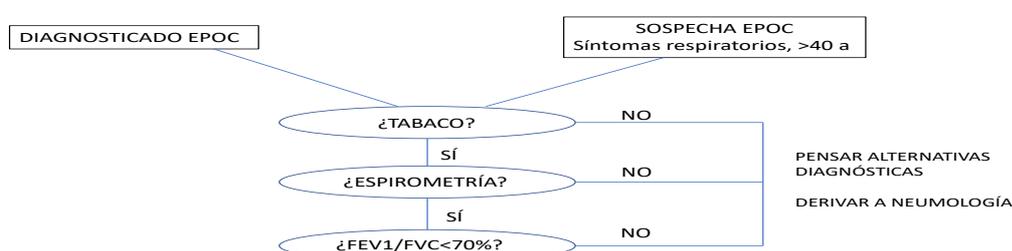
Derivaciones

Derivación a Neumología, que resolverá los problemas y devolverá el paciente a Atención Primaria, si:

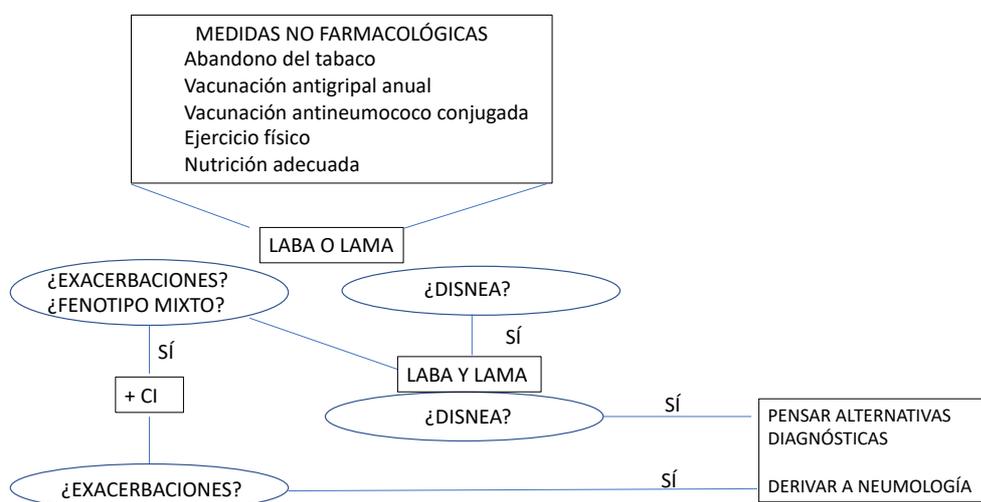
1. Dudas diagnósticas.
2. Paciente con EPOC menor de 60 años.
3. Mal control de síntomas.

1. Paciente controlado.
2. Paciente con diagnóstico específico.
3. Paciente con tratamiento ajustado.

DIAGNÓSTICO DE EPOC



TRATAMIENTO DE EPOC: UNA VEZ CONFIRMADO EL DIAGNÓSTICO



Bibliografía

- 1- Izquierdo JL, Godoy R. Manejo de la EPOC en Castilla La Mancha. Una oportunidad para mejorar. Rev SOCAMPAR.2020;5(2):31-32
- 2- Izquierdo JL, Morena D, González Y, Paredero JM, Pérez B, Graziani D, Gutiérrez M, Rodríguez JM. Manejo clínico de la EPOC en situa-

ción de vida real. Anæ lisis a partir de big data. Arch Bronconeumol. 2020 Feb 22. pii: S0300-2896(20)30012-0. doi: 10.1016/j.arbres.2019.12.025. [Epub ahead of print].

- 3- J. De Miguel Díez, J.L. Izquierdo Alonso, J. Molina París, J.M. Bellón Cano, J.M. Rodríguez González-Moro, P. de Lucas Ramos. Factores

determinantes de la prescripción farmacológica en los pacientes con EPOC estable. Resultados de un estudio multicéntrico español (IDENTE-POC). Arch Bronconeumol, 41 (2005), pp. 63-70

- 4- J.L. Izquierdo Alonso, J.M. Rodríguez González-Moro, P. de Lucas Ramos, A. Martín Centeno, E. Gobart Vázquez. *¿Ha cambiado el manejo de la EPOC en España? Resultados de un estudio multicéntrico comunitario (VICE). Rev Clin Esp (Barc).*, 208 (2008), pp. 18-25
- 5- Ghattas C, Dai A, Gemmel DJ, Awad MH. *Over diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in an underserved patient population. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2013;8:545-9. doi: 10.2147/COPD.S45693. Epub 2013 Nov 12. PMID: 24348030; PMCID: PMC3848507.
- 6- Izquierdo JL, Miravittles M, Esquinas C, Pérez M, Calle M, López Campos JL, Rodríguez González-Moro JM, Casanova C, Esteban C, de Lucas P. *Characteristics of COPD Patients Managed in Respiratory Medicine Departments in Spain, According to GOLD Groups and GesEPOC Clinical Phenotypes. Arch Bronconeumol.* 2018 Nov;54(11):559-567. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2018.03.021. Epub 2018 May 28. PMID: 29853257.