



ARTÍCULO ESPECIAL

La EPOC en Castilla la Mancha: ¿un desafío de recursos y prioridades?

Necesidad de una estrategia integral para mejorar el manejo de la EPOC en Castilla la Mancha

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Castilla-La Mancha: A Challenge of Resources and Priorities? The Need for an Integrated Strategy to Improve COPD Management in Castilla-La Mancha

Autores: José Luis Izquierdo ^(1,2), Raul Piedra ⁽³⁾, Raul Godoy ⁽⁴⁾.

¹ Departamento de Medicina y especialidades médicas. Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid.

² Neumología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara

³ Atención Primaria. Azuqueca de Henares. Guadalajara

⁴ Neumología. Hospital Universitario de Albacete. Albacete

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es uno de los mayores problemas de salud en España. El estudio EPISCAN establece que su prevalencia en España es de aproximadamente el 12% de la población mayor de 40 años (9,37% en mujeres y 14,59% en varones). Aunque los factores de riesgo son diversos, el tabaquismo es el principal y como tal, es necesaria la implementación de políticas de prevención y concienciación en la población en general¹.

Durante las dos últimas décadas diversos estudios han demostrado graves deficiencias en el manejo de esta enfermedad, que además de ser la cuarta causa de muerte en nuestro medio, por su alta prevalencia e impacto en los servicios de salud, genera una elevada carga económica, especialmente en las formas más avanzadas, al ser responsable de un porcentaje muy importante de los ingresos hospitalarios.

A pesar del impacto en la salud de la población y de la carga económica que supone para los sistemas sanitarios, en las últimas décadas se han cometido fallos sistemáticos que han impedido corregir, o la menos mitigar de una forma relativamente sencilla, los principales errores en el manejo de la EPOC en nuestro medio.

A diferencia de otras enfermedades como el asma, en la EPOC no se esperan grandes avances desde el punto de vista farmacológico. Hemos llegado a un techo terapéutico. Por ese motivo, en los próximos años el verdadero reto para mejorar la calidad del cuidado de los pacientes con EPOC va a estar en una correcta gestión del proceso, que debe basarse en un diagnóstico adecuado, un tratamiento ajustado a las características del paciente y, en muchos casos, especialmente en los de edad más avanzada, en entender la complejidad, no solo de la EPOC, sino de del paciente con EPOC, que frecuentemente está condicionada por las comorbilidades.

Para un abordaje correcto de este problema, el primer paso es conocer cuál es su magnitud real en nuestro entorno sanitario. Durante el periodo comprendido entre el

1 de enero de 2011 y el 1 de marzo de 2020, el número de pacientes atendidos en Castilla la Mancha con un diagnóstico de EPOC ha sido de 69.359². Esto supone el 3,7% de la población mayor de 40 años atendida en nuestra comunidad autónoma durante ese periodo, apoyando los repetidos mensajes que sugieren un infradiagnóstico alrededor del 75%. Sin embargo, aunque durante muchos años se ha insistido en las elevadas tasas de infradiagnóstico de la EPOC, los datos de los estudios poblacionales IBERPOC y EPISCAN debe ser valorados con suma cautela desde un punto de vista clínico y asistencial. Los datos de Castilla-La Mancha muestran una prevalencia y un infradiagnóstico en población mayor de 40 años acordes con los datos de EPISCAN. Pero, desde un punto de vista asistencial, ¿son reales estas tasas de infradiagnóstico?

La última edición de GOLD³ establece que para realizar un diagnóstico de EPOC en cualquier paciente con síntomas respiratorios se requiere una espirometría que muestre la presencia de un cociente FEV1/FVC postbroncodilatador <0,7. Sin embargo, es sobradamente conocido que utilizar un cociente FEV1/FVC menor del 0,7 puede establecer diagnósticos erróneos en un importante porcentaje de la población mayor de 70 años. Las recientes recomendaciones de la sociedad americana y europea de respiratorio y las recomendaciones de la GLI desaconsejan de forma categórica el uso del cociente entre el FEV1 y la FVC, (FEV1/FVC menor del 0.7) para establecer el criterio de obstrucción al flujo aéreo, dado que es un criterio arbitrario, que origina importantes errores diagnósticos en población joven y en mayores de 70 años^{4,5}. Por el contrario, se recomienda el uso del límite inferior de la normalidad (LIN). Este parámetro nos informa que en una determinada población el 95% de los sujetos sanos están por encima de este valor. Si utilizamos este criterio, la prevalencia estimada de EPOC sería de un 5,98%, valores mucho más acordes con lo que vemos en la práctica clínica, especialmente si tenemos en cuenta que los pacientes más leves no van a requerir tratamiento farmacológico en muchos casos, salvo en lo que respecta a la terapia

farmacológica antitabaco. Por este motivo, el infradiagnóstico es solo uno de los problemas actuales en el manejo de la EPOC y posiblemente no el más grave en muchos casos.

El principal problema en vida real es que la mayoría de los pacientes no valorados por neumología, tienen un diagnóstico sin confirmación mediante espirometría⁶. La ausencia en más del 80% de los pacientes de una prueba que es un requisito para poder establecer el diagnóstico, y cuyo coste aproximado es de unos 12 €, favorece las elevadas tasas de sobrediagnóstico que de forma sistemática se han venido describiendo en nuestro medio⁷⁻¹⁰. En diferentes series, las tasas de sobrediagnósticos oscilan entre el 30% y el 40 %, creando una enfermedad que el paciente no tiene, prescribiendo tratamientos que el paciente no necesita e impidiendo un correcto abordaje de la verdadera enfermedad responsable de los síntomas, que frecuentemente son inespecíficos y comunes con otras enfermedades, tanto pulmonares como extrapulmonares. El tratamiento Inhalado con broncodilatadores y/o corticoides inhalados no debe ser sinónimo de tratamiento de la disnea, frecuentemente producida por enfermedades que no cursan con obstrucción de la vía aérea.

Si tenemos presente que el infradiagnóstico debe ser corregido, que no se ha demostrado que sean útiles programas de despistaje en población general, y los graves problemas de sobrediagnóstico, nuestro objetivo prioritario debe ser establecer programas asistenciales que ayuden a establecer un diagnóstico correcto a los pacientes que acuden a consulta con síntomas respiratorios y con sospecha clínica de EPOC¹¹. Este aspecto es muy importante, especialmente si tenemos en cuenta que al final estamos hablando de asegurar un correcto diagnóstico de la EPOC, donde posiblemente el sobrediagnóstico tenga una repercusión clínica, social y sanitaria, igual o superior al propio infradiagnóstico.

Una vez identificado que el principal problema en nuestro medio es garantizar la calidad en el diagnóstico de EPOC es necesario implementar un plan basado en 3 acciones prioritarias.

- 1.) **Asegurar una espirometría de calidad como requisito para establecer el diagnóstico.** Se sabe que una de las principales dificultades del diagnóstico correcto de la EPOC en España es la falta de conciencia sobre esta enfermedad entre los pacientes, los médicos y los sistemas sanitarios. Muchos pacientes asumen que su dificultad para respirar es un resultado natural del envejecimiento o de fumar y los médicos pueden tener dificultades para reconocer los síntomas de la EPOC debido a la falta de pruebas de función pulmonar y a la similitud de los síntomas con otras enfermedades cardiorrespiratorias. La ausencia de planes operativos reales, a diferencia de otras enfermedades como la diabetes, etc., hace que el paciente con EPOC sea considerado de segundo nivel, ya que frecuentemente se asume que está pagando el precio de su hábito

tabáquico. Curiosamente este planteamiento, que frecuentemente vemos hacia el paciente con EPOC, no se extrapola a otras enfermedades relacionadas con el tabaquismo, como la cardiopatía isquémica o al cáncer de pulmón, donde los recursos que se dedican a gestionar estos procesos son muy superiores.

Por lo tanto, es necesario implementar un plan sencillo de educación que incluya, como requisito, la correcta realización de una espirometría postbroncodilatadora antes de poder establecer un diagnóstico de EPOC y, por lo tanto, prescribir un tratamiento a largo plazo en ese sentido. El coste de una espirometría correctamente realizada y valorada es cinco veces inferior al coste mensual de cualquiera de los principales tratamientos inhalados. Es muy importante que la espirometría esté correctamente valorada. En dos grandes series en atención primaria, donde se exigía un diagnóstico confirmado con espirometría, el 40 % de los pacientes no eran EPOC por la incorrecta valoración de la obstrucción en la espirometría^{7,10}.

- 2.) **Tratamiento personalizado con la mejor evidencia disponible.** Una vez superado el problema más grave, que es la calidad del diagnóstico, es relativamente sencillo establecer recomendaciones terapéuticas basadas en la mejor evidencia posible. El reto es trasladar de forma operativa y sencilla los mensajes de GOLD y GesEPOC a un entorno clínico^{3,12,13}.

El gran problema de las guías clínicas, tanto de GOLD como GesEPOC, de los planes asistenciales y de la estrategia nacional, es que son sumamente complejos, muchas veces con mensajes contradictorios entre sí, y de muy difícil aplicación en la práctica clínica, donde el tiempo que se puede dedicar al paciente es limitado. Por este motivo, es necesario establecer un plan de formación muy sencillo, que pueda resumirse en una simple hoja DinA4, pero que establezca, siguiendo un modelo de Pareto¹⁴, los elementos claves que son decisivos para el correcto manejo de los pacientes. La educación y capacitación de los médicos son fundamentales para mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC en Castilla la Mancha, pero siempre basada en pocos mensajes clave, de gran relevancia, y fáciles de aplicar en cualquier entorno asistencial.

- 3.) **Circuitos integrales entre diferentes niveles asistenciales.** Es importante sensibilizar a la población sobre los riesgos de la EPOC y la importancia de llevar un estilo de vida saludable, como dejar de fumar, mantener una dieta equilibrada y realizar actividad física. Cuando el paciente tiene síntomas es fundamental que tenga una correcta valoración por su médico atención primaria y si es preciso, por neumología. Todos los médicos de atención primaria deben estar capacitados para diagnosticar y tratar adecuadamente a las personas con EPOC, para lo cual es necesario ofrecer formación específica en aquellos ámbitos donde esto no ocurra. Si existen dudas, es

fundamental una valoración por neumología, ya que es esencial evitar que se perpetúen en el tiempo errores en el diagnóstico o en el tratamiento.

Cuando la valoración inicial se ha realizado de forma adecuada, el seguimiento por atención primaria va a ser la clave para la mayoría de los pacientes que no presenten complicaciones. Un objetivo importante en este seguimiento es asegurar que los pacientes no fumen y que cumplan con su tratamiento. A nivel terapéutico, la adherencia al tratamiento juega un papel clave en el éxito del manejo del EPOC. Los pacientes con EPOC pueden tener dificultades para seguir su régimen terapéutico, especialmente si se trata de inhaladores, por lo que es necesario brindarles apoyo y educación, y simplificar al máximo el tratamiento.

Por otro lado, es importante destacar que la EPOC no es sólo una enfermedad respiratoria, sino que también está relacionada con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, ansiedad-depresión y diabetes. Por esta razón, la gestión de la EPOC debe ser integral y tener en cuenta el abordaje de otras comorbilidades. En un sistema sanitario público como el español, deben existir cauces fluidos de comunicación entre atención primaria y neumología, especialmente en los pacientes más graves o con necesidades especiales.

Como conclusión, la EPOC es un problema de salud pública en Castilla la Mancha, que requiere una acción inmediata y conjunta de todos los sectores involucrados¹³. La prevención del tabaquismo, el diagnóstico correcto y un manejo clínico basado en un abordaje personalizado, con la mejor evidencia científica, son objetivos factibles de implementar en Castilla la Mancha. Un adecuado manejo de los pacientes desde el inicio, además, debería traducirse en una reducción del número de visitas por un mejor control de la enfermedad, impactando favorablemente, no solo en el gasto, sino también en la sobrecarga asistencial.

Bibliografía:

1. Soriano JB, Alfageme I, Miravittles M, de Lucas P, Soler-Cataluña JJ, García-Río F, Casanova C, Rodríguez González-Moro JM, Cosío BG, Sánchez G, Ancochea J. Prevalence and Determinants of COPD in Spain: EPISCAN II. *Arch Bronconeumol (Engl Ed)*. 2021 Jan;57(1):61-69. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2020.07.024. Epub 2020 Sep 17. PMID: 32950310.
2. Izquierdo JL, Rodríguez JM, Almonacid C, Benavent M, Arroyo-Espiguero R, Agustí A. Real-life burden of hospitalisations due to COPD exacerbations in Spain. *ERJ Open Res*. 2022 Aug 15;8 (3): 00141-2022. doi: 10.1183/23120541.00141-2022. PMID: 35983537; PMCID: PMC9379352.
3. Agustí A, Celli BR, Criner GJ, Halpin D, Anzueto A, Barnes P, Bourbeau J, Han MK, Martínez FJ, Montes de Oca M, Mortimer K, Papi A, Pavord I, Roche N, Salvi S, Sin DD, Singh D, Stockley R, López Varela MV, Wedzicha JA, Vogelmeier CF. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. *Arch Bronconeumol*. 2023 Apr;59(4):232-248. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2023.02.009. Epub 2023 Mar 1. PMID: 36933949.
4. Stanojevic S, Kaminsky DA, Miller MR, Thompson B, Aliverti A, Barjaktarevic I, Cooper BG, Culver B, Derom E, Hall GL, Hallstrand TS, Leuppi JD, MacIntyre N, McCormack M, Rosenfeld M, Swenson ER. ERS/ATS technical standard on interpretive strategies for routine lung function tests. *Eur Respir J*. 2022 Jul 13;60(1):2101499. doi: 10.1183/13993003.01499-2021. PMID: 34949706.
5. Quanjer PH, Stanojevic S, Cole TJ, Baur X, Hall GL, Culver BH, Enright PL, Hankinson JL, Ip MS, Zheng J, Stocks J; ERS Global Lung Function Initiative. Multi-ethnic reference values for spirometry for the 3-95-yr age range: the global lung function 2012 equations. *Eur Respir J*. 2012 Dec;40(6):1324-43. doi: 10.1183/09031936.00080312. Epub 2012 Jun 27. PMID: 22743675; PMCID: PMC3786581.
6. Izquierdo JL, Morena D, González Y, Paredero JM, Pérez B, Graziani D, Gutiérrez M, Rodríguez JM. Clinical Management of COPD in a Real-World Setting. A Big Data Analysis. *Arch Bronconeumol*. 2021; 57 (2): 94-100
7. Izquierdo Alonso JL, Rodríguez González-Moro JM, de Lucas Ramos P, Martín Centeno A, Gobartt Vázquez E. ¿Ha cambiado el manejo de la EPOC en España? Resultados de un estudio multicéntrico comunitario (VICE) [Has the treatment of COPD changed in Spain? Results of a community multicenter study (VICE)]. *Rev Clin Esp*. 2008 Jan;208(1):18-25.
8. Sator L, Horner A, Studnicka M, Lamprecht B, Kaiser B, McBurnie MA, Buist AS, Gnatiuc L, Mannino DM, Janson C, Bateman ED, Burney P; BOLD Collaborative Research Group. Overdiagnosis of COPD in Subjects with Unobstructed Spirometry: A BOLD Analysis. *Chest*. 2019 Aug;156(2):277-288. doi: 10.1016/j.chest.2019.01.015. Epub 2019 Jan 31. PMID: 30711480.
9. 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; 43: 557-64.
10. Miravittles M, Roman-Rodríguez M, Ribera X, Ritz J, Izquierdo JL. Inhaled Corticosteroid Use Among COPD Patients in Primary in Spain. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2022;17 245-258.
11. Van Boven JF. Costs of case-finding uncovered: time to revisit COPD's value pyramid?. *van Boven JFM. Thorax* August 2019; 74. 727-729.
12. Miravittles M, Calle M, Molina J, Almagro P, Gómez J-T, Trigueros JA, et al., Spanish COPD guidelines (GesEPOC) 2021. Updated pharmacological treatment of stable COPD. *Arch Bronconeumol*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbr.2021.03.014>.
13. Izquierdo J, Casanova C, Celli B, Santos S, Sibila O, Sobradillo P, Agustí A. The 7 Cardinal Sins of COPD in Spain. *Arch Bronconeumol*. 2022 Jun;58(6):498-

503. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2021.12.008. Epub 2022 Jan 7. PMID: 35312507.

14. Richard Koch. El principio 80/20. Espasa Libros, S. L. U., 2009. Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España). ISBN: 978-84-493-3116-9.