

## ¿Doctor, qué piensa usted sobre sus pacientes con EPOC?

Francisco Antón García,<sup>1</sup> Daniela Florentina Pruteanu,<sup>2</sup> Inmaculada Atienza Garrido,<sup>3</sup> Nuria Campos Olivé,<sup>3</sup> Elena Correcher Salvador.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Salud Fuensanta, Valencia, España.

<sup>2</sup> Centro de Salud Quart de Poblet, Valencia, España.

<sup>3</sup> Hospital General Universitario, Valencia, España.

\* Correo electrónico: florentina\_pruteanu@yahoo.com

Fecha de Recepción: 16-09-2013.

Fecha de Aceptación: 27-02-2014.

### Resumen

La evaluación del trabajo que desarrollamos en atención primaria es una forma de detectar los puntos débiles, ayudándonos a mejorar. El objetivo del presente trabajo es conocer la opinión de los médicos de familia de un centro de salud (CS) sobre sus pacientes con EPOC. Como método se ha utilizado una encuesta a la que respondieron los médicos antes y después de presentar los resultados de la evaluación de esos pacientes. Se ha evaluado anualmente durante un periodo de tres años (junio 2008 - mayo 2011) una muestra aleatoria de 137 pacientes con diagnóstico activo de EPOC en su historia clínica electrónica (HCE). La prevalencia registrada de EPOC en el CS ha pasado de 3,07% en 2009 a 3,23% en 2011. El porcentaje de pacientes diagnosticados incorrectamente de EPOC en la HCE ha sido del 20,4%. La edad media era de 70,3 años (DE 12,4) y el 69,3% eran varones. En el tercer año evaluado, constaba un 31% de pacientes fumadores, un porcentaje similar de no fumadores y en el 38% restante no había registro de dicho hábito. Se registraron 89 espirometrías. En el 69,3% se realizó una radiografía de tórax. La vacuna antineumocócica sólo constaba en el 12,4% de los casos. A la vista de estos datos cuantitativos nos damos cuenta de que existen aspectos susceptibles de mejorar, pero esto sólo si conocemos la realidad objetiva que nos aporta la evaluación de nuestro trabajo y no sólo la sensación subjetiva de cómo creemos tener controlados a nuestros pacientes.

**Palabras clave:** enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), atención primaria, evaluación.

### Doctor, what do you think about your patients with COPD?

#### Abstract

The assessment of our work in primary health care is a way of detecting the weak points, helping us to improve. The objective of this study is to find out the opinion of the general practitioners (GP) from a health care center (HCC) about their chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. The methodology consisted in using a questionnaire to which the GPs responded before and after presenting these patients assessment data. A random sample of 137 patients with COPD active diagnosis in their electronic medical records was evaluated yearly for a period of three years (from June, 2008 to May, 2011). COPD registered prevalence in the HCC turned from 3.07% in 2009 to 3.23% in 2011. There were a 20.4% of patients incorrectly diagnosed with COPD. Mean age was 70.3 years old (SD 12.4) and 69.3% were males. In the third evaluation year, there were 31% of them registered as smokers, a similar percentage as non-smokers and the rest of them (38%) didn't have any registered data regarding the smoking habit. There were 89 spirometries registered. In 69.3% of the patients a chest X-ray was performed. Anti-pneumococcal vaccination was registered in 12.4% of the cases only. Taking into account these quantitative data we realize that there are aspects to improve. This becomes possible only if we get to know the objective reality that our work assessment brings to light and not just guiding ourselves by the subjective sensation of how we think we have our patients controlled.

**Key Words:** chronic obstructive pulmonary disease (COPD), primary health care, assessment.

### Introducción

Toda actuación sanitaria que desarrollamos, sin ninguna duda, puede y debe mejorarse, por lo que es fundamental la evaluación de los servicios de salud, tanto desde la administración (1), como desde los usuarios (2). La evaluación del proceso asistencial, en concreto, aporta a los que trabajamos en atención primaria (AP) la oportunidad de mejorar la calidad de nuestra actuación (3). Para poder establecer acciones de mejora en nuestro trabajo, tarea esencial de cada uno de los miembros del equipo de AP (4) es preciso evaluar lo que hacemos para poder identificar dónde nos encontramos objetivamente y no sólo dónde creemos encontrarnos subjetivamente (5).

La evaluación periódica, imprescindible para el desarrollo y mantenimiento del programa de calidad en el equipo de AP, de los protocolos clínicos que utilizamos, debe abarcar tanto el proceso como el resultado de los mismos. Normalmente, uno mismo está convencido de que el trabajo cotidiano con los pacientes que atiende lo realiza bastante bien, porque si nos preguntamos ¿cómo tenemos diagnosticados, controlados a nuestros pacientes hipertensos o diabéticos o con EPOC...? respondemos que de todo hay pero que en general bastante bien, ya que si respondiéramos que bastante regular o mal indicaría una falta importante de responsabilidad en nuestro trabajo. Sin embargo cuando intentamos objetivar la situación de dichos pacientes (grado de control, tratamiento, seguimiento de los protocolos...) nos encontramos que la realidad suele ser distinta.

El objetivo del presente trabajo es ver lo que piensan, mediante una pequeña encuesta, los médicos de familia de un centro de salud (CS) antes y después de presentar los resultados de la evaluación de sus pacientes diagnosticados de EPOC, con el fin de poder establecer acciones de mejora en los mismos.

## Materiales y métodos

Nuestro CS atiende a una población marginal de la ciudad de Valencia, España, con nivel socio-económico medio-bajo, y está compuesta por ocho consultas de Medicina Familiar (MF) que atienden cada una a una población media de 1500 pacientes. Se dispone de Historia Clínica Electrónica (HCE) desde 2005, utilizándose en la totalidad de las actuaciones sanitarias que se realizan en el CS. Los médicos que atienden las distintas consultas son profesionales estables desde hace más de 10 años en su puesto de trabajo. Se pasó una pequeña encuesta anónima a cada uno de los médicos antes de presentar la evaluación de los pacientes diagnosticados de EPOC, en la que se preguntaba a cada médico: 1.- ¿cómo crees que tienes diagnosticados a tus pacientes de EPOC? 2.- ¿cómo crees que sigues el protocolo de EPOC? 3.- ¿cómo crees que tienes tratados a tus pacientes de EPOC? Esta misma encuesta se volvió a pasar una vez presentados, en una sesión clínica del CS, los resultados de la evaluación, valorándose si se habían producido cambios en las respuestas antes-después. Se ha evaluado anualmente durante un periodo de 3 años (junio 2008 - mayo 2011) una muestra aleatoria simple de 137 pacientes con diagnóstico activo de EPOC en su HCE, lo que equivale a uno de cada tres pacientes con dicho diagnóstico. A efectos prácticos hemos considerado que el diagnóstico era correcto si: constaba en la HCE datos espirométricos con FEV1 (flujo espirado en el 1º segundo)/FVC (capacidad vital forzada) < 0,70 con prueba broncodilatadora negativa o llevaba tratamiento crónico con fármacos (LABA (estimulantes beta de larga duración), LAMA (antimuscarínicos de larga duración), Corticoides Inhalados (CI)) o teniendo sintomatología de EPOC (tos crónica con o sin producción de esputos y disnea) llevaba tratamiento de rescate con broncodilatadores de corta duración. Cuando el diagnóstico, según estos criterios, era incorrecto sustituíamos al paciente por el siguiente de la lista. Las variables evaluadas han sido: edad en el año 2011, sexo, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, tratamiento, número de espirometrías y estadio de la EPOC en los pacientes que tenían datos espirométricos, comorbilidad, constancia de la vacuna del neumococo y antigripal, existencia de registro de radiografía de tórax, número de ingresos hospitalarios, de visitas a urgencias hospitalarias (sin ingreso), de interconsultas a los especialistas (hospitalarios o centro de especialidades de referencia), de consultas con contenido clínico por este diagnóstico al CS, de reagudizaciones de su EPOC. Hemos considerado, según las guías, que el tratamiento crónico con CI era incorrecto si el paciente presentaba menos de 2 reagudizaciones anuales o tenía un FEV1 > 50 %. Los datos se han extraído de la HCE por los médicos residentes de MF que estaban rotando en nuestro CS cuando se realizó la evaluación. El programa informático de la HCE permite acceso a las consultas realizadas en otros puntos asistenciales de nuestro Departamento de Salud. El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS utilizando la t-student, la t-student para datos apareados, determinación de porcentajes. Significación estadística  $p < 0,05$  y los Intervalos de Confianza al 95%.

## Resultados

En el Cuadro 1 aparecen los resultados de la encuesta, realizada a los médicos que atendían cada consulta, antes y después de presentar los datos de la evaluación de los pacientes. Por lo que hace referencia a la evaluación de los pacientes con diagnóstico registrado de EPOC, la prevalencia registrada de EPOC en nuestro CS ha pasado de 3,07% en junio 2009 a 3,23% en junio 2011.

**Cuadro 1.** Autovaloración subjetiva (0-10) de los médicos, antes-después de presentar la evaluación de sus pacientes con EPOC.

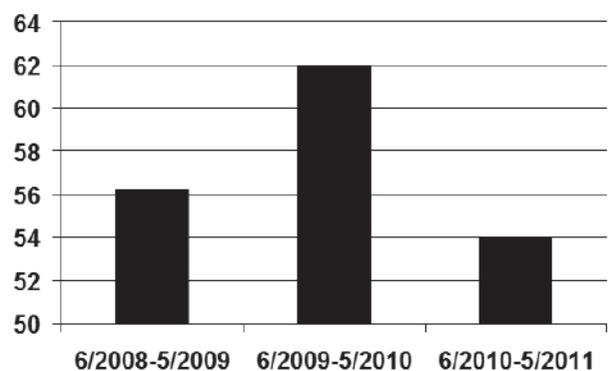
(n=8)	Antes de la Evaluación	Después de la Evaluación	IC de la Diferencia	P
Diagnóstico correcto	5,86	3,71	(1,02 a 3,27)	0,003
Tratamiento correcto	6	4,86	(0,15 a 2,13)	0,03
Seguimiento Protocolo	4,57	4	(-0,72 a 1,86)	NS

IC=Intervalo de confianza 95%.

El porcentaje de pacientes diagnosticados incorrectamente de EPOC (según los criterios referidos anteriormente) en la HCE, que han encontrado los médicos residentes encargados de extraer los datos, ha sido del 20,4%. Estos pacientes, como hemos referido, han sido sustituidos por los siguientes de la lista, por lo que la prevalencia correcta registrada es algo inferior. Cuando valoramos individualmente las distintas consultas, observamos que la prevalencia de EPOC, en dichas consultas, oscila entre 2,1 - 4,8% en junio 2009 y 2,5 - 5,1% en junio 2011. La edad media era de 70,3 años (DE 12,4), el 69,3% eran varones y el IMC era de 28,2 (DE 5,3). En el tercer año evaluado, en la HCE constaba un 31% de pacientes fumadores, un porcentaje similar de no fumadores y en el 38% restante no había registro de la presencia o ausencia de este factor de riesgo tan importante. El 33,6% tenían asociado un diagnóstico depresivo y/o ansioso. El número de espirometrías registradas (tanto las realizadas en el CS como las de los especialistas) a lo largo de los 3 años ha sido de 89 (37 en el primer año, 30 en el segundo y 22 en el tercero). De los 51 pacientes con espirometría registrada el grado de obstrucción bronquial era leve en 12 pacientes, moderada en 22, grave en 15 y muy grave en 2. En el 69,3% de los pacientes constaba la realización y/o informe de una radiografía de tórax. La vacuna antineumocócica sólo constaba en el 12,4 % de los casos.

En la Figura 1 aparece la evolución de la vacuna antigripal registrada en cada período. Los pacientes evaluados llevaban el siguiente tratamiento: Broncodilatadores de corta duración: 5,1%. LAMA+Beta2 corta duración: 16,2%. LABA 10,2%. LABA+LAMA 2,9%. LABA+LAMA+CI 40,1%. LABA+LAMA+CI+Oxígeno 4,4%. Sin tratamiento 21,2%.

**Figura 1.** Evolución anual de la vacunación antigripal (%).



En el Cuadro queda registrada la evolución de las reagudizaciones y del número de consultas realizadas en cada nivel asistencial. Entre el 40,4 y el 44,5% de los pacientes que llevaban tratamiento con CI según periodo, el tratamiento con dichos fármacos no estaba correctamente indicado. Los porcentajes de uso de CI no correctamente indicados cuando sólo se ha tenido en cuenta las reagudizaciones anuales (inferiores a 2) han sido similares (37,2 a 43,4%).

**Cuadro 2.** Evolución de los controles, ingresos y reagudizaciones de los pacientes con EPOC.

	Período de Tiempo			IC de la diferencia	p
	6/2008-5/2009	6/2009-5/2010	6/2010-5/2011	[(6/2008-5/2009)- 6/2010-5/2011]	
<b>Visitas al Centro de Salud</b>	2,12	2,39	2,65	(-1,5 a 0)	0,05
<b>Interconsulta al Neumólogo</b>	0,29	0,35	0,51	(-0,4 a -0,04)	0,015
<b>Urgencias Hospital</b>	0,12	0,15	0,21	(-0,2 a 0,27)	0,134
<b>Ingresos</b>	0,04	0,04	0,09	(-0,1 a 0,1)	0,134
<b>Reagudizaciones</b>	0,54	0,59	0,69	(-0,32 a 0,03)	0,093

IC=Intervalo de confianza.

## Discusión

Es muy importante integrar de forma habitual, en nuestro quehacer diario, la autoevaluación sistemática, ya que es la única forma de poder establecer acciones de mejora que se puedan cuantificar posteriormente. En nuestro caso, y ésta creemos que es la principal aportación de este trabajo, hemos objetivado la discrepancia existente entre la percepción subjetiva de cómo creemos que trabajamos antes de evaluarlos y el conocimiento objetivo de nuestro trabajo tras la evaluación, diferencias que son estadísticamente significativas, a pesar de tratarse de un número reducido de consultas, tanto en la calidad del diagnóstico como en el tratamiento. En el caso del seguimiento del protocolo, ya antes de presentar los resultados de la evaluación los médicos tenían una sensación subjetiva de que lo aplicaban mal, objetivándose tras la evaluación, que lo hacían aún peor de lo que pensaban.

La prevalencia registrada de la EPOC en nuestro CS es similar a las referidas en los últimos estudios poblacionales (6,7) y por lo tanto muy lejos de la prevalencia real (9,1 a 10,2 %) ya que se considera que entre el 70% y el 80% de los pacientes no están diagnosticados. Cuando valoramos las diferencias en la prevalencia registrada entre las distintas consultas del CS, observamos que éstas son notorias, relacionadas probablemente con los distintos hábitos de los médicos en su práctica clínica. En nuestro caso el 20% de diagnósticos incorrectos de EPOC, que consideramos que es alto, ha sido debido fundamentalmente a que estaban diagnosticados como EPOC pacientes que sólo presentaban criterios de bronquitis crónica simple y que no llevaban tratamiento broncodilatador, sin embargo nuestras cifras son inferiores a las referidas en AP por otros autores (8), si bien el 57% de nuestros pacientes, lo cual obviamente es un porcentaje alto, no tenían ninguna espirometría registrada en los 3 años del periodo de estudio. Dado el infradiagnóstico de este proceso en la práctica clínica, sería conveniente hacer un cribado oportunista realizando en AP espirometrías a aquellos pacientes fumadores que presenten síntomas (9-12). Al mismo tiempo creemos que sería preciso ajustar nuestro protocolo de la EPOC, donde se indica que debería hacerse una espirometría anual a estos pacientes, haciéndolo más realista, de acuerdo con la verdadera infraestructura en este campo de nuestro CS.

Como era de esperar (13) en nuestra muestra también hay un predominio de varones y su edad media (70,3 años) es alta. En nuestro estudio, al igual que en otros artículos (14-15), más de un tercio de los pacientes presentan asociada alguna patología relacionada con la salud mental. En nuestros resultados llama la atención, que a pesar de que es universalmente conocido que el tabaquismo es el principal causante de la EPOC, un alto porcentaje de pacientes no tienen registrado este hábito en su HCE, quizás porque generalmente se registra más cuando está presente, lo que hace pensar que el porcentaje real de fumadores será inferior al que hemos objetivado. También llama la atención el alto porcentaje de pacientes que no reciben anualmente la vacuna antigripal, es verdad que hay en muchos pacientes, por sus experiencias anteriores, una resistencia natural a ser vacunados, pero no es menos cierto que los médicos de familia en esos casos deberíamos intentar convencerlos para que sí lo hicieran. En nuestro CS la vacunación masiva antineumocócica se realizó antes de disponer de HCE, por lo que el porcentaje registrado en la HCE es probable que sea muy inferior al real.

A pesar de que siguen existiendo numerosas controversias en la utilización de los CI de forma crónica en los pacientes con EPOC (16-22), cuando consideramos su utilización, el 44,5% de nuestros pacientes llevaban CI, cifra claramente inferior a la referida en otros trabajos (13, 23, 24) tanto de nuestro entorno como de otros países europeos. Cuando consideramos la correcta indicación de los CI, conforme a las guías clínicas aceptadas (FEV1 < 50% o presencia de más de una reagudización anual), el 40% de los pacientes que llevaban CI, éstos no estaban correctamente indicados. Una historia de exacerbaciones frecuentes, es el principal criterio actualmente aceptado para establecer la indicación de CI en la EPOC (25), aunque existen autores que ponen en duda incluso esta indicación (26), también entre nuestros pacientes, teniendo en cuenta solo sus reagudizaciones bronquiales, el porcentaje de uso no indicado de CI, según este criterio, estaba en torno al 40%. En nuestro caso, a la vista de los resultados que nos hemos encontrado, consideramos imprescindible introducir la práctica sistemática (27) de revisar el tratamiento con CI de nuestros pacientes para ver si es posible reducir la dosis o suprimir los CI en algunos de ellos.

Evolutivamente, a lo largo del periodo evaluado, se observa un incremento progresivo, que en algunos casos es estadísticamente significativo, del número de veces que el paciente acude tanto al CS

como a los especialistas, las urgencias hospitalarias o son ingresados por causa de su EPOC, aumento que contrasta con el hecho de que anualmente, de forma estable, casi el 30% de los pacientes no acuden por este motivo de consulta a su médico de cabecera. También se observa un incremento progresivo a lo largo de estos años del número de reagudizaciones bronquiales.

A la vista de los datos cuantitativos que aparecen en nuestra evaluación nos damos cuenta de que existen bastantes aspectos susceptibles de mejorar, pero esto solo será posible si los profesionales conocemos la realidad objetiva que nos aporta la evaluación de nuestro trabajo y no sólo la sensación subjetiva de cómo creemos tener controlados a nuestros pacientes o los datos que nos aportan los grandes estudios. La principal limitación de este estudio es que sus resultados, dado el número reducido de consultas de que dispone nuestro CS, lógicamente no pueden ser extrapolados a otros centros, sin embargo creemos que son importantes para nosotros, pues nos permiten poder plantearnos acciones de mejora concretas en nuestro CS.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### Referencias

1. Borgés da Silva R, Contandriopoulos AP, Pineault R, Tousignant P. Approche globale d'évaluation de l'utilisation de services de santé: concepts et mesures. *Pratiques et Organisation des Soins* 2011;42:11-8.
2. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria* 2007;39:395-401.
3. Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP. Quality management in the NHS: the doctor's role. *BMJ* 1992;304:235-239.
4. Blumenthal D. Quality of Health Care. What is it?. *N Engl J Med* 1996;335:891-893.
5. Palmer HR, Nesson R. Review of methods for ambulatory medical care evaluations. *Med Care* 1982;20:758-781.
6. Sobradillo VP, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasanté C, Masa JF et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 20
7. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Durán-Taulería E, Sánchez G. et al. Prevalence of COPD in Spain: Impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax* 2009;64:863-8.
8. De Miguel J, Izquierdo JL, Molina J, Rodríguez JM, De Lucas P, Gaspar G. Fiabilidad del diagnóstico de la EPOC en atención primaria y neumología en España. Factores predictivos. *Arch Bronconeumol* 2003;39:203-8.
9. Grupo de Trabajo de GesEPOC. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). *Arch Bronconeumol* 2012;48.
10. Ciria C, Clotet J, Gómez X, Albalad JM. La espirometría es un buen método para la detección y el seguimiento de la EPOC en fumadores de alto riesgo en atención primaria. *Arch Bronconeumol* 2004;40:155-9.
11. Naberan K, De la Roza C, Lamban M, Gobartt E, Martín A, Miravittles M. Utilización de la espirometría en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol* 2006;42:638-44.
12. Derom E, Van Weel C, Liistro G, Buffels J, Schermer T, Lammers E et al. Primary care spirometry. *Eur Respir J* 2008;31:197-203.
13. Izquierdo JL, Martín A, De Lucas P, Rodríguez JM, Almonacid C, Paravisini A. Misdiagnosis of patients receiving inhaled therapies in primary care. *International Journal of COPD* 2010;5:1-9.
14. Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int*
15. Zhang MW, Ho RC, Cheung MW, Fu E, Mak A. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33:21
16. Barnes PJ. Inhaled corticosteroids in COPD: a controversy. *Respiration* 2010;80:89-95.
17. Yang IA, Clarke MS, Sim EHA, Fong KM. Inhaled corticosteroids for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Jul 11;7:CD002991.
18. Loke YK, Cavallazi R, Singh S. Risk of fractures with inhaled corticosteroids in COPD: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. *Thorax* 2011;66:699-708.
19. Nitu M, Medregoniu D, Olteanu M, Golli A, Maceseanu A, Medregoniu R. Inhaled corticosteroids in COPD and the risk of pneumonia. *Pneumologia* 2010;59:74-6.
20. Singanayagam A, Chalmers JD, Hill AT. Inhaled corticosteroids and risk of pneumonia: evidence for and against the proposed association. *QJM* 2010;103:379-85.
21. Telenga ED, Kerstjens HA, Postma DS, Ten Hacken NH, Van den Berge M. Inhaled corticosteroids in chronic obstructive pulmonary disease: a review. *Expert Opin Pharmacother* 2010;11:405-21.
22. Drummond MB, Dasenbrook EC, Pitz MW, Murphy DJ, Fan E. Inhaled corticosteroids in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;301:1024.
23. Rodríguez JM, De Miguel J, Izquierdo JL, De Lucas P, Molina J. Tratamiento farmacológico de la EPOC en dos niveles asistenciales. Grado de adecuación a las normativas recomendadas. *Arch Bronconeumol* 2003;39:195-202.
24. Izquierdo JL, Rodríguez JM, De Lucas P, Martín A, Gobartt E. ¿Ha cambiado el manejo de la EPOC en España? Resultados de un estudio multicéntrico comunitario (VICE) *Rev Clin Esp* 2008;208:18-25.
25. Izquierdo JL, Rodríguez JM. Utilización excesiva de corticoides inhalados en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2012;48:207-12.
26. Agarwal R, Aggarwal AN, Gupta D, Jindal SK. Inhaled corticosteroids vs placebo for preventing COPD exacerbations: a systematic review and meta-regression of randomized controlled trials. *Chest* 2010;137:318-25.
27. Nadeem NJ, Taylor SJ, Eldridge SM. Withdrawal of inhaled corticosteroids in individuals with COPD: a systematic review and comment on trial methodology. *Respir Res* 2011;12:107.