



Trabajo Original

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández Policlínico Docente. Yaguajay. Sancti Spiritus

Comportamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Status of chronic obstructive pulmonary disease.

Dr. Euclides E. Achan Ferrer¹, Dr. Rosendo Quincose Arteaga², Dra. Lilian L. Aquino Perez²

Especialista de 1^{er} grado en MGI. Sancti Spiritus. Cuba ¹
Especialista de 1^{er} grado en Medicina Interna ²

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a todos los pacientes dispensarizados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) demostrada clínica, radiológica y espirométricamente en los 19 consultorios urbanos del policlínico Yaguajay en el período de un año hasta el 1ro de enero del 2000; con el objetivo de determinar su comportamiento en el área. Para obtener la información se revisaron el total de las historias clínicas familiares de estos consultorios, seleccionándose los pacientes dispensarizados por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); se comprobó en las historias clínicas individuales la evolución clínica, así como la realización de rayos X y espirometría que confirmaran el diagnóstico. Los datos se obtuvieron a partir de un cuestionario diseñado al efecto y se procesaron con el cálculo porcentual aritmético. Se obtuvo una prevalencia de 0,48 % incrementándose su aparición con la edad. Los factores predisponentes más importantes fueron la edad, el hábito de fumar y la exposición ocupacional en trabajadores de industria y agricultores. Se identificó la infección como complicación más frecuente. El seguimiento por parte del médico de la familia fue inadecuado en un porcentaje elevado. Se recomendó emplear las pruebas funcionales respiratorias siempre que sea posible en los individuos con criterios clínicos y radiológicos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica por parte del médico de la familia evitando así encontrarse ante un iceberg epidemiológico. Realizar estudios de diseño analítico que consoliden y/o esclarezcan los resultados obtenidos e identificar los pacientes fumadores con síntomas y deterioro de la función pulmonar y convencerlos para que dejen de fumar utilizando técnicas de educación para la salud.

DeCS: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

SUMMARY

A retrospective descriptive study was made to all patients dispensarizados (interrogated, examined, diagnosed, treated, followed up, registered and classified) with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) clinically, radiologically and spirometrically demonstrated in the 19 urban family doctor's home-offices of the Yaguajay polyclinic, in the period from one year up to January 1st of 2000 with the aim of determining their status in the area. To collect the information, all the family clinical histories of these home-offices were reviewed, and the patients dispensarizados with COPD were selected. The clinical evolution, as well as the making of radiographies and spirometric assessment that confirmed the diagnosis, were verified in the individual clinical histories. Data were

obtained from an ad hoc designed questionnaire and they were processed with the arithmetic percentage calculation. A prevalence of 0.48% was obtained and its onset increased with age. The most important predisponentes factors were age, smoking habit and occupational exposure in industry workers and farmers. Infection was identified as the most frequent complication. The follow-up by a family doctor was inadequate in a high percent. It was recommended to apply functional breathing tests whenever possible in individuals with clinical and radiological approaches of COPD by a family doctor, thus avoiding to face an epidemiological iceberg. It is recommended to carry out studies of analytic design that consolidate and/or clarify the results obtained and to identify the smoking patients with symptoms and deterioration of lung function and to convince them so that they will stop smoking by using techniques of Education for Health.

MeSH: PULMONARY DISEASES, CHRONING OBSTRUCTIVE

INTRODUCCIÓN

Existen enfermedades que por su incidencia, prevalencia, edad y forma de presentación, gozan de atención y seguimiento por parte del personal asistencial y directivos de salud, como sucede con el asma bronquial, dentro de las enfermedades respiratorias. Sin embargo, todo lo contrario sucede con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), durante muchos años ignorada y mal valorada. Pero la realidad es que la enfermedad se ha convertido en un verdadero problema de salud, pues estos pacientes representan el 8 % de los que acuden a una consulta de medicina general y el 35 % de los que son vistos por el neumólogo, de ellos, es probable que la mitad fallezca en los 10 años siguientes al diagnóstico ¹.

Millones de personas en el mundo padecen EPOC. La prevalencia está entre el 2,5 y el 3,5 % de la población y asciende al 19 % en los mayores de 65 años. Es la segunda causa, después de las enfermedades cardíacas de incapacitación laboral, además es la cuarta causa más frecuente de muerte y se estima que ocupará el tercer lugar para el año 2020, momento en que la enfermedad será causante del 4,1 % de los años de vida ajustados por incapacidad ^{1,2}.

Estudios comunitarios en países del norte y el sur de Europa indican que del 4-6 % de la población adulta sufre de EPOC ³. Estudios realizados por la IBERPOC en el año 1999 arrojaron que la prevalencia de bronquitis crónica en España era de un 4,8 % ⁴. En EE.UU. las estimaciones señalan que las muertes por EPOC están aumentando ⁵. En 1988 más de 80 000 muertes resultaron de EPOC representando esta la quinta causa ⁶, en 1993 ocupó el 4to lugar resultando en 95 910 muertes. Estudios del "The National Health Interview" estiman que alrededor de 16 millones de personas tenían EPOC en 1994; 60 % más que en 1982 ⁷.

Durante los tres últimos decenios, la bronquitis crónica obstructiva y el enfisema han ocupado una de las diez principales causas de muerte de todas las edades en Cuba y aunque la tendencia sugiere una discreta disminución, más de mil cubanos adultos mueren anualmente por esta enfermedad y constituyeron la décima causa en 1997 ⁸. Las estadísticas muestran tasas en la provincia de Sancti Spíritus de 6,9 x 100 000 habitantes en el año 1996 y se mantienen en este año como la novena causa de muerte ⁸. Esta afección raramente se inicia antes de los 40 años y el diagnóstico suele ocurrir en personas de 55 a 65 años ⁹.

Las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas son objeto de atención priorizada dentro de los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana en el período 1992-2000 ¹⁰.

El área urbana del municipio Yaguajay cuenta con dos complejos agroindustriales azucareros, una fábrica de torula y una planta de asfalto que constituyen una gran fuente generadora de polvos ambientales teniendo en cuenta su extensión territorial relativamente pequeña; un considerable

número de sus habitantes realiza labores agrícolas a tiempo parcial o completo y además existe una alta prevalencia del hábito de fumar.

La identificación temprana y la intervención sobre el cese del hábito de fumar ofrecen esperanzas para prevenir e impedir la morbilidad temprana y mortalidad por esta enfermedad ¹¹. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de fumadores en Cuba (se estima en el 36 %), podemos entender los retos que se avecinan, sobre todo en un país donde el 12 % de la población rebasa los 65 años, momento en que la frecuencia de la enfermedad aumenta considerablemente. Por tanto, se trata de un gran número de enfermos, lo que implica un costo económico elevado motivado por las estrategias terapéuticas, ingresos hospitalarios y bajas laborales, lo que obliga al mejor aprovechamiento de los recursos existentes ¹.

Corresponde al médico de la familia mantener un control estricto de los pacientes dispensarizados por esta afección y desarrollar a plenitud acciones educativas de promoción de salud, preventivas y de rehabilitación frente a esta enfermedad. La educación del paciente con respecto a su patología y fundamentalmente los ejercicios físicos dirigidos al aumento de la capacidad respiratoria son más importantes que el tratamiento farmacológico ¹².

Motivados por el afán de mejorar la calidad de vida de la población se realizó este estudio para conocer la verdadera magnitud del problema que representa el EPOC en el área urbana del municipio Yaguajay. Esperando que sirva para dar luz a los conocimientos que existen sobre esta enfermedad en nuestra área y de marco teórico para la realización de estudios de diseño analítico que consoliden y/o esclarezcan los diferentes resultados obtenidos. Para darle cumplimiento se trazaron como objetivos: Determinar la prevalencia de EPOC en los consultorios en estudio. Caracterizar el grupo de población estudiada según edad y sexo. Determinar los factores predisponentes (hábito de fumar, demográficos, antecedentes familiares y antecedentes ocupacionales) que predominaron en la aparición de la enfermedad. Identificar las complicaciones más frecuentes de estos casos en el curso de la enfermedad. Determinar si existe un adecuado seguimiento de los pacientes por el médico de la familia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para valorar el comportamiento de la EPOC en los 19 consultorios urbanos del Policlínico Yaguajay, en el período de 1 año hasta el 1ro de Enero del 2000; para obtener la información se revisaron el total de las historias clínicas familiares de estos consultorios seleccionándose los 48 pacientes dispensarizados con EPOC, se comprobó en las historias clínicas individuales la evolución de cada paciente, así como la realización de rayos x y espirometría que confirmaran el diagnóstico. Posteriormente se confeccionó un cuestionario (anexo I) para obtener la información que era de interés para el cumplimiento de los objetivos propuestos y que incluía las variables edad, sexo, color de la piel, hábito de fumar, antecedentes familiares y ocupacionales, entre otras. La aplicación del mismo fue efectuada por el autor en entrevista directa con el paciente en su hogar, una vez obtenida su disposición de cooperar en la completa realización del estudio. La información obtenida fue arrojada en un modelo de vaciamiento de datos y se procesó en el software microsoft excel exponiéndose los resultados finales en tablas en formato word.

RESULTADOS

El área urbana de Yaguajay cuenta con 9804 pacientes en el año 1999 distribuidos en 19 consultorios del médico de la familia, de ellos 48 se encontraban dispensarizados con EPOC para una prevalencia de 0,48 % (tabla 1).

En relación con la prevalencia específica por grupos de edades, (tabla 2) observamos cómo en el grupo de 70 y más años fue donde se obtuvo la mayor proporción de pacientes con EPOC con el

31,3 % seguido de los grupos de 55-59 años y 60-64 años con un 16,6 %. Encontrándose en menor porcentaje los demás grupos de edades y no se registraron casos con menos de 45 años.

Respecto al sexo no hubo ninguna diferencia de prevalencia comportándose a un 50 % en cada caso. La frecuencia de EPOC según antecedente ocupacional de los pacientes, (tabla 3), resultó ser mayor en los trabajadores industriales con una prevalencia del 37,5 % y los agricultores con un 31,3 % y menor en las amas de casa con un 20,8 % y otras ocupaciones con un 10,4 %.

Se puede apreciar en la tabla 4 que predominaron los fumadores con un 52,1 % y los exfumadores con un 31,3 %, quedando solamente un 16,6 % de casos no fumadores, esto alerta sobre la importancia de intervenir sobre el cese del hábito de fumar para prevenir e impedir la morbilidad por esta causa.

Al relacionar la EPOC con el factor hereditario en la tabla 5 encontramos un 43,8 % con antecedentes patológicos familiares y un 56,2 % que no tenían antecedentes.

La complicación más frecuente encontrada fue la infección con un 48 %, seguida de insuficiencia respiratoria (27,1%) y cor pulmonale (12,5 %). La enfermedad bulosa y otras complicaciones asociadas estuvieron presentes en un 6,2 % (tabla 6).

En la tabla 7 observamos que solo la mitad de los casos fueron vistos en consulta 2 o más veces en el año para un 50 %, la otra mitad fue vista en menos de 2 ocasiones, un 18,8 % en una ocasión y el 31,2 % no recibió consultas durante el año 1999, además se observó que el 64,5 % de los pacientes fue visto en terreno en 2 o más ocasiones, un 12,5 % en 1 ocasión y el 23 % no fue visitado durante este año de estudio.

DISCUSIÓN

La prevalencia encontrada en el estudio no coincide con bibliografías revisadas donde oscila entre el 2,5 y el 3,5 % de la población ¹. Estudios comunitarios realizados por Gulsvik, en países del norte y sur de Europa indican que del 4-6 % de la población adulta sufre de EPOC3 ; Sobradillo, Miravittles y Jimenez entre otros en estudios realizados por la IBERPOC en 236 112 personas arrojaron que la prevalencia de bronquitis crónica en España durante este mismo año era de un 4,8 % ⁴. Otros estudios realizados por Gordon en la comunidad de Tecumseh, Michigan reportan que en más de 9000 hombres y mujeres de todas las edades muestran cifras elevadas que oscilan entre el 8-14 % ⁶.

En relación con la prevalencia específica por grupos de edades, los resultados obtenidos en esta investigación están en correspondencia con los estudios y bibliografías revisadas que plantean que la misma se incrementa grandemente con la edad ^{1,2,3,4,5,6,7,9}.

La EPOC se comportó de igual manera para ambos sexos, no coincidiendo con la bibliografía revisada donde muchos autores plantean un predominio del sexo masculino ^{1,2,3,4,5,6,7}. Sin embargo, algunos autores como Mattay, Arroliga, Taylor y Dingle esperan que dentro de algunos decenios la frecuencia de EPOC sea en las mujeres igual o aún mayor que en los hombres dado por las tendencias recientes de un inicio del hábito de fumar más temprano en ellas que en ellos ^{9,13}.

Como se observa este estudio es semejante a otros ^{2,4,5,7}, donde también predominó la enfermedad en trabajadores industriales y agricultores.

Numerosos autores coinciden con que independientemente de otros factores de riesgo fumar regularmente incrementa el riesgo de EPOC en individuos susceptibles ^{1,2,4,10,14,15,16}. Estudios realizados demuestran que el problema aumenta en relación directa con el hábito de fumar, de 6 % en los no fumadores se incrementa a un 33 % en los fumadores ^{2,12}. Los datos epidemiológicos

indican que el riesgo aumenta aproximadamente 10 veces en fumadores de cigarrillos y 1,5 a 3 veces en fumadores de pipas y puros. La aparición y gravedad de la enfermedad guarda relación con la duración y el grado de tabaquismo. Al parecer existe un "umbral" de aproximadamente 20 años de adicción antes de que se manifieste la bronquitis crónica y el enfisema. No obstante los fumadores jóvenes y asintomáticos sufren alteraciones en la función pulmonar que al parecer preceden a la aparición clínica de EPOC. Algunos hábitos propios del tabaquismo, como encender repetidamente el cigarrillo y dejarlo en la boca, también incrementan los riesgos de enfermedad^{2,7}. Estudios realizados por la IBERPOC en España muestran como todos los síntomas respiratorios fueron más frecuentes en fumadores que en exfumadores y más comunes en exfumadores que en los no fumadores ⁴. Este investigación se comportó de igual manera, esto alerta sobre la importancia de intervenir sobre el cese del hábito de fumar para prevenir e impedir la morbilidad por esta causa ¹¹. El aumento del tabaquismo en general pero sobre todo en jóvenes y mujeres vislumbra un panorama futuro sombrío si no se desarrollan políticas efectivas de educación para la salud que disminuya la prevalencia de este dañino hábito ¹².

Autores como Petty, Gordon, Miller y Kazemi entre otros consideran a la EPOC como un espectro de enfermedad familiar de relación más directa con el tabaco y la edad ^{1,2,5,6}. La infección como causa más frecuente de complicación estuvo en correspondencia con estudios realizados que explican como el curso de la enfermedad se interrumpe por exacerbaciones periódicas caracterizadas por un incremento de la tos, esputo purulento, sibilancia, disnea, fiebre y ocasionalmente la precipitación de una insuficiencia respiratoria aguda ^{2,7}.

La dispensarización es un método de observación permanente y dinámica a individuos, familias y comunidad con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva. La EPOC se encuentra en el grupo dispensarial III integrado por aquellos individuos que después de haber sido examinados y evaluados se detecta que padecen una o más enfermedades debidamente diagnosticados y clasificados y para quien se establece un mínimo de un ¹ control o visita trimestral alternando consulta y terreno teniendo en cuenta la edad de presentación de esta enfermedad. Al analizar el seguimiento a los pacientes en estudio por parte del médico de la familia se encontró que los resultados difieren del mínimo de controles establecidos por el MINSAP en la carpeta metodológica ¹⁷.

CONCLUSIONES

Se encontró una prevalencia de EPOC de 0,48 %. En el grupo etáreo de 70 y más se encontró la mayor prevalencia de EPOC sin diferencias en cuanto al sexo. Los factores predisponentes que predominaron en la aparición de la enfermedad fueron la edad, el hábito de fumar y los antecedentes ocupacionales en industria y agricultura. La complicación más frecuente en el curso de la enfermedad fue la infección. El seguimiento de los pacientes por el médico de la familia fue inadecuado en muchos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Páez Prats I A. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Un alerta en las postrimerías del siglo. Rev. Cubana Med. 1999; 38 (2): 95-7.
2. Berkow R. Manual Merck de información médica para el hogar. España: Océano; 1997.p. 183-90.
3. Gulsvik A. Mortality and prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in different parts of Europe. Norway: Monaldi-Arch-Chest-Dis; 1999. p. 160-2.
4. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. Epidemiological study of chronic obstructive disease in Spain (IBERPOC): prevalence of chronic respiratory symptoms and airflow limitation. Vizcaya: Arch-Bronconeumol; 1999. p. 159-66.
5. Petty T L. Chronic obstructive pulmonary disease. En: Kelley W N. Internal medicine. 2nd ed. EE.UU: Lippincott; 1992. p. 1717-21.
6. Gordon L S. Chronic obstructive pulmonary disease. En: Stein JH. Internal Medicine. 4th ed. St Louis: Mosby; 1994. p. 1668-81.
7. Beers M H, Berkow R, Bogin R, Fletcher A J, Chir B, Bondy Ph K, et al. The Merck Manual of diagnosis and therapy. 17th ed. USA: Merck & Co; Inc; 1999. p. 568-82.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. Ciudad de la Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1996.
9. Matthay R A, Arroliga A C. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20 ed. México: Interamericana; 1997. p. 433-41.
10. Pernas Gómez Marta, Arencibia Flores Lourdes. Efectos sobre la salud de la exposición crónica al humo del tabaco en fumadores y no fumadores. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1998; 14(2): 180-184. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000200013&lng=es.
11. Petty TL. Definitions, causes, course, and prognosis of Chronic obstructive pulmonary disease. Denver: Respir-Care-Clin-N- Am; 1998. p. 345-58.
12. Boletín de Información Terapéutica para la APS. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Boletín No. 6 marzo-abril 1997.
13. Taylor Mark C, Dingle Jennifer L. Prevención de las enfermedades causadas por el tabaco. En: Prevención clínica. Guía para médicos. Washington: OPS; 1998.p. 64-65.
14. Carlos Iribarren, M.D., M.P.H., Ph.D., Irene S. Tekawa, M.A., Stephen Sidney, M.D., M.P.H., and Gary D. Friedman, M.D. N Engl J Med 1999; 340:1773-1780 June 10, 1999
15. Fritze Hernández Ilidia, Pernas Gómez Marta, Arencibia Flores Lourdes. Repercusión del tabaquismo pasivo en la función ventilatoria de los trabajadores de una fábrica de cigarros. Rev. Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1998; 14(2): 113-118. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000200002&lng=es.
16. Gómez García L, Martínez Almanza L, Romero Sónora V, Rodríguez R. Estado de la ventilación pulmonar en fumadores activos y pasivos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1998; 14(5): 462-467. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000500010&lng=es.
17. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica; 1999-2001.

ANEXOS

Cuestionario

Edad _____

Sexo _____

Antecedente ocupacional: agricultor _____ trabajador industrial _____ Ama de casa _____ otros _____

Fumador _____ Ex fumador _____ No fumador _____

APF de EPOC: Si _____ No _____

Complicaciones: Si _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa. ¿Cuál? Infección _____

Insuf. Respiratoria _____

Cor pulmonale _____

Enfermedad bulosa _____

Otras _____

Asociado con su enfermedad (EPOC) ¿Es visto en el CMF en 2 o más ocasiones durante el año?

Si ___ No ___

Si la respuesta es negativa. ¿Cuántas? 0 _____ 1 _____

Asociado con su enfermedad (EPOC) ¿Es visto en el hogar en 2 o más ocasiones durante el año?

Si ___ No ___

Si la respuesta es negativa. ¿Cuántas? 0 _____ 1 _____

¿Ha requerido ingreso hospitalario asociado con la EPOC? Si _____ No _____

Si la respuesta es positiva. ¿Cuántos? 1 _____ 2 _____ 3 o más _____

¿Ha requerido ingreso domiciliario asociado con la EPOC?

Si _____ No _____

Si la respuesta es positiva. ¿Cuántos? 1 _____ 2 _____ 3 o más _____ ¿Cuál ha sido la causa asociada con la EPOC que ha motivado el ingreso hospitalario y/o domiciliario en la mayoría de los casos?

Infección _____ Insuf. Respiratoria _____ Cor pulmonale _____ Enfermedad bulosa _____ Otras _____

Comportamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. CMF del área urbana de Yaguajay. 1999.

Tabla 1. Prevalencia de la EPOC.

Población total	Pacientes con EPOC	
	No	%
9804	48	0.48

Fuente: Cuestionario.

Tabla 2. Distribución de la EPOC según edad y sexo.

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
45 – 49	1	2.1	4	8.3	5	10.4
50 – 54	2	4.2	4	8.3	6	12.5
55 – 59	4	8.3	4	8.3	8	16.6
60 – 64	5	10.4	3	6.2	8	16.6
65 – 69	3	6.2	3	6.2	6	12.5
70 y más	9	18.8	6	12.5	15	31.3
Total	24	50.0	24	50.0	48	100

Fuente: Cuestionario.

Tabla 3. Distribución de la EPOC según antecedente ocupacional.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	15	31.3
Trabajador Industrial	18	37.5
Ama de casa	10	20.8
Otros	5	10.4

N= 48.

Fuente : Cuestionario.

Tabla 4. Prevalencia del hábito de fumar en pacientes con EPOC

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Fumadores	25	52.1
Ex fumadores	15	31.3
No fumadores	8	16.6

N= 48.

Fuente: Cuestionario.

Tabla 5. Prevalencia de APF de EPOC.

APF	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	43.8
No	27	56.2
Total	48	100

Fuente: Cuestionario.

Tabla 6. Distribución de la EPOC según complicaciones asociadas.

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Infección	23	48.0
Insuficiencia respiratoria	13	27.1
Cor pulmonale	6	12.5
Enfermedad bulosa	3	6.2
Otras	3	6.2

N= 48.
Fuente: Cuestionario.

Tabla 7. Consultas por EPOC.

Evaluaciones	Consultas		Terrenos	
	No	%	No	%
0	15	31.2	11	23.0
1	9	18.8	6	12.5
2 o más.	24	50.0	31	64.5
Total	48	100	48	100

Fuente: Cuestionario.