



Índice

Artículo:

- Prevalencia de EPOC no diagnosticada en fumadores y exfumadores que asisten a centros de atención primaria en Murcia. Proyecto Brisa.

Noticias Breves:

- El Boletín Epidemiológico de la Región de Murcia deja de publicarse en papel.
- Variabilidad en las hospitalizaciones de las personas mayores.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 49 a 52 de 2010.

Prevalencia de EPOC no diagnosticada en fumadores y exfumadores que asisten a centros de atención primaria en Murcia. Proyecto Brisa.

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por la presencia de limitación crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, debida principalmente al humo del tabaco.

La EPOC es actualmente la cuarta causa de muerte en el mundo con 2,75 millones de muertes anuales y se prevé que siga aumentando en los próximos años¹.

A pesar de ser una enfermedad grave y muy invalidante con frecuentes manifestaciones extrapulmonares y con morbilidades asociadas a la propia enfermedad, al tabaquismo y al envejecimiento, se trata de un proceso prevenible y tratable.

Según el estudio IBERPOC² realizado en el año 1997 en población general española, entre los 40 y 69 años de edad, en España la prevalencia se situaba en 9,1% (IC al 95% de 8,23-10,1) y el estudio EPISCAN³, (*Epidemiologic Study of COPD in Spain*) en 2009 y con edades compren-

didas entre 40-80 años, la situaba en 10,2% (IC al 95% de 9,2-11,1).

La prevalencia fue mayor en los hombres, fumadores, con mayor edad y bajo nivel educativo³.

Debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad, coste económico y social, y por la pérdida de calidad de vida asociada, la EPOC constituye hoy día un problema sociosanitario de primera magnitud²⁻⁴.

A pesar de ello, sabemos que los estudios epidemiológicos realizados en la población general suelen infravalorar la prevalencia de EPOC. Esto es debido a que se trata de una enfermedad que se diagnostica normalmente en estadios avanzados³.

El diagnóstico de esta enfermedad consiste en demostrar la existencia de obstrucción al flujo aéreo a través de la espirometría⁵. Este se realiza mediante el cociente del volumen espiratorio forzado en el primer segundo partido por la capacidad vital forzada (FEV1/FVC) tras broncodilatación; definimos EPOC cuando este valor es inferior a 0,7 ó por debajo del límite inferior de la normalidad en personas mayores de 60 años (criterios GOLD, 2007)⁵.

Se estima que solamente un 22-27% de los afectados por EPOC están diagnosticados^{2,3}. Además, como muchos pacientes con EPOC presentan discapacidad progresiva en lugar de muerte inmediata, los datos de mortalidad no presentan una imagen completa de la carga de EPOC¹. La EPOC es una enfermedad grave e invalidante, mejorando el diagnóstico temprano podemos reducir su progresión y mejorar la evolución de los pacientes^{4,6}.

El proyecto BRISA, se enmarcó dentro de la Estrategia para la Innovación y

Mejora de la Atención a Enfermedades Crónicas que la Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia desarrolla desde hace años, fruto de un acuerdo con la OMS. Nos propusimos establecer el infradiagnóstico de esta enfermedad en población con antecedentes de consumo de tabaco.

Objetivos

Objetivo primario

Conocer la prevalencia de EPOC no diagnosticada en fumadores y exfumadores de la Región de Murcia con edades comprendidas entre 40 y 70 años.

Objetivos secundarios:

- Describir los factores de riesgo asociados a los pacientes no diagnosticados previamente de EPOC.

- Describir los síntomas compatibles con EPOC en pacientes no diagnosticados previamente.

- Describir las patologías más frecuentemente asociadas a los enfermos no diagnosticados previamente de EPOC.

Material y método

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico que se realizó, en el año 2010, sobre una muestra de conveniencia de pacientes que acuden a los Centros de Salud de la Región de Murcia. Los investigadores de los centros de salud, previo conocimiento del estudio, se apuntaron voluntariamente al proyecto. Los centros de salud, fueron tanto de zonas urbanas como rurales. En cada centro de salud el equipo investigador estuvo formado por un médico/a y enfermero/a. Cada médico investigador reclutó el primer paciente que cada día acudía a consulta por cualquier motivo y cumplía los criterios de inclusión a lo largo de un mes hasta llegar a los 10 pacientes, 7 hombres y 3 mujeres (debido a mayor proporción de EPOC en hombres que en mujeres^{2,3}).

Los criterios de inclusión fueron: edad entre 40 y 70 años, ambos sexos y ser fumador o exfumador. Se excluyeron del estudio a los pacientes con diagnóstico de EPOC, asma, desplazados y a pacientes con incapacidad para la realización de la espirometría.

A los pacientes se les informó del estudio y se les invitó a participar con consentimiento informado, realizándoles una espirometría. La calidad de la espirometría se revisó por expertos. Todos los espirómetros (DATOSPIR120) que se utilizaron en

Tabla 1. Proyecto BRISA. Frecuencia de uso de Tabaco (Fumador vs. Exfumador) y otros factores de riesgo en EPOC y NO EPOC.

	EPOC				NO EPOC			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	N	% (IC 95%)						
Fumadores	93	72,1(63,5-79,6)	22	81,5(61,9-93,7)	367	64,2(60,1-68,1)	245	75,9(70,8-80,4)
Exfumadores	36	27,9(20,4-36,5)	5	18,5(6,3-18,1)	205	35,8(31,9-39,9)	78	24,1(19,7-29,3)
OTROS FACTORES DE RIESGO								
Conviv. Fumadores	75	58,1(49,1-66,8)	21	77,8(57,7-91,4)	353	61,7(57,6-65,7)	217	67,2(61,8-72,3)
Trabajo hostelería	15	11,6(6,7-18,5)	5	18,5(6,3-18,1)	82	14,3(11,6-17,5)	59	18,3(14,3-23)
Trabajo minas	6	4,7(1,7-9,8)	0	0(0-12,8)	8	1,4(0,7-2,8)	1	0,3(0-2)
Industrias polvo	29	22,5(15,6-30,7)	4	14,8(4,2-33,7)	136	23,8(20,4-27,5)	32	9,9(7-13,8)
SEXO	129	18,4(15,6-21,5)	27	7,7(5,20-11,2)	572	81,6(78,1-84,4)	323	92,3(88,894,8)

**Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 49 a 52 (del 5 de diciembre de 2010 al 1 de enero de 2011). Distribución semanal**

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados		
	Semana 49			Semana 50			Semana 51			Semana 52			Semanas 49 a 52		
	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana	2010	2009	Mediana
Gripe	153	2.608	391	283	1.824	509	310	990	544	476	555	555	1.222	5.977	1.956
Tuberculosis Respiratoria	2	1	2	1	5	3	3	4	3	2	0	1	8	10	10
Hepatitis A	0	1	1	1	1	1	2	0	1	0	0	0	3	2	4
Hepatitis B	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Toxiinfecciones Aliment.	0	0	0	1	0	0	0	2	2	3	1	1	4	3	38
Varicela	168	65	65	165	72	82	178	53	75	136	84	83	647	274	285
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Parotiditis	0	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	4	5	5
Otras Meningitis	0	0	2	1	0	2	0	2	2	0	0	2	1	2	9
Sífilis	1	0	1	4	3	3	1	0	0	1	0	1	7	3	6
Infección Gonocócica	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	3
Paludismo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

**Porcentaje de declaración (*).
Semanas 49 a 52 (del 5 de diciembre de 2010 al 1 de enero de 2011).**

Municipios	Población (Padrón 2009)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2009)	% de declaración
Abanilla	6.589	95,83	Calasparra	10.759	16,67
Abarán	12.991	100,00	Campos del Río	2.210	66,67
Águilas	34.533	78,85	Caravaca de la Cruz	26.415	100,00
Albudeite	1.369	100,00	Cartagena	211.996	98,58
Alcantarilla	41.084	89,29	Cehegín	16.235	79,17
Aledo	1.066	37,50	Ceutí	10.174	100,00
Alguazas	8.978	100,00	Cieza	35.200	100,00
Alhama de Murcia	19.860	100,00	Fortuna	9.583	100,00
Archena	18.202	63,24	Fuente Álamo de Murcia	14.876	100,00
Beniel	10.933	75,00	Jumilla	25.685	100,00
Blanca	6.370	100,00	Librilla	4.534	81,25
Bullas	12.493	92,50	Lorca	91.906	67,80

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.



El Boletín Epidemiológico de la Región de Murcia deja de publicarse en papel.

El Boletín Epidemiológico de la Región de Murcia (BEM) ha compartido desde 1978 con los profesionales del ámbito de la salud, información relevante sobre datos epidemiológicos y estudios epidemiológicos regionales, así como la situación semanal de las enfermedades de declaración obligatoria notificadas por los médicos de la Comunidad Autónoma.

Adaptándose a las nuevas tecnologías, a la reducción de costes y al uso racional de los recursos naturales, el BEM dejará de editarse en breve en formato papel.

La suscripción al BEM es gratuita y se puede realizar enviando un correo a bolepi@carm.es.

Invitamos a los suscriptores que reciben por correo postal el formato en papel a actualizar la suscripción enviando a bolepi@carm.es la dirección de correo electrónico a la que desean continuar recibiendo el BEM en formato electrónico.

Todos los boletines epidemiológicos publicados desde el año 1978 están disponibles en <http://www.murciasalud.es/bem>

Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 49 a 52 (del 5 de diciembre de 2010 al 1 de enero de 2011). Distribución semanal

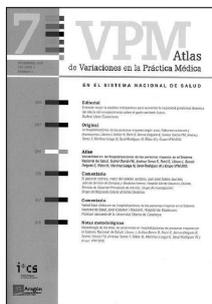
	Áreas de Salud												REGIÓN	
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL	
Población (Padrón 2009)	553.154		382.114		170.663		74.357		60.710		205.522		1.446.520	
	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.
Enfermedades														
Gripe	574	2.745	178	1.047	200	1.446	86	881	75	374	109	994	1.222	7.487
Tuberculosis Respiratoria	2	52	5	46	0	18	0	14	0	10	1	19	8	159
Hepatitis A	1	21	0	10	2	6	0	1	0	0	0	12	3	50
Hepatitis B	0	6	1	3	0	2	0	0	0	0	0	7	1	18
Toxiinfecciones Aliment.	4	151	0	91	0	5	0	0	0	0	0	31	4	278
Varicela	227	2.209	42	2.494	141	1.590	95	1.449	4	26	138	726	647	8.494
Sarampión	1	4	0	0	0	0	0	2	0	90	0	0	1	96
Parotiditis	2	28	0	20	0	5	0	0	0	6	2	8	4	67
Otras Meningitis	0	28	1	18	0	22	0	1	0	4	0	6	1	79
Sífilis	5	40	1	20	0	5	0	3	0	1	1	9	7	78
Infección Gonocócica	1	22	0	6	0	1	0	0	0	0	0	5	1	34
Paludismo	0	5	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	8

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

Porcentaje de declaración (*).
Semanas 49 a 52 (del 5 de diciembre de 2010 al 1 de enero de 2011).

Municipios	Población (Padrón 2008)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2008)	% de declaración
Lorquí	6.996	100,00	Torre Pacheco	31.495	100,00
Mazarrón	35.221	100,00	Torres de Cotillas, Las	21.062	100,00
Molina de Segura	64.065	95,24	Totana	29.211	78,41
Moratalla	8.455	78,12	Ulea	939	75,00
Mula	16.941	78,85	Unión, La	17.737	100,00
Murcia	436.870	98,75	Villanueva del Río Segura	2.270	50,00
Ojós	584	50,00	Yecla	35.025	79,46
Pliego	4.034	100,00	Santomera	15.319	100,00
Puerto Lumbreras	13.947	82,69	Alcázares, Los	15.619	100,00
Ricote	1.519	62,50			
San Javier	31.432	100,00	Total Región	1.446.520	92,52
San Pedro del Pinatar	23.738	100,00			

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.



Variabilidad en las hospitalizaciones de las personas mayores

El Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (VPM), cuyo antecedente es el Dartmouth Atlas of Health Care (<http://www.dartmouthatlas.org>), evalúa, desde una perspectiva poblacional, la asistencia sanitaria recibida por más de 35 millones de españoles. Para ello se emplean los datos clínico-administrativos contenidos en el CMBD, combinados con otras fuentes de ámbito geográfico (bases de datos socioeconómicas, de recursos sanitarios, etc.).

El objetivo del proyecto Atlas VPM es analizar las variaciones injustificadas de la práctica médica asumiendo que éstas pueden deberse a problemas de calidad por infrutilización de cuidados efectivos, sobreutilización de cuidados sensibles a la oferta de servicios (cuidados inefectivos e ineficientes) y acceso desigual a cuidados necesarios.

Los distintos números aparecidos abordan la Cirugía Ortopédica, la Cirugía General, la Atención Pediátrica, los Procedimientos Cardiovasculares o las Hospitalizaciones en Salud Mental, entre otros. En este momento se acaba de publicar el n° 7, en el que se analizan las diferencias en la hospitalización en personas mayores (65-79 años, mayores de 80 años y personas con enfermedad crónica mayores de 75 años), en el año 2006.

Todas estas monografías, junto con otra información de interés, son de acceso libre y están disponibles en www.atlasvpm.org.

Tabla 2. Proyecto BRISA. Frecuencia de síntomas y patologías asociadas en EPOC y NO EPOC.

	EPOC			NO EPOC		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
SÍNTOMAS						
Disnea con ejercicio	73	46,8	38,8-54,9	301	33,6	30,6-36,8
Tos crónica	70	44,9	36,9-53	250	27,9	25,0-31,0
Espujo crónico	46	29,5	22,5-37,3	158	17,7	15,2-20,3
Sibilantes	45	28,8	21,9-36,6	170	19,0	16,5-21,8
Bronquitis de repetición	35	22,4	16,2-29,8	135	15,3	13,0-17,9
PATOLOGÍAS ASOCIADAS						
HTA	60	38,5	30,8-46,6	284	31,7	28,7-34,9
Diabetes	22	14,1	9,1-20,6	139	15,5	13,3-18,1
Insuficiencia cardíaca	3	2,0	0,4-5,5	14	1,6	0,9-2,7
Cardiopatía isquémica	12	7,7	4,0-13,1	29	3,2	2,2-4,7

el estudio fueron calibrados 7 días antes de comenzar la inclusión de los pacientes. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de interés: factores de riesgo de exposición laboral (la convivencia con fumadores, trabajo en hostelería y el haber trabajado en industrias con polvo y carbón) así como patologías asociadas y síntomas relacionados con la enfermedad. Se calcula prevalencia y su intervalo de confianza al 95%. Para el análisis de los factores de riesgo se realizó un análisis univariante. El nivel de significación estadística se establece para $p < 0,05$. Se utilizaron los programas SPSS y Epi-Info.

Resultados

En el estudio participaron 52 Centros de Salud de la Región de Murcia con 380 investigadores inicialmente, quedando finalmente 320, debido a bajas voluntarias o al no envío de los resultados de las espirometrías. Se incluyeron 1.246 pacientes entre 40 y 70 años. De los que se excluyeron 152 por carecer de espirometría. De las 1.094 espirometrías realizadas fueron aceptadas 1.051 por expertos externos, siguiendo criterios de calidad. El porcentaje de hombres con FEV₁/FVC < 70 fue del 18,4% frente al 7,7% en mujeres. La edad media de los pacientes a los que se diagnosticó de EPOC fue de 58,6 años en hombres y de 52 años en mujeres.

En cuanto a los factores de riesgo de los pacientes con EPOC, el porcentaje de fumadores fue de un 72,1% en hombres y de un 81,5% en mujeres (Tabla 1), el de ex fumadores fue de un 27,9% y 18,5% (hombres y mujeres respectivamente). Entre los otros factores de riesgo estudiados destaca el alto porcentaje de convivientes con fumadores, fundamentalmente en el caso de las mujeres, donde éste es de 77,8%, esta-

dísticamente significativo ($p < 0,05$), frente al de los hombres que fue del 58,1% (Tabla 1).

Los síntomas que presentaban los pacientes con EPOC no diagnosticado fueron fundamentalmente disnea con ejercicio 46,8%, tos crónica 44,9% y en menor proporción esputo crónico 29,5%, sibilantes 28,8%, y bronquitis de repetición 22,4%. Todos ellos síntomas de la EPOC (Tabla 2).

Las enfermedades asociadas en pacientes con EPOC no diagnosticado son: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y diabetes, fundamentalmente en el sexo masculino. De ellas la única que estaría cerca de alcanzar la significación estadística sería la cardiopatía isquémica (Tabla 2).

Discusión

A la vista de los resultados vemos que hay un 18,4% de hombres y un 7,7% de mujeres fumadores o ex fumadores con EPOC sin diagnosticar. Este porcentaje es más elevado que el detectado en los estudios IBERPOC² y EPI-SCAN³ donde la prevalencia en España se situaba entre 9,1-10,2%; sin embargo estos resultados son explicables por el hecho de que estos dos estudios se hicieron en población general en la que se incluía no fumadores.

Estos pacientes presentan síntomas previos sugestivos de la enfermedad que pueden ser útiles al médico a la hora de pensar en un posible diagnóstico de esta patología. Existe además, asociación con pluripatología. Teniendo en cuenta la elevada prevalencia, morbimortalidad, coste socioeconómico y la pérdida de calidad de vida asociada²⁻⁴, así como el hecho de que la EPOC es una enfermedad evolutiva, crónica, prevenible y tratable^{4,5}, mejorar su diagnóstico resulta fundamental y no demorable.

Una de las limitaciones del estudio fue la no realización, por razones técnicas, de una prueba broncodilatadora (confirmadora del diagnóstico). Esta prueba se realizó en un subgrupo de 75 pacientes, empleando salbutamol a los pacientes con FEV₁/FVC < 70. De este grupo el 13,4% confirmaron el diagnóstico, no observándose diferencias significativas con la prevalencia de EPOC en aquellos a los que no se realizó.

Bibliografía

1. Annesi- Maesano I. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. In: Siafakas NM, editor. Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2006.
2. Sobradillo V, Miravittles M, Jimenez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF et al. [Epidemiological study of chronic obstructive pulmonary disease in Spain (IBERPOC): prevalence of chronic respiratory symptoms and airflow limitation]. Arch Bronconeumol 1999; 35(4):159-166.
3. Miravittles M, Soriano JB, Garcia-Rio F, Munoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. Thorax 2009; 64(10):863-868.
4. Masa JF, Sobradillo V, Villasante C, Jimenez-Ruiz CA, Fernandez-Fau L, Viejo JL et al. [Costs of chronic obstructive pulmonary disease in Spain. Estimation from a population-based study]. Arch Bronconeumol 2004; 40(2):72-79.
5. Peces-Barba G, Barbera JA, Agusti A, Casanova C, Casas A, Izquierdo JL et al. [Diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease: joint guidelines of the Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR) and the Latin American Thoracic Society (ALAT)]. Arch Bronconeumol 2008; 44(5):271-281.
6. Celli BR, Macnee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004; 23(6):932-946.

Autores

Rosa Martínez-Aedo^a, Eloisa Delsors^b, María José Hernández^c, Joseba Calle^c, Gorka Sánchez^c, Asensio López^d.
 (a) Médico Residente 3º año MP y SP.
 (b) Coordinadora Proyecto Brisa.
 (c) Colaboradores Proyecto Brisa.
 (d) Coordinador Programas Estratégicos. Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

Los autores declaran que el proyecto se ha realizado con la colaboración de Astra Zeneca

Edita:
 Servicio de Epidemiología.
 Consejería de Sanidad y Consumo.
 D. G. de Salud Pública.
 Ronda de Levante 11. 30008 Murcia.
 Tel.: 968 36 20 39 Fax: 968 36 66 56
 bolepi@carm.es
 http://www.murciasalud.es/bem

Comité Editorial:
 Lluís Cirera, M.^a Dolores Chirlaque, Juan Francisco Correa, Visitación García, Ana María García-Fulgueiras, José Jesús Guillén, Olga Monteagudo, Carmen Navarro, Jaime Jesús Pérez, Carmen Santiuste, M.^a José Tormo.

Coordinadora de Edición:
 Carmen Santiuste de Pablos.
 Coordinador Administrativo:
 José Luis García Fernández.
 Suscripción: Envío Gratuito.
 Solicitudes: Servicio de Epidemiología
 ISSN: 1130-0019 Bol Epidemiol Murcia