

Instrumentos para screening de pacientes con riesgo de padecer EPOC

Instruments for screening patients at risk of COPD

Autora: Pilheu, Salomé

Neumonóloga Hospital B Rivadavia, Clínica y Maternidad Suizo Argentina. Docente Adscripta Neumonología UBA. Past President SMIBA.

La EPOC es una patología frecuente sub diagnosticada, especialmente en atención primaria, donde la gran mayoría de los pacientes consulta en estadios tempranos¹. La caída progresiva de la función pulmonar y la limitación de las actividades que realizan los pacientes hacen que ellos no registren los síntomas y no los reporten de forma espontánea a sus médicos ya que los atribuyen a la obesidad, al desacondicionamiento, etc. Se perciben a sí mismos como asintomáticos y así lo reportan a sus galenos².

Las acciones de screening o cribado son aquellas destinadas a evaluar un gran número de personas, en apariencia sanas, para encontrar aquellas que probablemente no lo estén. El objetivo de estos procesos es mejorar el pronóstico de la patología analizada e intentar disminuir la morbi- mortalidad asociada a la misma^{3,4}. A este respecto la *US Tasa preventiva service* en su informe de 2008 recomienda en contra de llevar a cabo screening de EPOC entre personas asintomáticas, y recomienda fuertemente el hacerlo entre quienes presenten síntomas o factores de riesgo identificados⁵.

Hay estudios que demuestran que los diagnósticos se cuadruplican al utilizar herramientas para identificar pacientes con síntomas respiratorios crónicos o recurrentes en atención primaria. Estos pacientes sintomáticos son candidatos para intervenciones que puedan reducir la tasa de caída de función pulmonar, prevenir las exacerbaciones, mejorar su calidad de vida⁶. Los pacientes que sufren de EPOC claramente se verían beneficiados.

En esta edición, Alirio Bastidas Goyes y cols⁷ presentan la “Validación y reproducibilidad del cuestionario COPD PS para el tamizaje de EPOC” en Bogotá, Colombia. Proponen esta herramienta de screening ya que el acceso a la espirometría es dificultoso en su medio y los síntomas de EPOC no son reconocidos y por lo tanto no reportados. El COPD PS fue validado en USA, Japón y España con sensibilidades entre 93,5% y 84,4% (teniendo en cuenta que variaba el punto de corte aplicado en los diferentes países) y una especificidad de alrededor del 60%.

A fin de validar este estudio en una población colombiana se realizó un estudio de cohorte prospectivo entre 2015 y 2020 donde se administró el cuestionario y realizó espirometría a 2199 personas que concurrían a la consulta externa de la Clínica Universidad de la Sabana en Chía de las cuales 1662 entraron en el análisis final.

La especificidad encontrada fue del 46,3%, sensiblemente inferior a las validaciones previas. Los autores atribuyen esta baja especificidad a la diferente percepción de los síntomas por parte de los colombianos con respecto a las poblaciones previamente evaluadas, una de cuyas causas probables es la altura (Chía, se encuentra a 2564 metros sobre el nivel del mar) y la otra la elevada prevalencia de bronquitis crónica. La prevalencia de EPOC en este grupo fue del 21,1%, semejante a la encontrada en la población hospitalaria del estudio PUMA, superior a la de la población general (8,9% PREPOC COL).

El cuestionario COPD PS demostró ser útil en entornos con alta tasa de subdiagnóstico de EPOC, donde un diagnóstico temprano permite implementar tratamientos y medidas preventivas como la cesación tabáquica⁸ que pueden modificar el curso de la enfermedad. El mismo administrarse en atención primaria optimizando la atención de pacientes que requieren especialistas en Medicina Interna y Neumonología.

Bibliografía

1. Martinez CH, Mannino DM, Jaimes FA, et al. Undiagnosed obstructive lung disease in the United States: associated factors and long-term mortality. *Ann Am Thorac Soc*. 2015; 12(12): 1788-95.
2. Yawn P, Barbara, Martienz J. Fernando. Point: Can screening for COPD improve outcomes? *Chest* 2020; 157(1): 7-9.
3. Martinez FJ, O'Connor GT. Screening, Case-Finding, and Outcomes for Adults With Unrecognized COPD. *JAMA*. 2016; 315(13): 1343-4. doi:10.1001/jama.2016.3274
4. HanMK, SteenrodAW, BacciED, et al. Identifying patients with undiagnosed COPD in primary care settings. *Chronic Obstr Pulm Dis (Miami)*. 2015; 2(2): 103-21.
5. US Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2016.2638.
6. Haroon S, Adab P, Riley RD, Fitzmaurice D, Jordan RE. Predicting risk of undiagnosed COPD: development and validation of the TargetCOPD score. *Eur Respir J*. 2017; 49(6): 1602191.
7. Bastidas Goyes AR, Afanador Ardilla JS, Bueno López JE, et al. Validación y reproducibilidad del cuestionario COPD-PS para la tamización de la EPOC: Bogotá, Colombia. *Rev Am Med Resp*. 2021; 21: 370-8.
8. Siu AL; US Preventive Services Task Force. Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women. *Ann Intern Med*. 2015; 163(8): 622-34.