

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y SÍNTOMAS ASOCIADOS EN LA PROVINCIA DE PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER EN EL AÑO 2010

Luisa Liliana Lara Gómez¹
Zoraya Cáceres Bermón²

Fecha de Recepción: 17/09/2013

Fecha de Aceptación: 13/11/2013

RESUMEN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), caracterizada por limitación al flujo aéreo, se ha convertido en una causa mayor de morbimortalidad en los países desarrollados. En América Latina, Colombia y Norte de Santander los datos epidemiológicos son escasos. El propósito del proyecto de investigación base para este artículo fue la realización de un estudio dirigido a medir la prevalencia de esta enfermedad y síntomas asociados como la tos crónica y disnea en pacientes mayores de 45 años, en los municipios que conforman la provincia de Pamplona, Norte de Santander, mediante la revisión de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS), de las entidades prestadoras de salud que proveen el servicio de medicina general en dichos municipios, durante el año 2010 con el fin de seleccionar, condensar y analizar la información.

Palabras clave: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Prevalencia, Tos crónica, Disnea.

¹ Fisioterapeuta, Especialista en Rehabilitación Cardiopulmonar. Especialista en Gestión de Proyectos Informáticos. Docente de la Universidad de Pamplona. Colombia. Correo electrónico: lulilago@unipamplona.edu.co

² Fisioterapeuta, Magíster en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Especialista en Pedagogía Universitaria. Docente de la Universidad de Pamplona. Correo electrónico: zcaceres@unipamplona.edu.co

PREVALENCE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND SYMPTOMS ASSOCIATED IN THE PROVINCE OF PAMPLONA, NORTH OF SANTANDER IN 2010

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), characterized by an airflow limitation, has become a major cause of morbi-mortality in developed countries. In Latin America, Colombia and North of Santander, epidemiological data are scarce. The purpose of this work is the execution of a study aimed to measure the prevalence of this disease and associated symptoms like chronic cough and dyspnea in patients over 45 of age. In cities that conform the Province of Pamplona, North of Santander by means of checking of the individual health provider services registers (IHPSR) from the health provider institutions supplying general medicine services in such municipalities, during 2010 in order to select, gather and analyze the information.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, Prevalence, chronic cough, dyspnoea

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es actualmente definida como una enfermedad prevenible y tratable, caracterizada por una limitación progresiva al flujo aéreo que no es totalmente reversible, aunque puede tener variaciones en su intensidad. La enfermedad es causada por una inflamación pulmonar secundaria a la inhalación de partículas y gases tóxicos, en especial el humo del cigarrillo. Si bien es una afección primitivamente pulmonar, en estadios avanzados presenta manifestaciones sistémicas. En estas circunstancias el enfermo se debilita, acrecienta el número de consultas y exacerbaciones al año y pierde calidad de vida, realidad que acarrea una fuerte repercusión socioeconómica sobre la comunidad (Caballero, Torres-Duque et al, 2007).

La EPOC representa la cuarta causa de muerte y tiene una morbilidad que ocupa el duodécimo lugar de frecuencia en el mundo actual. Para el año 2020 se pronostica que la enfermedad será la tercera causa de muerte, el quinto motivo de incapacidad a nivel mundial (Celli, MacNee, 2004., Hurd, 2000). La

prevalencia, morbilidad y mortalidad de la EPOC varía entre países y aún entre distintos grupos del mismo país, pero generalmente se relaciona con el consumo de tabaco. Sin embargo, la exposición al humo de leña y otros combustibles de biomasa son un factor de riesgo para la enfermedad. Puede estimarse que se producirá un aumento de la prevalencia e impacto de la enfermedad en las próximas décadas debido a la exposición sostenida a los factores de riesgo y a los cambios en la estructura etárea de la población mundial (Estrategia global para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 2006).

Los datos sobre prevalencia de la EPOC referenciados en diferentes publicaciones pueden verse afectados por distintos factores como metodología del muestreo, tasa de respuesta, calidad de la espirometría y uso de espirometría pre o post broncodilatador. A pesar de estas dificultades, han surgido datos sobre la prevalencia de la enfermedad. Un meta-análisis realizado sobre estudios de prevalencia en 28 países entre 1990 y 2004 (Halbert, Natoli, Gano, Badamgarav, Buist, Mannino, 2006), y un estudio realizado en Japón (Fukuchi, Nishimura, Ichinose, Adachi, Nagai,

Kuriyama, et al, 2004), muestran que la prevalencia de EPOC (Estadio I y superior) es mayor en fumadores y ex-fumadores que en no fumadores, en individuos mayores de 40 años y en hombres.

Los estudios epidemiológicos son complejos y costosos por lo cual en Colombia y Norte de Santander existe escasa evidencia sobre cifras de prevalencia en estudios bien diseñados. Aun así, se ha evidenciado que la EPOC en Colombia se considera como un problema de salud pública, tal como lo demuestra uno de los pocos estudios que se ha realizado en Colombia (Estrategia global para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 2006), en el cual se determinó una prevalencia de 8.9% en mayores de 40 años, siendo el cigarrillo el principal condicionante de la enfermedad y la exposición al humo de leña como un factor predisponente a generarla, tanto en mujeres como en hombres. El estudio además mostró que la tuberculosis es una causa frecuente de obstrucción bronquial que puede causar dificultades de diagnóstico diferencial con la EPOC y un retraso en el diagnóstico de las dos enfermedades.

La disnea es el síntoma que más frecuentemente lleva a los pacientes a solicitar atención médica y es una de las principales causas de la ansiedad y la incapacidad que se asocian con esta enfermedad. A medida que la función pulmonar se deteriora, la dificultad para la respiración se hace más acusada. La tos crónica, que normalmente es el primer síntoma que se presenta en el curso de la EPOC (Georgopoulos, Anthonisen, 1991), puede ser intermitente en el inicio, aunque más tarde aparece a diario y frecuentemente durante todo el día. En algunos casos puede observarse una limitación significativa del flujo aéreo en ausencia de tos. Es habitual que los pacientes con EPOC expectoren pequeñas cantidades de esputo tras largos accesos de tos pertinaz. Las sibilancias y la opresión torácica son síntomas relativamente inespecíficos que pueden variar en el curso de los días o incluso en el mismo día. La ausencia de estos dos síntomas no excluye el diagnóstico de EPOC. En los estadios avanzados de la enfermedad son comunes

la pérdida de peso, anorexia y síntomas como depresión y ansiedad (Calverley, 1996; Chols, Soeters, Dingemans, Mostert, Frantzen, Wouters, 1993).

Dada la alta prevalencia de factores de riesgo, en especial el tabaquismo, y la contaminación ambiental, la EPOC puede representar un serio problema de salud pública que todavía no ha sido reconocido como tal por las autoridades competentes, el profesional en salud y la población en general.

El objetivo principal de esta investigación es identificar la prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y síntomas asociados en los municipios que conforman la provincia de Pamplona, Norte de Santander, mediante la revisión de los RIPS de las instituciones prestadoras de salud que proveen el servicio de medicina general en dichos municipios, durante el año 2010, lo cual será de utilidad para contribuir a los sistemas de información en Norte de Santander, y de ésta forma facilitar la atención y vigilancia de éstos pacientes, e implementar acciones en la población que se encuentra en riesgo.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal retrospectivo, en donde se revisaron los RIPS del año 2010 de las instituciones prestadoras de salud que proveen el servicio de medicina general en los municipios de Pamplona, Chitagá, Silos, Cacota, Mutíscua y Pamplonita, pertenecientes a Norte de Santander.

La población estudiada fue de: 132477 correspondiente a los RIPS de los usuarios atendidos por las instituciones prestadoras de salud que proveen el servicio de medicina general en dichos municipios, durante el año 2010, el tamaño de la muestra para el estudio fue de 302 usuarios que en algún diagnóstico 1, diagnóstico 2, diagnóstico 3, ó diagnóstico 4, presentan EPOC o síntomas asociados.

Se selecciono para el estudio usuarios mayores de 45 años con diagnóstico de EPOC o con presencia de

síntomas de tos y disnea. Se excluyeron los pacientes menores de 44 años, pues la EPOC, se presenta con mayor frecuencia en sujetos de más de 45 años.

Las variables que se tuvieron en cuenta para el análisis fueron la edad, el género, la procedencia, la IPS que atendió y los síntomas asociados. Se revisaron los diagnósticos asociados al diagnóstico principal (diagnóstico 1) ya que algunos RIPS los referían (diagnóstico 2, diagnóstico 3 y diagnóstico 4). Después de recopilar la información, se realizó un análisis descriptivo, en el cual se calculó frecuencias y porcentajes, empleando el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

En este estudio dirigido a identificar la prevalencia de la EPOC y síntomas asociados en los municipios que conforman la provincia de Pamplona, Norte de Santander, durante el año 2010, se obtuvieron los siguientes resultados:

Las edades de los usuarios atendidos con el diagnóstico de EPOC, se agruparon en un 12,21% para edades entre 45 y 54 años; el 24,75% entre los 55 a 64 años; el 29,37% entre 65 y 74 años de edad y el 8,58% entre los 85 y 95 años de edad.

La distribución por género, de los usuarios atendidos en las diferentes instituciones prestadoras de salud, se evidencia un porcentaje de 55,78% para el género femenino y un 44,22% de género masculino atendido.

De acuerdo al lugar de procedencia al municipio de Pamplona pertenecen el mayor porcentaje de usuarios, correspondientes al 88,12 % del total atendido, seguido del municipio de Silos con un 5,94%; Chitagá con un 4,62%; Pamplonita con 0,99% y Cucutilla con 0,33%. La mayor parte de la población atendida pertenece al área Urbana con un 57,76% del total en relación con el área Rural correspondiente a un 42,24%.

Del total de RIPS revisados, un 70,63% pertenece a los usuarios atendidos en el Hospital San Juan de

Dios de Pamplona, seguido por la IPS Los Alpes con un porcentaje de 25,74%, 1,65% atendidos por Coomeva, 1,32% por Avanzar Médico y un 0,66% atendida por la Fundación Médico Preventiva.

El 83% de los usuarios presentaron un solo diagnóstico principal (diagnóstico 1) y el 17% diagnósticos asociados (diagnóstico 2, diagnóstico 3, diagnóstico 4) relacionado con EPOC o síntomas asociados.

Tabla 1. Población, muestra y relación de usuarios con 1, 2, 3 y 4 diagnósticos

Diagnóstico	Usuarios	Porcentaje %
Primero (1)	251	83
Segundo (2)	31	10
Tercero (3)	11	3.6
Cuarto (4)	9	3
TOTAL	302	100%
MUESTRA	302 Usuarios	

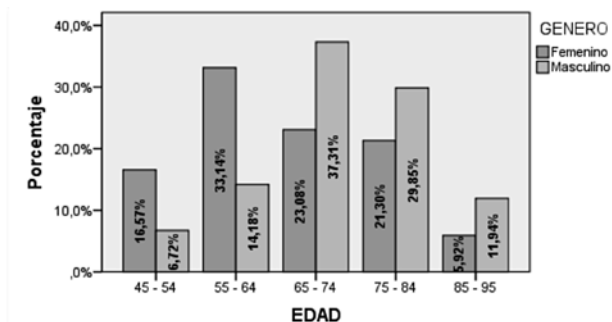
Fuente: Elaboración propia (2013)

Tabla 2. Relación de los usuarios con un solo diagnóstico principal o 1º relacionados con EPOC y síntomas asociados

MUESTRA		302 Usuarios	
DX PRINCIPAL	Nº Usuarios	%	
EPOC (con exacerbación aguda, no especificada - no especificada - con infección aguda de las vías respiratorias inferiores)	144	47.7	
Disnea	51	16,9	
Bronquitis crónica (no especificada - simple - no especificada como aguda o crónica - mixta simple y mucopurulenta)	33	10.9	
Tos	21	6,9	
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas especificadas	2	0.6	
TOTAL	251	83%	

Fuente: Elaboración propia (2013)

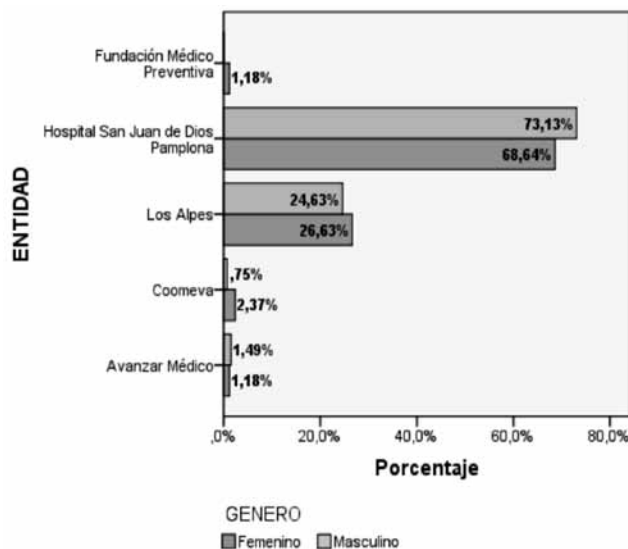
Gráfico 1. Resultados del grupo en estudio con relación al género y edades de los pacientes.



Fuente: Elaboración propia (2013)

Realizando el cruce de las variables se evidencia en el gráfico 1 que con relación a la edad el grupo con mayor compromiso es el que comprende edades entre los 65 a 74 años de edad y el género correspondiente es el masculino con un 37,31% en relación al género femenino para este grupo que es de 23,08%.

Gráfico 2. Resultados del grupo en estudio con relación al género y Entidades que ofrecen la atención a los pacientes.



Fuente: Elaboración propia (2013)

Tabla 3. Relación de los usuarios con diagnóstico principal o 1°, con segundo, tercero y cuarto diagnóstico asociado.

PRINCIPAL	SEGUNDO DX	%	TERCER DX	%	CUARTO DX	%
Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	EPOC (con exacerbación aguda, no especificada - con infección aguda de las vías respiratorias inferiores - no especificada)	1.6	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.66	Ninguno	0
	Bronquitis crónica (simple - no especificada - mucopurulenta)	1	Ninguno	0	Ninguno	0
	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0	EPOC, no especificada	0.66	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.66
	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0	EPOC con exacerbación aguda,	
	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0	EPOC con exacerbación aguda, no especificada	0.33
					Bronquitis crónica no especificada	0.33
	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0	Tos	0	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.33

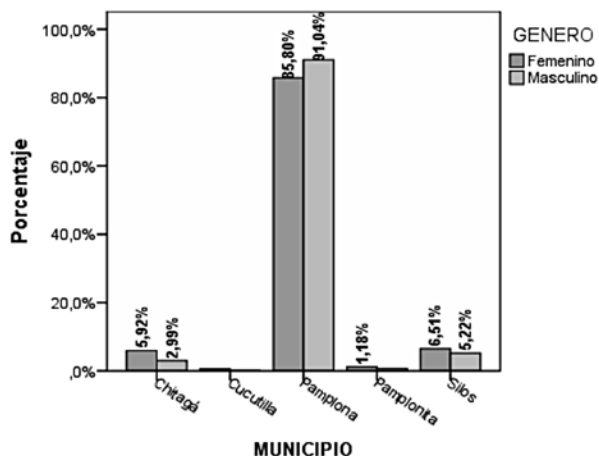
PRINCIPAL	SEGUNDO DX	%	TERCER DX	%	CUARTO DX	%
	Disnea	0.33	Ninguno	0	Ninguno	0
	Tos	0.7	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.33	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.66
			EPOC, no especificada	0.33	Ninguno	0
Bronquitis crónica (simple - no especificada)	EPOC con exacerbación aguda, no especificada	0.33	Ninguno		Ninguno	0
Especificada	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.7	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.33	Ninguno	0
	Disnea	0.33	Ninguno	0	Ninguno	0
EPOC (con exacerbación aguda, no especificada)	Patologías no relacionadas a EPOC y síntomas asociados	1.6	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.33	Ninguno	0
	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	0.33	Ninguno	0	Ninguno	0
	Otras EPOC especificadas	0.33	Ninguno	0	Ninguno	0
	EPOC, no especificada	0.33	Ninguno	0	Ninguno	0
	Bronquitis crónica no especificada	0.33	Ninguno	0	Ninguno	0
	Disnea	0.33	Ninguno	0	Ninguno	0
Tos	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.7	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.66	Ninguno	0
Disnea	EPOC con exacerbación aguda, no especificada	0.7	Ninguno	0	Ninguno	0
	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.7	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.33	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.33
Otras EPOC especificadas	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0	Patologías no relacionadas a EPOC y a síntomas asociados	0.33
TOTAL	31 USUARIOS	10%	11 USUARIOS	3.6%	9 USUARIOS	3%

Fuente: Elaboración propia (2013)

En el gráfico 2 se observan los datos encontrados con relación al cruce de las variables género y entidad de salud que atiende a los pacientes siendo el Hospital San Juan de Dios de Pamplona la entidad con un porcentaje más alto el 73,13% en el género masculino y un 68,64% con relación al género femenino del total de pacientes atendidos.

Al comparar la Población con EPOC según el género y municipio de procedencia, en Pamplona, los hombres presentan un porcentaje más alto de enfermedad, con un 91,04% en relación con las mujeres que presentaron un 85,80%.

Gráfico 3. Resultados del grupo en estudio con relación al Municipio de procedencia y género de los pacientes



Fuente: Elaboración propia (2013)

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los datos encontrados en el presente estudio, con relación al género, es similar a los estudios procedentes de países desarrollados en los cuales se demuestra que la prevalencia de EPOC es casi igual en hombres que en mujeres, lo que probablemente refleje cambios en los hábitos tabáquicos. Además, algunos estudios han sugerido que las mujeres son más susceptibles a los efectos del humo de tabaco (Silverman, Weiss, Drazen, Chapman, Carey, Campbell et al. 2000; Xu, Weiss, Rijcken, Schouten, 1994).

El estudio de “Prevalencia de la EPOC en Colombia - PREPOCOL” determinó que el cigarrillo es el principal condicionante de la enfermedad y que la exposición al humo de leña no está muy distante en su capacidad de generarla, tanto en mujeres como en hombres, datos que pueden ser relacionados con los obtenidos en el presente estudio donde se evidencia la prevalencia de EPOC en un 57.76% es en zona urbana y 42.28% en zona rural, donde es indudable el empleo de materiales de biomasa.

El presente estudio muestra que de los 132.477 RIPS analizados sólo 302 usuarios fueron diagnosticados con EPOC o síntomas asociados, lo cual es coherente con lo declarado el profesor Romain Pauwels, presidente del comité ejecutivo de GOLD "cientos de millones de personas se enfrentan cada día a los efectos de la EPOC, pero sigue siendo una de las enfermedades mortales peor diagnosticadas y tratadas".

CONCLUSIONES

En el presente estudio sólo el 0.22% de la población estudiada fue diagnosticada con EPOC o síntomas asociados, resultado que quizás se deba a un subdiagnóstico, debido a que esta enfermedad necesita de pruebas espirométricas para un diagnóstico certero.

La presencia de síntomas asociados como la disnea y la tos en un paciente fumador debe ser sospecha de la presencia de EPOC, dato que no se puede correlacionar en el presente estudio ya que el ser o no fumador no se notifica en los RIPS.

La EPOC no es una patología que se presente sola, frecuentemente se encuentra asociada a otras enfermedades propias del envejecimiento y por si misma, presenta efectos sistémicos que conducen a comorbilidades.

La prevalencia de bronquitis crónica se tuvo en cuenta en el presente estudio ya que según PREPOCOL esta patología a nivel nacional tiene una prevalencia del 3.4%, resultado que resaltan la importancia de la enfermedad respiratoria como un problema frecuente de salud en Colombia.

La esperanza de vida actualmente en Colombia según el Departamento de Estadística (DANE), es de 74 años, dato que puede correlacionarse con el resultado mayor del grupo etario diagnosticado con EPOC o síntomas asociados.

La población del área urbana de género femenino diagnosticada con la EPOC o síntomas asociados corresponde al mayor porcentaje de atención (62.13%).

A nivel nacional y regional existe poca información de prevalencia de esta enfermedad que permita correlacionar resultados con el presente estudio, tal y como lo afirma el Comité de EPOC de la Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax.

REFERENCIAS

- Caballero, A., Torres-Duque CA, y Otros. (2007). Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in five Colombian cities situated at low, medium and high altitude (PREPOCOL Study). *Chest Papers In Press*, prepublished online; DOI:10.1378/chest.07-1361.
- Calverley, PMA. (1996). Neuropsychological deficits in chronic obstructive pulmonary disease. *Monaldi Arch Chest Dis*, 51(1): 5-6.
- Celli, B., MacNee, W. (2004). ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J*, 23: 932-46.
- Chapman KR., Mannino DM, Soriano JB., Vermeire PA., Buist AS., Thun MJ., et al. (2006). Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*, 27(1):188-207.
- Chols, AM., Soeters, PB., Dingemans, AM., Mostert R., Frantzen, PJ., Wouters EF. (1993). Prevalence and characteristics of nutritional depletion in patients with stable COPD eligible for pulmonary rehabilitation, *Am Rev Respir Dis*, 47(5):1151-6.
- Estrategia global para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (2006). Medical Communications Resources, Inc.
- Fukuchi, Y., Nishimura, M., Ichinose, M., Adachi, M., Nagai, A., Kuriyama, T., et al. (2004). COPD in Japan: the Nippon COPD Epidemiology study. *Respirology*, 9(4):458-65.
- Georgopoulos, D., Anthonisen, NR. (1991). Symptoms and signs of COPD. In: Cherniack NS, ed. *Chronic obstructive pulmonary disease*. WB Saunders Co, 357-63.
- Halbert, RJ., Natoli, JL., Gano, A., Badamgarav, E., Buist, AS., Mannino, DM. (2006). Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*.
- Hurd, S. (2000). The impact of COPD on lung health worldwide: epidemiology and incidence. *Chest*, 117(2 Suppl): 1S-4S.
- Silverman EK., Palmer LJ., Mosley JD, Barth M., Senter JM., Brown A., et al. (2002). Genome wide linkage analysis of quantitative spirometric phenotypes in severe early-onset chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Hum Genet*; 70(5):1229-39.
- Silverman, EK., Weiss, ST., Drazen, JM., Chapman, HA., Carey, V., Campbell EJ, et al. (2000). Gender-related differences in severe, early-onset chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 162(6):2152-8.
- Soriano JB., Visick GT., Muellerova H., Payvandi N., Hansell AL. (2005). Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care. *Chest*;128(4):2099-107
- Stoller JK., Aboussouan LS. (2005). Alpha1-antitrypsin deficiency. *Lancet*; 365(9478):2225-36.
- Xu, X., Weiss, ST, Rijcken, B., Schouten, JP. (1994). Smoking, changes in smoking habits, and rate of decline in FEV1: new insight into gender differences. *Eur Respir J*, 7(6):1056-61.