

PRODEBRATA: Programa de Detección de Enfermedades Broncopulmonares Relacionadas al Tabaquismo

Detección precoz de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

La EPOC es la enfermedad respiratoria más frecuente asociada al uso de tabaco. Tiene un impacto muy importante en la salud y calidad de vida de los pacientes afectados y en el sistema de salud(1). Alrededor del 6% de la población adulta tiene diagnóstico de EPOC, aunque es muy probable que la prevalencia real sea mayor(2). La EPOC es la cuarta causa de muerte a nivel mundial y es responsable del mayor gasto en salud vinculado a enfermedades respiratorias.

Un programa orientado a pesquisar la EPOC podría contribuir a la prevención de la aparición de la enfermedad y a reducir su progresión. Los elementos esenciales del programa de detección precoz de la enfermedad implican la realización de una consulta clínica estandarizada y la realización de una espirometría computada(1). Esto permitiría un diagnóstico presuntivo confiable en un tiempo reducido. La ventaja de este modelo de prestación se basa en la reducción de los tiempos necesarios para los pacientes, dado que con el manejo habitual el diagnóstico requiere de 3 consultas (2 consultas clínicas y una para la espirometría). Aquellos casos en los que se diagnostique la EPOC podrán ser dirigidos a un médico con interés en la enfermedad para su manejo. Otra ventaja para los pacientes con tabaquismo activo es que se va a aprovechar la consulta para realizar consejo tabáquico.

Esquema del programa:

1. Recepción del paciente: admisión del paciente y explicación del programa.
2. Cuestionarios auto-administrados: los completarán los cuestionarios CCQ versión argentina y CAT en español(3,4). También se solicitará al paciente elegir un puntaje de la escala MRC modificada de disnea(5).
3. Toma de medidas antropométricas
4. Consulta clínica: relevamiento de síntomas respiratorios, historia de tabaquismo, antecedentes clínicos y exámenes complementarios previos. Examen clínico breve y toma de signos vitales incluyendo saturometría de pulso.
5. Espirometría: se realizarán maniobras pre-broncodilatadores según las recomendaciones del consenso ATS/ERS(6). Se utilizará la tabla de referencias NHANES III(7). A los fines del diagnóstico de EPOC se utilizará el criterio de obstrucción propuesto en las guías GOLD ($FEV_1/FVC < 70\%$). A aquellos pacientes que cumplan con dicho criterio se les realizará una prueba 15 minutos luego de la administración de 400 μ g de salbutamol en aerosol(1). Quienes persistan por debajo de ese umbral de FEV_1/FVC serán diagnosticados como EPOC si los datos clínicos son compatibles.

6. Pruebas complementarias optativas para los pacientes con diagnóstico de EPOC: se realizarán 2 procedimientos adicionales a aquellos pacientes que los deseen cuando se diagnostique EPOC: el primero es una determinación de alfa-1-antitripsina en sangre por medio de una tira reactiva sin costo (provista por el laboratorio Tuteur) cuyo resultado no estará disponible inmediatamente y el segundo es una prueba de caminata de 6 minutos(8). Estas pruebas están recomendadas para la evaluación de los pacientes con este diagnóstico y junto con la información proveniente de la consulta permiten estratificar la gravedad de la enfermedad (1). La prueba de caminata permitirá calcular el score BODE(9).
7. Generación de un reporte y devolución al paciente con recomendaciones generales de seguimiento y consejo antitabaco.

Implementación

Inicialmente este programa se realizaría en el HUSLH. Participará un staff de Neumonología. Los pacientes podrían provenir de derivación de colegas y por iniciativa propia. Los turnos deberían ser asignados vía la central de turnos con una frecuencia de 15 minutos.

Contacto

Los pacientes interesados pueden consultar de manera espontánea los martes de 16 a 19 hs. y los jueves de 12.30 a 15.30 hs en el Centro Médico Sede Las Heras, Av. Las Heras 2900. Por consultas se pueden comunicar por e-mail: neumonologia@cemic.edu.ar.

Bibliografía

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2014.
2. Menezes AMB, Perez-Padilla R, Jardim JRB, Muiño A, Lopez MV, Valdivia G, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet*. 2005 Nov 26;366(9500):1875–81.
3. Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen W-H, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J*. 2009 Sep;34(3):648–54.
4. Van der Molen T, Willemse BWM, Schokker S, ten Hacken NHT, Postma DS, Juniper EF. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2003 Jan;1:13.
5. Fletcher CM, Elmes PC, Fairbairn AS, Wood CH. The Significance of Respiratory Symptoms and the Diagnosis of Chronic Bronchitis in a Working Population. *BMJ*. 1959;
6. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, et al. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J*. 2005;26(2):319–38.

7. Hankinson JL, Odencrantz JR, Fedan KB. Spirometric reference values from a sample of the general U.S. population. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999 Jan;159(1):179–87.
8. ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166(1):111–7.
9. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Oca MM De, Mendez RA, et al. The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med.* 2004;350(10):1005–12.