



Editorial

El componente social de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: ¿un rasgo tratable de la enfermedad?

Is the Social Component of chronic obstructive pulmonary disease a Treatable Trait?

Alberto Fernández-Villar*, Sara Fernández-García y Cristina Represas-Represas

Grupo NeumoVigo I+i, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS), Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) será según la OMS la tercera causa de mortalidad en el mundo en los próximos años¹. Además, su prevalencia también aumentará debido a la persistencia de un importante número de fumadores, pero sobre todo al envejecimiento poblacional y a la mayor supervivencia que afortunadamente se está consiguiendo en el momento actual¹. Dentro de las enfermedades respiratorias la EPOC probablemente constituye el paradigma de la cronicidad, y su adecuado manejo debería incluir el tratamiento de la enfermedad pulmonar y de todas sus comorbilidades, pero también de su componente social, concepto que abarca la cobertura de sus necesidades más básicas, el mantenimiento de su autonomía y su capacidad para relacionarse con su entorno o comunidad². La escasa evidencia de la que disponemos muestra que la situación en relación con estos aspectos en muchos de los pacientes con EPOC que atendemos en nuestras consultas, o que ingresan en nuestras salas de hospitalización es deficitaria^{3,4}.

En el momento actual estamos pasando de un concepto de manejo terapéutico escalonado de los pacientes con EPOC a una atención más personalizada, en la que se recomienda la evaluación de los rasgos tratables de la enfermedad⁵.

Con el fin de generar una reflexión general y abierta de los profesionales y gestores sanitarios, en este escrito intentaremos incluir el componente social como un posible rasgo tratable en esta visión de una medicina más personalizada y precisa.

En primer lugar, un rasgo tratable debe presentar relevancia clínica, y por lo tanto asociarse con resultados específicos de salud⁵. Existen múltiples evidencias de que varios aspectos de esta esfera social, como una deficitaria situación económica, la dependencia para las actividades más básicas y la situación de escaso apoyo o relación social y familiar influyen no solo en una peor percepción del estado de salud, sino también en eventos como estancias hospitalarias más prolongadas, reingresos y mortalidad^{6–10}. Además, inciden también en otros elementos claves dentro de un plan terapéutico integral, como son la adherencia a los tratamientos tanto

farmacológicos como rehabilitadores, el cese tabáquico y la situación psicológica^{2,10}.

En segundo lugar, el rasgo tratable debe ser identificable y medible⁵. La mayoría de los aspectos incluidos en la dimensión social de la EPOC pueden ser evaluables y estratificables mediante escalas y cuestionarios, tanto genéricos como específicos, y de hecho, su utilización se recomienda en documentos institucionales de atención a la EPOC¹¹. Tanto en la EPOC como en otras enfermedades crónicas la capacidad predictiva para los eventos comentados de muchos de estos índices y escalas es similar o incluso superior a la de variables clínicas y demográficas que se utilizan actualmente como la edad, el grado de disnea o de obstrucción, o el número de comorbilidades^{8,9,12,13}.

Por último, un rasgo tratable debe ser, como su nombre bien indica, tratable⁵. También existen experiencias reportadas de que un adecuado plan integral que aborde aspectos de esta esfera social, como la mejor accesibilidad y la integración en la comunidad o la atención a la dependencia para las actividades más básicas de la vía diaria, pueden mejorar los resultados en salud y la eficiencia de la atención^{14,15}.

En un reciente documento publicado, en el que se describen los rasgos tratables considerados por varios expertos y que incluyen variables pulmonares, extrapulmonares y conductuales y de estilo de vida, los aspectos de la esfera social a los que se hace referencia son mínimos, e incluyen únicamente la situación familiar⁵.

Los pacientes suelen llevar sus preocupaciones y problemas a la única red que conocen, la sanitaria, ya que les resulta cercana, accesible y es en la que más confían, aunque las respuestas que necesiten sean muchas veces más sociales que clínicas y, por tanto, abordables desde programas y visiones que no están bien definidos ni integrados². Aunque la evidencia es limitada, la ineficiencia y el despilfarro de este hecho es probablemente muy alta⁷. A pesar de un desfavorable perfil social en todas sus dimensiones, en un reciente estudio publicado que incluía un alto porcentaje de reingresadores, menos de la cuarta parte de los pacientes había sido atendida por los servicios sociales⁴. En la auditoría clínica MAG-1 se evidenció que únicamente en un 20% de los informes de alta por exacerbación grave de EPOC se hacía referencia a los problemas sociales¹⁶. Especialmente preocupante en este sentido son

* Autor para correspondencia.
Correio electrónico: alberto.fernandez.villar@sergas.es (A. Fernández-Villar).

las diferencias de género, siendo la situación social de las mujeres con EPOC en aspectos económicos y de apoyo sociofamiliar mucho peor que la de los hombres⁴. En el seguimiento de la cohorte SocioEPOC, de la que se han publicado ya algunos datos^{4,9}, aspectos como la situación sociofamiliar determinada por la Escala de Gijón o la dependencia para las actividades básicas evaluada por el índice de Barthel predicen mejor que muchas variables clínicas los días de estancia hospitalaria, los reingresos a corto y largo plazo y la mortalidad. Es posible que deban incluirse estas en la validación de nuevas escalas predictivas, tal y como sugieren otros autores¹². Por desgracia, debido probablemente a una escasa concienciación sobre la trascendencia de este problema, es frecuente que la detección de estas situaciones se haga únicamente cuando nos veamos con dificultades para remitir al paciente a su domicilio tras un ingreso hospitalario, o ante un elevado número de reingresos^{6,7}.

Como ya indicaba Willian Osler hace casi 2 siglos, el buen médico trata la enfermedad, pero el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad. En este sentido los neumólogos y demás profesionales que atendemos a estos pacientes deberíamos incluir de forma sistemática la evaluación social del enfermo para poder diseñar el mejor plan de tratamiento y atención en cada caso particular. Salvo experiencias muy puntuales, en la mayor parte de los centros y áreas sanitarias esto va a suponer redefinir los actuales sistemas de prestación de servicios sanitarios y sociales y avanzar hacia nuevos modelos asistenciales, buscando una atención más proactiva, continuada, integrada, eficiente y centrada en el paciente.

Bibliografía

1. Working group of the GesEPOC. Clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of patients with Chronic Obstructive Pulmonary disease (COPD) – the Spanish COPD Guideline (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2017; 53 Supl 1:1–64.
2. Barton C, Effing TW, Cafarella P. Social Support and Social Networks in COPD: A scoping review. COPD. 2015;12:690–702.
3. Díaz Pérez D, Llanos Rodríguez L, Figueira Gonçalves JM. Perception of a lack of social support in patients with chronic obstructive pulmonary disease. A real problem. How can we face it? J Healthc Qual Res. 2019;34:155–6.
4. Fernández-García S, Represas-Represas C, Ruano-Raviña A, Mosteiro Añón M, Mouronte Roibas C, Fernández-Villar A. Perfil social de los pacientes que ingresan por una agudización de EPOC. Un análisis desde una perspectiva de género. Arch Bronconeumol. 2019 [En prensa].
5. McDonald VM, Fingleton J, Agusti A, Hiles SA, Clark VL, Holland AE, et al. Participants of the Treatable Traits Down Under International Workshop; Treatable Traits Down Under International Workshop participants: Treatable traits: A new paradigm for 21st century management of chronic airway diseases: Treatable Traits Down Under International Workshop report. Eur Respir J. 2019;53.
6. Mulpuru S, McKay J, Ronksley PE, Thavorn K, Kobewka DM, Forster AJ. Factors contributing to high-cost hospital care for patients with COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017;12:989–95.
7. Wong AW, Gan WQ, Burns J, Sin DD, van Eeden SF. Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: Influence of social factors in determining length of hospital stay and readmission rates. Can Respir J. 2008;15:361–4.
8. Connors AF, Dawson NV, Thomas C, Harrel FE, Desbiens N, Fulkerson WJ, et al. Outcomes following acute exacerbation of severe chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 1996;154:959–67.
9. Fernández-García S, Represas-Represas C, Ruano-Raviña A, Botana-Rial M, Mouronte-Roibás C, Ramos-Hernández C, et al. Predictores sociales y clínicos asociados con estancia hospitalaria prolongada en pacientes con agudización grave de EPOC. Rev Clin Esp. 2019. doi: 10.1016/j.rce.2019.05.003.
10. Chen Z, Fan VS, Belza B, Pike K, Nguyen HQ. Association between social support and self-care behaviors in adults with chronic obstructive pulmonary disease. Ann Am Thorac Soc. 2017;14:1419–20.
11. Proceso asistencial integrado de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Servicio Galego de Saude, 2013 [consultado: 24 May 2019]. Disponible en: <http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Proceso-Asistencial-Integrado-da-Enfermidade-Pulmonar-Obstrutiva-Cronica-EPOC?idioma=es>.
12. Bernabeu-Mora R, García-Guillamón G, Valera-Novella E, Giménez-Giménez LM, Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F. Frailty is a predictive factor of readmission within 90 days of hospitalization for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A longitudinal study. Ther Adv Respir Dis. 2017;11:383–92.
13. Smith LE, Moore E, Ali I, Smeeth L, Stone P, Quint JK. Prognostic variables and scores identifying the end of life in COPD: A systematic review. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017;12:2239–56.
14. Owens JM, Garbe RA. Effect of enhanced psychosocial assessment on readmissions of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Soc Work Health Care. 2015;54:234–51.
15. Euceda G, Kong WT, Kapoor A, Hokanson JE, Dilauro P, Ogunnaike R, et al. The effects of a comprehensive care management program on readmission rates after acute exacerbation of COPD at a community-based academic hospital. Chronic Obstr Pulm Dis. 2018;5:185–92.
16. Escarrabill J, Torrente E, Esquinas C, Hernández C, Monsó E, Freixas M, et al. Clinical audit of patients hospitalized due to COPD exacerbation. MAG-1 Study. Arch Bronconeumol. 2015;51:483–9.