



Original

Prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en las Islas Canarias



Carlos Cabrera López^{a,*}, Gabriel Juliá Serdá^a, Cristina Cabrera Lacalzada^b, Ana Martín Medina^b, José Antonio Gullón Blanco^c, Miguel Ángel García Bello^d y Pedro Cabrera Navarro^a

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife, España

^c Servicio de Neumología, Hospital San Agustín, Avilés, Asturias, España

^d Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de agosto de 2013

Aceptado el 10 de diciembre de 2013

On-line el 4 de febrero de 2014

Palabras clave:

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Prevalencia

Tabaquismo

Factores de riesgo

R E S U M E N

Introducción: La prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) varía considerablemente entre las diferentes áreas geográficas estudiadas. En España hay 2 estudios epidemiológicos que muestran una prevalencia entre el 9 y el 10% en población mayor de 40 años. No obstante, ninguno de ellos ha incluido a las Islas Canarias, región de interés por sus características climáticas y su alta prevalencia de tabaquismo.

Material y métodos: A partir de una muestra poblacional de 596.478 personas se seleccionó una muestra aleatorizada de 1.353 individuos entre 40 y 70 años. Los participantes rellenaron un cuestionario y posteriormente realizaron una espirometría con test de broncodilatación si existía obstrucción. Se diagnosticó EPOC cuando el cociente FEV₁/FVC después de la broncodilatación era menor de 0,70.

Resultados: La prevalencia de EPOC fue del 7,3% (IC 95%: 5,5-9,5), siendo mayor en varones que en mujeres (8,7% vs. 6,3%, $p=0,134$). La tasa de tabaquismo fue del 29,4% (IC 95%: 25,4-33,1), también mayor en los varones que en las mujeres (35,1% vs 25,4%, $p<0,001$). La prevalencia de EPOC estratificada según la gravedad de la obstrucción, en base a los criterios GOLD, fue del 16% en el grupo I, del 69,9% en el II, del 10,4% en el III y del 3,3% en el IV. El infradiagnóstico fue del 71,6% y el infratratamiento, del 63,5%.

Conclusiones: A pesar de tener una de las tasas de tabaquismo más altas de España, la prevalencia de EPOC en las Islas Canarias es menor que en la mayoría de las zonas españolas estudiadas.

© 2013 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Canary Islands

A B S T R A C T

Introduction: The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) varies significantly among the different geographical areas reported. In Spain, two epidemiological studies have shown a prevalence of 9-10% in the population aged over 40. However, neither of these studies included the Canary Islands, which are of interest due to their climatic conditions and high incidence of smoking.

Materials and methods: A random group of 1,353 subjects aged between 40 and 70 years was selected from a sample population of 596,478 individuals. Participants completed a questionnaire and then performed spirometry with bronchodilator testing if obstruction was observed. COPD was diagnosed when the post-bronchodilator FEV₁/FVC ratio was less than 0.70.

Results: The prevalence of COPD was 7.3% (95% CI: 5.5-9.5) and was higher in males than in females (8.7% vs. 6.3%, $P=.134$). The incidence of smoking was 29.4% (95% CI: 25.4-33.1) and was also higher in males than in females (35.1% vs 25.4%, $P<.001$). The prevalence of COPD stratified by severity of obstruction, according to the GOLD criteria, was 16% in group I, 69.9% in group II, 10.4% in group III and 3.3% in group IV. 71.6% of the subjects were underdiagnosed and 63.5% undertreated.

Conclusions: Despite having one of the highest rates of smoking in Spain, the prevalence of COPD in the Canary Islands is lower than in most of the Spanish regions studied.

© 2013 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Chronic obstructive pulmonary disease

Prevalence

Smoking

Risk factors

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ccablopn@gmail.com (C. Cabrera López).

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema sanitario mundial con alta morbimortalidad en la población adulta. Sin embargo, la EPOC es frecuentemente infradiagnosticada e infratratada, dificultando la cuantificación de su impacto en el sistema sanitario¹. Además, la prevalencia mundial de esta enfermedad continúa creciendo, y se espera que llegue a ser la tercera causa de muerte en 2020². A pesar de los numerosos estudios dedicados a la prevalencia de la EPOC, esta no ha sido totalmente definida y muestra grandes variaciones dependiendo de la región geográfica estudiada³⁻⁵. En los últimos años se han desarrollado herramientas validadas que han permitido realizar estudios epidemiológicos fiables y reproducibles independientemente de la región geográfica y de los recursos económicos disponibles^{3,4}. Estos estudios se han llevado a cabo según el consenso de la *American Thoracic Society* (ATS) con la *European Respiratory Society* (ERS) y del documento *Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) de 2010^{6,7}. En España se han realizado 2 estudios epidemiológicos sobre la EPOC: IBERPOC y EPISCAN (con una prevalencia del 9,1 y del 10,2%, respectivamente)⁸⁻¹⁰. No obstante, ninguno de estos estudios incluyó la prevalencia en las Islas Canarias, una región que puede ser interesante por su alta tasa de tabaquismo (cerca del 30%) y de sus peculiares características climáticas¹¹. El objetivo de este estudio es establecer la prevalencia de la EPOC en las Islas Canarias, su estratificación según diferentes variables de interés, los factores de riesgo para la misma y el porcentaje de infradiagnóstico e infratratamiento.

Material y métodos

Muestra

Se realizó un estudio transversal, en población urbana, en las 2 islas más importantes del archipiélago: Gran Canaria y Tenerife (Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y Hospital Universitario de Canarias). Las ciudades participantes en Gran Canaria fueron Las Palmas de Gran Canaria, Arucas y Gáldar, con una población de 444.526 habitantes, mientras que en Tenerife la ciudad estudiada fue La Laguna, con una población de 152.222 habitantes. La muestra total incluía 596.478 personas, que representaban el 27,2% de la población Canaria (2.118.519 habitantes)¹¹. El tamaño muestral se calculó teniendo en cuenta una prevalencia de EPOC estimada del 10%, con un error muestral de $\pm 1,91\%$ (intervalo de confianza [IC] del 95%), con una tasa estimada de no respuesta del 30%, siendo el número mínimo de sujetos a incluir 947. La primera unidad muestral se constituyó a partir de la selección aleatorizada de las secciones censales de los municipios urbanos previamente seleccionados (conglomerados). En total se escogieron 69 secciones censales (36 en Gran Canaria y 22 en La Laguna, Tenerife). Dado que cada sección censal tiene un espacio geográfico limitado, la segunda unidad de muestreo se definió como rutas aleatorizadas dentro de los límites de cada sección censal, con arranque aleatorizado en cada una de las secciones. De este modo, los domicilios se seleccionaban con igual probabilidad mediante muestreo sistemático. Por último, se escogieron para la encuesta a todas las personas entre 40 y 70 años que residían en la vivienda y cumplían los criterios de inclusión. Si en la primera visita la persona o personas seleccionadas no se encontraban en el domicilio, se repetía la misma hasta un máximo de 3 veces. Los criterios de exclusión incluían enfermedad mental, estar impedido para llevar a cabo el cuestionario o la espirometría y estar institucionalizado en entidades sanitarias o prisiones. El estudio se aprobó tanto por el comité ético del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín como por el del Hospital Universitario de Canarias, y todos los

participantes firmaron un consentimiento informado antes de comenzar el estudio.

Cuestionario y espirometría

Las personas que accedían a participar rellenaban un cuestionario extenso en el domicilio. Este cuestionario incluía datos sobre demografía, tabaquismo, biomasa, educación, comorbilidades, síntomas respiratorios y calidad de vida; fue el mismo usado por el estudio PLATINO (*The Latin American Project for the Investigation of Obstructive Lung Disease*), y está constituido por la fusión de varios cuestionarios previamente validados¹². Los entrevistadores eran profesionales entrenados no relacionados con el mundo sanitario, sujetos a controles de calidad por inspectores cualificados que revisaban todas las entrevistas realizadas. A los sujetos que rechazaban realizar el estudio se les pedía que completaran un cuestionario corto que incluía preguntas sobre demografía (edad, género) y tabaquismo.

Las personas que completaban el cuestionario largo eran citadas para la realización de una espirometría en los siguientes 15 días en los hospitales participantes. Si por alguna razón no podían acudir al hospital, la espirometría se realizaba en el domicilio. Las espirometrías fueron realizadas por un neumólogo o por enfermeras con más de 15 años de experiencia en pruebas de función pulmonar. El dispositivo utilizado en ambos hospitales y en los domicilios fue un espirómetro portátil (Easyone[®] NDD, Medical Technologies, Chelmsford, Massachusetts y Zurich, Suiza). Este espirómetro fue usado en el estudio PLATINO así como en el estudio BOLD (*The Burden of Obstructive Lung Disease*), y ha sido validado internacionalmente^{13,14}. Se siguieron las recomendaciones de la ERS/ATS para la estandarización de la espirometría, así como las de la ATS/ERS de 2004 para el diagnóstico y la clasificación de la gravedad de la obstrucción (coincidentes con las del documento GOLD)^{15,16}. Todas las espirometrías fueron revisadas e interpretadas por 2 neumólogos participantes en el estudio.

Se diagnosticó EPOC cuando el ratio FEV₁/FVC tras la prueba de broncodilatación era menor de 0,7. El test de broncodilatación se realizó con cámara espaciadora administrando 200 µg de salbutamol y repitiendo la espirometría tras 15 min. Se consideró infradiagnóstico al grupo de enfermos con EPOC que nunca había recibido un diagnóstico de enfisema, bronquitis crónica o EPOC. El infratratamiento se definía en aquellos sujetos diagnosticados de EPOC que nunca hubieran recibido consejo para deshabitación tabáquica ni fármacos para la enfermedad. Se definió como exfumador a la persona que hubiera abandonado el tabaco como mínimo 6 meses antes de la entrevista, y a los no fumadores como aquellos que han fumado menos de 0,1 paquete año.

Análisis estadístico

Las prevalencias de EPOC fueron calculadas como porcentajes con IC del 95% y se estandarizaron por edad y por género con la población canaria de referencia¹¹. Posteriormente se estandarizó con la población mundial¹⁷. Los cálculos se ajustaron teniendo en cuenta que entre los fumadores hubo un porcentaje menor de participación en la realización de la espirometría. De la misma forma, la prevalencia se estimó en relación con las variables categóricas de género, grupos etarios, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, área geográfica, estrato social, enfermedades respiratorias en la infancia y la adolescencia, historia familiar de enfermedades respiratorias, nivel educativo y exposición ambiental (independiente del tabaco). Los factores de riesgo para EPOC fueron analizados siguiendo un modelo de regresión logística. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El software estadístico utilizado fue el SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, EE.UU.).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4203428>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4203428>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)