

La EPOC: concepto de los usuarios y médicos tratantes respecto al manejo y plan de atención

COPD: Concept of the Outpatients and Theirs Physicians in Relation with the Handling and Attention

Diana Durán Palomino, Ft, esp.¹ Olga Cecilia Vargas Pinilla, Ft, esp.²

Resumen

Objetivo. Analizar el concepto del usuario con EPOC y de los médicos en un hospital público de Bogotá respecto a educación, tratamiento farmacológico y no farmacológico, de acuerdo con la GOLD.

Método. Estudio descriptivo cualitativo, exploratorio, desarrollado mediante entrevistas semiestructuradas a 8 médicos y 61 pacientes de consulta externa.

Resultados. El 72% de los pacientes no ha recibido explicación acerca del tratamiento, recomendaciones de manejo, ni ha sido interrogado sobre aspectos personales, sociales, o nutricionales. El 70% manifiesta dificultades para acceder a citas médicas y obtener medicamentos. El 90% de los médicos conoce la GOLD; refieren que el tiempo, el volumen de consulta, la disponibilidad de recursos institucionales, el bajo nivel sociocultural, económico y de compromiso de los pacientes dificulta su aplicación.

Conclusiones. Existen desventajas en la atención del paciente, ya sea por escasez de recursos, infraestructura, ausencia de programas de prevención, promoción y educación, características del Sistema de Seguridad Social, personales y del entorno.

Palabras clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Iniciativa Mundial

para el Manejo de la EPOC (GOLD), rehabilitación pulmonar.

Summary

Purpose. To analyze the concept of the outpatients with COPD and their physicians in a public hospital of Bogota, in relation to educational, pharmacological and non pharmacological treatment, according to GOLD.

Method. Qualitative descriptive study, exploratory type, developed through semi structured interviews for eight (8) physicians and sixty one (61) outpatients with COPD.

Results. Patients agree with the short explanation of the physician or health professionals about the treatment they are receiving, the recommendations for the handling of their disease and the absence of questions about their personal, social, mental or nutritional life. The patients refer that medical treatment focuses in the present symptoms. On the other hand, 90%

Recibido: 6 de agosto 2007

Aceptado: 28 de noviembre de 2007

¹ Coordinadora Especialización en Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar, Universidad del Rosario. Correo electrónico: dduran@urosario.edu.co

² Docente de práctica Rehabilitación Cardíaca y/o Pulmonar, Universidad del Rosario. Correo electrónico: ovargas@urosario.edu.co

of the doctors manifest to know the standards of the GOLD, but the time, volume of consultation and availability of institutional resources, as well as the low social, cultural and economic level of the affected population and its commitment, makes difficult its application.

Conclusions. The study shows disadvantages in the patient's attention either by the shortage of resources, the small infrastructure, lack of prevention and promotion actions, or the characteristics of the Public Health System, as well as diminished accessibility to pulmonary

rehabilitation programs. The development of educative activities is very limited in the provided plan of attention, there is no control of factors that influence in the health state of these people, and there are no actions that treat favorably the participation of social, productive and governmental actors that benefit the attention of these patients.

Key words: Pulmonary Disease Chronic Obstructiva (EPOC), Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), pulmonary rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La morbimortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es alta, va en aumento [1,2] y ha llevado a múltiples investigaciones, revisiones y consenso de expertos que han originado guías de manejo internacional como la *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) [3], que presenta criterios con validez científica y orientan la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC, con el ánimo de responder a las necesidades del individuo afectado.

El estudio IBERPOC, realizado en España en el año 1999, destaca que sólo el 39% de los pacientes recibe tratamiento de acuerdo con las guías internacionales desarrolladas para este fin; además, existe presencia de infradiagnóstico, intervenciones insuficientes y poca coordinación y unificación en el equipo interdisciplinario [4]. Robinson E. *et al* [5], en un hospital universitario de Bogotá, compararon el proceso de diagnóstico en pacientes con EPOC con el conocimiento de los médicos acerca de la enfermedad. Este estudio mostró que a pesar de que los médicos conocen dichas guías, relacionadas con el manejo óptimo de esta patología, éste no se refleja de manera precisa en

la práctica clínica, presentándose divergencia entre este conocimiento y la atención que se le brinda al paciente comprometido.

El objetivo de este trabajo es analizar el concepto del usuario con EPOC estable y de los médicos tratantes en un hospital público de la ciudad de Bogotá, respecto al plan de atención ambulatorio que reciben en la institución en cuanto a educación, oxígeno terapia, tratamiento farmacológico y no farmacológico (programas de ejercicio físico, soporte nutricional, apoyo psicológico), de acuerdo con las recomendaciones establecidas por la GOLD [6].

ASPECTOS METODOLÓGICOS

El presente es un estudio descriptivo cualitativo, tipo exploratorio, desarrollado mediante entrevistas individuales semiestructuradas a 8 médicos especialistas que manejan la consulta externa de pacientes con EPOC en un hospital de carácter público y a una muestra de 61 pacientes con este diagnóstico, quienes reciben tratamiento ambulatorio en la misma institución. En las entrevistas se abordó la experiencia de los usuarios y de los médicos tratantes respecto a las características del manejo ambulatorio en educación, oxígeno terapia, tratamiento farmacológico y no

farmacológico que refiere la guía internacional GOLD. El trabajo de campo se desarrolló durante los meses de abril a diciembre del 2005.

Se estableció que la muestra fuera cautiva, seleccionada por conveniencia y de pacientes que asistieran al servicio de consulta externa de neumología y medicina interna del Hospital Simón Bolívar (HSB). Además, que cumplieran con los criterios de inclusión de tener diagnóstico primario de EPOC: no haber presentado exacerbación un mes antes de la encuesta, haber asistido por lo menos una vez a consulta por EPOC en el HSB y que estuvieran de acuerdo con su participación en el estudio y en capacidad de responder la entrevista.

Se efectuó un análisis narrativo de contenido [7], organizado de acuerdo con lo expresado de forma directa por los entrevistados, interpretando su significado. Los datos fueron divididos entre lo manifestado por los especialistas y lo referido por los pacientes. Los contenidos de cada entrevista se agruparon de acuerdo con la similitud de las respuestas. Posteriormente se clasificó la información por grupos de semejanzas y diferencias. Con el fin de asegurar la calidad en los datos obtenidos, se establecieron las características de la información descrita por la población entrevistada y las relaciones entre las diversas variables incluidas.

Durante el procesamiento de la información, las notas se transcribieron textualmente, y fueron verificadas por las entrevistadoras y las investigadoras. La información se trianguló [8] mediante comparaciones entre los grupos de informantes y la intervención de dos expertas en el área.

RESULTADOS

Se describe las características de la población con EPOC estable del HSB de acuerdo con los aspectos sociodemográficos, factores de riesgo

como el cigarrillo y humo de leña, presencia de enfermedades pulmonares asociadas, impacto de la enfermedad en las actividades de la vida diaria, situación económica y restricción en la participación de actividades sociales, familiares y laborales. Se abarcaron otros aspectos cómo pruebas diagnósticas realizadas, frecuencia de síntomas de tos, expectoración y dificultad para respirar, según la escala de disnea del Medical Research Council (MRC).

CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Edad promedio 73 años, predominio del género femenino (71%) y dedicación a las labores del hogar (53%); humo de leña como principal factor de riesgo (82%); 46% no tiene ningún grado de escolaridad; existe mayor relación de infecciones respiratorias y hospitalizaciones en el último año en mujeres ($p < 0,05$); 66% tiene limitación en las actividades sociales con su familia, 38% necesita ayuda en las actividades de la vida diaria (AVD) y 69% usa oxígeno domiciliario.

Entre los entrevistados del sexo masculino existe relación en el hecho de ser fumador, consumir más paquetes/año durante más tiempo y la exposición laboral ($p < 0,05$). La principal razón para dejar de fumar fue iniciativa propia. En la muestra, los fumadores se destacan por tener mayor frecuencia de síntomas como tos, expectoración ($p < 0,05$) y utilización de oxígeno domiciliario.

Los usuarios que cocinaron con leña (82%) y tuvieron exposición laboral (41%) presentan escalas más altas de disnea (grado 4 ó 5), tos, expectoración, uso de oxígeno domiciliario y limitación en la realización de las actividades sociales y de la vida diaria.

El 18% de los usuarios que han asistido a consulta por neumología o medicina interna

no tienen ninguna prueba diagnóstica, el 29% ha recibido explicación de los resultados de las pruebas, y la mayoría (95,6%) reconoce los síntomas de alarma, independiente del grado de escolaridad.

Percepción del especialista

En la entrevista a los 8 especialistas en medicina interna y neumología, se aplicaron 9 preguntas para conocer su apreciación respecto al manejo del paciente con EPOC y su relación con los estándares de la GOLD:

1. *Conocimiento de la GOLD*: el 90% la conocen.
2. *Aplicación de la GOLD en la consulta diaria*: 6 manifiestan imposibilidad de aplicarlo.
3. *Razones para no aplicarlo*: disponibilidad de recursos, tiempo, volumen de consulta y falta de personal para aplicar ciertas estrategias.
4. *Evaluación y monitoreo*: todos refieren remitir a sus pacientes gases arteriales, Rx de tórax y espirometría, pero esto no corresponde con las órdenes médicas encontradas en las historias clínicas de los pacientes encuestados, en las cuales se encontró que sólo el 11,1% tiene solicitud para los mencionados exámenes.
5. *Obstáculos para realizar evaluación diagnóstica*: falta de equipos en la institución y dificultades administrativas.
6. *Estrategias para la identificación y reducción de los factores de riesgo*: 57% utiliza el tiempo de consulta para darle recomendaciones al paciente y a la familia, el resto no utiliza ninguna estrategia educativa, aduciendo falta de personal encargado en la institución para realizarlo.
7. *Acciones que utiliza para el manejo del EPOC estable*: el 100% considera los broncodilatadores, seguidos de los corticoesteroides en forma inhalada como primera acción, sólo

uno considera posible remitir a programas de rehabilitación pulmonar, oxigenoterapia y educación como componentes dentro del plan de intervención.

8. *Impedimentos para el desarrollo del plan de atención ambulatoria*: manifiestan el tiempo de consulta; poca accesibilidad a citas médicas de control y seguimiento dentro de la institución; bajo nivel sociocultural de la población afectada que limita el reconocimiento de la gravedad de la enfermedad; falta de recursos económicos del paciente para cubrir el copago, el transporte y las órdenes médicas; escaso compromiso del paciente y la familia para realizar fielmente las recomendaciones del médico.
9. *Sugerencias para mejorar el plan de atención*: crear programas de rehabilitación pulmonar y de apoyo para seguimiento y control, facilitar el acceso a citas médicas y cobertura para la obtención de los medicamentos.

Percepción del paciente

Se preguntó a los usuarios del HSB su percepción respecto al manejo que reciben a nivel ambulatorio en educación, oxigenoterapia, tratamiento farmacológico y no farmacológico. A continuación se detallan los principales hallazgos.

Educación

El 73% refiere no haber recibido educación acerca de su enfermedad ni de los factores de riesgo (78%) que la han causado y que podrían aumentar la progresión de ésta, tampoco han sido informados sobre las técnicas para manejo de secreciones (93,3%), ni de los beneficios del ejercicio (75,6%), ni acerca de las recomendaciones alimenticias (66,7%). El 66% ha recibido educación acerca del uso de inhaladores y el 93% coincide en la escasa explicación del médico o

personal de salud acerca del tratamiento que están recibiendo y las recomendaciones para el manejo de su enfermedad. Consideran que el médico tratante le dedica poco tiempo durante la consulta, y acuden más para solicitar su fórmula de medicamentos que para seguimiento y control.

La GOLD recomienda educar acerca de la patología, el uso adecuado de fármacos, los síntomas de alarma, los beneficios del ejercicio y la alimentación que optimicen el tratamiento sugerido y promuevan una vida más activa que evite el deterioro físico y mental. Independientemente del estadio que presentan los pacientes, la educación que han recibido es mínima, hecho que constituye una limitante para la seguridad y autonomía en el manejo de la enfermedad.

Medicamentos

El 100% de los entrevistados recibe tratamiento farmacológico y los medicamentos prescritos por el médico están acorde con las recomendaciones dadas por la GOLD; el 66% sabe cuáles son los fármacos que está utilizando; el 40% de los pacientes de la muestra refieren dificultad para obtenerlos por el insuficiente abastecimiento en las droguerías establecidas por el Sistema de Salud para su entrega; algunos anotan que deben adquirirlos con su dinero y otros aducen que aunque logran obtenerlos, sólo les alcanza para un mes y deben tener la orden médica para el siguiente suministro. También refieren imposibilidad para acceder a una cita de control oportuna, falta de recursos para el traslado (taxi en su mayoría por la disnea y fatiga), para el copago de la cita médica o los medicamentos, o ausencia de un acompañante. Algunos argumentan que usan los fármacos a necesidad, de acuerdo con sus síntomas y no con la fórmula enviada por el médico con el fin de “no acabar el medicamento pronto”.

La normativa de acceso al tratamiento con medicamentos describe que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Aseguradoras de Régimen en Subsidiado (ARS) están obligadas a dar al paciente los medicamentos considerados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) [9]. Sin embargo, en ocasiones, el medicamento recomendado no está contemplado en el manual y debe ser adquirido con recursos del paciente.

En resumen, los usuarios tienen dificultades para obtener los medicamentos anotando bajo suministro, pocos recursos económicos para comprarlos, entrega incompleta de la fórmula o provisión temporal que no alcanza a cubrir el tiempo de la siguiente cita médica para recibir la orden de nuevos medicamentos.

Oxígeno

El 69% utiliza oxígeno en casa. El 15,6% expresa dificultades para obtener y utilizar el oxígeno, anotando que: “no hay dinero para ese tipo de implementos”, “no llega a tiempo”, “el fin de semana el transporte es difícil y hay demora al despacharlo de la central de abastecimiento”, “el concentrador hace mucho ruido y habitan en espacios muy pequeños”, “no pueden cubrir el copago” o “recargar el cilindro cuando se acaba”. El 60% se ve obligado a “ahorrarlo” en su uso, utilizándolo sólo en caso de urgencia y no las 12-14 horas por día, según prescripción médica. Sólo el 40% utiliza el oxígeno en un intervalo de 12 a 24 horas.

Adicionalmente, los encuestados manifiestan que el oxígeno les da seguridad y autonomía para manejar síntomas de alarma como “ahogo”, “labios morados” o “cansancio” y que los aísla socialmente por la ausencia de una bala portátil; hacen énfasis en el temor a usarlo de manera continua por las limitaciones en presupuesto y horario para cargar nuevamente la bala de oxígeno.

Tratamiento no farmacológico

Ejercicio

Un usuario (2%) ha tenido la oportunidad de asistir a un programa de rehabilitación pulmonar a pesar de que el 56% utiliza oxígeno domiciliario y el 92% presenta algún grado de disnea.

Apoyo nutricional, psicológico o bienestar

El 70% de los pacientes manifiesta que los médicos no preguntan acerca de su vida personal, social o nutricional y que desconocen el objetivo, el pronóstico o las recomendaciones del tratamiento prescrito. Los de estadios avanzados reconocen y actúan durante los síntomas de alarma, utilizando los inhaladores, el flujo del oxígeno o “descansando”.

DISCUSIÓN

Factores de riesgo asociados

En áreas rurales de Colombia, es frecuente usar la madera y el carbón mineral para generar energía en el hogar. En 1983, Restrepo Molina *et al* [10] describieron la “neumoconiosis por humo de leña”, en mujeres del altiplano cundiboyacense, no fumadoras, que cocinaban con leña y presentaban EPOC asociado al uso de materiales combustibles. Este hecho generó un gran impacto en los indicadores de morbilidad, con cerca de 2 millones de muertes anuales en el mundo y el responsable del 2,7% en las cifras de morbilidad en los países en vías de desarrollo [11].

La relación entre la exposición al humo de la leña, el género femenino y la presencia de la EPOC es lógica. Ramírez-Venegas *et al* [12], en un estudio prospectivo de 7 años, encontraron que de 481 pacientes estudiados, 186 desarrollaron la EPOC como consecuencia de inhalar humo de leña, el 86% eran mujeres. Igualmente Kiraz *et al* [13] encontraron que la función pulmonar

en mujeres del área rural era menor a las del área urbana y las primeras, expuestas a combustibles orgánicos, estaban en mayor riesgo de desarrollar bronquitis crónica o EPOC que las de la ciudad, así entre éstas la prevalencia del tabaquismo fuera mayor.

Existen datos de cómo la susceptibilidad, severidad, respuesta al tratamiento médico y a programas para dejar de fumar, así como de rehabilitación pulmonar es diferente en las mujeres. Por otra parte, pareciera que ellas tienen más infradiagnóstico por el hecho de no trabajar, no estar afiliada y/o tener menor acceso a los servicios de salud, sumado al hecho del bajo nivel de escolaridad y económico, el rol en el hogar y la deficiencia nutricional, lo cual, sin lugar a dudas, favorece el desarrollo de enfermedades respiratorias agudas y crónicas [14]. Por lo anterior, es importante aunar esfuerzos para promover mejoras en el uso de combustibles limpios, estufas, ventilación del hogar, sistemas de calefacción eficientes en zonas de clima frío, además de disminuir la exposición a polvo y humo.

El desarrollo de EPOC asociada al tabaquismo está influenciado por factores como la contaminación ambiental, la exposición laboral, la predisposición genética, el ser fumador pasivo o el haber estado expuesto en la vida intrauterina [15]. El tabaquismo es reconocido como el principal factor de riesgo para generar EPOC; aún así continúa aumentando en edades tempranas y en el género femenino [16-17]. Las estrategias para dejar de fumar, evitar el inicio del tabaquismo y crear programas con políticas claras que limiten el consumo, deberían ser un asunto de primer orden en las acciones de salud pública y de los profesionales a cargo. El compromiso por favorecer la disminución en la morbilidad, mortalidad prematura, discapacidad y consumo de recursos sanitarios para el país, el paciente y

la familia debe ser una meta. La GOLD describe que el dejar de fumar es la herramienta más sencilla y costo-efectiva para reducir la exposición al riesgo de la EPOC (evidencia A) [18].

Este estudio contempla un grupo de fumadores importante (50%), ya sea como factor de riesgo único o acompañado con el cocinar con leña o la exposición laboral; esta relación se asocia con la presencia e intensidad de los síntomas y las limitaciones en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y las sociales. El 35% de los pacientes fumadores de la muestra han dejado el cigarrillo por iniciativa propia y unos pocos por recomendación médica y familiar (6%).

El desarrollo de actividades educativas está muy limitado en el plan de atención suministrado a estos pacientes, las campañas de promoción y prevención son escasas y no inician desde la etapa temprana de la vida escolar y la adolescencia; además, la oferta de programas para dejar de fumar cuando el hábito ya está instaurado es muy bajo y de poca accesibilidad.

Realización de pruebas diagnósticas

El 36% de los pacientes encuestados cuenta con espirometría, que es un procedimiento de difícil acceso en la institución y no se remite de manera frecuente durante la consulta del médico tratante. Como limitantes a este procedimiento se refieren los trámites administrativos y el Sistema de Seguridad Social que cobija al paciente. El diagnóstico, la evolución y el seguimiento se realizan, principalmente, por la presencia de síntomas como tos, producción de esputo, disnea y/o historia de exposición a factores de riesgo de la enfermedad. Aunque los síntomas referidos por el paciente se usan para estimar la presencia de EPOC [19], Maninno *et al* [20] y Barr *et al* [21] sugieren que el diagnóstico dado por síntomas puede llevar a falsos positivos (entre el

22-65%), lo cual indica que no es un método seguro y que la espirometría debe usarse como método con evidencia que es reproducible y objetivo para evaluar y hacer seguimiento a la obstrucción del flujo aéreo [22-23].

Otros aspectos que inciden en el plan de atención

Los aspectos que afectan el desarrollo efectivo del plan de atención se pueden analizar desde diferentes perspectivas, relacionadas con el paciente, el personal médico o con el Sistema de Salud.

Personales

La muestra presenta un nivel sociocultural y económico bajo (relacionado con las características de hospital público de la red del Distrito Capital), con exposición a factores de riesgo como humo de leña, contaminación ambiental y malos hábitos de ejercicio y alimenticios, hechos que favorecen las infecciones respiratorias, las exacerbaciones y las hospitalizaciones frecuentes. El 73% no tiene conocimiento de su enfermedad, 53% comprende el tratamiento médico, 95% reconoce los síntomas de alarma y 66% usa apropiadamente los fármacos. Así mismo, el nivel sociocultural, educativo y la realidad del Sistema de Seguridad Social (el cual depende de la cobertura, el copago, la accesibilidad, entre otros), induce un estado de resignación y conformismo, acompañado de las creencias relacionadas y la depresión anímica propia de la enfermedad.

Económicos

Una limitante para implementar programas de rehabilitación ha sido la falsa creencia de que se necesita tecnología de punta, espacios físicos grandes y un extenso equipo humano que, en sociedades como la nuestra, restringen a las insti-

tuciones o entidades prestadoras de salud. Por lo tanto, la situación económica del individuo afectado y de las instituciones prestadoras de servicios de salud se une a la problemática dada por la poca disponibilidad de recursos que comprometen aún más la atención de la persona con EPOC.

Sociales

El progreso de la enfermedad lleva a compromiso funcional, deterioro de la capacidad física, limitación en las actividades de la vida diaria y las sociales, con detrimento de la calidad de vida y discapacidad de origen respiratorio, la cual es poco reconocida como tal, tanto por los pacientes como por las autoridades de salud. Por lo tanto, las acciones de los profesionales que intervienen en el manejo de la EPOC no deben limitarse al aspecto de síntomas y exacerbaciones sino al control de los factores que influyen en el estado de salud de estas personas y en canalizar la participación de todos los actores sociales, productivos y gubernamentales que beneficien la creatividad, habilidad y capacidad para afrontar efectivamente los problemas epidemiológicos que representa esta enfermedad.

Políticos

Existen desigualdades en el plan de atención para estos pacientes, respecto a la creación de entornos saludables que favorezcan el bienestar, la seguridad, el acceso a la salud con costos mínimos, refuerzo de redes, apoyo social, promoción de comportamientos positivos. Adicionalmente, se deben crear estrategias de afrontamiento y educativas para aumentar el conocimiento relacionado con la enfermedad, el uso de fármacos y las acciones que les permitan gestionar sus derechos.

CONCLUSIONES

El estudio muestra desventajas en el plan de atención, ya sea por la escasez o ausencia de

recursos, la poca o nula infraestructura, la casi ausencia de campañas de prevención y promoción, las características del Sistema de Seguridad Social que cubre al paciente y la poca accesibilidad a programas de rehabilitación pulmonar. Lo anterior, unido a que la normatividad y las leyes existentes no son claras para los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, en general, además de que el Estado y sus representantes no exigen cumplimiento oportuno y preciso a los entes encargados de implementarlas [24]. Se encuentra que los factores de riesgo asociados con la presentación de la enfermedad se relacionan con las condiciones socioeconómicas y que las características personales y el entorno influyen en el plan de atención desarrollado.

El afán de las instituciones por presentar resultados financieros favorece la creación de servicios muy productivos, con mayor exigencia para los profesionales a cargo, que deben atender un alto volumen y, por tanto, limitar las estrategias de atención. Así mismo, las características de infraestructura, disponibilidad de recursos financieros, técnicos y de personal no propician la implementación de programas integrales, limitando la atención al control de síntomas a través de la consulta externa, servicio de urgencias y hospitalización.

Factores como la carga laboral, la poca disponibilidad de recursos, la falta de preparación y formación postgradual para la intervención de la EPOC, limita al personal y a los profesionales del área de la salud en la promoción y el desarrollo de acciones interdisciplinarias efectivas y estratégicas para el paciente.

Los niveles educativo y sociocultural, las creencias y el contexto en el que se desenvuelve el paciente influyen en la comprensión de la verdadera dimensión de la enfermedad, de las posibilidades de tratamiento y en buscar mejorar la calidad de vida.

La sociedad debe buscar la promoción de estilos de vida saludables que eliminen comportamientos lesivos como el tabaquismo y frenen su avance. El debilitamiento y la ruptura de la estructura familiar como sostén emocional, físico, económico y social, propicia la soledad, el aislamiento y dificulta aún más que el tratamiento se realice de manera adecuada. Unido a esto, la desprotección social de las personas de la tercera edad –que no han tenido una vinculación laboral permanente y tradicional, propio de los estratos socioeconómicos bajos– hace que la situación de vulnerabilidad y la ausencia de recursos propios incrementen las dificultades de los pacientes con EPOC para realizar actividades de la vida diaria, participar en la sociedad o ejercer una actividad económica productiva.

Es difícil ofrecer pautas de manejo y recomendaciones nutricionales a pacientes y familias que se ven sujetos a condiciones de vida en las que el principal problema no es la salud sino la subsistencia.

Se tendría que contar con una sociedad, un Estado y, por ende, con un sistema de salud que proteja y asuma con verdadero sentido de responsabilidad las necesidades y carencias de la población.

La responsabilidad en el plan de atención integral compete a las instituciones de salud, en lo que tiene que ver con acciones que orienten efectivamente la prevención, el diagnóstico, la evaluación y el manejo que amerita cada individuo con EPOC. Igualmente, al ente gubernamental con la distribución solidaria y equitativa de los beneficios de desarrollo y salud que imparte el Estado y al paciente y su familia con el compromiso y la participación activa en el proceso.

Este trabajo se realizó con personas de escasos recursos en el norte de la ciudad de Bogotá; sería importante compararlo con instituciones hospitalarias de carácter privado y población de diferentes estratos socioeconómicos para establecer si existen diferencias en cuanto a accesibilidad, eficiencia, equidad y oportunidad.

REFERENCIAS

1. Lenfant, Claude *et al.* Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Estados Unidos: Zambon Group; 2004, p.3.
2. Higgins M. Epidemiology of obstructive pulmonary disease. In: Casaburi R., Petty T. (eds). Principles and practice of pulmonary rehabilitation. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993, p.10-17.
3. Fabbri LM, Hurd SS. GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. *Eur Respir J* 2003;22(1):1-2.
4. Sobradillo V, Miratvilles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, *et al.* Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios y de limitación crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol* 1999;35:159-66.
5. Robinson E, Ortiz G, Martínez C. Diagnóstico de la EPOC en la práctica clínica: conocimiento y aplicación de las pautas de diagnóstico. *Rev Colomb Neumol* 2000;12(3):126-131.
6. Workshop Report. Global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2005. Disponible en www.goldcopd.com. Consultado en junio de 2006.
7. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis an expanded sourcebook*. London: Sage Publications; 1994.

8. Mays N, Pope C. Qualitative Research: rigor and qualitative research. *BMJ*. 1995;31:109-112.
9. Ministerio de la Protección Social. Política Farmacéutica Nacional. OPS/OMS. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co. Consultado en junio de 2006.
10. Restrepo J, Reyes P, De Ochoa E, Patiño E. Neumoconiosis por inhalación de humo de leña. *Acta Med Colomb* vol 8 (4):1983.
11. Bruce N, Pérez-Padilla R, Albalak R. Indoor air pollution in developing countries: a major environmental and public health challenge. *Bull World Health Organ*. 2000;78(9):1078-92.
12. Ramírez-Venegas A, Sansores RH, Pérez-Padilla R, Regalado J, *et al*. Survival of patients with chronic obstructive pulmonary disease due to biomass smoke and tobacco. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173(4):393-395.
13. Kiraz K, Kart L, Demir R, Oymak S, Gulmez I, Unalacak M, Ozesmi M. Chronic pulmonary disease in rural women exposed to biomass fumes. *Clin Invest Med* 2003 Oct 26(5):243-8.
14. Varkey AB, John H, Stroger, Jr. Chronic obstructive pulmonary disease in women: exploring gender differences. *Curr Opin Pulm Med* 2004 Mar 10(2):98-103.
15. Sandford AJ, Weir TD, Paré PD. Genetic risk factors for chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 1997;10:1380-91.
16. Davis RM, Novotny TE. The epidemiology of cigarette smoking and its impact on chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1989 Sep;140(3Pt 2):S82-4.
17. Bartal M. Health effects of tobacco use and exposure. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001 Dec 56(6):545-54.
18. Workshop Report. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2005. Disponible en www.goldcopd.com. Consultado en julio de 2006.
19. Coultas D.B, Mapel DW. Undiagnosed airflow obstruction: prevalence and implications. *Curr Opin Pulm Med* 2003;9:96-103.
20. Mannino DM, Gagnon RC, Petty TL, *et al*. Obstructive lung disease and low lung function in adults in the United States: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Intern Med* 2000;160:1683-1689.
21. Barr RG, Herbstman J, Speizer FE, *et al*: Validation of self-reported chronic obstructive pulmonary disease in a cohort study of nurses. *Am J Epidemiol* 2002;155:965-971.
22. Agusti AGN, Noguera Bennaser A, Sauleda Roig J, Togoresa Solivellas B. Nuevas perspectivas en el manejo de la EPOC. *Rev Patol Respir* 2000;3(1):44-53.
23. Freedman S, Raffin TA, Rothkopf MH, Eddy DM. The value of a stage prop: screening for chronic obstructive pulmonary disease. *Chest* 1984 Mar 85(3):406-8.
24. Durán D, Vargas OC. El manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica ¿realidad o utopía? Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario; 2006 (Documentos de Investigación; vol 11).