

La situación mundial de la EPOC

Impulsar el cambio para abordar la crisis de salud pulmonar

**SPEAK
UP**
for COPD



#SpeakUpforCOPD

Speak Up for COPD cuenta con el apoyo de una coalición de colaboradores del sector de organizaciones sin ánimo de lucro y de la industria farmacéutica con el fin de establecer la EPOC como una prioridad de salud pública. La financiación es aportada por colaboradores de la industria farmacéutica. Todos los colaboradores han contribuido a la elaboración de este documento.



Acerca de este informe

Este informe se ha elaborado para arrojar luz sobre las respuestas actuales a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en todo el mundo y poner de relieve las oportunidades clave para la acción política y el cambio del sistema, mostrando iniciativas prometedoras que ya se están llevando a cabo. Se basa en una investigación documental y en entrevistas realizadas a 26 expertos nacionales clínicos y de pacientes, con especial atención en 10 países: Australia, Bélgica, Brasil, Canadá, China, Malasia, Nigeria, Polonia, Arabia Saudí y Reino Unido. El informe no pretende ofrecer una comparación sólida de los respectivos méritos de los distintos enfoques de la política y la atención de la EPOC, ni representar una revisión sistemática de la bibliografía.

También hay disponibles perfiles independientes de los diez países. Estos países fueron elegidos por la coalición Speak Up for COPD para que estuvieran representados todos los continentes y para obtener perspectivas de distintos sistemas sanitarios.

Este informe de políticas, no promocional y basado en pruebas, fue iniciado por Speak Up for COPD. El análisis y la redacción han estado a cargo de Laura Habashi, Aditi Karnad, Suzanne Wait y Catherine Whicher, y la edición ha sido realizada por Madeleine Murphy, Mo Forman y Lisa Hillman, todos ellos de The Health Policy Partnership. El informe ha sido diseñado por Inky Thinking. Los borradores de los resultados se compartieron con los colaboradores expertos para que dieran su opinión y aprobación final.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las personas entrevistadas, en particular a las personas que padecen EPOC, y que compartieron sus historias, por haber contribuido a la elaboración de este informe:

Dr. Bamidele Olaiya Adeniyi, Isle of Wight NHS Trust; anteriormente Federal Medical Centre, Owo, Nigeria

Prof. Mohit Bhutani University of Alberta, Canadá

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko, Department of Genetics and Clinical Immunology, National Institute of Tuberculosis and Lung Diseases, Polonia

Prof. Chunhua Chi, Peking University First Hospital; General Practice Development Research Center, Peking University Health Science Center; Chinese Alliance for Respiratory Disease in Primary Care, China

Peter Deussen, NIHR Oxford Biomedical Research Centre (miembro de Patient & Public Involvement), Reino Unido

Suzanne Edmonds, COPD Canada, Canadá

Prof. Gregory Erhabor Department of Medicine, Obafemi Awolowo University, Ile-Ife, Nigeria

Dr Frederico Fernandes, Brazilian Respiratory Society, Brasil

Rita Ferraz una persona con EPOC, Brasil

Prof. Mohammed Al Ghobain, College of Medicine, King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences, King Abdulaziz Medical City, National Guard Health Affairs, Arabia Saudí

Dra. Angela Honda, ProAR Foundation, Brasil

Prof. John Hurst University College London, Reino Unido

Prof. Dr. Ahmad Izuanuddin Ismail, Faculty of Medicine, Universiti Teknologi MARA; Malaysian Thoracic Society, Malasia

Prof. Christine Jenkins The George Institute for Global Health; UNSW Sydney, Australia

Profesor Honorario Ee Ming Khoo, Faculty of Medicine, Universiti Malaya, Malasia

Dr Riyag Al-Lehebi, King Fahad Medical City, Arabia Saudí

Dr. Christopher Liciskai, Western University, Canadá

Prof. Dr. Eric Marchand, Department of Pneumology, CHU-UCL-Namur, Godinne; Belgian Respiratory Society COPD Work Group, Bélgica

Victor Nevelsteen, Vlaamse COPD Vereniging, Bélgica

Uchenna Ogonnia, Asthma Relief Campaign Project, Nigeria

Dr. Rudi Peché, CHU Charleroi, Bélgica

Ravijyot Saggu, UK Clinical Pharmacy Association Respiratory Committee, Reino Unido

Gitta Vanpeborgh ex miembro de la Cámara de Representantes de Bélgica

Prof. Tom Wilkinson University of Southampton; National Respiratory Audit Programme, Reino Unido

Russell Winwood, una persona con EPOC, Australia

También queremos dar las gracias a un cuidador de una persona con EPOC en China, que pidió permanecer en el anonimato.

Preámbulo

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar responsable de millones de muertes al año en todo el mundo. Tiene un impacto significativo, debilitante y a menudo mortal en las personas. Sin embargo, muchas personas no saben qué es la EPOC. En demasiados países, la enfermedad sigue sin recibir la prioridad y la financiación suficientes en las estrategias gubernamentales y en los sistemas sanitarios.

Aunque la EPOC es un problema acuciante, lo será aún más en los próximos años. Se prevé que la prevalencia de la enfermedad aumente con el envejecimiento de la población. La incidencia también aumentará a menos que abordemos algunos de sus principales factores de riesgo, como el tabaquismo, la mala calidad del aire y la contaminación interior y exterior. La EPOC es una de las principales causas de ingreso hospitalario en muchos países, y los sistemas sanitarios, ya de por sí desbordados, seguirán quedándose atrás si no se alivia su incidencia.

Y lo que es más importante, las consecuencias de la EPOC para las personas que viven con la enfermedad son considerables en términos de calidad de vida e independencia; muchas personas con EPOC y sus cuidadores se ven obligados a jubilarse anticipadamente debido al impacto de vivir con una función pulmonar reducida. Y todo esto afecta desproporcionadamente a las poblaciones más desfavorecidas y marginadas de nuestra sociedad, que tienen más probabilidades de estar expuestas a los factores de riesgo y de recibir un acceso inadecuado a una atención apropiada.

Pero las cosas no tienen por qué ser así. La EPOC puede controlarse. Existen intervenciones eficaces. Estudios de casos inspiradores de todo el mundo demuestran que es posible mejorar la atención y la vida de las personas con EPOC. Lo que necesitamos ahora es un compromiso cohesionado y conjunto de todas las partes interesadas para invertir la trayectoria actual e invertir nuestras energías en hacer frente a la EPOC de forma proporcional a la enorme carga que está suponiendo para nuestras sociedades.

Este informe se ha elaborado para poner de relieve el estado de la prevención y la atención de la EPOC, y para inspirar a los expertos en enfermedades respiratorias, a los defensores clínicos y de los pacientes, y a los líderes de los sistemas sanitarios para mejorar la atención de la EPOC y, en última instancia, la vida de las personas que padecen esta enfermedad.

El informe se basa en el compromiso permanente de Speak Up for COPD de dar a conocer mejor la EPOC. Únase a nosotros en la defensa de la EPOC como prioridad de salud pública para que, juntos, podamos mejorar los resultados para todas las personas que padecen esta enfermedad.

Ricardo Baptista Leite



Dr. Ricardo Baptista Leite
Fundador y presidente, Red de parlamentarios de UNITE para la salud mundial

#SpeakUpforCOPD

Para más información, siga el enlace
a través del código QR.



Índice

EPOC: la necesidad de una acción política inmediata	5
--	----------

Elementos para un cambio significativo	7
---	----------



Proteger la salud de la población: reducir la prevalencia y los factores de riesgo	9
---	---



Detección precoz: detección proactiva y diagnóstico	10
---	----



Facilitar el acceso oportuno y equitativo a una atención integral de la EPOC	11
--	----



Reforzar las estrategias gubernamentales, la investigación y los datos	12
--	----

Impulsar el cambio: ¿qué pueden hacer los responsables políticos?	13
--	-----------

Referencias bibliográficas	15
-----------------------------------	-----------

EPOC: la necesidad de una acción política inmediata

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una afección pulmonar a menudo potencialmente mortal que afecta a millones de personas en todo el mundo. Es difícil obtener estimaciones precisas del número de personas que padecen EPOC, ya que muchas pueden no estar diagnosticadas.¹ Datos epidemiológicos recientes sugieren que actualmente hay 213 millones de personas con EPOC en todo el mundo, pero otras estimaciones sugieren que esta cifra podría ascender a 391 millones de personas.^{2,3} La EPOC es la tercera causa de muerte en el mundo (sin contar la COVID-19): cada hora mueren 425 personas a causa de esta enfermedad.^{2,4,5} Contribuye en gran medida a la mortalidad prematura: el 90% de las muertes por EPOC se producen en personas menores de 70 años que viven en países de ingresos bajos y medios.⁵



Se estima que

425 personas

mueren de EPOC **cada hora.**

Si no se invierte en soluciones eficaces,
la EPOC costará a la economía mundial entre 2020 y 2050

4,3 billones de dólares

La EPOC está estrechamente relacionada con las desigualdades en la atención sanitaria. Las personas con una posición socio-económica más baja tienen mayor riesgo de desarrollar EPOC debido a factores que pueden incluir la exposición a contaminantes del aire en el hogar y el exterior, una nutrición deficiente, infecciones y tabaquismo.^{4,5}

El impacto de la EPOC en la calidad de vida de las personas es poco menos que debilitante. La EPOC es la séptima causa de mala salud en el mundo.⁵ La enfermedad está causada por un estrechamiento progresivo de las vías respiratorias, lo que dificulta la respiración.⁴ Los síntomas empeoran gradualmente y se manifiestan en forma de brotes que, cuando son graves, requieren ingreso hospitalario urgente.⁴ Más de una de cada cinco personas muere en el plazo de un año tras ser hospitalizada por un brote de EPOC.⁶⁻⁸ Vivir con EPOC puede reducir la independencia de una persona (por ejemplo, puede necesitar ayuda para vestirse y bañarse), afectar a sus relaciones con amigos y familiares y limitar su capacidad para viajar.⁹ Puede incluso obligar a la gente a dejar su trabajo: alrededor del 40% de las personas con EPOC tienen que reducir su jornada laboral o incluso dejar de trabajar por completo.^{10,11}

***‘Tú no ves
mi EPOC,
pero la siento.’***

*Rita Ferraz
una persona que padece
EPOC en Brasil*

“Es difícil para mi familia. Mis hijos y yo estamos muy unidos, y me siento mal por no poder ir a visitarlos y por no poder llevar a mi nieto al teatro.”

*Suzanne Edmonds
una persona que padece EPOC en Canadá*

La presión que la EPOC ejerce sobre los sistemas sanitarios es insostenible.

La EPOC es una de las principales causas de ingreso hospitalario en muchos países.¹²⁻¹⁵ Los brotes son entre un 70% y un 80% más frecuentes en invierno que en verano, lo que sobrecarga unos sistemas sanitarios ya desbordados.¹⁶ Los datos europeos sugieren que la EPOC cuesta a los sistemas sanitarios hasta 10.000 euros por persona al año;¹⁸ entre el 45% y el 70% de estos costes pueden atribuirse al tratamiento de los brotes.¹⁹ Estos costes podrían reducirse si los sistemas sanitarios pasaran de estrategias reactivas a proactivas, y todas las personas recibieran un diagnóstico más precoz y el tratamiento recomendado por las directrices.²⁰

Los costes humanos, de salud pública y sociales de la enfermedad son sencillamente demasiado elevados; es hora de dar prioridad a la EPOC. El precio de la pasividad es desalentador: si no se invierte en intervenciones basadas en la evidencia, se prevé que la EPOC costará a la economía mundial INT 4,3 billones de dólares entre 2020 y 2050.²¹ Y, sin embargo, la concienciación y la atención política a la EPOC siguen siendo insuficientes: una encuesta de Ipsos realizada en 2022 en 14 países mostró que el 45% del público y el 31% de los responsables políticos no sabían que la EPOC era una enfermedad pulmonar, y sólo el 5% de los responsables políticos la consideraban una prioridad.²² Es imprescindible aumentar la concienciación y la prioridad de la EPOC entre los responsables de la toma de decisiones del sistema sanitario: se trata de un punto de partida clave para impulsar un cambio eficaz del sistema que mejore tanto los resultados sanitarios como, en última instancia, la vida de las personas.

Los gobiernos deben invertir urgentemente en la EPOC. Una inversión significativa también será esencial para que los países cumplan los Objetivos de Desarrollo Sostenible que se comprometieron a alcanzar para 2030, como la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles,^{23 24} y para ofrecer a todas las personas con EPOC la mejor atención sanitaria posible y los mejores resultados.

“Demos voz y rostro a las personas con EPOC.”

Victor Nevelsteen, una persona que padece EPOC en Bélgica

Elementos para un cambio significativo

“Sabemos exactamente lo que tenemos que hacer ahora. Sólo necesitamos pasar a la acción.”

Gitta Vanpeborgh, responsable política en Bélgica

Gran parte de la carga que supone la EPOC podría evitarse mediante la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Los factores de riesgo son conocidos y pueden abordarse mediante una prevención específica y multisectorial. Las recomendaciones clínicas mundiales, como la Estrategia Mundial para la Prevención, el Diagnóstico y el Tratamiento de la EPOC (GOLD),⁴ ofrecen un consenso clínico claro sobre lo que hay que hacer para ofrecer a las personas con EPOC la mejor asistencia posible.^{4 25-27}

Cuatro áreas clave presentan oportunidades comunes para que los gobiernos impulsen la acción y el cambio del sistema, basándose en el contexto existente de su sistema sanitario y en la disponibilidad de recursos. Al hacerlo, siempre deben garantizar que los cambios se apliquen de forma equitativa y tener en cuenta las diferencias subyacentes en el riesgo, el acceso y los resultados de la EPOC en la población:



Proteger la salud de la población: reducir la prevalencia y los factores de riesgo

La prevención es primordial para abordar la EPOC:

- ▶ Aproximadamente el 70% de los casos de EPOC en los países de ingresos altos y el 30-45% en los países de ingresos bajos y medios (PIBM) son atribuibles al tabaquismo.⁵ Sin embargo, entre el 25% y el 45% de las personas con EPOC nunca han fumado.²⁸
- ▶ Hasta el 23% de todas las muertes por EPOC en los PIBM están asociadas a la contaminación del aire en el hogar.²⁹ Las mujeres de los países de ingresos bajos corren un riesgo especial de desarrollar EPOC debido a la exposición al humo de la biomasa al cocinar.³⁰
- ▶ Las tasas de vacunación entre las personas con EPOC son bajas, y van desde aproximadamente del 11% al 33% para el neumococo y del 24% al 40% para la gripe.³¹⁻³³ La exposición a estos virus respiratorios en los primeros años de vida es un factor de riesgo conocido para desarrollar EPOC.^{34 35}



Detección precoz de la EPOC: detección proactiva y diagnóstico

La detección proactiva de la EPOC en personas con alto riesgo de padecer la enfermedad es vital para optimizar los resultados y reducir los costes sanitarios,³⁶ pero muchas personas reciben la asistencia demasiado tarde:

- ▶ Entre el 65 y el 80% de las personas que padecen EPOC permanecen sin un diagnóstico.³⁷
- ▶ En el Reino Unido, algunas personas afirman haber esperado más de diez años antes de recibir un diagnóstico preciso de EPOC.³⁸
- ▶ Las personas que reciben un diagnóstico tardío de EPOC tienen casi un 70% más de probabilidades de sufrir un brote en comparación con las que reciben un diagnóstico precoz.³⁹



Facilitar el acceso a una atención integral

El tratamiento eficaz de la EPOC es crucial, pero el acceso a los mejores cuidados (incluidos el seguimiento continuo y el apoyo a la autogestión) sigue siendo insuficiente:

- ▶ Las personas ingresadas en el hospital por un brote de EPOC sólo reciben el 40% de los cuidados recomendados por las directrices.⁴⁰
- ▶ Aproximadamente el 30% de las personas hospitalizadas por un brote de EPOC vuelven a ser ingresadas en los 90 días siguientes a su ingreso anterior.^{41 42} Esto se debe a que a menudo no se ofrece a las personas un paquete completo de cuidados tras el alta hospitalaria.⁴³ Un estudio reveló que sólo el 25% de las personas que padecen brotes moderados de EPOC reciben atención de seguimiento de mantenimiento.⁴⁴
- ▶ Los estudios informan de tasas de derivación inferiores al 35% para rehabilitación pulmonar.⁴⁵



Reforzar las estrategias gubernamentales, la investigación y los datos

La EPOC está poco reconocida y no se le da la prioridad que merece:

- ▶ En una encuesta de Ipsos realizada en 2023 a más de 23.000 adultos de 31 países, la EPOC no se consideró una de las principales preocupaciones sanitarias,⁴⁶ a pesar de ser la tercera causa de muerte en todo el mundo (excluyendo la COVID-19) en 2021.²
- ▶ En 2019, la EPOC recibió un 96% menos de financiación que el cáncer por parte de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, a pesar de ser responsable de un 64% más de años de vida perdidos debido a la mala salud y la discapacidad.⁴⁷



Proteger la salud de la población: reducir la prevalencia y los factores de riesgo

¿Cuáles son los retos actuales?

- ▶ **Tasas de tabaquismo persistentemente elevadas:** A pesar de las políticas mundiales de control del tabaco,⁴⁸ la aplicación de los servicios para dejar de fumar sigue siendo insuficiente.⁴⁹ A los profesionales sanitarios de primera línea no se les ofrece formación proactiva para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.⁵⁰ El estigma, junto con la normalización de los síntomas respiratorios relacionados con el tabaquismo, puede impedir que las personas busquen ayuda médica.¹³
- ▶ **La cobertura de inmunización es insuficiente para proteger contra las infecciones respiratorias a lo largo de la vida:** Los virus respiratorios se han relacionado con aproximadamente el 30% de los brotes de la EPOC, y la exposición a infecciones respiratorias (por ejemplo, neumonía) en la infancia puede ser precursora de la EPOC; sin embargo, las tasas de vacunación siguen siendo insuficientes y varían según los países.^{34 35 51}
- ▶ **Altos niveles de exposición a la mala calidad del aire, en interiores y exteriores:** Las emisiones de los vehículos y la exposición laboral a sustancias como el sílice y el amianto siguen contribuyendo al desarrollo de la EPOC.^{53 54} La quema de combustibles de biomasa en interiores es motivo de preocupación adicional en los PIBM.^{29 55}

En el Reino Unido, sólo 1 de cada 13 personas que fuman es remitida a los servicios de ayuda para dejar de fumar.⁵⁰

En Brasil, un estudio reveló que sólo el 28% de las personas hospitalizadas por EPOC declararon haber recibido la vacuna neumocócica.⁵²

En Nigeria, la contaminación atmosférica (ozono troposférico) agrava las enfermedades respiratorias crónicas (incluida la EPOC), causando aproximadamente 2.000 muertes al año.⁵⁴

“La mayoría de las personas con EPOC tienen antecedentes de tabaquismo. Pero algunos, sobre todo mujeres, nunca han fumado, pero estuvieron expuestos a biomasa o polvo, lo que les provocó la EPOC.”

Prof. Mohammed Al Ghobain, experto de Arabia Saudí

Superar los retos: inspiración de todo el mundo



El gobierno de la India lucha contra la contaminación del aire en los hogares proporcionando a las personas que viven por debajo del umbral de pobreza gas licuado de petróleo (GLP) para cocinar en lugar de combustibles sólidos (muy contaminantes en el hogar). En un estudio sobre el impacto de este cambio en mujeres no fumadoras de la zona rural de Maharashtra, las que cocinaban con GLP presentaban una menor prevalencia de enfermedades obstructivas de las vías respiratorias, incluida la EPOC (1,3%), en comparación con el grupo que utilizaba combustibles sólidos (7,6%).⁵⁷



En Sidney (Australia), se ha probado un modelo de atención especializado basado en la farmacia para mejorar la participación en actividades de prevención, la técnica de inhalación y el cumplimiento de la medicación en personas con EPOC. Se ofrecieron tres visitas a la farmacia y dos llamadas telefónicas de seguimiento durante un periodo de seis meses. El modelo condujo a un aumento significativo de la aceptación de la vacuna neumocócica, con un incremento de la cobertura del 40% al 81% en el transcurso del proyecto piloto.⁵⁸



Detección precoz: detección proactiva y diagnóstico

¿Cuáles son los retos actuales?

- ▶ **Escasa concienciación pública y profesional:** Los conocimientos de la población y los profesionales sobre los síntomas de la EPOC y la importancia de su detección precoz suelen ser escasos.⁵⁹⁻⁶³ Esto puede dar lugar a que las personas no busquen atención sanitaria y no sean derivadas a servicios esenciales de atención respiratoria (por ejemplo, rehabilitación pulmonar).^{4 45} El estigma social que rodea a la EPOC puede afectar aún más a la disposición de las personas a colaborar con los servicios sanitarios.⁶⁴
- ▶ **Acceso y uso no adecuados de herramientas de diagnóstico eficaces, como la espirometría:** En algunos países, el infradiagnóstico de la EPOC está relacionado con la disponibilidad limitada de la espirometría (una prueba diagnóstica recomendada a escala mundial).⁴ Aunque esté disponible, la espirometría se utiliza poco en atención primaria, a menudo por falta de tiempo y por una formación insuficiente del personal clínico sobre cómo interpretar los resultados.⁶⁶⁻⁶⁸ También se producen importantes errores en el diagnóstico de la EPOC, sobre todo con afecciones que se solapan, como el asma, lo que conduce a tratamientos inadecuados e innecesarios.⁶⁹

En Arabia Saudí, una encuesta realizada en la región de Aseer reveló que dos tercios de la población desconocía los síntomas de la enfermedad.⁶⁵

En Nigeria, menos del 30% de los hospitales de atención terciaria disponen de un espirómetro y menos del 30% de los médicos hospitalarios saben cómo evaluar la gravedad de la EPOC.⁶⁷

“Durante la pandemia [COVID-19], prácticamente todos los laboratorios respiratorios cerraron, lo que provocó una larga lista de espera para la espirometría. En algunos lugares sólo se están haciendo ahora pruebas de espirometría que se solicitaron hace tres años.”

Dr. Frederico Fernandes, experto de Brasil

Superar los retos: inspiración de todo el mundo



En Francia se ofrece a los mayores de 45 años un chequeo médico preventivo que incluye la evaluación de los síntomas que podrían indicar la presencia de EPOC. Si se detecta EPOC, se obtiene confirmación adicional mediante pruebas de espirometría.⁷⁰



En el Reino Unido se ofrecen controles exhaustivos de la salud pulmonar a las personas consideradas de alto riesgo de padecer cáncer de pulmón. Se realizan pruebas de detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) y pruebas de espirometría para detectar otras afecciones respiratorias, incluida la EPOC.⁷¹



Para agilizar la detección precoz de las enfermedades respiratorias (incluida la EPOC) en Vietnam, la Sociedad de Asma y Alergia e Inmunología Clínica ha introducido el cribado de enfermedades respiratorias entre los grupos de mayor riesgo. La intervención utiliza cinco preguntas sencillas, una radiografía de tórax y una prueba de espirometría.⁷² En una sola mañana en el hospital Le Van Thinh, 39 personas participaron en el cribado y se identificaron 11 casos de enfermedades respiratorias.⁷³



El Sistema de Telespirometría introducido en Brasil es una herramienta que permite realizar pruebas de espirometría a nivel local, enviando el resultado a un especialista respiratorio para su interpretación. Se ha implantado en centros de atención primaria de ciudades de ingresos bajos.^{74 75}



En Piamonte (Italia), se formó a farmacéuticos para que identificaran a personas con alto riesgo de EPOC mediante un cuestionario y comprobaran su función respiratoria con un espirómetro portátil. Esta intervención se puso en marcha de octubre de 2017 a febrero de 2018, descubriendo que casi la mitad de las personas con alto riesgo de EPOC tenían una función respiratoria inadecuada. Estas personas fueron remitidas posteriormente a su médico de atención primaria.⁷⁶



Facilitar el acceso oportuno y equitativo a una atención integral de la EPOC

¿Cuáles son los retos actuales?

- ▶ **Aplicación deficiente de las directrices clínicas:** La aplicación de las recomendaciones globales en los distintos entornos asistenciales no es óptima, lo que provoca variaciones en la calidad de la asistencia.²⁷ En particular, la falta de seguimiento y de apoyo a la autogestión aumenta el riesgo de hospitalizaciones.⁷⁷
- ▶ **Falta de integración entre atención primaria y secundaria:** La escasa coordinación de los servicios de atención a la EPOC en los distintos centros sanitarios provoca una fragmentación de la asistencia.^{79 80} Las razones para ello incluyen la escasez de especialistas respiratorios y la necesidad de mejorar las competencias y clarificar las funciones de los enfermeros y farmacéuticos en el tratamiento de la EPOC.⁸¹⁻⁸³
- ▶ **Acceso y reembolso limitados y desiguales de la atención basada en la evidencia:** El reembolso y la financiación de la EPOC varían de un país a otro, y es posible que no se cubran todos los elementos de la atención integral de la EPOC, lo que provoca desigualdades en el acceso a la atención recomendada por las directrices.^{68 84 85} En países con todos los niveles de recursos existen disparidades en el acceso a los medicamentos esenciales para la EPOC, lo que conduce a un tratamiento inadecuado de la enfermedad.⁸⁶⁻⁸⁸
- ▶ **Acceso limitado a la rehabilitación pulmonar:** Aunque la rehabilitación pulmonar (una intervención para promover la actividad física)⁴ es rentable y está recomendada por las directrices, las derivaciones son inadecuadas, a menudo debido a la limitada disponibilidad del servicio y a que los profesionales sanitarios desconocen sus beneficios para las personas que padecen EPOC.^{45 89}

En Malasia, la incoherencia de las vías clínicas y la falta de un marco claro para ejecutar las recomendaciones en los entornos hospitalarios han dado lugar a una calidad de la atención muy variable, según un estudio de 2012.⁷⁸

En Polonia, es necesaria una mejor coordinación entre la atención primaria y los especialistas para las personas con enfermedades respiratorias (incluida la EPOC).⁸⁰

“Tener un inhalador en Nigeria es muy caro. Es demasiado caro.”

Uchenna Ogbonnia, una persona que padece EPOC en Nigeria

En el Reino Unido, solo al 37% de las personas elegibles con EPOC se les ofreció una derivación a rehabilitación pulmonar en 2021 y 2022.³⁸

“En los hospitales el contacto con los profesionales sanitarios especializados es limitado, y las familias tienen dificultades para hablar con personas que puedan tratar el cuidado de la persona.”

Cuidador de una persona con EPOC en China

Superar los retos: inspiración de todo el mundo



En Egipto, a través del seguro nacional de enfermedad, el gobierno ha ampliado las pruebas de detección de la EPOC, ha actualizado las directrices de tratamiento, ha formado a enfermeras en espirometría y ha creado 15 clínicas torácicas en Centros de Excelencia. También se ha puesto en marcha el historial clínico electrónico, que facilitará la recopilación de datos y la continuidad asistencial.⁹⁰



En España, durante la pandemia de COVID-19, se levantaron las restricciones para permitir a los médicos prescribir un único inhalador que suministra varios medicamentos para la EPOC (en lugar de varios inhaladores que suministran el mismo medicamento). Esto condujo a mejoras significativas en los brotes, la supervivencia y el uso de recursos sanitarios; como resultado, se ha mantenido postpandémica.^{91 92}



En Ontario (Canadá) se ha implantado el programa Best Care de gestión integrada de la EPOC. Los educadores respiratorios certificados están integrados en la atención primaria y colaboran con los médicos y los pacientes para promover las mejores prácticas asistenciales, incluida la confirmación del diagnóstico y la optimización de los regímenes de tratamiento. El programa se ha asociado a una reducción significativa y progresiva de las hospitalizaciones relacionadas con la EPOC.⁹³



Reforzar las estrategias gubernamentales, la investigación y los datos

¿Cuáles son los retos actuales?

- ▶ **Dar prioridad política limitada de la EPOC:** Ninguno de los diez países estudiados cuenta con un plan nacional específico para la EPOC, y menos de la mitad de los países mencionan la EPOC en sus estrategias nacionales de salud. No parece existir ningún grupo de trabajo gubernamental destacado sobre la EPOC.
- ▶ **Falta de datos fiables sobre la EPOC:** La recopilación de datos fiables sobre la prevalencia, la mortalidad, las hospitalizaciones y los resultados de los pacientes con EPOC es escasa en muchos países.^{3 94} Esto puede afectar gravemente a la capacidad de controlar la carga de la EPOC y sus factores de riesgo, así como de evaluar la eficacia de las estrategias de salud pública, los tratamientos y los modelos de atención en los resultados de los pacientes.
- ▶ **Inversión insuficiente en investigación e innovación sobre la EPOC:** En los diez países estudiados, no había fondos nacionales de investigación destacados dedicados a investigar herramientas de diagnóstico y tratamientos innovadores de la EPOC, estrategias de gestión de los cuidados o factores de riesgo.

“La concienciación sobre la EPOC entre los responsables políticos es baja en comparación con otras enfermedades crónicas. La mayoría de los responsables políticos no conocen la diferencia entre asma y EPOC.”

*Prof. Mohammed Al Ghobain,
experto de Arabia Saudí*

“Tenemos una visión limitada de la proporción de la EPOC en Malasia que se debe a distintos factores de riesgo, porque no hay datos recogidos al respecto.”

*Prof. Ee Ming Khoo,
experto de Malasia*

“Ha habido muchas iniciativas en torno a algunas enfermedades, como el cáncer, para recaudar fondos o desarrollar vías de atención sanitaria, como en el caso de la diabetes o la enfermedad renal crónica. Pero este no es el caso de la EPOC.”

*Prof. Dr. Eric Marchand,
experto de Bélgica*

“Los lugares donde la EPOC es más prevalente debido a una mayor desventaja socio-económica son también los lugares que tienen menos dinero para la atención, y esto resulta en una peor prestación de atención donde hay mayor necesidad.”

Profesor John Hurst, experto del Reino Unido

Superar los retos: inspiración de todo el mundo



La estrategia sanitaria nacional de Japón, “Salud Japón 21 (tercera fase)”, incluye un objetivo claro para reducir las muertes por EPOC de 13,3 por 100.000 habitantes a 10 por 100.000 en 2032.⁹⁵ Para ayudar a conseguir este objetivo, la Sociedad Respiratoria Japonesa ha puesto en marcha el proyecto de reducción de la mortalidad por EPOC para 2032, que proporciona información sobre las tasas de mortalidad por EPOC y los esfuerzos para reducirlas.⁹⁵



En Alemania, la Década del Pulmón se fundó como una alianza de profesionales sanitarios y organizaciones de pacientes. El objetivo de la alianza es elaborar recomendaciones y promover medidas políticas para reducir la carga de las enfermedades respiratorias crónicas, incluida la EPOC.^{96 97}

Impulsar el cambio: ¿qué pueden hacer los responsables políticos?

El estado de la prevención y la atención de la EPOC exige una atención urgente.

Millones de personas en todo el mundo ven sus vidas afectadas de forma significativa por la EPOC, y gran parte de este impacto podría prevenirse. Existen ejemplos positivos de cómo países con mayor y menor disponibilidad de recursos han contribuido a reducir la carga de la EPOC. Otros gobiernos deberían emular estos ejemplos e integrar la EPOC en sus políticas y programas. Pedimos a los gobiernos que:

Refuercen la prevención



- ▶ **Amplíen la prestación de servicios para dejar de fumar** formando a más profesionales sanitarios, como enfermeros y farmacéuticos comunitarios, para que intervengan lo antes posible.
- ▶ **Inviertan en mejores medidas de protección del medio ambiente**, incluida la planificación urbana, fuentes de combustible más limpias, cocinas y calefactores más seguros y una mejor ventilación para reducir la exposición a la contaminación exterior e interior y la mala calidad del aire.
- ▶ **Apoyen la aplicación de programas de vacunación** para proteger contra las infecciones respiratorias simplificando y agilizando el proceso, y diversificando los tipos de profesionales sanitarios que pueden aplicarlos (incluidos farmacéuticos y enfermeros). Esto podría incluir el establecimiento de un protocolo que permita la vacunación sin necesidad de prescripción médica.

Mejoren la concienciación, la detección proactiva y el diagnóstico



- ▶ **Desarrollen campañas de concienciación pública** centradas en síntomas clave como la disnea, para animar a las personas a buscar atención clínica a tiempo.
- ▶ **Mejoren el acceso a la espirometría**, ampliando la formación de los profesionales sanitarios sobre cómo administrarla e interpretar los resultados y abordando las disparidades en el acceso a los servicios en zonas desatendidas.
- ▶ **Integren la EPOC en las pruebas de salud pulmonar** para poblaciones de alto riesgo, así como en los programas existentes de cribado del cáncer de pulmón y/o la tuberculosis.

Mejoren el acceso oportuno y equitativo a la atención y la gestión



- ▶ **Mejoren la capacitación de todo el personal sanitario** para mejorar la identificación proactiva en atención primaria y apoyar el tratamiento a largo plazo de la EPOC; determinar funciones claras para enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales sanitarios en los itinerarios asistenciales multidisciplinares.
- ▶ **Incentiven la prestación eficaz de los mejores cuidados para la EPOC** de acuerdo con las normas de calidad mundiales, garantizando un acceso equitativo a las soluciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas en toda la población. Para ello es necesario proporcionar financiación y reembolsos integrales para la atención basada en pruebas y la aplicación de modelos y protocolos de autogestión de eficacia probada para evitar los costosos reingresos hospitalarios.
- ▶ **Amplíen el acceso a la rehabilitación pulmonar** financiando más servicios y promoviendo las derivaciones de los médicos respiratorios. Esto podría lograrse mediante la aplicación de paquetes de alta hospitalaria que incluyan la rehabilitación pulmonar. Hay que hacer un seguimiento de los indicadores para medir el éxito de la aplicación y exigir responsabilidades a los sistemas.

Refuerquen las estrategias gubernamentales, la investigación y los datos



- ▶ **Desarrollen estrategias nacionales integrales** para las enfermedades respiratorias que incluyan objetivos específicos y cuantificables para la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de la EPOC; ya existen para otras enfermedades comunes no transmisibles.
- ▶ **Creen bases de datos nacionales sólidas sobre la EPOC** que permitan a los sistemas sanitarios calcular con precisión la prevalencia y la mortalidad; comprender mejor las causas de los brotes, las complicaciones, los ingresos hospitalarios y los reingresos; y hacer un seguimiento de los resultados de los pacientes y la utilización de la asistencia sanitaria.
- ▶ **Inviertan en investigación e innovación** para ayudar a identificar estrategias óptimas de diagnóstico, tratamiento y atención de la EPOC, aprovechando avances digitales como la inteligencia artificial y el aprendizaje automático.

Referencias bibliográficas

- Ho T, Cusack RP, Chaudhary N, et al. 2019. Under-and over-diagnosis of COPD: a global perspective. *Breathe* 15(1): 24-35
- Global Burden of Disease Collaborative Network. 2024. Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021). Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
- Adeloye D, Song P, Zhu Y, et al. 2022. Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Respir Med* 10(5): 447-58
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2024. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Deer Park, TX: GOLD
- World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Disponible desde: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) [Consultado el 09/07/24]
- Ho T-W, Tsai Y-J, Ruan S-Y, et al. 2014. In-Hospital and One-Year Mortality and Their Predictors in Patients Hospitalized for First-Ever Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations: A Nationwide Population-Based Study. *PLoS ONE* 9(12): e114866
- García-Sanz MT, Cánave-Gómez JC, Senín-Rial L, et al. 2017. One-year and long-term mortality in patients hospitalized for chronic obstructive pulmonary disease. *J Thorac Dis* 9(3): 636-45
- Lindenauer PK, Dharmarajan K, Qin L, et al. 2018. Risk Trajectories of Readmission and Death in the First Year after Hospitalization for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 197(8): 1009-17
- National Health Service. Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). [Actualizado el 11/04/23]. Disponible desde: <https://www.nhs.uk/conditions/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd/living-with/> [Consultado el 09/07/24]
- Fletcher MJ, Upton J, Taylor-Fishwick J, et al. 2011. COPD uncovered: an international survey on the impact of chronic obstructive pulmonary disease [COPD] on a working age population. *BMC Public Health* 11: 612
- British Lung Foundation. 2021. *Failing on the fundamentals: Insights from those living with chronic obstructive pulmonary disease around the UK*. London: Asthma + Lung UK
- National Institute for Health and Care Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease: how common is it? Disponible desde: <https://cks.nice.org.uk/topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease/background-information/prevalence-incidence/> [Consultado el 09/07/24]
- Lung Foundation Australia. 2022. *Transforming the agenda for COPD: A path towards prevention and lifelong lung health*. Milton: Lung Foundation Australia
- Canadian Institute for Health Information. Hospital stays in Canada, 2022-2023. [Actualizado el 22/02/24]. Disponible desde: <https://www.cihi.ca/en/hospital-stays-in-canada-2022-2023> [Consultado el 09/07/24]
- Salah HM, Minhas AMK, Khan MS, et al. 2021. Causes of hospitalization in the USA between 2005 and 2018. *Eur Heart J Open* 1(1): 10.1093/ehopen/oeab001
- Donaldson GC, Wedzicha JA. 2014. The causes and consequences of seasonal variation in COPD exacerbations. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 9: 1101-10
- Jenkins CR, Celli B, Anderson JA, et al. 2012. Seasonality and determinants of moderate and severe COPD exacerbations in the TORCH study. *Eur Respir J* 39(1): 38
- Ur Rehman A, Hassali MAA, Muhammad SA, et al. 2021. Economic Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in Malaysia: A Longitudinal Study. *Pharmacoecon Open* 5(1): 35-44
- Agarwal D. 2023. COPD generates substantial cost for health systems. *Lancet Glob Health* 11(8): e1138-e39
- Koff PB, Min SJ, Freitag TJ, et al. 2021. Impact of Proactive Integrated Care on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Chron Obstr Pulm Dis* 8(1): 100-16
- Chen S, Kuhn M, Prettnner K, et al. 2023. The global economic burden of chronic obstructive pulmonary disease for 204 countries and territories in 2020-50: a health-augmented macroeconomic modelling study. *Lancet Glob Health* 11(8): e1183-e93
- AstraZeneca. 2022. *Common, preventable, treatable: has COPD been underprioritised?* Cambridge: AstraZeneca
- United Nations. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages: targets and indicators. Disponible desde: https://sdgs.un.org/goals/goal3#targets_and_indicators [Consultado el 09/07/24]
- Bennett JE, Kontis V, Mathers CD, et al. 2020. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet* 396(10255): 918-34
- Stolz D, Mkorombindo T, Schumann DM, et al. 2022. Towards the elimination of chronic obstructive pulmonary disease: a Lancet Commission. *Lancet* 400(10356): 921-72
- European Lung Health Group. Breathe Vision for 2023. Disponible desde: <https://breathevision.eu/about> [Consultado el 09/07/24]
- Bhutani M, Price DB, Winders TA, et al. 2022. Quality Standard Position Statements for Health System Policy Changes in Diagnosis and Management of COPD: A Global Perspective. *Adv Ther* 39(6): 2302-22
- Szalontai K, Gémes N, Furák J, et al. 2021. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Epidemiology, Biomarkers, and Paving the Way to Lung Cancer. *J Clin Med* 10(13): 29
- World Health Organization. Household air pollution. [Actualizado el 09/07/24]. Disponible desde: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health> [Consultado el 05/03/24]
- Gut-Gobert C, Cavallès A, Dixmier A, et al. 2019. Women and COPD: do we need more evidence? *Eur Respir Rev* 28(151): 10.3390/jcm10132889
- Gogou E, Hatzoglou C, Zargiannis SG, et al. 2022. Are younger COPD patients adequately vaccinated for influenza and pneumococcus? *Respir Med*: 10.1016/j.rmed.2022.106988
- Fekete M, Pako J, Nemeth AN, et al. 2020. Prevalence of influenza and pneumococcal vaccination in chronic obstructive pulmonary disease patients in association with the occurrence of acute exacerbations. *J Thorac Dis* 12(8): 4233-42
- Ozlu T, Bulbul Y, Aydin D, et al. 2019. Immunization status in chronic obstructive pulmonary disease: A multicenter study from Turkey. *Ann Thorac Med* 14(1): 75-82
- Savran O, Ulrik C. 2018. Early life insults as determinants of chronic obstructive pulmonary disease in adult life. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 13: 683-93
- Simon S, Joean O, Welte T, et al. 2023. The role of vaccination in COPD: influenza, SARS-CoV-2, pneumococcus, pertussis, RSV and varicella zoster virus. *Eur Respir Rev* 32(169): 230034
- Larsson K, Janson C, Ståhlberg B, et al. 2019. Impact of COPD diagnosis timing on clinical and economic outcomes: the ARCTIC observational cohort study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 14: 995-1008
- Diab N, Gershon AS, Sin DD, et al. 2018. Underdiagnosis and overdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 198(9): 1130-39
- Asthma + Lung UK. 2022. *COPD in the UK. Delayed diagnosis and unequal care*. London: Asthma + Lung UK
- Kostikas K, Price D, Gutzwiller FS, et al. 2020. Clinical Impact and Healthcare Resource Utilization Associated with Early versus Late COPD Diagnosis in Patients from UK CPRD Database. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 15: 1729-38
- Seys D, Bruyneel L, Decramer M, et al. 2017. An International Study of Adherence to Guidelines for Patients Hospitalized with a COPD Exacerbation. *COPD* 14(2): 156-63
- Alqahtani JS, Njoku CM, Bereznicki B, et al. 2020. Risk factors for all-cause hospital readmission following exacerbation of COPD: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir Rev* 29(156): 2000000
- Li J, Ma X, Zeng X, et al. 2023. Risk Factors of Readmission Within 90 Days for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients with Frailty and Construction of an Early Warning Model. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 18: 975-84
- Miravittles M, Bhutani M, Hurst JR, et al. 2023. Implementing an Evidence-Based COPD Hospital Discharge Protocol: A Narrative Review and Expert Recommendations. *Adv Ther* 40(10): 4236-63
- Dalal AA, Shah MB, D'Souza AO, et al. 2012. Observational study of the outcomes and costs of initiating maintenance therapies in patients with moderate exacerbations of COPD. *Respir Res* 13(1): 41
- Milner S, Boruff J, Beaupaire C, et al. 2018. Rate of, and barriers and enablers to, pulmonary rehabilitation referral in COPD: A systematic scoping review. *Respir Med*: 10.1016/j.rmed.2018.02.021
- IPSOS. 2023. IPSOS Global Health Service Monitor 2023: a 31-country global survey. Paris: IPSOS
- Mathioudakis AG, Ananth S, Vestbo J. 2021. Stigma: an unmet public health priority in COPD. *Lancet Respir Med* 9(9): 955-56
- World Health Organization. 2003. *WHO Framework convention on tobacco control*. Geneva: WHO
- Pipe AL, Evans W, Papadakis S. 2022. Smoking cessation: health system challenges and opportunities. *Tob Control* 31(2): 340
- Agarwal S, Mangera Z. 2016. *Smoking cessation policy and practice in NHS hospitals*. London: British Thoracic Society
- World Health Organization. Immunization coverage. [Actualizado el 18/07/23]. Disponible desde: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage> [Consultado el 09/07/24]
- Giacomelli IL, Steidle LJM, Moreira FF, et al. 2014. Hospitalized patients with COPD: analysis of prior treatment. *J Bras Pneumol* 40(3): 229-37
- Ambrosino N, Bertella E. 2018. Lifestyle interventions in prevention and comprehensive management of COPD. *Breathe* (Sheff) 14(3): 186-94
- Hsu HT, Wu CD, Chung MC, et al. 2021. The effects of traffic-related air pollutants on chronic obstructive pulmonary disease in the community-based general population. *Respir Res* 22(1): 217
- Ale B, Ozoh O, Gadanya M, et al. 2022. Estimating the prevalence of COPD in an African country: evidence from southern Nigeria. *J Glob Health Rep*: 10.29392/001c.38200
- Pona HT, Xiaoli D, Ayantobo OO, et al. 2021. Environmental health situation in Nigeria: current status and future needs. *Heliyon* 7(3): e06330
- Shah R, Bhalariao A, Agarwal D, et al. Effect of cleaner cooking fuel (LPG) on cardiopulmonary health in women from rural Maharashtra. [Actualizado el 01/04/24]. Disponible desde: <https://www.ipcrg.org/24071> [Consultado el 09/07/24]
- Fathima M, Bawa Z, Mitchell B, et al. 2021. COPD Management in Community Pharmacy Results in Improved Inhaler Use, Immunization Rate, COPD Action Plan Ownership, COPD Knowledge, and Reductions in Exacerbation Rates. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 16: 519-33
- Alqahtani JS, Aldhahir AM, Siraj RA, et al. 2023. A nationwide survey of public COPD knowledge and awareness in Saudi Arabia: A population-based survey of 15,000 adults. *PLoS One*: 10.1371/journal.pone.0287565
- Wong SSL, Abdullah N, Abdullah A, et al. 2014. Unmet needs of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a qualitative study on patients and doctors. *BMC Fam Pract* 15(1): 67
- Haroon S, Jordan RE, Fitzmaurice DA, et al. 2015. Case finding for COPD in primary care: a qualitative study of the views of health professionals. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 10: 1711-8
- Perret J, Yip SWS, Idrose NS, et al. 2023. Undiagnosed and 'overdiagnosed' COPD using postbronchodilator spirometry in primary healthcare settings: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Respir Res* 10(1): e001478

63. Quan Z, Yan G, Wang Z, et al. 2021. Current status and preventive strategies of chronic obstructive pulmonary disease in China: a literature review. *J Thorac Dis* 13(6): 3865-77
64. Madawala S, Osadnik CR, Warren N, et al. 2023. Healthcare experiences of adults with COPD across community care settings: a meta-ethnography. *ERJ Open Res* 9(1): 00581-2022
65. Al Bshabshe A, Al Shuqayfah N, Alahmari F, et al. 2023. Awareness of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) among the general population in Aseer Region, Kingdom of Saudi Arabia (KSA). *J Family Med Prim Care* 12(6): 1209-13
66. Hurst J. 2024. Entrevista con Aislinn Santoni y Aditi Karnad en The Health Policy Partnership [Videoconferencia]. 03/04/24
67. Desalu O, Onyedum C, Adeoti A, et al. 2013. Guideline-based COPD management in a resource-limited setting – physicians' understanding, adherence and barriers: a cross-sectional survey of internal and family medicine hospital-based physicians in Nigeria. *Prim Care Respir J* 22(1): 79-85
68. Leemans G, Vissers D, Ides K, et al. 2023. Perspectives and Attitudes of General Practitioners Towards Pharmacological and Non-Pharmacological COPD Management in a Belgian Primary Care Setting: A Qualitative Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 18: 2105-15
69. Heffler E, Crimi C, Mancuso S, et al. 2018. Misdiagnosis of asthma and COPD and underuse of spirometry in primary care unselected patients. *Respir Med* 142: 48-52
70. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. *Livret de présentation du dispositif - Mon bilan prévention*. Paris: Ministère de la Santé et de la Prévention
71. Manchester University NHS Foundation Trust. 2022. *Expanding lung cancer screening in Greater Manchester*. Manchester: Manchester University NHS Foundation Trust
72. Thien QVT. 2024. Comunicación personal mediante correo electrónico: 18/05/24
73. Hoi Hen - Di Ung - Mien Dich Lam Sang. Chương trình Tầm soát hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease-COPD) tại bệnh viện Lê Văn Thịnh. [Actualizado el 20/05/24]. Disponible desde: <https://www.hoihendumdldstphcm.org.vn/index.php/hoat-dong/cam-nhan-acocu/842-chuong-trinh-t-m-soat-hen-va-b-nh-ph-i-t-c-ngh-n-m-n-tinh-chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd-t-i-b-nh-vi-n-le-van-thinh> [Consultado el 09/07/24]
74. Corrêa RA, Mancuso EV, Rezende CF, et al. 2023. Increasing patient access to spirometry in the Unified Health System in Brazil: no longer a dream but a near reality. *J Bras Pneumol* 49(6):
75. Fernandes F. 2024. Entrevista con Mariana Rodo y Catherine Whicher en nombre de The Health Policy Partnership [Teleconferencia]. 07/05/24
76. Baratta F, Pignata I, Onorati R, et al. 2023. Monitoring and screening COPD in community pharmacies: experimentation in Italy. *Pharm Pract* 21(3): 1-16
77. Kong CW, Wilkinson TMA. 2020. Predicting and preventing hospital readmission for exacerbations of COPD. *ERJ Open Res* 6(2): 00325-2019
78. Ban A, Ismail A, Harun R, et al. 2012. Impact of clinical pathway on clinical outcomes in the management of COPD exacerbation. *BMC Pulmo Med* 12(1): 27
79. Pierucci P, Santomasini C, Ambrosino N, et al. 2021. Patient's treatment burden related to care coordination in the field of respiratory diseases. *Breathe* 17(1): 210006
80. Chruścińska-Dragan M. Potrzebna strategia dla pulmonologii. "Musimy skoordynować opiekę nad przewlekłymi chorobami". Disponible desde: <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Choroby-Pluc/Potrzebna-strategia-dla-pulmonologii-Musimy-skoordynowac-opieke-nad-przewleklymi-chorobami,251104,1022.html> [Consultado el 09/07/24]
81. Jankowski M, Bochenek B, Wiecek J, et al. 2023. Epidemiological Characteristics of 101,471 Patients Hospitalized with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Poland in 2019: Multimorbidity, Duration of Hospitalization, In-Hospital Mortality. *Adv Respir Med* 91(5): 368-82
82. Hudd TR. 2020. Emerging role of pharmacists in managing patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Health Syst Pharm* 77(19): 1625-30
83. Fletcher MJ, Dahl BH. 2013. Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care? *Prim Care Respir J* 22(2): 230-3
84. Janssens W, Corhay JL, Bogaerts P, et al. 2019. How resources determine pulmonary rehabilitation programs: A survey among Belgian chest physicians. *Chron Respir Dis* 16: 1479972318767732
85. Spruit MA, Pitta F, Garvey C, et al. 2014. Differences in content and organisational aspects of pulmonary rehabilitation programmes. *Eur Respir J* 43(5): 1326-37
86. Shahaj O, Meiwald A, Puri Sudhir K, et al. 2024. Mapping the Common Barriers to Optimal COPD Care in High and Middle-Income Countries: Qualitative Perspectives from Clinicians. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 19: 1207-23
87. Tabysheva A, Sooronbaev T, Akylbekov A, et al. 2022. Medication availability and economic barriers to adherence in asthma and COPD patients in low-resource settings. *NPJ Prim Care Respir Med*: 10.1038/s41533-022-00281-z
88. Stolbrink M, Thomson H, Hadfield RM, et al. 2022. The availability, cost, and affordability of essential medicines for asthma and COPD in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob Health* 10(10): e1323-e42
89. Vasilopoulou M, Papaioannou AI, Kaltsakas G, et al. 2017. Home-based maintenance tele-rehabilitation reduces the risk for acute exacerbations of COPD, hospitalisations and emergency department visits. *Eur Respir J* 49(5): 10.1183/13993003.02129-2016
90. AstraZeneca. Egypt Health Lung Forum 2.0. AstraZeneca (data on file) [Consultado el 09/07/24]
91. Alcázar-Navarrete B, Jamart L, Sánchez-Covisa J, et al. 2022. Clinical Characteristics, Treatment Persistence, and Outcomes Among Patients With COPD Treated With Single- or Multiple-Inhaler Triple Therapy: A Retrospective Analysis in Spain. *CHEST* 162(5): 1017-29
92. Separ. La retirada del visado en la triple terapia de los pacientes con EPOC, una muy buena noticia. [Actualizado el 02/10/23]. Disponible desde: <http://www.separcontenidos.es/separvision/2023/10/02/la-retirada-del-visado-en-la-triple-terapia-de-los-pacientes-con-epoc-una-muy-buena-noticia/> [Consultado el 09/07/24]
93. Licskai C, Hussey A, Rowley V, et al. 2023. Sustained health system benefits of primary care based integrated disease management for COPD: an interrupted time series. *Eur Respir J* 62(suppl 67): OA768
94. López-Campos JL, Tan W, Soriano JB. 2016. Global burden of COPD. *Respirology* 21(1): 14-23
95. Japanese Respiratory Society. 健康日本21 (第三次) 日本呼吸学会プロジェクト「木洩れ囀 COMORE-By2032. Disponible desde: <https://www.jrs.or.jp/kenkou21/old/20230531000000.html> [Consultado el 09/07/24]
96. Jahr-zehnt der Lunge. About the campaign [traducido]. Disponible desde: <https://www.jahrzehntderlunge.de/ueber-die-kampagne> [Consultado el 09/07/24]
97. Jahr-zehnt der Lunge. 2023. *Politischer Kompass -Strukturierte Versorgung*. Berlin: Jahr-zehnt der Lunge

© The Health Policy Partnership, 2024. Todos los derechos reservados.
Fecha de elaboración: octubre 2024.
Z4-69548

Este informe se debe citar como:
Habashi L, Karnad A, Wait S, et al. 2024.
La situación mundial de la EPOC: impulsar el cambio para abordar la crisis de salud pulmonar.
Londres: The Health Policy Partnership

#SpeakUpforCOPD

Speak Up for COPD cuenta con el apoyo de una coalición de colaboradores del sector de organizaciones sin ánimo de lucro y de la industria farmacéutica con el fin de establecer la EPOC como una prioridad de salud pública. La financiación es aportada por colaboradores de la industria farmacéutica. Todos los colaboradores han contribuido a la elaboración de este documento.