



Editorial

La espirometría forzada de calidad en Atención Primaria, impacto en el tratamiento de la EPOC

Quality of Forced Spirometry in Primary Care, Impact on the COPD Treatment

Felip Burgos

Servicio de Neumología, ICT, Hospital Clínic, Barcelona, España

La espirometría forzada (EF) es una prueba esencial en el diagnóstico, monitorización y manejo de las enfermedades respiratorias, así mismo, la reducción de la Capacidad Vital Forzada (FVC) se ha relacionado con mayor mortalidad en cáncer, patologías cardíacas¹ y menor supervivencia en adultos sin sintomatología o enfermedad respiratoria^{2,3}, lo que demuestra que John Hutchinson en 1846, no iba nada desencaminado cuando definió este parámetro como capacidad "Vital".

Las enfermedades respiratorias que cursan con obstrucción de la vía aérea, especialmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma, son enormemente prevalentes. A pesar de su morbimortalidad y el importante consumo de recursos que ésta conlleva, ambas enfermedades están infra diagnosticadas, llegándose en la EPOC a cifras superiores al 70% como recoge un reciente estudio en nuestro país⁴.

El diagnóstico de la EPOC se basa en la detección de obstrucción de la vía aérea y para ello uno de los instrumentos más útiles es implementación de la EF a nivel de la Atención Primaria (AP). Diversos estudios demuestran de la utilidad de la EF en la detección de sujetos de alto riesgo de desarrollar EPOC^{5,6}, sin embargo pocos analizan el impacto de la realización de la EF en el tratamiento de la EPOC⁷, en este número de Archivos de Bronconeumología Monteagudo M et al⁸ analizan el impacto de la realización de la EF en la práctica clínica habitual de la EPOC en Atención Primaria y como ésta influye en su tratamiento. Este estudio transversal y observacional intervienen 21 centros con una participación de 801 pacientes de los cuales solo se dispuso de un 53% de la EF y de ésta solo del FEV₁, lo que imposibilita estratificar de forma correcta a los pacientes en grados de severidad, siendo una limitación como así reconocen los autores del estudio.

Nuevamente se revela la infrautilización de la EF en el diagnóstico y seguimiento de la EPOC, solo a la mitad de los pacientes se les confirmó la EPOC utilizando la espirometría forzada y se evidenció una gran variabilidad en su uso entre los 21 centros que participaron en el estudio. Esta gran diversidad también se estudió en la auditoria que Pellicer et al⁹ realizó en 10 hospitales de la Comu-

nidad de Valencia y en los que figuraban el diagnóstico de EPOC, el 54% de los pacientes con diagnóstico de EPOC no tenían espirometría forzada al alta hospitalaria, así mismo este estudio pone de manifiesto que el diagnóstico de EPOC en el entorno hospitalario no cumple el estándar mínimo de calidad asistencial aceptable y constata que existen amplias diferencias en el manejo diagnóstico de esta enfermedad entre los diversos especialistas y niveles asistenciales.

Monteagudo M et al⁸ asoció el uso de EF a un mayor control de los pacientes, sin embargo no se asoció con un abordaje integral de la enfermedad como recomiendan las guías clínicas. Los pacientes con EF presentaban más registros de exacerbaciones y agudizaciones pero, sin embargo, un menor número de ingresos hospitalarios lo que podría explicarse como apuntan los autores por un mejor seguimiento y registro de este grupo de pacientes. La mayoría de los pacientes fueron controlados por su médico de Atención Primaria y un 35% realizaron controles con profesionales de enfermería. Se constató que el ser visitado por un neumólogo y/o enfermera se asociaba positivamente con tener EF de seguimiento.

Otro aspecto a destacar es que el 38% de los pacientes fumadores no habían recibido ningún consejo antitabaco y que estos realizaban menos espirometrías de seguimiento, aun mayor es el bajo porcentaje de pacientes que recibían consejos de "vida saludable" como dieta, ejercicio, etc. Cuando los autores evaluaron el tratamiento, constataron una mayor utilización de los β -2-adrenérgicos de corta duración en los pacientes sin espirometría (60 vs 52%) y un (70 vs 63%) en el uso de los glucocorticoides. Los autores no pudieron analizar la calidad de la EF, y hay que destacar que en muchos casos solo se registra el FEV₁, además cada espirómetro utilizó sus propios valores de referencia y no aportan datos de si se efectuaba algún tipo de control de calidad de la EF, todo ello pone en evidencia que dista mucho, como destacan los autores, de cumplir los estándares de calidad asistencial de la EPOC¹⁰.

A pesar de las que las guías clínicas nacionales¹¹ e internacionales¹² recomiendan la utilización de la espirometría forzada como diagnóstico de EPOC, ésta no sólo está infrautilizada en todos los ámbitos sanitarios, sino que muchas veces no se recoge adecuadamente como demuestra el estudio de Monteagudo M et al⁸ en las que no se pudieron recolectar los valores mínimos de la espirometría forzada (FVC, FEV₁ y cociente FEV₁/FVC)

Correo electrónico: fburgos@clinic.ub.es

ni tampoco datos correspondientes a la broncodilatadora, desconociéndose muchas veces los valores de referencia utilizados y recogiéndose solo valores porcentuales del FEV₁.

El reto sanitario es el diagnóstico precoz de las enfermedades respiratorias y en especial las más prevalentes como la EPOC y el asma, la diseminación de la espirometría de calidad es un objetivo alcanzable en un futuro no muy lejano, pero se han de implementar controles de calidad que nos permitan hacer de la EF una exploración fiable a la que se pueda acceder tanto a sus datos numéricos como gráficos y que hagan compatibles la calidad y el uso extensivo de esta en todos los ámbitos sanitarios.

El impacto creciente de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en medicina, son una realidad y no cabe duda que la espirometría no será ajena a estos cambios tecnológicos¹³, es preciso que la espirometría esté en la historia clínica como se merece, por historia y utilidad clínica, solo integrando la función pulmonar en los registros informáticos podremos garantizar un adecuado control de calidad y una expansión de la espirometría como instrumento básico de evaluación de la salud.

Bibliografía

- Mannino DM, Buist SA, Petty TL, Enright PL, Redd CS. Lung function and mortality in the United States: data from the First National Health and Nutritional Examination Survey follow-up study. *Thorax*. 2003;58:388–93.
- Burney PGJ, Hooper R. Forced vital capacity, airway obstruction and survival in a general population sample from the USA. *Thorax*. 2011;66:49–54.
- Lee HM, Le H, Lee BT, López VA, Wong ND. Forced vital capacity paired with Framingham Risk Score for prediction of all-cause mortality. *Eur Respir J*. 2010;36:1002–6.
- Soriano JB, Ancochea J, Miravittles M, García-Río F, Durán-Tauleria E, Muñoz L, et al. Recent trends in COPD prevalence in Spain: a repeated cross-sectional survey 1997–2007. *Eur Respir J*. 2010;36:758–65.
- Naberan K, de la Roza C, Lamban M, Gobartt E, Martín A, Miravittles M. Use of spirometry in the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease in primary care. *Arch Bronconeumol*. 2006;42:638–44.
- Castillo D, Guayta R, Giner J, Burgos F, Capdevila C, Soriano JB, et al. FARMAE-PPOC group. COPD case finding by spirometry in high-risk customers of urban community pharmacies: a pilot study. *Respir Med*. 2009;103:839–45.
- Dales RE, Vandemheen KL, Clinch J, Aaron SD. Spirometry in the primary care setting: influence on clinical diagnosis and management of airflow obstruction. *Chest*. 2005;128:2443–7.
- Monteagudo M, et al. Variabilidad en la realización de la espirometría y sus consecuencias en el tratamiento de la EPOC en Atención Primaria. *Arch Bronconeumol*. 2011;47:226–33.
- Pellicer C, Soler-Cataluña JJ, Andreu A, Bueso J. Calidad del diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el ámbito hospitalario. *Arch Bronconeumol*. 2010;46:64–9.
- Soler-Cataluña JJ, Calle M, Cosío BG, Marín JM, Monsó E, Alfageme I, Comité de Calidad Asistencial de la SEPAR; Area de Trabajo EPOC de la SEPAR. Estándares de calidad asistencial en la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:196–203.
- Peces-Barba G, Barberà JA, Agustí AGN, Casanova C, et al. Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Disponible en: <http://www.separ.es/publicaciones/normativas.html>. *Arch Bronconeumol*. 2008;44:271–8.
- Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS, GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163:1256–76.
- Telemetric developments in respiratory monitoring. J. Roca, B. Vallespín, F. Burgos. *The Buyers' Guide to Respiratory Care Products*, 2008.