



¿Espirometría en atención primaria?

Sr. Director: En un estudio recientemente publicado en su Revista, Miravittles et al¹ pretendían analizar la utilidad de la realización de espirometrías en los centros de atención primaria para la detección precoz de la EPOC. Ésta es una cuestión de gran actualidad que en los Estados Unidos (donde la situación asistencial es muy distinta a la nuestra) ha dado lugar a una recomendación oficial para dotar a estos centros de espirómetros². Miravittles et al¹ también concluyen que sería útil dotar a estos centros de espirómetros para detectar la EPOC; sin embargo, creo necesario reconsiderar esta conclusión a partir de sus propios datos. No es el objetivo de esta carta criticar los aspectos metodológicos del estudio, aunque es llamativo que, por ejemplo, no se hagan controles de calidad de las espirometrías, que de forma sistemática se excluyera a los pacientes con espirometría en primaria “sin obstrucción”, o que de 3.209 espirometrías realizadas sólo 114 se compararan con las obtenidas por el neumólogo.

Se ha constatado que, incluso con un entrenamiento básico, los médicos de primaria no consiguen realizar espirometrías con los requerimientos mínimos de aceptabilidad y reproducibilidad³. En el estudio de Miravittles et al¹, estos médicos sólo recibieron algunas instrucciones por escrito y se produjeron diferencias notables en los valores de FVC y menores en el FEV₁ con los obtenidos por los neumólogos (el análisis estadístico sólo estudia las correlaciones). Estos autores argumentan que el FEV₁ sería válido con fines de cribado de EPOC. A este respecto es interesante recordar las reflexiones de Hankinson⁴ en un editorial sobre esta cuestión: aceptar la utilidad del FEV₁ significa asumir que quienes no son capaces de acabar correctamente las maniobras sí lo son de conseguir una inspiración forzada óptima previa a la espiración. Y esto es más que dudoso.

Miravittles et al¹ consideran satisfactorio un cribado que diagnostica la EPOC equivocadamente a más de un tercio de los pacientes y en el que no se evalúa los casos considerados “sin obstrucción”. Teniendo en cuenta que el máximo error se produce en la FVC es razonable pensar que muchos pacientes con EPOC se considerarían “sanos” en atención primaria, produciendo este error una falsa tranquilidad a muchos fumadores.

¿Deben realizarse programas de cribado de EPOC con espirometría en atención primaria? Hankinson⁴ concluye que hay que reconsiderarlo por el potencial impacto de las espirometrías de poca calidad. En nuestra opinión, quizá sería razonable que estos programas dependieran de los neumólogos y de los laboratorios de función pulmonar de cada área, aunque sus técnicos bien adiestrados tuvieran que desplazarse a los centros de atención primaria. A lo mejor no sería una mala

idea dotar de los medios a quienes pueden utilizarlos de forma óptima, y facilitar a los médicos de atención primaria la posibilidad de solicitar pruebas simples de función pulmonar y recibir su resultado informado con la garantía de estar bien realizadas.

E. García Pachón y M.D. Ibáñez Cuerda
Servicio de Medicina Interna (Neumología).
Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante.

1. Miravittles M, Fernández I, Guerrero T, Murio C. Desarrollo y resultados de un programa de cribado de la EPOC en atención primaria. El proyecto PADO. Arch Bronconeumol 2000; 36: 500-505.
2. Ferguson GT, Enright PL, Buist AS, Higgins MW. Office spirometry for lung health assessment in adults: a consensus statement from the National Lung Health Education Program. Chest 2000; 117: 1146-1161.
3. Eaton T, Withy S, Garrett JE, Mercer J, Whitlock RM, Rea HH. Spirometry in primary care practice: the importance of quality assurance and the impact of spirometry workshops. Chest 1999; 116: 416-423.
4. Hankinson JL. Office spirometry. Does poor quality render it impractical? [Editorial] Chest 1999; 116: 276-277.



Réplica

Sr. Director: Hemos leído con interés los comentarios de García e Ibáñez sobre nuestro trabajo de cribado de la EPOC en atención primaria. Debemos constatar agradablemente que compartimos por completo las conclusiones contenidas en el último párrafo de su carta. No obstante, desearíamos hacer algunas puntualizaciones al resto de sus comentarios.

El punto más importante es que los autores nos atribuyen una conclusión que no es nuestra. En ningún lugar del manuscrito se recoge que concluyamos que “sería útil dotar a estos centros (de atención primaria) de espirómetros para detectar la EPOC”, ya que no es ésta nuestra opinión. Nuestras conclusiones indican textualmente que “el cribado de la EPOC en atención primaria es posible...”, pero en ningún lugar indicamos que la espirometría debería hacerse en atención primaria¹. De hecho, en nuestro estudio la espirometría diagnóstica la realizaba un neumólogo de referencia. El médico de atención primaria realizaba una espirometría con un aparato portátil para seleccionar (cribar) los posibles casos que requerían confirmación diagnóstica mediante una espirometría realizada según las normativas vigentes², siempre por parte de un neumólogo. La confusión nace por la identificación entre cribado y diagnóstico. En nuestro caso, el cribado lo realizaba el médico de atención primaria y el diagnóstico el neumólogo, y creemos que es un reparto de tareas absolutamente lógico en el sistema sanitario español actual. Por este motivo, sólo se impartieron a los médicos de atención primaria instrucciones por escrito y no se realizó control de calidad de la espirometría, ya que no

se pretendía que realizaran el diagnóstico, sino solamente seleccionar los casos “sospechosos” de EPOC, que serían posteriormente confirmados o no por un neumólogo.

Tal como se recoge en el texto, la decisión de no revisar (que significa excluir del estudio) a los individuos con espirometría “sin obstrucción” se debe a que no era posible enviar a todos los individuos participantes a realizarse una espirometría por el neumólogo, ya que colapsaríamos las unidades de función pulmonar de los centros de referencia. Además, en ese caso el cribado perdería su razón de ser, que es precisamente seleccionar (cribar) los individuos con mayor riesgo de estar afectados. Por estos motivos, preferimos no confirmar los casos que no demostraron obstrucción en el cribado. Es muy difícil pensar que una persona que en el cribado sea capaz de realizar una espiración forzada con valores normales de FEV₁ pueda tener una EPOC significativa si la espirometría la realiza el neumólogo. Por este motivo, de las 3.029 espirometrías de cribado realizadas, sólo 723 se enviaron al neumólogo y 278 (38,4%) se compararon con el resultado del neumólogo (no 114 como indican García e Ibáñez). El motivo de que sólo un 38,4% se pudieran confrontar ya se recoge en el texto original y tiene dos aspectos: el escaso interés del recién detectado “paciente” y la difícil coordinación entre primaria y neumología en algunas áreas.

Tras la lectura de los comentarios expuestos seguimos considerando satisfactorio el cribado realizado, ya que detectó un 22% de individuos con obstrucción no diagnosticada previamente, resultado muy similar al Lung Health Study³, de los que un 65,2% se confirmaron como casos reales de EPOC o asma. El encontrar errores en la FVC no debe haber alterado nuestros resultados, ya que el criterio de cribado no era el cociente FEV₁/FVC, sino el FEV₁ en porcentaje sobre el teórico, valor al que no afectan los errores en la terminación de la maniobra espirométrica. Por tanto, creemos que los dos aspectos mencionados, la no revisión de los casos “sin obstrucción” y los errores en la medición del FVC, no invalidan en modo alguno los resultados del estudio.

Queremos insistir en que compartimos absolutamente las conclusiones recogidas en el último párrafo de la carta de García e Ibáñez y que creemos que debemos hacer lo posible para poner la espirometría al alcance de las personas fumadoras y/o con síntomas respiratorios, pero esto no pasa necesariamente por dotar a los centros de primaria de espirómetros. La mejor solución sería disponer de suficientes unidades de función pulmonar que cumplan los requisitos establecidos y supervisadas por expertos en función pulmonar (neumólogos) que fueran de fácil acceso para atender la demanda generada por nuestros compañeros de atención primaria.

A pesar de que el FEV₁ es un excelente marcador de salud general, nos queda aún un largo camino para llegar a concienciar a la población general de que, al igual que se preocupan en conocer su peso, su presión arterial y su colesterol, el conocimiento de su FEV₁ les aportaría una valiosísima información sobre su estado de salud⁴. Además, consideramos que en la situación actual, en la que un 78% de los pacientes con EPOC en

España no están diagnosticados⁵, los proyectos como el desarrollado son importantes no sólo para detectar nuevos casos, sino también para concienciar a los médicos de atención primaria de la importancia de la EPOC y de la necesaria coordinación con los neumólogos para conseguir la mejor atención posible a los pacientes.

M. Miravittles y C. Murio*

Servicio de Neumología. Hospital

Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

*Sección de Neumología. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallés. Barcelona.

1. Miravittles M, Fernández I, Guerrero T, Murio C. Desarrollo y resultados de un programa de cribado de la EPOC en atención primaria. El proyecto PADO. Arch Bronconeumol 2000; 36: 500-505.
2. Sanchis J, y Grupo de Trabajo de la SEPAR para la práctica de la espirometría en clínica. Arch Bronconeumol 1989; 25: 132-142.
3. Owens GR, for the principal investigators of the Lung Health Study. Public screening for lung disease: experience with the NIH Lung Health Study. Am J Med 1991; 91 (Supl 4A): 37-40.
4. Schünemann HJ, Dorn J, Grant BJB, Winkelstein W Jr, Trevisan M. Pulmonary function is a long-term predictor of mortality in the general population. 29-year follow-up of the Buffalo Health Study. Chest 2000; 118: 656-664.
5. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF et al. Geographical variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest 2000; 118: 981-989.

mación crónica granulomatosa caseificante bacilo ácido-alcohol resistente negativa, asociado a ADA elevado y un Mantoux de 20 mm. Inicia tratamiento tuberculostático con pauta corta de 6 meses, por lo que remiten la fiebre, la tos y el dolor torácico, pero al tercer mes la enferma presenta en un control radiológico rutinario la remisión completa del derrame pleural derecho, con aparición de un nuevo derrame en el hemitórax izquierdo hasta el hilio, asociado a febrícula vespertina sin constancia de abandono del tratamiento. Este segundo derrame pleural de aspecto ambarino fue un exudado linfocitario, con cultivo, baciloscopia, citología y biopsia pleural negativas. Ante la aparición de disnea a esfuerzos moderados se procedió a realizar una toracocentesis evacuadora de 1.600 cm³, tras la cual remitieron la disnea y la febrícula en los días sucesivos, a pesar de no haberse evacuado por completo el derrame del hemitórax izquierdo. En ese momento se procedió a sustituir en el cuarto mes de tratamiento la isoniacida por etambutol, ante la sospecha clínica de serositis inducida por este fármaco, autolimitándose radiológicamente el derrame hasta remitir. Con objeto de descartar procesos de contigüidad infradiafragmáticos y/o mediastínicos se procedió al estudio con TC torácica ante la ausencia de los criterios biológicos de lupus inducido por fármacos (ANA negativos), a pesar de la evolución clínica y radiológica favorable, comprobándose la existencia de un absceso paravertebral en D9-D10, con imágenes compatibles en el estudio posterior de RM dorsolumbar de espondilodiscitis con afectación de D9-D10 y D11-D12 sin compromiso del canal medular compatible con etiología tuberculosa (fig. 1). Tras estos hallazgos la paciente continuó la pauta terapéutica inicial con reintroducción de la isoniacida hasta completar 9 meses de terapia, continuando la remisión completa de ambos derrames pleurales y presentando signos radiológicos de curación en la RM de control practicada a los 3 meses de la finalización del tratamiento. En dos revisiones anuales al término de la terapia específica, la paciente se mantiene asintomática con signos radiológicos de curación pleural y ósea.

Hemos revisado la bibliografía en MEDLINE (1965-1999) y encontrado sólo un caso descrito de derrame pleural asociado a espondilodiscitis de origen tuberculoso con afectación bilateral pero simultánea¹; asimismo, se ha comunicado la presentación de derrame

pleural bilateral con osteomielitis vertebral de etiología piógena². Destacando la ya de por sí infrecuente asociación simultánea de derrame pleural y espondilodiscitis tuberculosa, las características peculiares de nuestro caso radican en la inusual forma de presentación como derrame pleural con síndrome pleurítico inicial sin síntomas sugerentes de afección osteoarticular; y la extraña evolución radiológica del mismo como derrame "a báuscula" en el curso del tratamiento específico. En el 25% de los pacientes que toman isoniacida se pueden detectar ANA positivos en el curso del tratamiento pero menos del 1% desarrolla un síndrome de lupus inducido por fármacos³; por ello, inicialmente valoramos la serositis inducida por isoniacida ante hallazgos clínicos compatibles, si bien esta posibilidad no pudo confirmarse por la ausencia de criterios biológicos de evidencia de lupus farmacológico con afectación pleuropulmonar⁴. El mecanismo de la infección intervertebral por micobacterias tuberculosas suele estar causado por diseminación hematogena o linfática de un foco tuberculoso a distancia o por vecindad; nosotros creemos que la espondilodiscitis fue la lesión extrapulmonar primaria, al confirmarse en una revisión exhaustiva de la radiología inicial signos evolucionados de ésta compatibles con etiología tuberculosa en los espacios intervertebrales descritos. De este modo, la afectación ósea pudo actuar como foco de propagación hacia las cavidades pleurales, quizás por un mecanismo de contigüidad tisular, justificando así la afectación pleural alternante. La negativa de la paciente a someterse a un estudio histológico y microbiológico sobre la lesión ósea obligó a sustentar nuestro diagnóstico sobre los estudios de imagen compatibles con el mal de Pott, la histología de granulomas caseificantes del tejido pleural de hemitórax derecho y el favorable curso clínico bajo tratamiento específico, sin encontrar datos de espondilodiscitis secundarias a otras etiologías microbianas⁵. Actualmente, el tratamiento de la afectación osteoarticular dorsolumbar tu-



Derrame pleural de presentación alternante y espondilodiscitis tuberculosa

Sr. Director: La tuberculosis extrapulmonar supone un 30% de todas las formas de presentación clínica en pacientes inmunocompetentes. La afectación pleural es la más frecuente de todas ellas, pero la asociación de derrame pleural tuberculoso con espondilodiscitis del mismo origen es infrecuente. Nosotros presentamos aquí una paciente con espondilodiscitis tuberculosa y derrame pleural unilateral inicial de favorable evolución clínica, con aparición en el curso del tratamiento específico de un segundo derrame pleural en el hemitórax contralateral tras la resolución radiológica del primero:

Mujer de 68 años, ingresada por cuadro de dos semanas de evolución consistente en fiebre con escalofríos de hasta 39 °C, sudación profusa, astenia, tos seca y dolor pleurítico en el costado derecho, asociado a infiltrado radiológico basal derecho con derrame pleural. El estudio del mismo demostró un exudado linfocitario, con citología neoplásica negativa y estudio histopatológico compatible con infla-

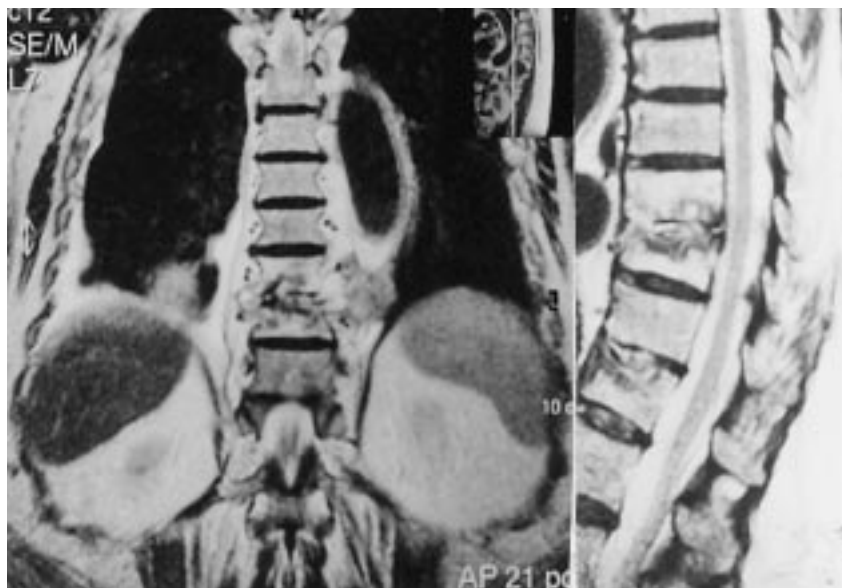


Fig. 1. RM dorsolumbar de espondilodiscitis con afectación de D9-D10 y D11-D12.