

Calidad en la espirometría, ¿en qué nos basamos para definirla?



Quality Spirometry: What Do We Base Our Definition On?

Sr. Director:

He leído con interés el artículo de C. Represas-Represas et al.¹ en el que analizan la efectividad a corto (1 y 2 meses) y largo plazo (1 año) de un programa de formación tutelado sobre la realización e interpretación de la espirometría, en el que obtienen resultados muy buenos. Estoy totalmente de acuerdo con los autores cuando organizan conjuntamente las sesiones de formación con los técnicos, que realizarán las espirometrías, y con los médicos, que deberán informarlas. Esto es importante, ya que los conocimientos de la técnica y sus requerimientos son básicos para no informar solo números, de la misma forma que para los técnicos es imprescindible entender lo que están realizando. Pero me sorprende, por un lado, que al analizar los resultados utilicen la realización e interpretación de la espirometría como un único parámetro, cuando son 2 aspectos que, si bien tienen relación, deberían ser evaluados por separado, ya que cada uno de ellos tiene sus connotaciones específicas. Por otro lado, falta en el artículo la definición de espirometría correcta. Los autores hacen referencia a las recomendaciones de la ERS/ATS/2005² cuando describen la fase de formación; estas recomendaciones indican que para obtener una espirometría de calidad es necesario conseguir un mínimo de 3 maniobras aceptables (sin errores) y con diferencias entre los 2 mejores FVC y FEV₁ inferiores a 150 ml. Una limitación importante del estudio, tal como indican los autores, es que «no se analizó la reproducibilidad en las espirometrías», ya que solamente analizan una única maniobra y lo hacen solo de forma gráfica; en tal caso, pues, no es posible hablar de calidad de la espirometría, ni desde el punto de vista de reproducibilidad (son necesarias 3 maniobras) ni desde el punto de vista de obtener un mínimo de 3 maniobras aceptables, tal como las recomendaciones vigentes² nos indican. Revisando la literatura, entre otros autores^{3,4} que estudian el grado de cumplimiento de las recomendaciones en la realización de la espirometría, utilizan, al hablar de calidad, una gradación de la A a la F, admitiendo solo las de grado A y B como espirometrías de calidad (mínimo de

3 maniobras aceptables, sin errores, y una diferencia máxima en las 2 mejores FVC y FEV₁ de hasta 200 ml), y obtienen unos índices de calidad de entre el 71 y el 90% de las espirometrías evaluadas. Recientemente Borg et al.⁵ han publicado un estudio realizado durante 5 años en el que obtienen unos índices de calidad de entre el 61 y el 92%. En todos los casos mencionados los índices por ellos obtenidos están en los rangos que los autores obtienen. Por ello cabe preguntarse: ¿se siguieron, para evaluar las espirometrías, los criterios que utilizaron en la formación?² Si es así, no cabe más que felicitarlos; si no los siguieron, deberían indicar claramente qué entienden por espirometría de calidad, ya que es el elemento básico sobre el que sus resultados se sustentan, y dependiendo de ello pueden ser excelentes o llevar a error a los lectores. Es evidente que todos los esfuerzos por formar al personal que trabaja con la espirometría son loables, pero al evaluarlos es imprescindible seguir unos criterios claros y acordes con las recomendaciones existentes.

Bibliografía

1. Represas-Represas C, Botana-Rial M, Leiro-Fernández V, González-Silva AI, García-Martínez A, Fernández-Villar A. Efectividad a corto y largo plazo de un programa tutelado de formación en espirometrías para profesionales de atención primaria. Arch Bronconeumol. 2013;49:378-82.
2. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, et al. Standardisation of spirometry. Eur Respir J. 2005;26:319-38.
3. Perez-Padilla R, Vazquez-García JC, Marquez MN, Menezes AM, PLATINO Group. Spirometry quality-control strategies in a multinational study of the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease. Respir Care. 2008;53:1019-26.
4. Enright PL, Skloot GS, Cox-Ganser JM, Udasin IG, Herbert R. Quality of spirometry performed by 13,599 participants in the World Trade Center Worker and Volunteer Medical Screening Program. Respir Care. 2010;55:303-9.
5. Borg BM, Hartley MF, Bailey MJ, Thompson BR. Adherence to acceptability and repeatability criteria for spirometry in complex lung function laboratories. Respir Care. 2012;57:2032-8.

Jordi Giner Donaire

Servei de Pneumologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Correo electrónico: jginer@santpau.cat

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.08.005>

Triple terapia en fibrosis pulmonar idiopática



Triple Therapy in Idiopathic Pulmonary Fibrosis

Sr. Director:

Hemos leído con especial atención la nueva «Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI)»¹. Sin duda, como en la previa normativa del 2003 (uno de los artículos más leídos de la revista), Xaubet et al. suman con enorme brillantez los aspectos más relevantes de esta patología.

Entre ambas normativas, una de las principales novedades radica en el aspecto terapéutico. En estos 10 años ha habido una transición en el tratamiento de los pacientes con FPI (del tratamiento inmunomodulador a los nuevos fármacos antifibróticos) que queda claramente reflejado en el documento. No obstante, una situación clínica queda sin respuesta: ¿cómo manejar a los pacientes ya diagnosticados de FPI que se mantienen estables bajo el tratamiento con triple terapia (N-acetilcisteína, prednisona a dosis bajas y azatioprina)? Seguro que, como nosotros, muchos clínicos se

habrán hecho esta pregunta al leer la normativa. Y en ella queremos centrar el debate.

Aunque todos recibimos con alarma los resultados provisionales del estudio PANTHER, como Wells et al. recientemente apuntaron, esto no significa el adiós definitivo del tratamiento inmunomodulador en la FPI^{2,3}. Hemos de recordar que los datos del estudio IFIGENIA demostraron una reducción en la progresión de la enfermedad en los pacientes tratados con «triple terapia»⁴. Además los efectos adversos del estudio PANTHER se han relacionado con el uso de altas dosis de esteroides. Es por ello que numerosos expertos consideran razonable mantener el tratamiento con triple terapia (con dosis bajas de esteroides) en aquellos pacientes que con ese régimen han permanecido estables⁵.

Por lo tanto, cada caso se podría evaluar siguiendo 3 simples pasos:

1. Diagnóstico de FPI: este es otro gran avance de la normativa. Cada vez los criterios diagnósticos están mejor establecidos. Y sabemos que los pacientes con un diagnóstico incorrecto de

FPI suelen tener mejor respuesta al tratamiento inmunosupresor (especialmente en el caso de la neumonía intersticial no específica). Por ello, el primer paso consiste en revisar la historia clínica para certificar que nuestro paciente cumple con los estándares diagnósticos de la nueva normativa.

2. Estabilidad clínica: en numerosas ocasiones los pacientes se mantienen con un tratamiento de forma indefinida pese a presentar una nula respuesta. Por ello, el siguiente paso sería revisar los valores clínicos, radiológicos y funcionales para constatar que el paciente no presenta un deterioro significativo.
3. Tolerancia y complicaciones derivadas del tratamiento inmunosupresor: el paso final consistiría en reflejar los síntomas producidos por el tratamiento, hasta qué punto producen efectos secundarios y, sobre todo, qué efecto ha tenido el régimen inmunosupresor en el paciente (infecciones repetidas o severas, leucopenia, cáncer...).

Estos 3 sencillos pasos nos pueden servir para hacer un balance correcto de la situación del paciente y la efectividad del tratamiento. Pero en esta ecuación indudablemente falta sumar el factor más importante: la opinión del paciente. Discutir las nuevas opciones terapéuticas, con los beneficios y riesgos respecto a las previas, es un paso obligado, puesto que, como en la vida, la mayoría de las decisiones adecuadas son siempre cosa de dos.

Bibliografía

1. Xaubet A, Ancochea J, Bollo E, Fernández-Fabrellas E, Franquet T, Molina-Molina M, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática. Arch Bronconeumol. 2013;49:343-53.
2. Raghu G, Anstrom KJ, King Jr TE, Lasky JA, Martinez FJ. Idiopathic pulmonary fibrosis clinical research network. Prednisone, azathioprine, and N-acetylcysteine for pulmonary fibrosis. N Engl J Med. 2012;366:1968-77.
3. Wells AU, Kelleher WP. Idiopathic pulmonary fibrosis pathogenesis and novel approaches to immunomodulation: We must not be tyrannized by the PANTHER data. Am J Respir Crit Care Med. 2013;187:677-9.
4. Demedts M, Behr J, Buhl R, Costabel U, Dekhuijzen R, Jansen HM, et al., IFIGENIA Study Group. High-dose acetylcysteine in idiopathic pulmonary fibrosis. N Engl J Med. 2005;353:2229-42.
5. Wells AU, Behr J, Costabel U, Cottin V, Poletti V. Triple therapy in idiopathic pulmonary fibrosis: an alarming press release. Eur Respir J. 2012;39:805-6.

Diego Castillo Villegas^{a,b,*} y Silvia Barril Farré^b

^a Royal Brompton Hospital, Londres, Reino Unido

^b Servicio de Neumología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: d.castillo@rbht.nhs.uk (D. Castillo Villegas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.08.004>