

CARTAS AL DIRECTOR

GOLD: algunas consideraciones para su aplicación en nuestra atención primaria

Sr. Director: Hemos leído con gran interés la magnífica revisión de la guía GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) firmada por Llauger y Naberan que recientemente ha publicado su Revista¹. Es meritorio el esfuerzo de síntesis realizado por los autores a la hora de resaltar los aspectos más relevantes de un documento que describe el consenso internacional sobre la definición, clasificación, manejo y prevención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y que en su formato reducido consta de más de 20 páginas². Sin embargo, el lector interesado por esta enfermedad quizá puede apreciar la falta de algún comentario que aproxime la guía al entorno en el que habitualmente se desarrolla nuestra asistencia.

Como exponen Llauger y Naberan, el estudio IBERPOC demostró que la EPOC es una situación clínica frecuente en España y que presenta una gran variabilidad geográfica en cuanto a su diagnóstico y tratamiento³. A tenor de estos datos y de que gran parte de sus repercusiones sociosanitarias recaen sobre la atención primaria, es evidente que el médico de familia debe ser no sólo «sensible» a una enfermedad tan prevalente, sino también «específico» en cuanto a su manejo. Por ello, coincidimos con los autores en que iniciativas autóctonas como las de la SEPAR/semFYC pueden ayudar a conseguirlo⁴.

La guía internacional aborda la EPOC desde una perspectiva más globalizadora. La definición recoge conceptos clásicos, como la limitación progresiva y parcialmente reversible del flujo aéreo, pero omite la respuesta inflamatoria al humo del tabaco como principal factor de riesgo. En nuestro entorno, no cabe la menor duda, el enunciado debe incluir el tabaquismo con la relevancia que le corresponde. Así, en presencia del antecedente y una sintomatología sugestiva (tos crónica), la espirometría sería obligatoria con el fin de detectar la enfermedad de manera temprana. En este mismo sentido, la propuesta GOLD introduce un grupo de riesgo (estadio 0) constituido por los sujetos que, sin tener la enfermedad, presentan una mayor probabilidad de desarrollarla. Sin embargo, el criterio empleado

no consigue identificar con exactitud a los individuos más expuestos, de forma que el antecedente de hábito tabáquico seguiría siendo el mejor predictor de EPOC futura⁵. Además, para la descripción de los otros estadios incorpora características clínicas, no siempre paralelas a las espirométricas. Aun admitiendo que la nueva clasificación es válida desde un punto de vista epidemiológico y organizativo, en la práctica seguramente es más útil la que en su día formuló la British Thoracic Society⁶. Según la guía británica, el diagnóstico y la gravedad sólo se basan en el porcentaje respecto al valor referencia del FEV₁ (volumen espiratorio forzado medido en el primer segundo) obtenido a partir de una espirometría forzada, técnica que obligatoriamente debe estar a disposición del profesional de atención primaria. No son ya válidos anacrónicos argumentos de capacitación en la realización e interpretación de la prueba.

Respecto a los objetivos del tratamiento, se incorporan pocos cambios a los clásicamente descritos⁶. La introducción de fármacos deberá ser secuencial y acorde con la gravedad de la enfermedad. Los broncodilatadores cobran un papel relevante, ya sea en monoterapia o en combinación, pero la elección del tratamiento farmacológico dependerá de la disponibilidad y la respuesta clínica. Teniendo en cuenta los principios y presentaciones disponibles en nuestro entorno, quizá debamos priorizar los inhaladores que, siendo igualmente efectivos, faciliten la técnica, mejoren el cumplimiento y ofrezcan mayor comodidad al paciente⁴. En cambio, las directrices para el empleo de corticoides son precisas y se limitan a los pacientes con más síntomas y un mayor deterioro (FEV₁ < 50%) pese a recibir dosis máximas de varios broncodilatadores, evitando el empleo prolongado de las formas sistémicas. Respecto a otras opciones terapéuticas, como los mucolíticos, las sustancias antioxidantes, los inmunorreguladores o los antibióticos de forma profiláctica, aún no se dispone de evidencias que aconsejen un uso generalizado. Como contrapartida, los programas de entrenamiento y rehabilitación, alternativas mucho menos populares, pueden aportar significativas mejoras en cualquier estadio de la enfermedad.

Por último, en el terreno de las actividades preventivas, la vacunación antigripal se recomienda de forma sistemática; no así la

antineumocócica que, según la guía, adolece de resultados concluyentes, a pesar de lo cual se sigue indicando sistemáticamente en nuestro país.

F. Martín Luján^a y J. Basora Gallisà^b

^aCAP Sant Pere. Reus (Tarragona). España.

^bGREMPOC (Grupo para el Estudio de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Tarragona). Vocalía de Tarragona. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Tarragona. España.

1. Llauger Rosselló MA, Naberan Toña K. GOLD: estrategia mundial para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Aten Primaria* 2003;32:306-10.
2. Pauwels R, Buist A, Calverley P, Jenkins C, Hurd S. 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.
3. Sobradillo-Peña V, Miratvilles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC Multicentre Epidemiological Study. *Chest* 2000;118:981-9.
4. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Molina J, Naberan K, Simonet P, Masa JF, et al. Grupo de Trabajo de la SEPAR y de la semFYC. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Aten Primaria* 2001;28:491-500.
5. Vestbo J, Lange P. Can GOLD stage 0 provide information of prognostic value in chronic obstructive pulmonary disease? *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:329-32.
6. British Thoracic Society. Guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1997;52:S1-28.

¿Alguien ha revisado los datos?

Sr. Director: Hemos leído con interés el trabajo de Buñuel et al sobre la utilidad de

Palabras clave: Neumonía. Pediatría. Taquipnea. Errores. Datos.

TABLA 1. Cálculo del número mínimo de niños afectados simultáneamente de tos y fiebre, en función del resto de los datos

A	B	C	D	E	F	G	H	I
Grupo de edad	Número de niños	Casos con tos	Casos con fiebre	Casos sin tos	Casos sin fiebre	Máximo de casos sin tos o fiebre	Mínimo de casos con tos y fiebre	Casos con tos y fiebre referidos por los autores
Menores de 6 años	270	208	230	62	40	102	168	28
Mayores de 6 años	80	67	60	13	20	33	47	29

Los datos de las columnas A, B, C y D son los aportados por los autores en la tabla 1 de su artículo.

Los datos de la columnas E y F se deducen de los anteriores: $E = B - C$; $F = B - D$.

Los datos de la columna G se calculan considerando el supuesto extremo de que ningún niño sin tos tiene fiebre, y viceversa ($E + F$). Resulta evidente que si hubiera niños simultáneamente sin tos ni fiebre, el número de los casos con tos y fiebre aumentaría.

Los datos de la columna H se calculan de restar el supuesto extremo de la columna G del total de casos ($B - G$). La discordancia de este valor extremo mínimo con los datos referidos por los autores (I) es evidente.

la exploración física para el diagnóstico de la neumonía en pediatría¹, intrigados inicialmente por la ausencia de la determinación de la frecuencia respiratoria entre los signos clínicos estudiados por los autores con ese fin. La lectura del trabajo nos ha permitido entender que el diseño retrospectivo impidió la inclusión de ese dato en el análisis. Merece la pena destacar, como lo hacen los propios autores, aunque con escaso énfasis, que la taquipnea es el signo más sensible y específico de cuantos podemos hallar en la exploración que aumenta la probabilidad de diagnosticar una neumonía, incluso en países desarrollados². La medición de la frecuencia respiratoria debería ser tanto o más importante en estos casos que la auscultación respiratoria.

Sin embargo, lo que nos motivó a escribir esta carta fue el hallazgo de datos imposibles en una parte tan importante de los resultados como es la tabla 1. Tanto en los mayores como en los menores de 5 años se consigna un número anormalmente reducido de niños que presentan de manera simultánea tos y fiebre. En la tabla se explica por qué los resultados aportados por los autores son imposibles. Y no parece deberse a un error de imprenta, ya que el porcentaje que sigue al número de casos con esos síntomas es concordante con los datos aportados por los autores, mientras que debería ser discordante en el caso de un error tipográfico, como sí que ocurre en otro error menor que aparece en la sección de resultados cuando se dice que el número de niños incluidos de 5 años o menos fue 280, en vez de los 270 que figuran en las tablas y que concuer-

dan con el 77,1% de la muestra, y viceversa (70, en vez de 80) para mayores de 5 años. Un error de tal magnitud en un punto tan central del estudio pone en duda el análisis posterior e invalida todo el trabajo. Para intentar enmendarlo, agradeceríamos que los autores lo rectificaran en respuesta a esta carta y calcularan los cocientes de probabilidades resultantes de la rectificación, aunque posiblemente la conclusión final no se vea modificada, dada la escasa utilidad de los datos de la exploración física (en ausencia de la frecuencia respiratoria) para el diagnóstico de la neumonía.

L. Moral Gil^a
y E.M. Rubio Calduch^a

^aServicio de Pediatría. Hospital Vega Baja de Orihuela. Alicante. España. ^bConsulta de Pediatría. Hospital Perpetuo Socorro. Alicante. España.

1. Buñuel Álvarez JC, Vila Pablos C, Heredia Quicios C, Lloveras Clos M, Basurto Oña X, Gómez Martinech E, et al. Utilidad de la exploración física para el diagnóstico de neumonía infantil adquirida en la comunidad en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;32:349-54.
2. Dirlwanger M, Krahenbuhl J-D, Fancioni S, Vaudaux B, Gehri M. Community-acquired pneumonia in children aged 2 months to 5 years: application of the WHO guidelines in a developed country setting (Switzerland). *Eur J Pediatr* 2002;161:460-1.

Réplica de los autores al artículo: «¿Alguien ha revisado los datos?»

Sr. Director: Moral y Rubio han malinterpretado por partida doble el significado de los datos de la tabla 1 de nuestro trabajo¹. La tabla contiene un simple análisis descriptivo de la frecuencia total de aparición de cada signo o combinación de signos distribuidos por subgrupos de edad, signos que indujeron a practicar una radiografía de tórax para confirmar o descartar la presencia de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). En cada fila se colocaba, en el numerador, el número total de niños (con y sin NAC) que presentaban cada signo o combinación de signos dividido por el total de niños a los que se realizó radiografía de tórax (RT) en cada subgrupo etario. Cada fila representa las diferentes formas de presentación clínica con las que el niño acudió a la consulta del pediatra. Unos niños tenían sólo tos, otros tenían sólo fiebre, algunos tenían tos-fiebre, otros crepitantes-tos, etc. Es decir: cada fila es independiente de las demás, y los resultados de una no se deducen de los de otra, como pretenden Moral y Rubio, intentando deducir el número de niños con tos-fiebre a partir de las cifras de niños que tenían sólo tos y sólo fiebre. Moral y Rubio, además, parecen creer erróneamente que los numeradores de la tabla 1 se refieren a niños que presentan el signo clínico correspondiente y además tenían NAC, cuando no es así. Un ejemplo: en la parte de la tabla correspondiente a menores de 6 años (fila tres), de 270 niños a los que se les practicó RT, 94 presentaban estertores crepitantes. Pues bien, de éstos, unos fi-