

Precisiones a un estudio sobre comparación del uso de espirometría y diagnóstico de EPOC entre la atención primaria y neumología

Sr. Director: Manresa et al¹ comunican un original breve sobre concordancia en el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y en la medición espirométrica entre atención primaria y neumología que merece las siguientes reflexiones.

En cuanto a la concordancia de mediciones, consideramos que habría sido más aconsejable utilizar el coeficiente de correlación intraclase (CCI), más fiable, en vez del coeficiente de correlación de Pearson o la diferencia de medias, así como haber señalado, en el apartado «Material y métodos», la magnitud de las diferencias a detectar para el cálculo de la *n* muestral. Según los autores, las correlaciones entre espirometrías realizadas en atención primaria y neumología fueron moderadamente buenas, mejores para FEV₁ y peores para CVF. Esto ya ha sido referido por otros autores^{2,3}. En el aludido estudio PADO (donde también utilizaron el CCI), el entrenamiento en el uso de espirometrías en atención primaria era escaso. Ignoramos, en cambio, si el entrenamiento previo de los 10 médicos participantes en el estudio de Manresa et al fue bueno, regular o malo. También habría sido interesante conocer aspectos como la reproducibilidad de la espirometría (menos de 200 ml o menos del 5% de diferencia en los dos mejores valores de FEV₁ y CVF en las determinaciones de espirometría realizadas por cada paciente) o su aceptabilidad (conseguir un tiempo espiratorio mínimo de 6 s) en atención primaria y en neumología, que podrían explicar, entre otras cosas, por qué los valores de FVC fueron menores en atención primaria⁴. También podríamos haber conocido la concordancia entre los médicos de atención primaria, por si hubiera diferencias significativas entre ellos; igualmente, entre quienes realizaron la espirometría en el hospital (si fueron más de uno, hecho que ignoramos).

Respecto a la concordancia en el diagnóstico, una diferencia notable frente al PADO es que en él sólo pudieron ser estudiados por el neumólogo 278 de los 723 posibles casos

de EPOC detectados por atención primaria (38%), finalmente con un 34,8% de falsos positivos (no fue posible calcular los falsos negativos, pues el neumólogo no estudió a los pacientes con resultado normal). En el estudio de Manresa et al parece que los falsos negativos fueron 35 casos (17,5%) y destaca que se pudo estudiar a todos los casos valorados en atención primaria. Creemos que en este hecho radica la relevancia de los datos presentados, aunque no se nos informe de los falsos positivos en atención primaria donde, suponemos, habría sido mayor el número al no realizarse la prueba broncodilatadora (que detecta asmáticos enmascarados como EPOC), reservada sólo para neumología. Esto, por otra parte, podría afectar al índice kappa.

Carecemos de información sobre la significación estadística de las diferencias entre los porcentajes resultantes (22% en atención primaria frente a 49% nuevos diagnósticos de EPOC en neumología). Suponemos que el hecho de que haya nuevos casos de EPOC en neumología se debe a que la medición del CVF era más fiable en este ámbito. Al ser mayor la CVF medida, el cociente FEV₁/CVF sería menor de 70 en más casos, con lo que el neumólogo diagnosticaría un mayor número de EPOC. Por último, habría sido muy interesante describir la gravedad de los pacientes con EPOC recientemente diagnosticados en el estudio, observando la concordancia diagnóstica entre atención primaria y neumología según grupos de gravedad de la EPOC.

El rendimiento del uso de la prueba fue alto. Llama la atención que hubo 51 nuevos casos tras estudiar sólo a 200 pacientes extraídos no aleatoriamente de las consultas del médico de familia, y 35 casos más cuando el estudio fue realizado por el neumólogo. Esto reforzaría la idea de que este grupo de pacientes (fumadores de más de 10 paquetes/año) sería uno de los que más se beneficiaría del diagnóstico oportunista de EPOC.

Aunque el sentido común o la experiencia nos induzca a pensarlo, nos parece más difícil aceptar la validez externa del estudio de Manresa et al para interpretar que el diagnóstico en neumología fue mejor. Ciertamente, la situación en atención primaria no es buena. Así, en otros estudios, la calidad de la espirometría no alcanza el 33%, generalmente por errores en la medi-

ción de la CVF³. Por otra parte, muchas veces, los errores de clasificación no son consecuencia de una espirometría inadecuada: en el estudio IDENTEPOC, un 61,6% de los pacientes con diagnóstico de EPOC en atención primaria fueron diagnosticados por hallazgos clinicorradiológicos, frente a un 4,2% en neumología⁵.

Por último, recordamos que en el último consenso de EPOC⁶ se aceptó el uso de la espirometría en atención primaria, algo que anteriormente no era aceptado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Obviamente, hay que invertir recursos, no sólo en dotar de espirómetros a los centros de salud, sino en capacitar a los profesionales de atención primaria para realizar espirometrías con las máximas garantías.

E. Calvo Corbella
y G. Collada Holgueras

Centro de Salud Universitario Pozuelo de Alarcón I. Madrid. España.

1. Manresa Presas JM, Rebull Fatsini J, Miravalls Figuerola M, Caballol Angelats R, Minué Magaña P, Juan Franquet R. La espirometría en el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria. *Aten Primaria* 2003;32:435-6.
2. 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;36:500-5.
3. Eaton T, Withy S, Garret JE, Mercer J, Whitlock RML, Rea HH. Spirometry in primary care practice. The importance of quality assurance and the impact of spirometry workshops. *Chest* 1999;116:416-23.
4. American Thoracic Society. Standardization of spirometry: 1994 update. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:1107-36.
5. De Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Molina Paris J, Rodríguez González-Moro JM, De Lucas ramos P, Gaspar Alonso-Vega G. Fiabilidad del diagnóstico de la EPOC en atención primaria y neumología en España. Factores predictivos. *Arch Bronconeumol* 2003;39:203-8.
6. Comité EPOC. Conferencia de consenso sobre enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2003;39(Supl 3):5-6.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Agradecemos los comentarios y el interés de Calvo et al¹ respecto a nuestro estudio.

Algunas críticas respecto a material, métodos y concordancia diagnóstica hubieran hallado respuesta si el estudio se hubiera publicado como «Original breve», como suponen Calvo et al, o bien en formato de Carta de investigación, como la redacción de la Revista había apalabrado, en lugar de ser relegado al apartado de «Cartas al Director», con la consiguiente mutilación de mediciones, comentarios y especificaciones que se echan en falta por motivos de espacio editorial.

Pasamos a dar respuesta a las críticas.

Respecto a sus críticas sobre las espirometrías, queremos aclarar que nuestro propósito no era realizar un control de calidad de las espirometrías que se hacen en los centros de atención primaria (CAP), lo cual sería legítimo y meritorio, sino conocer el valor diagnóstico en la práctica clínica de las espirometrías tal y como se realizan actualmente.

En los CAP se vienen realizando espirometrías desde hace 4 años, con talleres anuales de adiestramiento del personal sanitario. Todas las espirometrías realizadas en neumología fueron hechas por el mismo neumólogo.

Estamos de acuerdo en su comentario respecto al coeficiente de correlación interclase (CCI). Sin embargo, en nuestro estudio añadimos el índice kappa que, según Fleiss y Cohen, ha demostrado ser matemáticamente equivalente al CCI².

En atención primaria, los casos falsos positivos fueron solamente 3/51 casos (5,9%). Hallamos significación estadística en la diferencia de diagnósticos de EPOC entre atención primaria (29%) y neumología (49%), con $p < 0,05$.

No valoramos la concordancia entre las espirometrías de atención primaria debido a que la muestra, una vez estratificada, era escasa (20 por médico).

Creemos que es difícil determinar la validez externa del estudio, ya que la formación, entrenamiento, dimensiones y accesibilidad a la prueba en atención primaria varía entre diferentes CAP.

Nos congratula que una carta al Director haya provocado este interés y que reconozcan como «notable» la diferencia de nuestro estudio con respecto al estudio PADOC³.

J.M. Manresa y J. Rebull

Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta.
Tortosa. Tarragona. España.

1. Calvo Corbella E, Collada Holgueras G. Precisiones a un estudio sobre comparación del uso de espirometría y diagnóstico de EPOC entre AP y neumología. CITA CRUZADA.
2. Fleiss JL, Cohen J The equivalence of weighted kappa and the interclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educ Psychol Meas* 1973;33:613-9.
3. Miravilles M, Fernández I, Guerrero T, Murio C. Desarrollo y resultados de un programa de cribado de la EPOC en atención primaria. El proyecto PADOC. *Arch Bronconeumol* 2000;36:500-5.

Nota del Consejo de Redacción de Atención Primaria

El artículo de referencia, publicado en la sección de «Cartas al Director», fue elaborado de acuerdo con las normas de cualquier Carta de Investigación, incluida de forma general, como la presente, como Carta al Director.

En ningún caso el Consejo de Redacción de Atención Primaria «apalabra» con los autores la publicación de un manuscrito de determinada sección, sino que su inclusión o no en los originales o cartas es consecuencia de los consejos emitidos por los asesores científicos de la revista.

Fe de errores del XXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Suplemento I, Vol. 32, diciembre 2003)

COMUNICACIONES ORALES

Pág. 93: Comunicación «Síndrome de desgaste profesional (burnout) en las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria (UDMFYC) de un área de salud»

– El orden correcto de los autores es: F.J. Cuevas Fernández, M.J. Iglesias Girón, C. Luis Ruiz, G. Gómez Delgado, M. Damas Plasencia y E. Real Valcárcel.

Pág. 94: Comunicación «10 minutos: utopía o realidad. Nuestra experiencia al año y medio de su implantación»

– El orden correcto de los autores es: F. Bobe Armant, M. Gens Barberá, A. Pagés Artuñedo, M. Maxenchs Esteban, M. Ribes Ardanuy y L. Palacios Llamazares.

Pág. 96: Comunicación «Prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de ESO de nuestra zona»

– Los autores y su orden correcto son: «L. Castaños Ortega, M.J. Soriano Pérez, B. Ridaura Ruiz, E. Sempere Jover, J.V. Ortega Liarte y J. Valverde Molina»

Pág. 105: Comunicación «¿Existe relación entre longevidad y tolerancia cardiovascular al estrés?»

– El orden correcto de los autores es: G. Fernández Tabernero, A. Rodríguez Blanco, A. Juez Juez y A. Oria Fernández.

Pág. 123: Comunicación «Factores predictores de mortalidad de una cohorte clínica de pacientes ancianos»

– Los autores y su orden correcto son: R.J. Regal Ramos, M.A. Salinero Fort, A. Cruz Jentoft, M.I. Granados Menéndez y F.J. Arrieta Blanco.

PÓSTER

P31: «Evaluación de las alteraciones clínicas y analíticas detectadas mediante el programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)»

– El orden correcto de los autores es: M.E. Galé Oneca, M. C. Gil Burguete, M.J. Ariz Arnedo, S. Rosell Ugalde y M.A. Ariz Arnedo.

P46: «Efectividad de un programa de ejercicio físico para mujeres con osteoporosis»

– El orden correcto de los autores es: A. Escribano Hernández, J. del Barco Morillo, A. Gómez García, M.A. Jiménez Carabias.

P108: «¿Cómo atendemos a la población inmigrante infantil?»

– El orden correcto de los autores es: A. Escribano Hernández, L. García García, M.L. Romero Furones, A. Garrote Pascual y L.A. Marcos Prieto.

P122: «¿Sabían realmente nuestros adolescentes lo que es la dieta mediterránea?»

– El orden correcto de los autores es: R. Julián Viñals, A.B. Melgar Borrego, L. Martín Méndez, M.V. Castell Alcalá, I Bosch Meléndez y O. Bermejo Pablos.

P139: «Evaluación del riesgo coronario mediante la ecuación de Framingham en los pacientes que acuden al programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS)»

– El orden correcto de los autores es: M.E. Galé Oneca, M. J. Ariz Arnedo, M.C. Gil Burguete, M.A. Ariz Arrendó y S. Rosell Ugalde.

P214: «Calidad en la prescripción de estatinas en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular (PPECV) en atención primaria (AP)»

– El orden correcto de los autores es: J. Mitjavila López, E. Vila Morales, A. Benavides Ruiz, R. Iglesias Roger y D. López Lanjarín.

P131: «Estado vacunal de los pacientes con virus de hepatitis C en un centro de atención primaria»

El contenido de este póster no es correcto. La comunicación y el texto correcto es el siguiente:

P131: «Consulta joven»

C.N. Gorrindo Domínguez, M.R. García Cerdán y R. Giner Nogueras.

Objetivos. Facilitar la accesibilidad de los jóvenes para dar respuesta a sus inquietudes y problemas relacionados con su salud. Proporcionar una información privada y confidencial sobre alimentación, tóxicos, ocio, deporte y actividades lúdicas.

Descripción. La consulta se inició en marzo de 2002. Dos enfermeras de medicina general y pediatría, que recibieron formación específica sobre adolescencia, son las responsables y encargadas de realizar toda la actividad de la consulta.

Fases. Presentación de la Consulta Joven a la directora. Realización a los alumnos de 3.º y 4.º de ESO de una encuesta de la semFYC para adolescentes.

Organización de la consulta: está ubicada dentro del IES Camps Blancs durante el curso escolar. Tiene una periodicidad semanal, los jueves de 11.00 a 11.30 horas. Atiende a una población de 12-18 años. Visita espontánea: concidiendo con el horario de descanso escolar, para poder atender inquietudes, salud, información... Visita programada: revisiones a los alumnos (previa autorización de los padres). Talleres: según las necesidades detectadas del personal sanitario y profesorado: Afectividad-sexualidad; Alimentación y nutrición; Primeros auxilios.

Conclusiones. Es importante que el personal lleve a cabo toda la actividad, ya que al «acercarnos» al adolescente nos damos cuenta de sus necesidades reales. La participación de profesores y alumnos ha ido en aumento. El nivel de aceptación ha sido satisfactorio. Los profesionales nos sentimos integrados dentro del equipo educativo.

Fe de errores del Suplemento PAPPS de la revista ATENCIÓN PRIMARIA

(Suplemento 2, Vol. 32, diciembre de 2003)

Pág. 105: Cuadro «Recomendaciones PAPPS»

– Se debe añadir:

4. Practicar ejercicio físico, particularmente con entrenamiento del equilibrio y fuerza muscular.

Pág. 107: Cuadro «Recomendación PAPPS»

– En la última recomendación se dice: «Ante la sospecha de deterioro cognitivo se recomienda una evaluación clínica detallada que incluya entrevista clínica estructurada y tests neuropsicológicos, y un seguimiento posterior individualizado para evaluar su progresión.»

Lo correcto es: «Ante la sospecha de deterioro cognitivo, realizar evaluación clínica detallada que incluya entrevista clínica estructurada, tests neuropsicológicos y seguimiento.»

Pág. 109: Cuadro «Recomendación PAPPS»

Se dice: «Se recomienda un examen completo de la vista que incluya no sólo la valoración de la agudeza visual, sino también la del fondo del ojo, el campo visual y la presión intraocular (PIO), realizado por un oftalmólogo o por profesionales capacitados a los mayores de 65 años cada 2 años, y anualmente en los pacientes diabéticos y en los que presenten una PIO elevada o antecedentes familiares de glaucoma.»

Lo correcto es:

– Realizar examen completo de la vista por oftalmólogo o profesional capacitado.

– Revisión anual en pacientes diabéticos, con presión intraocular elevada o con antecedentes familiares de glaucoma.

Pág. 118-119: Cuadro «Recomendación PAPPS»

– El texto correcto es:

Recomendación sobre la utilización de la valoración geriátrica global en atención primaria:

1. No existe suficiente evidencia para recomendar su aplicación sistemática en la población general, salvo que se realice en el domicilio de manera intensiva por personal entrenado y en ancianos con buen pronóstico, aunque es difícilmente aplicable en nuestro medio.

2. Por tanto, su aplicación y contenido deben ser individualizados, priorizándose en personas con factores predictivos de deterioro (> 80 años, hospitalización reciente, caídas de repetición, deficiente soporte social) o con pérdida funcional potencialmente reversible.

Los profesionales de atención primaria deben ser adiestrados en el manejo.

Fe de errores de números regulares

ATENCIÓN PRIMARIA, vol 32, num. 7, 31 de octubre de 2003.

Pág. 437: Carta al Director «Prevalencia del uso preconcepcional del ácido fólico en el área norte de Pontevedra»

– En el primer párrafo de la Discusión se cita un porcentaje del 26% que es erróneo: lo correcto es 2,6%.

– Las citas bibliográficas están incompletas. Deben ser:

4. Johnston RB, Staples DA. Knowledge and use of folic acid by women of childbearing age-United States, 1997. MMWR 1997;46(31):721-3.

5. Madueño Caro AJ, Muñoz-Cruzado Poce M. Variabilidad clínica en la indicación de folatos a las embarazadas. Medifam 2001;11:359-60.

– El autor de la carta es R. Vidal Hernández y no R. Vidal Álvarez, como se ha publicado.

ATENCIÓN PRIMARIA, vol, 32, num. 8, 15 de noviembre de 2003.

Pág. 460: Artículo «Un sistema de indicadores de calidad de prescripción farmacéutica en atención primaria desarrollado por médicos prescriptores»

– El nombre correcto de los autores es: M.J. Gómez Castro, P. Arcos González, G. Rubiera López y A.I. Rigueira