

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 columna 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 Caldach^a**

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

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-

TABLA 1. Distribución de la combinación de signos tos + fiebre según subgrupos de edad

	Número de niños con el signo clínico/ Número total de niños	Porcentaje (IC del 95%)
Niños menores de 6 años		
Tos + fiebre	164/270	60,7% (54,9-66,6%)
Niños mayores de 5 años		
Tos + fiebre	49/80	61,3% (50,6-71,9%)

IC del 95%: intervalo de confianza del 95%.

nalmente tendrán NAC y otros no. Los coeficientes de probabilidad (CP) no se derivan de la tabla 1, como creen Moral y Rubio, sino del desglosamiento posterior de cada una de las filas en pacientes con y sin NAC. Estos datos no se muestran en la tabla. Por tanto, su afirmación «un error de tal magnitud en un punto tan central del estudio pone en duda el análisis posterior e invalida todo el trabajo» carece de fundamento, ya que los CP no se derivan de dicha tabla sino del desglosamiento posterior de sus datos. Hecha esta consideración, Moral y Rubio tienen razón al haber detectado un error en los datos correspondientes a la combinación de signos tos-fiebre. Dicho error afecta sólo a esta combinación y no al resto de la tabla. Al construir la tabla 1 se produjo un error al transcribir los datos al ordenador utilizando cifras de otra tabla correspondientes a un análisis de datos intermedios totalmente ajenos a los de la tabla 1. Las cifras correctas figuran en la tabla que se adjunta a esta réplica. Para que no queden dudas sobre el resto de los resultados del trabajo, se han calculado nuevamente los CP de las tablas 2, 3 y 4 y se ha confirmado que son correctos. Moral y Rubio refieren que realizamos «escaso énfasis» en la relevancia de la taquipnea. Esta relevancia se menciona en la discusión —justificando el motivo de su ausencia de registro— y también en los puntos clave (apartado «Lo conocido sobre el tema»). Su objetivo (sección «Normas de Publicación» de la Revista) es «facilitar la comprensión del trabajo a los lectores que no deseen leer el artículo completo». Cualquier persona que sólo hubiera leído dichos puntos clave tendría clara la relevancia de la taquipnea. Moral y Rubio no han debido leerlo. Es llamativo su dogmatismo al afirmar «la escasa utilidad de la exploración física (en ausencia de taquipnea) para el diagnóstico de neumonía». En nues-

tro trabajo, la combinación crepitantes-tos-fiebre obtuvo un CP+ de 3,52 en mayores de 5 años. Este CP+ es equiparable al de la taquipnea en países en vías de desarrollo y en servicios de urgencias hospitalarias de países desarrollados, sobre todo en menores de 6 años². Excluyendo un estudio restringido a menores de 2 meses, la taquipnea obtuvo un CP+ máximo de 3,22². Los estudios publicados, realizados en países en vías de desarrollo y en servicios de urgencias hospitalarios de países desarrollados, atienden a una población presuntamente más enferma y, por tanto, diferente de la que acude a las consultas de atención primaria. No existen estudios emplazados en la atención primaria en países desarrollados. La utilidad diagnóstica de la taquipnea en estos países es controvertida. Rothrock et al³ validaron en un servicio de urgencias hospitalario norteamericano una Guía de Práctica Clínica basada en la Evidencia de la Canadian Task Force⁴. La taquipnea obtuvo una sensibilidad del 10% y una especificidad del 5% en menores de 5 años. Según Moral y Rubio, «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 desarrollados» y citan un trabajo hospitalario de Dirlwanger et al⁵ que no ofrece ni la sensibilidad ni la especificidad de dicho signo (?). Este trabajo⁵, además, incumple los criterios de validez exigibles a un estudio de pruebas diagnósticas⁶. La utilidad diagnóstica de la taquipnea para diagnosticar NAC en países desarrollados no se conoce bien, y menos en atención primaria, donde la forma de presentación clínica de la NAC puede ser más leve.

J.C. Buñuel Álvarez

Pediatra. ABS Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona. España

1. Buñuel JC, Vila C, Heredia J, Llovetas M, Basurto X, Gómez 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. Margolis P, Gdomski A. Does this infant have pneumonia? [the rational clinical examination]. *JAMA* 1998;279:308-13.
3. Rothrock SG, Green SM, Fanelli JM, Cruzen E, Costanzo KA, Pagane J. Do published guidelines predict pneumonia in children presenting to an urban ED? *Pediatr Emerg Care* 2001;17:240-3.
4. Javadji T, Law B, Lebel MH, Kennedy WA, Gold R, Wang EE. A practical guide for the diagnosis and treatment of pediatric pneumonia. *CMAJ* 1997;156 (Suppl):S703-11.
5. Dirlwanger M, Krhenbuhl 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.
6. Jaeschke R, Guyatt G, Sackett DL. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. A. Are the results of the study valid? *Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA* 1994;271:389-91.

El domicilio como centro de atención en atención primaria

Sr. Director: Ante el artículo¹ y el comentario editorial² publicados en su Revista sobre la atención domiciliaria (AD), queríamos, además de valorarlos muy positivamente, aportar algunos comentarios que creemos pueden ser de interés para el lector.

En un estudio de evaluación de los Equipos de Soporte de la Atención Domiciliaria (ESAD)³ realizado en las áreas de atención primaria 1, 2 y 4 del Insalud de Madrid, en el que realizamos grupos focales y entrevistas con profesionales, tanto del modelo tradicional como del modelo de Equipo de Atención Primaria (EAP), tanto en relación con el ESAD como sin ella, se valoraba la atención domiciliaria como una atención centrada principalmente en el componente técnico, con algunas referencias al componente relacional y con ausencia de referencias a actividades de

promoción y prevención; es considerada incompatible con la capacidad de deambulación de los pacientes y valorada como un indicador de la calidad de la atención en los centros de salud, aunque con un sentimiento de impotencia ante los problemas sociales.

La actitud hacia la AD es, en general, considerada positiva por parte de los profesionales en la línea de los dos artículos comentados. Sin embargo, algunos médicos de EAP comentan que conciben en muchos casos la AD como un servicio «de lujo». Éstos describen el contenido de la visita domiciliaria como si se tratase de un acto social y creen que sólo está justificada en casos urgentes («avisos»), advirtiéndose con frecuencia los peligros de la hiperdemanda y de cierta sensación de desprotección y soledad.

Asimismo, los médicos planteaban que los enfermeros no asumen el protagonismo que deberían tener en la AD, mientras que los enfermeros comentaban la falta de apoyo de los médicos a la AD. Además, había unanimidad al comentar que la Administración no potencia ni facilita la AD, no reconoce el trabajo de los profesionales, no le interesa la calidad y sólo le preocupan los números.

Para ellos, los factores que incrementan la calidad son el tiempo, la formación, el interés de los profesionales y el trabajo en equipo, mientras que la disminuyen los pocos recursos sociales y la relación con los especialistas.

Las fortalezas indicadas son la formación de los profesionales (se atribuyen al esfuerzo propio), el trabajo en equipo (muy valorado en el modelo tradicional), el trabajo programado (en los EAP), el reconocimiento del usuario y el reto profesional (por parte de las enfermeras). Las debilidades que comentan son la sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo, causa del desplazamiento de la AD programada al

«aviso urgente» (en la misma línea del trabajo del grupo ATDOM), la falta de material que plantea enfermería, las necesidades sociales, lo cual genera sensación de huida y de evitación de la AD, con críticas en algunos centros al papel de los trabajadores sociales, la coordinación con los especialistas, el transporte, sobre todo las dificultades para aparcar, la configuración de las zonas básicas de salud por cupos desiguales, dispersión de la población o cambios de domicilio, el poco reconocimiento de la gerencia, la sensación de trato discriminatorio entre las enfermeras, los horarios para realizar la AD, la no existencia de cuidador primario, las diferencias de criterios de inclusión en el programa de inmovilizados, los registros y la tendencia del hospital a disminuir estancias.

Por tanto, no se cuestiona la necesidad de la AD, pero algunos profesionales realizan con una gran prevención determinadas técnicas y tratamientos en el domicilio y creen que hay que ser prudentes con los cuidados domiciliarios; además, consideran que algunos pacientes preferirían seguir en el hospital antes que regresar a su domicilio en determinadas condiciones.

Ante todo esto, nos planteamos un modelo de AD que pivote en los profesionales de enfermería de los EAP⁴, tal como plantean el grupo ATDOM y Benítez, pero con dedicación íntegra a la atención en el domicilio, tal como se está desarrollando en Andalucía (enfermeras de enlace), con el apoyo ante determinados casos y situaciones del médico y/o del trabajador social del centro de salud. Creemos que tiene sentido el papel de apoyo de determinados profesionales de la propia atención primaria que facilitara el cuidado en el domicilio ante problemas y situaciones difíciles mediante la consulta, el apoyo directo, la formación continua y la interconexión entre servicios. Por tanto, ante la demanda creciente de

AD, tanto por las necesidades de los pacientes como de los cuidadores informales, es necesario considerar a los EAP como la piedra angular en la AD, sin que se creen vías paralelas que desde el poder del hospital fomenten un modelo lejano a las necesidades actuales y a las tendencias en los países de nuestro entorno.

Además, los profesionales de atención primaria, en colaboración con los profesionales de apoyo, deberían desarrollar un trabajo de coordinación con el 061 y con los servicios sociales municipales, en la línea de participación de estos servicios. En definitiva, la idea es fomentar una estrecha colaboración interna entre los servicios sanitarios y externos con los servicios sociales, crear y consolidar una red única de servicios a partir de una alianza estratégica entre ambos servicios. Esto conllevaría un apoyo decidido a una AD como prestación clave de la atención primaria de salud que debería convertirse en una alternativa real a la hospitalización.

J.C. March Cerdá

Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Granada. España.

1. Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? *Aten Primaria* 2003;3:473-9.
2. Benítez MA. Reflexiones sobre la realidad de la atención domiciliaria. *Aten Primaria* 2003;31:473-9.
3. Pascual N, Prieto MA, March JC. Unidad de soporte en atención domiciliaria. Opinión de los profesionales implicados. *Gac Sanit* 1999;13 (Supl 3):24.
4. Prieto MA, March JC, Pascual N. Propuestas para un atención domiciliaria realista en atención primaria. *Aten Primaria* 1999;24:439.