

## Espirometría en atención primaria. Una necesidad inexcusable

El aire es un elemento imprescindible para la vida y respirar, una de las funciones vitales de nuestro organismo. Es algo tan natural que apenas percibimos su importancia, salvo cuando esa función se altera. Muchos son los pacientes que acuden cada día a la consulta con problemas y síntomas respiratorios, hasta el punto de que en la actualidad es el motivo más frecuente de visita al médico de familia. Por fortuna, la mayoría de los procesos son banales; pero otros no, y precisamente éstos ocasionan un elevado consumo de recursos personales, sanitarios, económicos y sociales. Suponen, además, una importante causa de mortalidad y morbilidad. En concreto, las enfermedades que cursan con una obstrucción del flujo aéreo, especialmente el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), son en este momento problemas de salud de gran relevancia en nuestro ámbito asistencial, lo que obliga a estar en continua alerta para diagnosticar a todos los pacientes con estas afecciones.

La cifra de afectados varía de forma importante según la zona geográfica, pero en general su prevalencia sería, para el asma, de un 10-19,5% en niños<sup>1</sup> y de hasta el 15% en adultos en algunas zonas de España<sup>2</sup>. En cuanto a la EPOC, la prevalencia es del 9,1% en la población de 40-69 años, cifra que se eleva al 40,3% en varones mayores de 60 años y en fumadores de más de 30 paquetes-año, según el estudio IBERPOC<sup>3</sup>. Es más, de los casos diagnosticados, el 78% desconocía que padecía la enfermedad y sólo el 39% de los enfermos recibía un tratamiento adecuado<sup>3</sup>. Esto supone un retraso en el diagnóstico que implica un deterioro irreversible de la función pulmonar, que podría ser evitado con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado y cuya responsabilidad debe asumirse en atención primaria.

Además, en el caso del asma, nos encontramos ante una enfermedad compleja, nada banal, con una prevalencia que se ha duplicado en las últimas 2 décadas, afecta a todas las edades de la vida, ocasiona una importante morbilidad y no pocos casos de muerte (casi todos evitables). Es el problema de salud crónico más frecuente en la infancia; afecta al rendimiento escolar por el absentismo que ocasiona y altera en muchos casos la vida y la conducta social del niño asmático y, por extensión, de todo el entorno familiar.

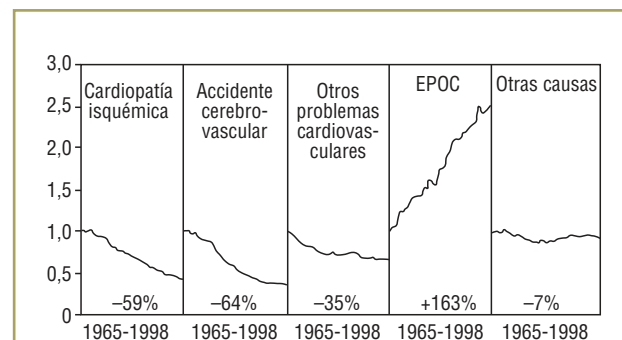
En este momento, ambas enfermedades se han convertido en problemas médicos de primer orden<sup>4</sup>. Y sabemos que su incidencia aumenta progresivamente<sup>5</sup>, de la misma forma que lo hace la morbilidad hospitalaria y la atendida en atención primaria.

También se ha incrementado su mortalidad. Mientras asistimos al afortunado descenso de la mortalidad por cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares o cáncer, observamos un aumento exponencial de muerte por EPOC<sup>5</sup> (fig. 1), que en la actualidad es la cuarta causa de muerte en el mundo occidental, previsiblemente la tercera en el año 2020<sup>5,6</sup>.

Todos estos datos merecen, cuando menos, una profunda reflexión sobre nuestra práctica clínica habitual.

¿Qué está ocurriendo?, ¿qué es lo que estamos haciendo mal?, ¿podemos solucionarlo?, ¿cómo? Estas preguntas se plantean en un contexto de medicina basada en la evidencia, de múltiples consensos nacionales e internacionales<sup>6-12</sup> que pretenden alertar sobre la importancia creciente del asma y la EPOC y ofrecer una orientación para el manejo adecuado de los pacientes con ambas enfermedades. Pero es «evidente» que estas recomendaciones no llegan a nuestro nivel asistencial.

Todos ellos hacen especial hincapié en la sospecha diagnóstica, pues consideran que tanto el asma como la EPOC



**FIGURA 1** Evolución de las tasas de mortalidad en Estados Unidos.

son enfermedades que están claramente infradiagnosticadas. El siguiente paso consiste en realizar las pertinentes pruebas complementarias para confirmar esa sospecha diagnóstica.

¿Y cómo?, ¿cuál es la prueba imprescindible para conseguirlo? Sin duda, la espirometría. Las pruebas para el estudio de la función pulmonar constituyen, junto con el examen clínico (historia y exploración física), la base para el diagnóstico de todo paciente en el que se sospecha una enfermedad del aparato respiratorio. Hay que recordar que, en estas situaciones, el control sistemático con pruebas de función pulmonar es análogo a la vigilancia de la presión arterial en un paciente hipertenso o de la glucemia en un diabético<sup>13</sup>, aunque en la actualidad no ocurre así. De hecho, se acepta universalmente que el concepto de EPOC es funcional, por lo que la valoración diagnóstica y evolutiva de estos pacientes debe apoyarse en la espirometría forzada.

La realidad es bien distinta. En 1994, en una encuesta realizada en Barcelona<sup>14</sup> se observó que sólo el 36% de nuestros compañeros utilizaba la espirometría en el manejo de los pacientes con un problema de obstrucción pulmonar. Ocho años más tarde, en el estudio IDENTEPOC<sup>15</sup> encontramos que en el 61,6% de los pacientes diagnosticados de EPOC en atención primaria no se había realizado una espirometría. El diagnóstico se había establecido básicamente por criterios clínicos y radiológicos, cuando éstos no son diagnósticos de la enfermedad. En 2004, 10 años después, en un ambicioso proyecto actualmente en marcha (Efectividad de una intervención rehabilitadora, realizada en Atención Primaria, en la evolución de los pacientes con enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, beca FIS, PI021179) también hemos encontrado un porcentaje de error diagnóstico muy similar al anterior, por las mismas causas.

Está claro que la espirometría, que debería ser parte fundamental e inseparable del quehacer habitual de un médico de familia, sigue sin estar presente en atención primaria. Desde el Grupo de Respiratorio de la semFYC y los grupos autonómicos a los que representamos se ha realizado un gran esfuerzo docente que pretende formar a muchos de los que lo han solicitado en la realización y la interpretación de espirometrías, en un intento de acercar una técnica imprescindible en nuestro trabajo cotidiano.

¿Y cuáles pueden ser las razones? Quizá la más importante es que sólo disponen de espirómetro<sup>15</sup> algo menos de la mitad de los centros de salud de nuestro país, e incluso algunas áreas sanitarias no tienen ninguno. Pero también puede ser que desde la atención especializada<sup>16</sup> haya sido considerada como una prueba «mágica», de difícil interpretación y de imposible realización si no es por personal dedicado exclusivamente a ello. Se ha conseguido superar, estas «dificultades» aunque con retraso respecto a otros consensos internacionales<sup>4,6</sup>, gracias al esfuerzo conjunto de neumólogos y médicos de familia, lo que se ha traduci-

do en la Conferencia de consenso sobre EPOC<sup>17</sup> realizada en noviembre de 2002, en cuyo apartado de diagnóstico se dice textualmente: «este procedimiento debe poder realizarse en los centros de atención primaria y practicarse de acuerdo con las normativas establecidas, por personal convenientemente formado».

El mensaje es claro: la espirometría puede y debe realizarse en atención primaria. Pero es preciso hacerlo correctamente (como toda técnica). Hoy día sabemos que menos del 30% de los centros dispone de personal específico encargado de su realización<sup>15</sup>. Pero también sabemos que formarse en esta técnica no es complicado, y que cuando el personal de enfermería se implica en su realización, el nivel de satisfacción es muy alto.

Los que llevamos tiempo trabajando con espirometrías queremos animaros a todos a pedir espirómetros para nuestros centros; las cifras expuestas al principio lo exigen. La formación en su realización e interpretación es básica. Pero, como con cualquier otra técnica, cuanto más se realiza mejor se hace y, además, su interpretación no es compleja en absoluto.

La necesidad de la espirometría es incuestionable en el diagnóstico, seguimiento y pronóstico de las enfermedades respiratorias<sup>6-18</sup>. Vivimos tiempos difíciles, de recursos limitados y de intensa presión. La mejor forma de racionalizar esos recursos es utilizarlos en el momento preciso y de la manera adecuada. La información que aporta esta prueba es imprescindible para el adecuado control de estos problemas de salud, de forma que, utilizada correctamente, permite que los pacientes mejoren su calidad de vida. Y también permite algo que a veces no se tiene en cuenta, y es que los profesionales sanitarios podamos sentirnos más satisfechos aún con el trabajo realizado.

**J. Molina París**

Coordinador del grupo de respiratorio de la semFYC.  
EAP Francia I. Fuenlabrada. IMSALUD Área 9.  
Madrid.

## Bibliografía

1. Aguinaga Y, Arnedo A, Bellido J, Guillén F, Morales M, por el Grupo Español del Estudio ISAAC. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en niños de 13-14 años de 9 poblaciones españolas. Estudio ISAAC. Med Clin (Barc) 1999;112:171-5.
2. Grupo Español del Estudio Europeo del Asma. Estudio ECRHS. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en cinco áreas españolas. Med Clin (Barc) 1995;104:487-92.
3. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999;35:159-66.
4. British Thoracic Society. The burden of lung disease. 2001. Disponible en: [www.brit-thoracic.org.uk](http://www.brit-thoracic.org.uk)
5. Murray CJL, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. Lancet 1997;349:1498-504.

6. Fabbri LM, Hurd SS, for the GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD: 2003 update. *Eur Respir J* 2003;22:1-2. Disponible en: [www.goldcopd.com](http://www.goldcopd.com)
7. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina J, Naberan K, et al. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *SemFYC-SEPAR. Arch Bronconeumol* 2001;37:269-78.
8. Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO, 2002. Disponible en: [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com)
9. Calvo E, García L, Hernández MF, Hernández E, Jorge F, Llauguer MA, et al. Grupo de Respiratorio de semFYC. Asma. En: *Recomendaciones semFYC*. Barcelona: Edide, 1996.
10. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Recomendaciones para la atención del paciente con asma. *Arch Bronconeumol* 1998;34:394-9.
11. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Barcelona: Mayo, 2003. Disponible en: [www.gemasma.com](http://www.gemasma.com)
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The British Thoracic Society. British guideline on the management of asthma. *Thorax* 2003;58(Suppl 1). Disponible en: [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
13. Celli BR. The importance of spirometry in COPD and Asthma. *Chest* 2000;117:S15-9.
14. Naberán C. Encuesta de la actitud terapéutica y de control de los médicos generales de las ABS de Barcelona, respecto a enfermedades obstructivas respiratorias. *Aten Primaria* 1994;13:112-6.
15. De Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Molina París 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.
16. Calvo Corbella E, Collada Holgueras G. Precisiones a un estudio sobre comparación del uso de espirometría y diagnóstico de EPOC entre la atención primaria y neumología. *Aten Primaria* 2004;33:351.
17. Rodríguez-Roisin R, Barberá JA, Sánchez-Agudo L, Molina París J, Sunyer J, Macián V, et al. Jurado de Consenso. Documento de consenso sobre enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2003;39(Supl 3):5-6.
18. García Benito C, García Río F. ¿Qué podemos hacer ante la esca implantación de la espirometría en atención primaria? *Aten Primaria* 2004;33:261-6.