

Par **Impar**

Habría que realizar una espirometría a todo paciente con factores de riesgo

Sin embargo, como señala Peces Barba a *azprensa*, “lo primero que hay que hacer no es llenar los centros de salud de espirómetros sino que existan profesionales bien preparados para realizar esta prueba”.

Madrid, 22 febrero 2005 (azprensa.com)

El doctor Germán Peces Barba, del servicio de Neumología de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid), y representante de la guía GOLD en España, ha hablado con *azprensa.com* sobre la relevancia de este tipo de iniciativas para un mejor abordaje de la EPOC.

¿Podría explicarnos en que consiste la guía GOLD?

Las guías son un movimiento generado por expertos en una patología concreta que han tratado de alcanzar una actitud homogénea con la mayor expansión posible, preferiblemente a nivel mundial, para que existan unas actitudes similares en todos los países en cuanto a las pautas de diagnóstico, tratamiento y de clasificación de la gravedad de la enfermedad.

La primera guía que surgió con esta intención fue la guía GOLD sobre EPOC, una iniciativa del Instituto Nacional de la Salud (NIH) con el soporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El público objetivo de la misma son los médicos —especialistas y de Atención Primaria— y enfermería. Incluía un gran panel de expertos que dieron un soporte de fiabilidad a los resultados.

Como novedad, incorporaba los niveles de evidencia científica que tenía cada uno de los puntos de la guía. Así, el lector puede saber si lo que se aconseja tiene una evidencia A (el mayor nivel de evidencia científica del que se puede disponer) o simplemente se trata de un consejo de un experto que no está basado en una recogida de datos clínicos.

El médico tiene que saber con qué soporte de fiabilidad va a trabajar. Fue un consenso de bastantes expertos de todo el mundo, incluidos algunos españoles. La primera edición data de 2001 y en 2004 se realizó una revisión de algunos contenidos. La iniciativa GOLD trata de mantener una presencia viva en los países que están asociados, que actualmente son más de 60, con un delegado en cada uno de ellos y con el objetivo de implantar la guía y también divulgar la EPOC a los pacientes, por otros mecanismos como la celebración del Día Mundial de la EPOC que tiene lugar a finales de noviembre.

¿Cómo ha sido la acogida de la guía en España?

En la financiación de su traducción al español han participado muchos laboratorios. Asimismo, existe una edición de bolsillo y en la web oficial de la GOLD está el documento completo en inglés. En mi opinión, la difusión ha sido muy amplia y la intención es seguir haciendo nuevas ediciones.

Una de las técnicas diagnósticas de la EPOC es la espirometría, ¿qué grado de utilidad puede tener para la detección temprana de la enfermedad?

Uno de los grandes caballos de batalla actualmente es el uso de espirometrías en AP. El problema que tiene es que exige una buena preparación del técnico que lo realiza y colaboración del paciente. Lo primero que hay que hacer no es llenar los centros de salud de espirómetros sino que existan profesionales bien preparados para realizar esta prueba. Todo paciente con factores de riesgo debe ser identificado correctamente y hay que realizarle una espirometría.

Otra enfermedad obstructiva aparte de la EPOC es el asma, que siempre se ha definido como enfermedad variable. ¿Cuáles son sus síntomas?, ¿y las causas de que sea tan variable?

Su variabilidad es algo implícito a la propia enfermedad. Un asmático tiene una variación del ritmo de obstrucción al flujo aéreo. Por ejemplo, puede tener menor flujo o más síntomas de madrugada que por las tardes. En la GEMA, guía española de asma equivalente a la GOLD, están recogidas las características clínicas de estos pacientes: la intermitencia o persistencia de los síntomas y la intensidad leve, moderada o grave de los mismos. En la guía se hacen recomendaciones sobre el uso de los fármacos según los casos.

La característica de hiperreactividad bronquial implícita a todo asmático hace que tenga una vía aérea sensible en respuesta a muchos estímulos inespecíficos, como una infección, ambiente contaminado, inhalación de algún gas irritante o la exposición a algunos alérgenos a los que tenga hipersensibilidad, como los polínicos en primavera.

Par **Impar**

¿Qué ventajas ofrece el tratamiento ajustable frente al de dosis fijas?

En asma no puede existir un tratamiento de dosis fijas, la variabilidad implícita a la enfermedad aconseja una variabilidad en el tratamiento dependiendo de los síntomas o, temporalmente, por el seguimiento de los valores del flujo máximo que puedan tener los pacientes en su evolución. Según cómo estén los síntomas, así se aplicará la intensidad del tratamiento. Por tanto, el asmático requiere una educación añadida para que sepa modular la intensidad de los fármacos. Ha de tener la programación de dosis para cada una de las circunstancias pero siempre con un control médico.

¿Existe una necesidad de simplificar el tratamiento?

Esto es algo general en todas las patologías y las respiratorias no lo van a ser menos. Una de las características para favorecer la adherencia al tratamiento es la comodidad de su aplicación. Afortunadamente contamos con la vía inhalada que es una vía de acceso fácil y con pocos efectos secundarios.

¿Qué beneficios aporta la asociación de corticoides inhalados y broncodilatador en un solo dispositivo de inhalación?

Creo que supone un paso claramente favorable para facilitar la administración, la adherencia, el cumplimiento y la comodidad para el paciente.

¿Es cierto que muchos pacientes no saben utilizar correctamente los dispositivos de inhalación?

Efectivamente, requiere un aprendizaje, no es tan sencillo como digerir un comprimido, pero desde que han salido los nuevos dispositivos de inhalación de polvo es mucho más fácil y se evitan los grandes problemas de sincronización que había con los dispositivos presurizados. En mi opinión, ha supuesto un gran avance en la eficacia de estos fármacos.

La aparición de estas nuevas terapias ¿ha repercutido en un mayor cumplimiento de las terapias?

El cumplimiento del tratamiento es uno de los grandes temas pendientes en todas las especialidades. La aparición en el mercado de los fármacos de larga duración que se administran una o dos veces al día, fue algo que facilitó mucho el cumplimiento terapéutico aunque todavía no hemos llegado a un cumplimiento del cien por cien.

El paciente sólo se acuerda de su enfermedad cuando tiene síntomas pero cuando se encuentra bien olvida con facilidad la medicación. Por ello, hay que insistir en que son enfermedades crónicas y que si se deja de tomar la medicación pueden reaparecer los síntomas. Son tratamientos crónicos, no sintomáticos, por lo que el objetivo de la terapia no es controlar el síntoma, sino que no aparezca.

¿Cómo es la calidad de vida de un paciente asmático?

Depende de la severidad de los síntomas. Un asma intermitente posiblemente no tenga apenas efecto en su vida, pero la enfermedad persistente sí. La vida del paciente, en estos casos, se puede ver condicionada, ya que, por ejemplo, cuando hace frío no puede salir a la calle o tiene que dejar de hacer algunas actividades por problemas de síntomas.

¿Qué gasto sanitario genera el asma?

Por deducción, el asma persistente grave implica más gastos directos por hospitalizaciones, fármacos y gastos indirectos por incapacidades o absentismo laboral, que los leves o intermitentes, al igual que ocurre con la EPOC. La hospitalización es lo que más encarece el costo sanitario de la enfermedad, muy por encima del tratamiento farmacológico. Eso sí, se producen menos hospitalizaciones de asmáticos que de enfermos de EPOC.