

La historia clínica y el examen físico son útiles para el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica

The accuracy of patient history, wheezing, and laryngeal measurements in diagnosing Obstructive Airway Disease. Straus S, Mc Alister F, Sackett D et al. *JAMA*. 2000 abril 12; 283:1853-7.

Objetivo

Determinar la precisión de algunos aspectos de la historia clínica y el examen físico para el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Diseño

Estudio de corte transversal.

Lugar

Estudio multicéntrico realizado en 14 países. Incluyó centros de atención primaria (50%) y centros de segundo nivel (50%).

Pacientes

Se incluyeron 332 pacientes en tres categorías: pacientes que se sabían EPOC (25%), pacientes que se sospechaba EPOC (37%) y pacientes que no se sabían ni se sospechaba EPOC (39%). Los 309 pacientes que se analizaron (se excluyeron 23 por asma previo) tenían una edad media de 56 años y el 43% eran mujeres. El 39% de los pacientes analizados fueron no fumadores.

Descripción de los test y el test de referencia (gold standard)

Las variables de la historia clínica estudiadas fueron: la edad, el autoreporte del paciente como EPOC, el grado de tabaquismo (paquetes/año), la presencia de sibilancias y la altura laríngea medida desde el cartilago tiroides al hueco supraesternal. La altura laríngea máxima se midió al final de la espiración, y la mínima al final de la inspiración. Se definió como descenso laríngeo a la diferencia entre la máxima y mínima longitud laríngea. A todos los pacientes incluidos se les realizó una espirometría. El operador que realizaba la espirometría desconocía los resultados del examen clínico.

Medición de los resultados

Se calcularon la sensibilidad, especificidad y los coeficientes de probabilidad ("likelihood ratios")* de las variables estudiadas.

Resultados Principales

De los 309 pacientes analizados 162 (52%) tuvieron una espirometría con criterios de EPOC. La altura laríngea mínima y máxima fue menor en pacientes que cumplían criterios espirométricos de EPOC (3,8 cm vs 4,6 cm, y 5,4 cm vs 6,3 cm, ambas $p < 0,01$). El descenso laríngeo no se asoció al diagnóstico de EPOC. Los hallazgos que predicen EPOC del análisis multivariado* se reportan en la Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Coeficientes de probabilidad ajustados de todos los pacientes analizados N = 309

Variable estudiada	Variable Presente Coeficiente de probabilidad positivo	Variable Ausente Coeficiente de probabilidad negativo
1. Auto-reporte de EPOC	7.3	0.5
2. Tabaquismo > de 40 paquetes/año	8.3	0.8
3. Edad \geq de 45 años	1.3	0.4
4. Altura laríngea máxima = de 4 cm	2.8	0.8
Las 4 variables combinadas	220.5	0.13

Tabla 2. Coeficientes de probabilidad ajustados sin incluir a los pacientes EPOC conocidos N = 233

Variable estudiada	Variable Presente Coeficiente de probabilidad positivo	Variable Ausente Coeficiente de probabilidad negativo
1. Tabaquismo > de 40 paquetes/año	11.6	0.9
2. Edad \geq de 45 años	1.4	0.5
3. Altura laríngea máxima = de 4 cm	3.6	0.7
Las 3 variables combinadas	58.5	0.32

Conclusiones

La edad mayor de 45 años, fumar más de 40 paquetes/año, la altura laríngea = a 4 cm al final de la espiración y el autoreporte de EPOC, son los datos de la historia clínica y el examen físico que mayor rendimiento diagnóstico tienen para EPOC. Las sibilancias y el descenso traqueal son de escaso valor diagnóstico.

Fuente de financiamiento: No referida.

Comentario

Si bien es cierto hacen falta estudios que validen el modelo de predicción (como concluyen los autores), este artículo aporta una herramienta diagnóstica de utilidad para la práctica cotidiana.

En línea general, el examen clínico aporta escasos signos y síntomas lo suficientemente sensibles y precoces como para hacer diagnóstico temprano de EPOC. Lamentablemente, la gran mayoría de los diagnósticos de EPOC, se hacen cuando el paciente consulta con síntomas (disnea de esfuerzo o tos crónica) y a esta altura el grado de deterioro es de moderado a avanzado. Por tal motivo si queremos hacer prevención primaria de la EPOC, es fundamental trabajar sobre el tabaquismo antes que empiecen los síntomas y así evitar el principal factor de riesgo para desarrollarla.

Los resultados de este estudio se reportan con un valor denominado "Coeficiente de Probabilidad" el cual expresa cuántas veces más probable es encontrar ese resultado en un EPOC que encontrarlo en un no-EPOC. Tomando un ejemplo del presente estudio que se observa en la tabla 2: un sujeto mayor de 45 años que fuma más de 40 paquetes año y que tiene una altura laríngea = a 4 cm (es decir que tiene las 3 variables estudiadas presentes), tiene 58.5 veces más chance de ser un paciente EPOC que de no serlo. El coeficiente de probabilidad tiene gran

utilidad clínica, ya que brinda información valiosa acerca de cómo interpretar el resultado de un test diagnóstico y es independiente de la probabilidad previa de la patología. En pacientes que reúnan estas características, con alto rendimiento diagnóstico, prácticamente se podría prescindir de la espirometría para el diagnóstico de EPOC.

Sin embargo en la EPOC, la utilidad de la espirometría no es sólo diagnóstica. Una de las utilidades que cumple, es en el monitoreo de la respuesta a los nuevos tratamientos. Es sabido que ciertas drogas que se utilizan en el manejo de la EPOC (ej. aminofilina o corticoides) tienen efectos adversos serios y por lo tanto se aconseja documentar objetivamente la respuesta espirométrica cuando se las utiliza.

Otra utilidad de la espirometría en el manejo de la EPOC es con fines pronósticos. Numerosos estudios mostraron que existe relación entre los valores espirométricos de los pacientes con EPOC y la tasa de sobrevida (tanto durante como fuera de la exacerbación).¹⁻³

Como conclusión final es importante destacar que este estudio corrobora algo que ya se sabía previamente:⁴ el factor predictor más poderoso en el examen clínico del paciente, excluyendo el autoreporte de EPOC, es el grado de tabaquismo.

Dr. Pablo Jinich [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires]

*Ver glosario

Referencias

1. Thomason MP, Strachan DP y col. Which spirometric indices best predict subsequent death from chronic obstructive pulmonary disease? *Thorax* 2000;55(9):785-8.
2. Traver GA, Cline MG y col. Predictors of mortality in chronic obstructive pulmonary disease. A 15 year follow up study. *Am Rev Respir Dis* 1979;119(6):895-902.
3. Niewoehner DE, Collins D y col. Relation of FEV1 to clinical outcomes during exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 2000;161(4):1201-5.
4. Holleman DR Jr, Simel DL. Does the clinical examination predict airflow limitation?. *JAMA* 1995; 273(4):313-9.

