

# editorial

En los enfermos con angor “variante”, la *enfermedad coronaria* por isquemia miocárdica sin obstrucción coronaria presenta unas destacadas analogías fisiopatológicas con el asma que dan soporte a atractivas hipótesis, con implicaciones en la patogenia y planteamiento terapéutico de la isquemia coronaria. El **Dr. Cesar Picado**, del Hospital Clínico de Barcelona, UB, comenta rigurosa y sistemáticamente la posible relevancia de los mecanismos de la inflamación eosinofílica-mastocítica de los vasos coronarios en enfermos con isquemia miocárdica sin obstrucción coronaria, destaca su paralelismo con los rasgos característicos de la inflamación asmática y pone de manifiesto las posibles implicaciones terapéuticas de estas relaciones.

Hace ahora treinta y cuatro años que Butland y sus colegas propusieron *la marcha de 6 minutos* para sustituir a la de 12 minutos, hasta entonces más popular entre los interesados. Observaban que la de 12 min. mostraba una varianza ligeramente mayor, lo que interpretaron como resultado de la mayor demanda de esfuerzo que imponía a pacientes ya limitados. En su favor, la de 6 min consumía menos tiempo y se podía aplicar a pacientes más limitados. Los años transcurridos desde entonces han colocado a esta prueba rápida, barata, accesible y reproducible, entre los mejores recursos para evaluar el estado funcional de enfermos respiratorios crónicos, su pronóstico y su respuesta a diversos tratamientos. La iniciativa de los **Dres. González Mangado y Rodríguez Nieto** de la Fundación Giménez Díaz presenta breve y lúcidamente los aspectos fundamentales de la técnica, sus requisitos, forma de realizarla y su interpretación. Con ello ofrecen un recurso excelente y accesible a los interesados en la medicina respiratoria, tanto la hospitalaria como la extra-hospitalaria.

El **Dr. Alberto Capelastegui**, del Hospital de Galdakao en Vizcaya, ha tenido la valentía de aceptar nuestro ruego y plasmar por escrito unas ideas sobre la *figura del jefe de servicio de neumología en el futuro*. A grandes rasgos, aquí les avanzo algunas de sus reflexiones: En la planificación sanitaria futura primará la atención centrada en el paciente desde un punto de vista integral e integrado, con un especial énfasis en la asistencia y cuidado del paciente crónico y pluripatológico. Para satisfacer estas exigencias, el neumólogo, además de seguir profundizando en las competencias específicas de su especialidad, deberá asumir un papel protagonista y de liderazgo en estos cambios, salir del hospital y aliarse con la atención primaria, incorporando a la enfermería en sus nuevos roles y desarrollar nuevas estructuras organizativas. Colocar al paciente en el centro del sistema sanitario

conlleva primar el trabajo coordinado, multidisciplinar y la atención integral, integrada y continuada. Todo ello requerirá la coordinación con la atención primaria y la distribución del trabajo por niveles. Para liderar un equipo de colegas altamente cualificados debe empezarse por asumir que el valor añadido que el jefe de servicio debe aportar a su grupo no es tanto el de ser un excelente neumólogo (que no sería contraproducente) como ser capaz de liderar un grupo de trabajo, pues ese es su cometido fundamental.

El asma es una enfermedad característicamente variable en intensidad y de curso irregular. Estos rasgos reclaman, más que en otros procesos, una participación del paciente activa y conocedora para afrontar las diferentes situaciones y controlar los síntomas. Como en el caso del paciente diabético, el asmático debe aprender a evaluar los cambios, ajustar su medicación y prevenir situaciones de compromiso. Para todo ello necesita ser adecuadamente educado. **El Dr. José M. Ignacio**, neumólogo del Hospital Quirón de Marbella, con prolongada experiencia en la educación del enfermo asmático, presenta en este número diversos *programas de educación* y se detiene con particular interés en la "*intervención educativa corta*", por ser esta, una de las propuestas más atractivas y fáciles de llevar a cabo en un contexto de medicina ambulatoria muy sobrecargada como es la común hoy día. Su propuesta es a la vez atractiva y factible, aun en un contexto clínico tan sobrecargado como el actual.

El **Dr. Molina** y *colaboradores*, todos ellos dedicados a Medicina de Familia y Comunitaria, presentan el *manejo clínico de los pacientes con EPOC en su ámbito de actuación*. Sus reflexiones se centran en las posibilidades y limitaciones que la atención primaria ofrece para mejorar el diagnóstico y seguimiento del paciente con EPOC. En particular destacan la utilidad de la espirometría para cubrir estos objetivos, y las dificultades de alcanzar la necesaria calidad técnica de la prueba para que sus datos sean útiles. Desgraciadamente, la realización de la espirometría fuera del laboratorio de función pulmonar se muestra una empresa ardua. El hecho resulta difícil de explicar, en particular cuando otras actuaciones que requieren disciplina, control de calidad y exigencias técnicas similares o superiores se consiguen con normalidad. Es el caso del control del paciente diabético o del hipertenso, tareas casi habituales en la asistencia primaria.

El **Dr. Pedro Pablo España**, del H. de Galdakao, Vizcaya, presenta una muy interesante *evaluación clínica y económica del impacto de la neumonía neumocócica*, la forma más representativa de la infección neumocócica. En su trabajo, el Dr. España insiste, además, en la necesidad de impulsar las medidas más eficaces para su prevención: los hábitos sanitarios y la vacunación anti-neumocócica.

Como es habitual en Medicina Respiratoria, el contenido del presente número es variado en los temas recogidos y en el enfoque de los mismos. Se pretende así ofrecer la máxima cobertura de la especialidad y el mayor interés de los lectores. Con la esperanza de no defraudarles,

Dr. Joaquín Sanchis