

El diagnóstico médico de asma debería ser reevaluado en pacientes sin tratamiento y asintomáticos

Physician-diagnosed asthma should be reassessed in untreated asymptomatic patients

Aaron SD y col. JAMA 2017; 317:269-279.

Objetivos

Determinar si el diagnóstico médico de asma puede ser descartado en pacientes con diagnóstico reciente.

Diseño, lugar y tiempo

Cohorte prospectiva multicéntrica realizada en 10 ciudades de Canadá desde 2012 a 2016.

Pacientes

Se incluyeron, mediante aleatorización telefónica, adultos de al menos 18 años con diagnóstico de asma dentro de los últimos cinco años. Fueron excluidos aquellos con uso crónico de corticoides orales, embarazadas, con historia de tabaquismo mayor de 10 paquetes-año, imposibilidad de realizar la espirometría o contraindicaciones para realizar la prueba de provocación bronquial. Siguiendo un algoritmo diagnóstico los pacientes fueron sometidos secuencialmente a: realizar espirometrías pre y pos-broncodilatadores, prueba de provocación bronquial con metacolina, suspender medicación para control del asma, evaluación por neumonólogos y seguimiento clínico por un año.

Se consideraron como diagnóstico de asma confirmado: Si el volumen espirado en el primer segundo (VEF1) en la prueba pos-broncodilatación mejoraba $\geq 12\%$ y 200 ml, la disminución del VEF1 $\geq 20\%$ con ≤ 8 mg/ml de metacolina, la exacerbación o empeoramiento del asma según criterio médico y el diagnóstico de asma a criterio de tres neumonólogos. El diagnóstico de asma

fue descartado: en aquellos con ausencia de obstrucción reversible de la vía aérea, prueba de broncoprovocación negativa y que no hayan presentado síntomas compatibles con asma según criterio médico durante el seguimiento después de haber suspendido los medicamentos para el control del asma.

Medición de resultados principales

El resultado principal fue la proporción de pacientes con diagnóstico de asma descartado. El resultado secundario, la proporción de pacientes con diagnóstico de asma descartado después de los 12 meses de seguimiento.

Resultados principales

Fueron incluidos 701 participantes, de los cuales 603 (86%) finalizaron el estudio. El diagnóstico de asma fue descartado en 203 (33,1%) casos (IC 95% 29,4 a 36,8%). Después de un año de seguimiento, 181 (29,5%) continuaban sin evidencias clínicas o de laboratorio de asma (IC 95% 25,9 a 33,1%). Los pacientes con asma descartado comparados con los que el diagnóstico fue confirmado, presentaron una menor proporción de determinantes de asma (Ver Tabla 1), una mejor función pulmonar, usaban con menor frecuencia medicaciones para el asma (79,3% vs 90,2%; diferencia absoluta 10,9%; IC 95% 4,7 a 17,2%) o medicamentos para el control del asma (35% vs 49,3%; diferencia absoluta 14,3%; IC 95% 6,1 a 22,4%). Los pacientes con asma descartado, habían realizado menos espirometrías para el diagnóstico inicial.

Tabla 1. Odds Ratios ajustados y diferencias de riesgo absoluto para determinantes de asma.

Resultado	Asma confirmado n/N (%)	Asma Excluido n/N (%)	Diferencia de riesgo absoluta (IC 95%)	OR* (IC 95%)	p Valor
Uso diario de medicaciones para el asma	163/317 (51,4)	59/144 (41)	8,70% (0,45 a 16,94)	1,63 (1,04 a 2,55)	0,03
Sibilancias dentro de los 12 meses	261/317 (82,3)	92/144 (63,9)	19,11% (8,17 a 30,05)	2,57 (1,50 a 4,39)	0,001

*OR: odds ratio ajustado por edad, sexo e índice de masa corporal. IC: intervalo de confianza.

Conclusión

El diagnóstico médico de asma pudo ser descartado en 33,1% de los casos.

Fuente de Financiamiento: Beca MOP-115073 del Canadian Institutes of Health Research. Methapharm proveyó provocolina, Trudell Medical International los medidores de pico flujo y ASDE Survey Sampler organizó la aleatorización telefónica. **Conflicto de interés:** todos los autores hicieron sus declaraciones de participación en la industria.

Comentario

El diagnóstico de asma se basa en la historia de síntomas respiratorios repetidos (tos, sibilancias, disnea u opresión torácica), que varían en el tiempo e intensidad, asociados a una limitación variable al flujo aéreo¹. Es una enfermedad que suele estar sobrediagnosticada y se confunde con otras patologías². Por ese motivo las guías NICE y GINA, entre otras, sugieren que el diagnóstico debe apoyarse en pruebas diagnósticas objetivas como la espirometría pre y posbroncodilatadores, el pico flujo y la prueba de provocación bronquial^{1,3}. El sobretratamiento de pacientes con asma controlado o sin asma conlleva, además del estigma, un aumento en los costos, riesgo de efectos adversos a los medicamentos y desconocimiento de patologías cardiorrespiratorias serias. En el presente estudio vale destacar que en un tercio de

los pacientes el diagnóstico médico de asma fue descartado, que 12 (2%) pacientes tenían patologías cardiorrespiratorias serias que no habían sido diagnosticadas y que la falta de realización de estudios diagnósticos objetivos en la valoración inicial se asoció a mayores errores diagnósticos.

Conclusiones del comentarista: En el abordaje diagnóstico inicial de un paciente con sospecha de asma se deben usar pruebas objetivas para evitar errores en el diagnóstico. En los pacientes con diagnóstico médico de asma se debería reevaluar el diagnóstico para confirmarlo o excluirlo, principalmente en aquellos que están asintomáticos a pesar de no usar medicamentos preventivos o de rescate para el asma.

Horacio Matías Castro [Sección de Neumonología, Hospital Italiano de Buenos Aires. matias.castro@hospitalitaliano.org.ar]

Castro HM. El diagnóstico médico de asma debería ser reevaluado en pacientes sin tratamiento y asintomáticos. Evid Actual Pract Ambul 2018;21(4):114. Comentario de: Aaron SD, V y col. Reevaluation of diagnosis in Adults with physician-Diagnosed Asthma. JAMA.2017;317(3):269-279. PMID: 28114551

Referencias

1. Global Strategy For Asthma Management and Prevention. Global Initiative For Asthma (GINA), 2017. www.ginasthma.org.
2. Heffler E, y col. Prevalence of over-/misdiagnosis of asthma in patients referred to an allergy clinic. J Asthma. 2015;52(9):931-934.
3. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guideline, 2017. www.nice.org.uk/guidance/ng80.