



## Cartas al Director

### El control del asma: del mito a la realidad

#### *Asthma Control: From Myth to Reality*

Sr. Director:

Entre las acepciones de la palabra “mito”, según el *Diccionario del español actual*<sup>1</sup>, figura la siguiente: “Imagen o concepto magnificado de alguien o algo”. En mi opinión, esta definición se ajusta al sentir generalizado sobre el control del asma. Hace 10 años que Barnes y Woolcock<sup>2</sup> publicaron en el *European Respiratory Journal*<sup>2</sup> su trabajo sobre el asma de difícil manejo, donde afirmaban que sólo uno de cada 20 asmáticos no respondía a dosis de 2.000 µg de corticoides inhalados por día y, por lo tanto, era el pequeño sector de asmáticos destinados a estudio en unidades especializadas. Al año de esa publicación, el estudio AIRE sobre el control del asma en Europa fue pesimista, ya que anunció que, de los 73.800 asmáticos preguntados por teléfono sobre su enfermedad, el 63% usaba medicaciones de alivio rápido, frente a sólo un 23% de corticoides inhalados<sup>3</sup>. Aunque ya han transcurrido más de 15 años desde que, en 1993, vio la luz la guía Global Initiative for Asthma (GINA)<sup>4</sup> con la intención de emitir una norma a fin de mejorar el control del asma, la realidad es obstinada por el escaso éxito obtenido, no ya entre los pacientes (percepción de su asma o falta de habilidad en la administración del tratamiento o cumplimiento de éste), sino entre los mismos médicos, pues en una reciente publicación de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA se pone de manifiesto que hasta un 36% de los médicos asegura seguir poco o nada la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA), adaptación de la GINA<sup>5</sup>. Otra prueba del estado del control del asma en España se aportó en las comunicaciones de la Sesión de Pósters número 110 del reciente Congreso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), celebrado en mayo de 2008, donde ejercí de moderador. Era una sesión que trataba de la epidemiología del asma. Cinco trabajos analizaban series de asmáticos en cuanto a ingresos hospitalarios, ingresos en la unidad de vigilancia intensiva, mortalidad del asma e incidencia del asma en la edad adulta, y uno ofrecía un análisis descriptivo de la población asmática en un área sanitaria. Pues bien, en la discusión posterior se expusieron a modo de resumen 3 importantes cuestiones para reflexionar: a) uso subóptimo de corticoides inhalados, pues en una serie el 45,9% de los asmáticos que entraron en la unidad de vigilancia intensiva no los utilizaba, y en otro estudio un 73,9% no los empleaba, cuando el diagnóstico era de asma grave; b) el tabaquismo, en el que tan poco hincapié hacen las guías, se observaba en el 67,3, el 50 y el 49,5% de las series que lo analizaban, y c) en cuanto al uso médico de la guía GEMA, es generalizado el desconcierto, no ya en lo referente a la utilización de la corticoterapia, sino por la escasa aplicación de principios fáciles para conseguir un buen control del asma. Por ejemplo, en el 78% de los asmáticos no había un plan de automanejo por escrito y en el 85% no había información previa sobre su enfermedad. Nada se mencionaba sobre la habilidad en el uso de inhaladores y el

cumplimiento de este tratamiento, una cuestión muy debatida por el poco hincapié que al respecto hacen las guías<sup>6</sup>.

Con todo, la situación del control del asma no es mejor en el extranjero. En un reciente estudio europeo<sup>7</sup> se estimó, sobre una población de 1.241 adultos con asma, que 6 de cada 7 no alcanzaban un buen control debido a un tratamiento subóptimo, y en EE.UU. Wolfenden et al<sup>8</sup> exponen, en un análisis de más de 4.000 asmáticos, que no se aplicaba tratamiento corticoide en un 32% de aquéllos con asma grave y en el 47% de aquéllos con asma moderada. Ante tamaño descontrol, algo habrá que decir sobre la utilidad real de las guías. En mi opinión, la guía GINA tiene 2 defectos desde la perspectiva del médico de asistencia primaria, que es quien controla y deriva a una gran parte de los asmáticos: a) es confusa en su aplicación, sobre todo en lo que se refiere a los corticoides inhalados, el eje básico del tratamiento de toda asma que no sea intermitente, porque la medicación se administra mayoritariamente junto a agonistas  $\beta_2$  de larga acción y las evidencias sobre las cantidades a prescribir y las asociaciones potenciales no son fáciles de asimilar. ¿No deberíamos hacer especial énfasis en tratar a un paciente simplemente con la cantidad de corticoides inhalados necesarios para que alcance el control?, y b) es preciso prestar mayor atención a los factores que pueden ser decisivos en la falta del control del asma, una vez bien aplicado el tratamiento antiinflamatorio, como son el control del tabaco como factor que disminuye el efecto de los corticoides<sup>9</sup> y el cumplimiento terapéutico y la habilidad en el uso de los aerosoles, pues la Neumología es la única especialidad médica cuya medicación más frecuente requiere una habilidad aprendida, junto quizá a la Endocrinología, cuya responsabilidad es que los diabéticos se administren bien la insulina.

Por lo expuesto, se perciben varios principios que deben aplicarse rotundamente: a) seguridad máxima en el primer contacto del asmático con la medicina primaria, con la aplicación de los estadios de tratamiento GEMA, la correcta atención al paciente y el cumplimiento del tratamiento, y si precisa, b) enviar a una consulta hospitalaria especializada de asma para evaluar los 3 aspectos antes mencionados. Será entonces el especialista quien se pregunte por qué no se controla esta asma; es decir, nos encontraremos con ese 5% de asmáticos de difícil control que se comentaba al principio, porque no les basta con 2.000 µg de corticoides inhalados al día. Además, deben establecerse pautas de seguimiento muy frecuentes, cada 3 meses, que es el período mínimo que se menciona en todas las guías para decidir la disminución de la potencia del tratamiento antiinflamatorio una vez controlada el asma, o bien para decidir retirarlo, pero después de un año de ausencia total de síntomas. En realidad, ¿cuántos médicos actúan así?

Un último comentario sobre la peculiar fisiología de la inflamación asmática alumbra un poco el problema aquí comentado, y es que la necesidad de medicación diaria debe ser prioritaria en el asma no intermitente. Aunque el paciente se encuentre asintomático, debe concienciarse de que, por lo que sabemos, la hiperreactividad bronquial tarda muchos meses en disminuir y, por lo tanto, se exigen grandes dosis de paciencia. Parece que en la gran mayoría de los pacientes el asma se controla

fácilmente si existe una convergencia/complicidad con el médico, pero no es menos cierto lo contrario, es decir, que si hay una divergencia los resultados son más bien nefastos, por lo que debemos cavilar acerca de por qué, a pesar del ingente esfuerzo en investigación, el control del asma sigue siendo igual o peor que hace 15 años. ¿Alguien conoce algún médico que atienda a un asmático y, tras prescribirle corticoides inhalados, le diga: “Vuelva usted dentro de año”?

## Bibliografía

1. Seco M, Andrés O, Ramos G. Diccionario del español actual. Madrid: Aguilar; 1999.
2. Barnes PJ, Woolcock AJ. Difficult asthma. *Eur Respir J*. 1998;12:1209-18.
3. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J*. 2000;16:802-7.
4. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO workshop report. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. January 1995. NIH publication 95-3659.

doi:10.1016/j.arbres.2008.09.008

5. Plaza V, Bolívar I, Giner J, Lauger MA, López-Viña A, Quintano JA, et al. Opinión, conocimientos y grado de seguimiento referidos por los profesionales sanitarios españoles de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Proyecto GEMA-TEST. *Arch Bronconeumol*. 2008;44:245-51.
6. Barnes PJ. Achieving asthma control. *Curr Med Res Opin*. 2005;21(Suppl 4):S5-9.
7. Cazzoletti L, Marcon A, Janson C, Corsico A, Jarvis D, Pin I, et al. Asthma control in Europe: a real-world evaluation based on an international population-based study. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120:1360-7.
8. Wolfenden LL, Diette GB, Krishnan JA, Skinner EA, Steinwachs DM, Wu AW. Lower physician estimate of underlying asthma severity leads to under-treatment. *Arch Intern Med*. 2003;163:231-6.
9. Pacheco-Galván A. Asma y tabaco, una conexión inmunológica. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:213-5.

Adalberto Pacheco-Galván

Servicio de Neumología, Unidad de Asma y Tos de Dificil Manejo,  
Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España  
Correo electrónico: [apacheco.hrc@salud.madrid.org](mailto:apacheco.hrc@salud.madrid.org)

## Rendimiento diagnóstico del cultivo de micobacterias en derrames pleurales de origen tuberculoso

### Diagnostic Yield of Culture for Mycobacteria in Tuberculous Pleural Effusions

Sr. Director:

Una de las causas de derrame pleural más comunes en nuestro medio es la tuberculosis pulmonar. Sin embargo, a veces no resulta sencillo confirmar su origen tuberculoso. La técnica confirmatoria de referencia, junto con la biopsia pleural, continúa siendo el cultivo microbiológico del líquido remitido al Laboratorio de Microbiología, donde con frecuencia se siembra en medios de cultivo convencionales y, además, en medios específicos para micobacterias. Clásicamente las expectativas de crecimiento de micobacterias han sido bajas<sup>1</sup>, con porcentajes de aislamiento muy variables, entre un 8,5%<sup>2</sup> y un 35%<sup>3</sup> según los estudios, aunque en nuestro medio no están claramente establecidos.

Para conocer el rendimiento de esta técnica en nuestro medio, en el Laboratorio de Microbiología del Hospital El Bierzo hemos realizado un estudio retrospectivo que comprende todas las muestras de líquido pleural con solicitud de tinción y cultivo de micobacterias en un período de 17 años (1992-2008). Se recibieron en total 1.440 muestras de líquido pleural procedentes de diferentes pacientes. Las muestras se centrifugaron y con el sedimento se realizó tinción fluorescente y siembra en medios de Löwenstein-Jensen y Coletos. Tras la incorporación del cultivo de micobacterias automatizado en medio líquido a nuestra práctica habitual, a partir de 2002 se inoculó además un frasco de medio líquido por muestra.

El rendimiento de la tinción fluorescente fue muy bajo (0,0007%), resultando positiva en tan sólo una ocasión. Considerando conjuntamente los medios sólidos y líquidos, el cultivo de micobacterias fue positivo en 36 ocasiones, lo que constituye un 2,5% de todos los líquidos pleurales recibidos para cultivo de micobacterias (tabla 1). En la mayoría de los casos (64%) el crecimiento de colonias se produjo entre la segunda y quinta semanas de incubación en medios sólidos. En 5 ocasiones hubo que esperar hasta la octava semana de incubación para obtener crecimiento de tan sólo 2 o 3 colonias. El crecimiento de colonias fue en general muy escaso, ya que en un 28% de los casos sólo

creció una colonia y en un 50% el número de colonias fue inferior a 10. Este hecho, aparentemente intrascendente, retrasó el proceso de identificación, la elaboración del antibiograma y el envío de las pruebas de sensibilidad al clínico. Hay que resaltar el hecho de que en la mayoría de los pacientes el líquido pleural fue la única muestra respiratoria en que se obtuvo crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis* y, por lo tanto, en casi todos ellos el cultivo de las muestras de esputo y de otras muestras respiratorias fue negativo.

La incorporación de la incubación automatizada de los medios líquidos a la práctica habitual ha permitido reducir los tiempos de incubación de *M. tuberculosis*. Sin embargo, al partir de un escaso número de bacterias en líquido pleural, los tiempos de detección son en general mayores que para otro tipo de muestras respiratorias.

A modo de conclusión queremos señalar que el cultivo para micobacterias del líquido pleural en un derrame de probable etiología tuberculosa ofrece por sí solo un bajo rendimiento diagnóstico, debido al bajo número de micobacterias presentes en el líquido pleural. Debería acompañarse, siempre que fuera posible, de la biopsia pleural dirigida, que obtiene mayores porcentajes de aislamiento<sup>4</sup>. Aunque para la decisión diagnóstica y terapéutica inicial son más útiles otros parámetros, como la determinación de la adenosin-desaminasa o de interferón en líquido pleural, el cultivo es el único método que permite confirmar el diagnóstico y conocer la sensibilidad a los tuberculostáticos de la cepa aislada.

**Tabla 1**

Resultados de la tinción y aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* en muestras de líquido pleural recibidas en el Hospital el Bierzo en un período de 17 años (1992-2008)

|                                 | N     | %      |
|---------------------------------|-------|--------|
| N.º total de líquidos pleurales | 1.440 | 100    |
| N.º de baciloscopias positivas  | 1     | 0,0007 |
| N.º de cultivos positivos       | 36    | 2,5    |
| Crecimiento de una sola colonia | 10    | 28     |
| Crecimiento < 10 colonias       | 18    | 50     |
| Crecimiento entre semanas 2 y 5 | 23    | 64     |
| Crecimiento en la semana 8      | 5     | 14     |