

Comentarios a la normativa SEPAR de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis con resistencia a fármacos



Comments on the SEPAR Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Drug-Resistant Tuberculosis

Estimado Director:

Agradecemos los acertados comentarios que el Dr. Pascual¹ ha realizado a la normativa que hemos publicado recientemente sobre el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (TB) con resistencia a fármacos². En su carta aborda 2 puntos que nos gustaría comentar.

Estamos totalmente de acuerdo con el primero de sus comentarios, referente a la buena actividad de los nuevos fármacos, bedaquilina y delamanid, frente a *Mycobacterium tuberculosis*. Por ello, en la tabla 3 de esta normativa², nosotros los subimos de nivel con respecto a lo que dice la OMS en sus recomendaciones de 2016³, y los incluimos en el grupo 4. Esto supone que estamos de acuerdo en que estos 2 fármacos deberían haber sido incluidos en el grupo C de la clasificación de la OMS³. Es más, ya nuestro grupo publicó un artículo en *European Respiratory Journal* en 2015, proponiendo incluso subir estos fármacos nuevos (junto con linezolid) por encima de los medicamentos inyectables de segunda línea⁴. Por qué no recomendamos de entrada pautas de tratamiento con estos fármacos no lo es tanto por su precio, sino porque pensamos que aún no hay suficiente evidencia para ello. Y así lo exponemos al encuadrarlos en el grupo 4, como fármacos muy buenos, pero aún con evidencia no suficiente. Pero al incluirlos en este grupo 4 ya estamos dando opción a que se puedan utilizar en estos esquemas de TB-MDR.

Con respecto al comentario de los esquemas acertados de TB-MDR, en la publicación de la OMS de 2016³ quedaron muchos asuntos poco claros, como los que comenta el Dr. Pascual. Por ello, y porque hubo múltiples preguntas sobre la aplicabilidad de estos esquemas en la práctica, la OMS publicó un documento posterior en el que aclaraba muchos de estos puntos controvertidos⁵. En esta publicación se estableció que la decisión de utilizar estos esquemas acertados no se debe basar en los test de sensibilidad a los otros fármacos del esquema que no sean las fluoroquinolonas o los inyectables de segunda línea. Y lo dice así porque acepta que los resultados de las pruebas de susceptibilidad a esos fármacos no son nada creíbles, ni siquiera para pirazinamida. Incluso llega a reconocer que, aunque haya una resistencia probada a pirazinamida, el clínico puede valorar el utilizar estos regímenes acertados⁵. Y el que no se puedan utilizar en las pacientes embarazadas o en TB extrapulmonar es, nuevamente, por falta de evidencia, aunque ya hay algunos países que sí los están utilizando.

Bibliografía

1. Pascual Pareja JF. Comentarios al tratamiento de la tuberculosis con resistencia. Arch Bronconeumol. 2018;54:297.
2. Caminero JA, Caylá JA, García-García JM, García-Pérez FJ, Palacios JJ, Ruiz Manzano J. Normativa SEPAR. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis con resistencia a fármacos. Arch Bronconeumol. 2017;53:501-9.
3. World Health Organization. WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis. 2016 update. World Health Organization Document. 2016:1-59. WHO/HTM/TB/2016.04.
4. Caminero JA, Scardigli A. Classification of antituberculosis drugs: A new proposal based on the most recent evidence. Eur Respir J. 2015;46:887-93.
5. World Health Organization. Frequently asked questions about the implementation of the new WHO recommendation on the use of the shorter MDR-TB regimen under programmatic conditions. 2016. Version: 20 December 2016.

José A. Caminero^{a,b,c,*}, Joan A. Caylá^{c,d},
José-María García-García^{c,e}, Francisco J. García-Pérez^{c,f},
Juan J. Palacios^{c,g} y Juan Ruiz-Manzano^{c,h,i}

^a Servicio de Neumología, Hospital General de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

^b Unidad de Tuberculosis con Multi-Drogo Resistencia, Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión), París, Francia

^c Programa Integrado de Investigación en Tuberculosis (PII TB) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR, Barcelona, España

^d Servicio de Epidemiología, Agència de Salut Pública de Barcelona, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España

^e Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España

^f Servicio de Neumología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^g Unidad de Referencia Regional de Micobacterias, Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^h Servicio de Neumología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

ⁱ CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcamlun@gobiernodecanarias.org (J.A. Caminero).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.12.015>
0300-2896/

© 2018 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Guías GesEPOC en ancianos: todavía camino por recorrer



GesEPOC Guidelines In The Elderly: Still A Long Way To Go

Estimado Director:

A raíz de la publicación de la versión actualizada de la guía GesEPOC¹, queremos felicitar a los autores de la misma, ya que dicha guía ha supuesto desde su publicación un antes y un después en el manejo de la EPOC en nuestro país, enriqueciéndose con la participación de nuevas sociedades científicas y aportando una visión más integral e integradora. Como en muchas otras entidades, el abordaje específico del paciente

anciano con EPOC es muy complejo, y afrontar todos los aspectos relacionados con el envejecimiento conlleva importantes dificultades. Sin embargo, creemos que alguna de las siguientes sugerencias puede ser de utilidad en posteriores revisiones del documento.

Más allá de la valoración clínica tradicional, el análisis de los síndromes geriátricos que condicionan de manera notable los diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos, debe incorporar una valoración geriátrica integral que incluya además de factores sociales, la presencia de circunstancias como defectos visuales o auditivos, déficits funcionales o cognitivos o alteraciones musculoesqueléticas como la sarcopenia. Estas últimas, por ejemplo, pueden condicionar la técnica inhalatoria para el correcto uso de dispositivos o la precisión diagnóstica.

Por otro lado, a pesar del reconocimiento de la comorbilidad como un factor destacado en el manejo del paciente con EPOC, en el anciano hay que incidir en enfermedades como la demencia desde fases iniciales. Las exacerbaciones por ejemplo están vinculadas al deterioro cognitivo, pudiendo llegar a ser un factor clave que puede descompensar a un paciente y hacerle cruzar el umbral diagnóstico hacia episodios de *delirium* o establecer el diagnóstico de demencia². Además, la importante multimorbilidad en esta población provoca de manera casi inherente la presencia de polifarmacia y mayor riesgo de iatrogenia farmacológica en una población ya vulnerable basalmente. El abordaje de la deprescripción, el uso de corticoides y sus efectos secundarios, y la necesidad de un abordaje sensato de la hiperglucemia son algunos de los aspectos que hay que abordar en futuros consensos.

Un factor muy importante a tener en cuenta también es el concepto de fragilidad. La prevalencia de fragilidad y pre-fragilidad en esta población en algunos estudios es del 6,6 y del 41,3%, respectivamente³. Estas cifras por sí mismas son ya reflejo de la importancia de detectar esta característica clínica para facilitar intervenciones más precoces⁴. Íntimamente ligado al concepto de fragilidad está el de funcionalidad. Los modelos tradicionales se han basado en la evaluación cuantitativa y cualitativa de las enfermedades, haciendo de este paradigma el foco principal de su atención. Sin embargo este enfoque ha quedado desfasado al seguir el prototipo arcaico de la medicina basada en enfermedades aisladas⁵. La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad, ya que la funcionalidad es la que determina la expectativa y la calidad de vida, así como los apoyos o recursos que requerirá, siendo uno de los mejores indicadores del estado de salud y predictor de discapacidad incidente.

Bibliografía

1. Miravittles M. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC) Versión 2017. Arch Bronconeumol. 2017;53 Supl 1:S1-64.
2. Zhang X, Cai X, Shi X, Zheng Z, Zhang A, Guo J, et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease as a Risk Factor for Cognitive Dysfunction: A Meta-Analysis of Current Studies. J Alzheimers Dis. 2016;52:101-11.
3. Limpawattana P, Putraveepong S, Inthasuwana P, Boonsawat W, Theerakulpisut D, Chindaprasit J. Frailty syndrome in ambulatory patients with COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017;12:1193-8.
4. Bone AE, Hepgul N, Kon S, Maddocks M. Sarcopenia and frailty in chronic respiratory disease. Chron Respir Dis. 2017;14:85-99.
5. Cesari M, Marzetti E, Thiem U, Perez-Zepeda MU, Abellan Van Kan G, Landi F, et al. The geriatric management of frailty as paradigm of «The end of the disease era». Eur J Intern Med. 2016;31:11-4.

Nicolás Martínez-Velilla^{a,b,c,*}, Cristina Ibarrola Guillén^c y José Javier Celorrio Astiz^c

^a Servicio de Geriatría, Complejo Hospitalario de Navarra, IdiSNA, CIBER de Fragilidad y Envejecimiento Saludable, Pamplona, Navarra, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria Navarra (IdiSNA), Pamplona, Navarra, España

^c Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nicolas.martinez.velilla@cfnavarra.es (N. Martínez-Velilla).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.09.019>
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Ventilación no invasiva en pacientes con neumonía sin EPOC? Efectos beneficiosos y aspectos a tener en cuenta para evitar potenciales complicaciones



Non-Invasive Ventilation In Non-COPD Subjects With Pneumonia: Benefits And Potential Complications

Estimado Director:

La indicación de la ventilación mecánica no invasiva (VNI) representa una opción terapéutica frecuente, pero también controvertida en el tratamiento de la neumonía aguda grave (NAG) para aquellos pacientes que requieren ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI)¹. Tras una correcta aplicación precoz y selección adecuada de los pacientes subsidiarios de esta opción terapéutica, es preciso la detección rápida de los signos de fracaso debido a que el retraso de la intubación endotraqueal (IOT) supone un aumento de la mortalidad².

En esta línea, hemos leído con gran interés el estudio de Rialp G et al. sobre el uso de la VNI en pacientes con NAG no afectos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), sin embargo consideramos que es necesario clarificar algunos aspectos clave por las implicaciones prácticas que conlleva su lectura y potencial aplicación en la práctica diaria³.

En primer lugar, es controvertido la interpretación del valor de PCO₂ en pacientes no EPOC. En este estudio el nivel de PaCO₂ fue

más alto en los pacientes tratados inicialmente con VNI que los que recibieron ventilación mecánica invasiva (VMI). No está claro este sesgo y en nuestra opinión, es difícil considerar que todos los pacientes de este estudio no tienen EPOC únicamente en función de los síntomas de disnea, tos crónica y expectoración, ya que para establecer este diagnóstico es fundamental disponer de datos espirométricos. Por lo tanto consideramos que deberían tenerse en cuenta otros factores que expliquen los valores de hipercapnia en ambos grupos⁴.

Como puntos clave útiles no reflejados estos valores de PaCO₂ más elevados podrían deberse a variaciones en los tiempos de inicio de este tratamiento en la UCI, tipo dispositivos utilizados, modo ventilatorio de los mismos, criterios de IOT empleados, nivel de bicarbonato y comorbilidades asociadas entre otros. Estas variables no han sido reflejadas con precisión en el estudio y podrían aclarar la alta tasa de fracaso de la VNI en comparación con otros estudios¹.

En segundo lugar, la rapidez en la decisión de IOT es un factor clave en la respuesta al tratamiento. El índice de retraso de la decisión en la IOT en un tiempo de «22 h», consideramos que es muy elevado, y puede condicionar la mayor mortalidad y respuesta a la VNI.

En tercer lugar los autores consideran que el fracaso la VNI, estaba más asociada a una situación de *shock* y peor respuesta de la VNI, sin embargo este tema es controvertido y como pone de manifiesto una reciente encuesta europea, el uso de la VNI no es una contraindicación absoluta y la IOT de inicio podría inducir una mayores riesgos⁴.