

Año	Revista	FI	Tema	Autores	Volumen/Páginas
2017	JAMA	44,4	Diagnóstico	Aaron SD, Vandemheen KL, FitzGerald JM, Ainslie M, Gupta S, Lemièrè C, et al.	317(3): 269-79

Texto en inglés

IMPORTANCE Although asthma is a chronic disease, the expected rate of spontaneous remissions of adult asthma and the stability of diagnosis are unknown.

OBJECTIVE To determine whether a diagnosis of current asthma could be ruled out and asthma medications safely stopped in randomly selected adults with physician-diagnosed asthma.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS A prospective, multicenter cohort study was conducted in 10 Canadian cities from January 2012 to February 2016. Random digit dialing was used to recruit adult participants who reported a history of physician-diagnosed asthma established within the past 5 years. Participants using long-term oral steroids and participants unable to be tested using spirometry were excluded. Information from the diagnosing physician was obtained to determine how the diagnosis of asthma was originally made in the community. Of 1026 potential participants who fulfilled eligibility criteria during telephone screening, 701 (68.3%) agreed to enter into the study. All participants were assessed with home peak flow and symptom monitoring, spirometry, and serial bronchial challenge tests, and those participants using daily asthma medications had their medications gradually tapered off over 4 study visits. Participants in whom a diagnosis of current asthma was ultimately ruled out were followed up clinically with repeated bronchial challenge tests over 1 year.

EXPOSURE Physician-diagnosed asthma established within the past 5 years.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES The primary outcome was the proportion of participants in whom a diagnosis of current asthma was ruled out, defined as participants who exhibited no evidence of acute worsening of asthma symptoms, reversible airflow obstruction, or bronchial hyperresponsiveness after having all asthma medications tapered off and after a study pulmonologist established an alternative diagnosis. Secondary outcomes included the proportion with asthma ruled out after 12 months and the proportion who underwent an appropriate initial diagnostic workup for asthma in the community.

RESULTS Of 701 participants (mean [SD] age, 51 [16] years; 467 women [67%]), 613 completed the study and could be conclusively evaluated for a diagnosis of current asthma. Current asthma was ruled out in 203 of 613 study participants (33.1%; 95%CI, 29.4%-36.8%). Twelve participants (2.0%) were found to have serious cardiorespiratory conditions that had been previously misdiagnosed as asthma in the community. After an additional 12 months of follow-up, 181 participants (29.5%; 95%CI, 25.9%-33.1%) continued to exhibit no clinical or laboratory evidence of

asthma. Participants in whom current asthma was ruled out, compared with those in whom it was confirmed, were less likely to have undergone testing for airflow limitation in the community at the time of initial diagnosis (43.8% vs 55.6%, respectively; absolute difference, 11.8%; 95%CI, 2.1%-21.5%).

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Among adults with physician-diagnosed asthma, a current diagnosis of asthma could not be established in 33.1% who were not using daily asthma medications or had medications weaned. In patients such as these, reassessing the asthma diagnosis may be warranted.

Reevaluación del diagnóstico en adultos con asma diagnosticada por un médico

IMPORTANCIA: aunque el asma es una enfermedad crónica, se desconoce la tasa esperada de remisiones espontáneas de asma en adultos y la estabilidad del diagnóstico.

OBJETIVO: determinar si se puede descartar un diagnóstico de asma actual y suspender los medicamentos para el asma de forma segura en adultos seleccionados al azar con asma previamente diagnosticada por un médico.

DISEÑO, CONFIGURACIÓN Y PARTICIPANTES: se realizó un estudio de cohortes prospectivo y multicéntrico en 10 ciudades canadienses, desde enero de 2012 hasta febrero de 2016. Mediante marcación telefónica digital aleatoria se reclutaron participantes adultos con antecedentes de asma diagnosticada previamente por un médico en los últimos 5 años. Se excluyeron los participantes que utilizaron glucocorticoides orales a largo plazo y los participantes que no pudieron someterse a una espirometría. Se obtuvo información del médico que realizó el diagnóstico para determinar cómo se hizo originalmente el diagnóstico de asma. De los 1.026 participantes potenciales que cumplieron con los criterios de elegibilidad durante la fase de llamadas telefónicas, 701 (68,3 %) aceptaron participar en el estudio. A todos los participantes se les evaluó el *peak flow* y la monitorización de los síntomas domiciliarios, la espirometría y pruebas bronquiales de provocación estándar; aquellos participantes que usaban medicamentos diarios para el asma redujeron gradualmente sus dosis a lo largo de 4 visitas del estudio. Los participantes en los que se descartó finalmente el diagnóstico de asma actual fueron seguidos clínicamente con test repetidos de provocación bronquial durante 1 año.

EXPOSICIÓN: asma diagnosticada previamente por un médico en los últimos 5 años.

PRINCIPALES RESULTADOS Y MEDIDAS: el resultado primario fue la proporción de participantes en quienes se descartó un diagnóstico de asma actual, definidos como participantes que no exhibieron evidencia de empeoramiento agudo de los síntomas de asma, obstrucción reversible del flujo aéreo o hiperreactividad bronquial tras la retirada gradual y completa de todos los medicamentos que utilizaba para el asma, y después de que un neumólogo del estudio estableciera un diagnóstico alternativo. Los resultados secundarios incluyeron la proporción de participantes con asma descartada después de 12 meses y la proporción que presentaron un diagnóstico inicial apropiado de asma en la comunidad.

RESULTADOS: de 701 participantes (edad media [DE], 51 [16] años, 467 mujeres [67 %]), 613 completaron el estudio y pudieron ser evaluados de manera concluyente para un diagnóstico de asma actual. El asma actual se descartó en 203 de 613 participantes del estudio (33,1 %, IC 95 %: 29,4-36,8%). Doce participantes (2,0 %) fueron diagnosticados de enfermedades cardiorrespiratorias graves que previamente habían sido diagnosticadas erróneamente como

asma. Después de 12 meses adicionales de seguimiento, 181 participantes (29,5 %, IC 95 %: 25,9-33,1 %) continuaron sin evidencia clínica o de laboratorio de asma. Los participantes en los que se descartó asma actual, en comparación con aquellos en los que se confirmó, tenían menos probabilidades de haberse sometido a pruebas de función pulmonar en el momento del diagnóstico inicial (43,8 % frente a 55,6 %, respectivamente, diferencia absoluta, 11,8 %; IC del 95 %: 2,1-21,5 %).

CONCLUSIONES Y RELEVANCIA: entre los adultos con asma diagnosticada previamente por un médico, no se pudo establecer un diagnóstico actual de asma en el 33,1 %; muchos de ellos no utilizaban diariamente sus medicamentos para el asma o los habían dejado de utilizar por su cuenta. En pacientes como éstos, reevaluar el diagnóstico de asma puede estar justificado.

Comentario del autor (Miguel Ángel Lobo Álvarez)

Diversos estudios han demostrado la desaparición del asma en un gran porcentaje de niños cuando crecen. Este porcentaje puede llegar a ser tan alto como de un 75 %. Algunos estudios en adultos han observado tasas de remisión entre el 3 y el 20 %.

El presente es un estudio de base poblacional en el que se realizaron llamadas telefónicas al azar a casi 17.000 adultos de ámbito urbano de Canadá para seleccionar a aquellos que cumplían sus criterios de elegibilidad, diseñados para obtener un grupo de pacientes con diagnóstico de asma por un médico y que estaban dispuestos y disponibles para confirmar dicho diagnóstico. A los pacientes seleccionados se les realizó una prueba broncodilatadora (PBD). Aquellos con PBD positiva fueron considerados pacientes asmáticos. Los que presentaron una PBD negativa fueron sometidos a una sucesión de tres pruebas de provocación con metacolina (PPM) realizadas cada tres semanas. Si alguna de estas pruebas resultó positiva, el paciente fue considerado como paciente asmático y dejó de participar en el proceso de evaluación. Durante el seguimiento que tuvo lugar las semanas en que se realizaron las PPM, se fue bajando la dosis de medicación antiasmática hasta su interrupción total antes de la última PPM. Finalmente, todos los pacientes con la PBD inicial y las tres PPM sucesivas negativas fueron considerados como pacientes en los que el asma había remitido o que habían sido diagnosticados erróneamente como asmáticos. El 33 % (203 participantes) cumplió esta condición.

Resulta interesante la comparación del grupo de pacientes que persistieron en el diagnóstico de asma con el de aquellos en los que se consideró que su asma había remitido con respecto a ciertas características. De este modo, se observó una significación estadística en el tipo de especialista-contexto clínico en que se realizó el diagnóstico inicial de asma, la realización de espirometría para el diagnóstico (72,7 % en el grupo que persistió con asma frente a 58,6 % en el que remitió el asma: 14,1 % de diferencia absoluta y 20 % relativa), la realización de pruebas de provocación bronquial o de mediciones seriadas de *peak flow* para el diagnóstico (21 % de diferencia relativa), el uso de glucocorticoides sistémicos para el asma en el último año (55 % de diferencia relativa), el uso actual de medicamentos antiasmáticos (12 %), el uso actual de medicamentos controladores del asma (29 %), los valores del FEV₁ pre y posbroncodilatador (hasta 10 puntos porcentuales en porcentaje respecto al valor de referencia), la presencia de disnea (10 %) o "pitos" (18 %) en el último año o el apartado de síntomas del cuestionario AQLQ (6 %).

A efectos prácticos, ¿deberíamos considerar que para descartar a un paciente previamente diagnosticado como con asma en la actualidad es necesario someterle a tres PPB?

Actualmente las guías sobre el manejo del asma recomiendan que en los pacientes estables se intente la disminución de las dosis de los fármacos y, si es posible, la retirada de los mismos. La valoración de los pacientes atendiendo a sus síntomas, a los valores espirométricos y de los registros de *peak flow* y al uso de medicación de rescate puede ser suficiente para llegar a establecer la remisión del asma de un paciente o la consideración de que su diagnóstico inicial fue erróneo.