

EDITORIAL

TOS, ASISTENCIA PRIMARIA Y OTRAS CUESTIONES

La gran prevalencia del asma, en creciente progresión, dificulta la asistencia de los pacientes por personal médico especializado (alergólogos, neumólogos) y por otra parte, la aparente simplificación del tratamiento basado en la administración de corticoides y beta₂-agonistas ambos por vía inhalatoria, hace que muchos enfermos sean asistidos por médicos no especialistas. Un tercer elemento añadido ha sido la introducción de la idea de que la tos prolongada o recidivante es una forma de manifestarse el asma (“tos equivalente asmático”)¹⁻³, lo cual ha contribuido erróneamente a simplificar el diagnóstico y, por lo tanto, a la práctica de tratamientos no siempre adecuados.

Como parece inevitable que el control de gran número de estos pacientes lo lleven a cabo médicos de Asistencia Primaria, es necesario que este colectivo médico reciba una adecuada formación, que incluya información correcta sobre el diagnóstico diferencial del síntoma tos, las indicaciones de cada uno de los medicamentos usuales, dosis y distintos sistemas de inhalación, cuando sean precisos⁴. Pero sobre todo, el médico generalista debe saber valorar la gravedad de cada enfermo y el momento en que debe remitirlo a un Servicio especializado para el estudio etiopatogénico y funcional con objeto de establecer un tratamiento individualizado para cada paciente. La relación entre ambos profesionales, generalista y especialista, es fundamental para el buen control de estos enfermos.

La tos persistente es un síntoma común a otras muchas enfermedades de vías respiratorias, que cuando es intensa se agudiza por un mecanismo reflejo, de ahí que mejore al inhalar un broncodilatador⁵. La tos nocturna puede tener diversos orígenes, como es la sinusitis maxilar, en cuyo caso la inhalación de corticoides no mejorará el síntoma. Para Russell⁶ la ineficacia del tratamiento con corticoides inhalados puede derivar del “excesivo entusiasmo por el diagnóstico de tos variante del asma”, deduciéndose la necesidad de asegurar el diagnóstico antes de establecer un tratamiento no exento de efectos adversos, aún más cuando se excede de la dosis recomendada o se emplean corticoides más potentes^{7,8}.

En ningún caso el pediatra debería establecer el diagnóstico de asma basado solamente en la anamnesis ya que con frecuencia se observa la inseguridad que tienen los padres al interpretar las características de la tos, los ruidos o la dificultad respiratoria, hecho puesto de manifiesto por Cane et al⁹ y Elphick et al¹⁰ entre otros.

En este número de Alergología et Immunopathología el trabajo de Cunha et al¹¹ pone de manifiesto el conocimiento limitado que tienen los médicos de la Red Básica de Salud

del municipio de Río de Janeiro acerca de la utilización de los sistemas de inhalación, así como de la inflamación como base patogénica del asma o de cómo clasificar la gravedad de la enfermedad, todo lo cual va a repercutir en la eficacia del tratamiento. Como conclusión, los autores reclaman la necesidad de programas de capacitación para la atención a niños asmáticos.

Esta conclusión de los autores brasileños, podría aplicarse a otros muchos países, incluida España, ya que con frecuencia constatamos deficiencias similares cuando los pacientes llegan a los Servicios especializados.

F. Muñoz-López

BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly YJ, Brabin BJ, Milligan PJM, Reid JA. Clinical significance of cough and wheeze in the diagnosis of asthma. *Arch Dis Child* 1996;75:489-93.
2. Seear M, Wensley D. Chronic cough and wheeze in children: do they all have asthma? *Eur Respir J* 1997;10:342-5.
3. Fujimura M, Ogawa H, Nishizawa Y, Nishi K. Comparison of atopic cough with cough variant asthma: is atopic cough a precursor of asthma? *Thorax* 2003;58:14-8.
4. Muñoz-López F. *Alergia respiratoria en la infancia y adolescencia*. 2.^a edición. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1999.
5. Widdicombe JG. Sensory neurophysiology of the cough reflex. *J Allergy Clin Immunol* 1996;98:S84-90.
6. Russell G. Inhaled corticosteroids and adrenal insufficiency. Editorial. *Arch Dis Child* 2002;87:455-6.
7. Todd GRG, Acerini CL, Ross-Russell R, Zahra S, Warner JT, McCance D. Survey of adrenal crisis associated with inhaled corticosteroids in the United Kingdom. *Arch Dis Child* 2002;87:457-61.
8. Lipworth BJ. Systemic adverse effects of inhaled corticosteroid therapy. *Arch Intern Med* 1999;159:941-55.
9. Cane RS, MacKenzie SA. Parent's interpretations of children's respiratory symptoms on video. *Arch Dis Child* 2001;84:31-4.
10. Elphick HE, Sherlock P, Foxall G, Simpson EJ, Shiell NA, Primhak RA, et al. Survey of respiratory sounds in infants. *Arch Dis Child* 2001;84:35-9.
11. Cunha A, Santos M, Galvão M, Ibiapina A. Knowledge of pediatricians in Río de Janeiro, Brazil, about inhalation therapy in asthmatic children. *Allergol et Immunopathol* 2003;31:87-90.