

¿Cómo controlar a los 100 niños asmáticos de mi cupo?: más allá de las guías clínicas.

Moral Gil L.

Unidad de Alergología y Neumología Pediátrica. Hospital General de Alicante.

INTRODUCCIÓN

El asma es, sin duda, una de las enfermedades más prevalentes en la infancia. Todos los pediatras y residentes de pediatría se enfrentan a este problema. El asma es especialmente reconocible por sus manifestaciones agudas, los empeoramientos transitorios que oscilan, de manera más o menos recortada, entre una crisis y una bronquitis asmática aguda. El tratamiento de estas agudizaciones es rápidamente aprendido durante los primeros meses de formación del residente y nos acompañan toda nuestra vida profesional. El tratamiento de esos episodios descansa en el empleo de fármacos estimulantes de los receptores beta-2 del músculo liso bronquial, que pueden complementarse con otros fármacos y medidas en función de su intensidad, hasta la remisión. La decisión de este tratamiento es relativamente sencilla y no plantea demasiadas dudas.

Sin embargo, el asma se caracteriza por la presencia recurrente o crónica de síntomas de la enfermedad, ya sea de las agudizaciones que hemos mencionado, o de los síntomas más o menos persistentes que se observan entre aquellas. Estos síntomas pueden ocurrir de manera más o menos sutil, por el día o por la noche, de aparición espontánea o desencadenados por diversos factores entre los que destaca el ejercicio físico. Se manifiestan en forma de tos, respiración dificultosa y ruidosa, fatiga con esfuerzos leves y sensación de opresión torácica. El resultado de ello es una pérdida apreciable de la calidad de vida que se ha demostrado en numerosos estudios y que es evidente en el paciente particular, haciéndose patente por la necesidad de solicitar atención sanitaria frecuente, el empleo de medicamentos y su coste económico, la pérdida de días de escolarización del niño y de días laborales en los padres, la sensación de vulnerabilidad por parte del niño y su familia, y la limitación para actividades físicas importantes para el desarrollo físico, psíquico y social.

Dado que no existen soluciones curativas para el asma, el tratamiento va dirigido, idealmente, a obtener un control total de la enfermedad (eliminar toda morbilidad asociada al asma) aunque en la práctica se busca reducir la pérdida de calidad de vida al míni-

mo posible aplicando los mínimos medios necesarios para su consecución. Ello requiere una ponderación entre los dos factores que intervienen en la ecuación del control del asma:

1. Los perjuicios causados por la enfermedad y que han sido desglosados anteriormente.
2. El esfuerzo terapéutico a realizar: sumisión a un tratamiento continuado con sus costes económicos y sus efectos adversos.

Indudablemente, es el paciente (o su familia) el que debe comprender la naturaleza del problema y la importancia de su control, ya que es quien ha de cumplir el tratamiento y quien se encuentra en el fiel de la balanza entre el peso de la enfermedad y el peso del tratamiento. Es labor fundamental del médico hacerle percibir lo que gana o pierde en la medida en que el tratamiento resulta ajustado a su problema. Esto es especialmente importante en el caso del asma donde el paciente (o su familia) se acostumbra a las limitaciones impuestas por la enfermedad y las infravalora, hasta el punto de no percibir las, mientras que le resulta difícil someterse a un tratamiento continuado, especialmente cuando se encuentra aparentemente libre de síntomas, debido principalmente al miedo a los efectos adversos de los fármacos y al rechazo psicológico a someterse a un tratamiento crónico.

EL ASMA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Frente a las agudizaciones del asma, que son atendidas por médicos en servicios de urgencias (hospitalarios o no), la responsabilidad del tratamiento de fondo del asma recae, de manera principal, en el pediatra de atención primaria. Es el pediatra de atención primaria el que detecta los síntomas de la enfermedad, el que asigna el diagnóstico, el que informa a la familia sobre lo que significa el asma y sobre su tratamiento, el que decide la administración de algún tratamiento de mantenimiento para el control del asma, el que observa la respuesta al mismo y la evolución en el tiempo, y el que decide si se han de realizar pruebas complementarias o si debe remitirse a un servicio especializado para obtener una valoración más experta. Como hemos dicho, el asma es una enfermedad muy

frecuente. Como refleja el título de esta ponencia, es posible considerar que, en cada cupo de pediatría de atención primaria, puede haber alrededor de una centena de niños asmáticos. ¿Tantos? Posiblemente sí, si entendemos el asma desde un punto de vista amplio. Hoy en día se acepta que el asma es un síndrome que posiblemente engloba diversas enfermedades (o diversos mecanismos etiopatogénicos) que tienen en común la obstrucción no fija del árbol bronquial y que produce un conjunto de manifestaciones clínicas que ya han sido comentadas. Desde este punto de vista, el centenar de pacientes asmáticos que atiende un pediatra de atención primaria no son un conjunto homogéneo de enfermos, sino una mezcla de sujetos cuyas necesidades y cuya evolución diferirá dependiendo de varios factores, algunos de ellos identificables (edad actual y de inicio de los síntomas, presencia de atopia o de otras enfermedades alérgicas, antecedentes familiares de asma o enfermedades alérgicas, antecedentes perinatales y postnatales de riesgo pulmonar, intensidad y frecuencia de los síntomas...) y otros desconocidos. Sin embargo, algunos aspectos de la enfermedad son comunes a todos ellos: ausencia de remedios preventivos o curativos, disponibilidad de un arsenal terapéutico limitado para la mayoría de los casos e imposibilidad de realizar un pronóstico suficientemente fiable de la evolución futura.

Existen varias guías clínicas, consensuadas por expertos nacionales o internacionales, que recopilan el conocimiento disponible sobre la enfermedad y dirigen el tratamiento en función de diversos parámetros, principalmente la intensidad de los síntomas y el grado de control alcanzado. No es el objetivo de esta ponencia replicar esas guías, disponibles fácilmente en publicaciones impresas o en internet. Más bien se trata de dar una visión personal, práctica, que sea de utilidad para el pediatra que pueda albergar dudas sobre algunos aspectos concretos sobre el cuidado de estos pacientes.

EL DIAGNÓSTICO DEL ASMA

Existen defensores del diagnóstico del asma en función de la presencia de síntomas compatibles y de la demostración de una obstrucción bronquial reversible o inducible al flujo aéreo, lo que imposibilita la asignación de este diagnóstico a niños pequeños que no pueden realizar pruebas de función pulmonar. Frente a ellos, es la visión de otros y de este autor que el asma puede ser diagnosticada en la mayoría de los casos mediante una combinación de los siguientes ha-

llazgos:

- Síndrome asmático, más o menos completo.
- Exclusión razonable de otros diagnósticos.
- Respuesta adecuada al tratamiento para el asma.

O dicho de manera más simple, si lo tratamos como asma y responde al tratamiento, lo diagnosticamos como asma. A tiempo estaremos de cambiar el diagnóstico si, en la evolución posterior, el comportamiento se vuelve atípico, la respuesta al tratamiento no es la esperada y aparecen datos que sugieren otro diagnóstico.

Cuando asignamos al paciente el diagnóstico de asma es preciso acompañar esta "etiqueta" de información adecuada para el paciente y su familia, de manera que entiendan la implicación de asignar ese diagnóstico en cuanto al tratamiento y al pronóstico. Esa información y los tratamientos que se emplearán dependerán del tipo de paciente asmático que tengamos delante. Por ello, y de manera algo general, clasificaremos al paciente en función de dos variables que nos permiten abordar de manera diferenciada sus cuidados: una fácil de conocer, la edad, y otra algo más compleja pero fundamental, el grado de afectación de la calidad de vida.

EL ASMA LEVE DEL NIÑO PEQUEÑO

Este es un grupo relativamente amplio pero que pasa muchas veces inadvertido e incluso no diagnosticado, dada la levedad de la enfermedad y su buen pronóstico. Formular el diagnóstico de asma en niños pequeños (menores de 4 años) con apenas unas pocas bronquitis no muy intensas durante el otoño-invierno puede ser controvertido, dado que muchos expertos no llamarían asmáticos a estos pacientes y los padres pueden verse alarmados por un diagnóstico que conlleva la idea de una enfermedad crónica. Se formule o no abiertamente el diagnóstico, la idea fundamental con estos pacientes es que el pronóstico es excelente con una elevada tendencia a la remisión de los síntomas a lo largo de la infancia, especialmente si no hay familiares de primer grado asmáticos ni signos de otras enfermedades alérgicas en el paciente. En estas circunstancias, normalmente no es preciso administrar un tratamiento de mantenimiento (o emplearlo por periodos cortos en las épocas con alta morbilidad por infecciones respiratorias víricas) y suele ser suficiente con tratar los episodios de manera aislada. Estos pacientes, como todos los casos de niños con asma, ofrecen una oportunidad para aconsejar a los padres fumadores frente a este hábito, lo que puede

ayudar en la reducción del tabaquismo en esa familia en particular y en la sociedad en general. Una dificultad significativa a estas edades es la administración adecuada de fármacos por vía inhalatoria, dada la escasa o nula colaboración, por lo que es preciso emplear cámaras espaciadoras con mascarilla facial, cuyo adiestramiento requiere muchas veces una supervisión directa para comprobar la idoneidad de la técnica empleada.

EL ASMA MODERADA O GRAVE EN EL NIÑO PEQUEÑO

Este es otro grupo relativamente común de pacientes que provoca una elevada frecuentación de las consultas de pediatría y de los servicios de urgencias. Se trata de niños pequeños que, generalmente durante todo el año, pero especialmente en otoño-invierno-primavera, coincidiendo, como hemos dicho, con las épocas de mayor circulación de virus respiratorios, presentan síntomas de asma, generalmente en forma de bronquitis prolongadas, muy frecuentes o incluso graves, que pueden comportar la hospitalización. En no pocas ocasiones se aprecian antecedentes de asma o enfermedades alérgicas en los familiares o hay antecedentes de enfermedades neonatales o alérgicas en el propio niño. Muchos de estos pacientes mejorarán con la edad de manera que algunos de ellos remitirán por completo, pero otros mantendrán su asma, con mayor o menor intensidad en edades posteriores, sin que sea fácil establecer un pronóstico preciso. El correcto empleo de las cámaras espaciadoras y el consejo antitabáquico adquieren aquí mayor importancia. En cualquier caso, la calidad de vida durante esos primeros años de vida suele verse muy mermada lo que justifica el intento de administrar fármacos controladores de la inflamación bronquial que subyace en el asma. Montelukast es un fármaco seguro y fácil de administrar que puede ser una buena primera elección. No es fácil predecir qué pacientes responderán a su administración, disminuyendo la morbilidad por asma hasta parecerse al grupo de asma leve. Un plazo de 2-3 meses puede ser suficiente para comprobar la respuesta. Si el número y la intensidad de los episodios disminuye apreciablemente puede mantenerse su administración de manera continuada, todo el año o hasta que se prevea la mejoría de sus síntomas, en ocasiones en verano o en años posteriores, pero siempre en función de la evolución del paciente y de la respuesta al tratamiento. Si montelukast no produce un beneficio apreciable en el control del asma y la

morbilidad sigue siendo inaceptable, debería intentarse el tratamiento con corticoides inhalados, budesonida o fluticasona, comprobando igualmente la respuesta al tratamiento y actuando en consecuencia. Si ningún tratamiento consigue un control suficiente, existen indicios de enfermedad alérgica o hay dudas sobre el diagnóstico, es recomendable la derivación a un servicio especializado.

El asma leve o episódica en el niño en edad escolar Conforme el niño crece, algunas características de la enfermedad y de su tratamiento cambian, lo que justifica su tratamiento diferenciado del grupo anterior. Los escolares con asma episódica, es decir, que presentan síntomas infrecuentes a lo largo del año, generalmente no precisan un tratamiento de mantenimiento, salvo en los periodos en que su enfermedad parece estar más activa. El tratamiento inhalado es más fácil de administrar, dado que se obtiene una mayor colaboración, por lo que se debe retirar la mascarilla de las cámaras de inhalación y utilizar dispositivos de inhalación de fármacos en forma de polvo seco, que son los más cómodos y eficaces, a partir de los 6-7 años de edad. En estas edades la enfermedad alérgica adquiere una mayor relevancia en el asma de algunos de estos pacientes. La presencia de indicios de enfermedad alérgica sugiere un mayor riesgo de cronicidad de la enfermedad y puede justificar la remisión a un servicio especializado que determine su importancia y sus implicaciones terapéuticas.

EL ASMA PERSISTENTE, MODERADA O GRAVE EN EL NIÑO EN EDAD ESCOLAR

Este es un grupo menor pero no infrecuente de niños que padecen un asma que deteriora la calidad de vida del paciente y su familia de manera notoria. Como en los casos anteriores, debe explicarse al paciente y su familia en qué consiste la enfermedad, las limitaciones que tenemos para comprender sus causas últimas y la ausencia de tratamientos curativos o resolutivos, aunque sí de buenos tratamientos que permiten tener la enfermedad bajo control. Debe evitarse el tabaco y otros agentes contaminantes o alérgenos reconocidos que empeoren sus síntomas. En estos casos es necesario administrar fármacos antiinflamatorios para obtener el control de la enfermedad que permita al paciente una vida libre de síntomas y sin limitaciones para el ejercicio físico. La mayoría de estos pacientes responden adecuadamente al empleo de corticoides inhalados que han de mantenerse de manera conti-

nuada durante meses o años, según sea preciso para mantener el control de la enfermedad. Montelukast suele ser menos eficaz que los corticoides inhalados en estos pacientes mayores, aunque algunos de ellos pueden responder adecuadamente y permitir la retirada de los corticoides inhalados o evitar el empleo de dosis altas para conseguir el efecto deseado. La asociación de corticoides inhalados con fármacos estimulantes de los receptores beta-2 de larga duración puede ser razonable por periodos limitados de tiempo, pero no debería mantenerse dicha asociación de manera indefinida en niños debido a la falta de estudios adecuados y a las dudas existentes sobre su seguridad. La mayoría de estos pacientes se benefician de una valoración especializada que permitirá afianzar la seguridad del diagnóstico, apoyará las medidas terapéuticas adecuadas, comprobará la implicación de la alergia o de otras comorbilidades y añadirá las medidas terapéuticas que se deriven de los hallazgos obtenidos, colaborando en el control del paciente a largo plazo.

CONCLUSIONES

El asma es una enfermedad frecuente que afecta a muchos de los pacientes que cada pediatra de atención primaria atiende en su cupo. La calidad de vida de estos pacientes depende en gran medida de la implicación del pediatra en su cuidado. En esta ponencia hemos clasificado a los pacientes asmáticos en cuatro grupos fácilmente reconocibles, que pueden requerir un tratamiento discretamente diferenciado. Al hacerlo así, sintetizamos el contenido de muchas guías cuya lectura detallada resulta difícil para la mayoría de los pediatras que no pueden ser expertos en todas las enfermedades de los pacientes a los que atienden. La derivación a las unidades especializadas debe contribuir al mejor cuidado de estos pacientes, pero estas unidades no pueden sustituir la cercanía, la flexibilidad y la confianza con que el pediatra de atención primaria puede adaptarse a las necesidades cambiantes y a las circunstancias particulares de cada paciente y su familia.