

Introducción

S. Liñán Cortés

Unidad de Neumología Pediátrica y Fibrosis Quística. Hospital Universitario Materno-Infantil. Vall d'Hebron. Barcelona. España.

INTRODUCCIÓN

Los actuales consensos¹⁻³ de que disponemos para el manejo del asma infantil, clasifican a los pacientes en función de una serie de parámetros clínicos y funcionales que permiten la valoración de la gravedad del proceso y el establecimiento de una conducta terapéutica determinada. En nuestro entorno pediátrico los parámetros son fundamentalmente clínicos, contando entre ellos con: *a)* la sintomatología que presentan los pacientes y hasta que punto interfieren en su actividad; *b)* el consumo de medicación; *c)* las características de las exacerbaciones, y *d)* las necesidades de administrar tandas de corticoides orales. Los parámetros funcionales sólo pueden utilizarse en niños colaboradores de edades superiores a los 6 años.

No obstante pese a esta clasificación, todos tenemos oportunidad de reconocer, pacientes que no parecen que puedan corresponderse con los prototipos señalados, de una forma clara y precisa y que sobre todo no siguen la evolución que sería de esperar. La prevalencia de estos pacientes se cifra actualmente alrededor del 5% de los casos de asma⁴.

Es entre estos pacientes donde encontramos los que no responden a una determinada línea de tratamiento y cuya evolución no es la esperada por nosotros, conduciendo en muchos casos a una actitud problemática. Son estos pacientes los que catalogamos como "pacientes con asma de difícil control (ADC)".

Se trata de un concepto basado fundamentalmente en criterios clínicos que como ya hemos comentado valoran tanto la evolución de la enfermedad como la respuesta al tratamiento recomendado.

Como ocurre en múltiples ocasiones la definición se extrapola de los adultos. La ERS⁵ en un documento elaborado en 1999, engloba pacientes con diferentes no-

menclaturas: asma crónica grave, asma aguda grave, asma resistente al tratamiento, asma corticoide-resistente, entre otras y sugiere, incluir en la definición a los pacientes que a pesar de estar recibiendo dosis elevadas de corticoides inhalados (budesonida > 800 µg/día o fluticasona 400-500 µg/día) además de otros tratamientos, presentan síntomas que interfieren con su calidad de vida, precisan con frecuencia tandas de corticoides sistémicos y deben acudir con frecuencia a los servicios de urgencias. Este documento excluye por sus especiales características a los pacientes en edad preescolar menores de 5 años.

En el ámbito pediátrico, en general catalogamos a un paciente como afectado de ADC, el que precisa broncodilatadores con una frecuencia superior a las tres veces por semana, que no puede acudir a la escuela de forma regular, faltando más de 5 días al trimestre o bien que presenta más de un cuadro de sibilancias al mes, a pesar de efectuar tratamiento.

En muchos pacientes un diagnóstico incorrecto, da como resultado un aparente fracaso terapéutico. Son muchas y variadas las patologías que pueden ser causa de sibilantes, es por este motivo que hemos de ser cuidadosos para distinguir un asma de otras patologías asociadas (tabla 1). Una vez hemos confirmado el diagnóstico de asma y tras descartar otras patologías que pueden cursar con una clínica similar, es importante establecer una línea de estudio que identifique los factores de riesgo responsables de esta evolución tan especial y establecer el fenotipo de estos pacientes. Poder responder satisfactoriamente a una serie de preguntas puede ser importante (tabla 2).

En la tabla 3 señalados de forma general los factores que impiden el control del asma: problemas de cumplimiento terapéutico, factores que concurren en la exacerbación asmática y ocasionalmente ciertos factores psicológicos son los contemplados como mayor frecuencia.

Correspondencia: Dr. S. Liñán Cortés.

Unidad de Neumología Pediátrica y Fibrosis Quística. Hospital Vall d'Hebron.
P^o Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.
Correo electrónico: slinan@cs.vhebron.es

TABLA 1. Patologías que pueden enmascarar el diagnóstico de asma de difícil control

Bronquiolitis obliterante
Disfunción de cuerdas vocales
Broncomalacia
Aspiración de cuerpos extraños
Fibrosis quística
Síndromes aspirativos
Anomalías de la vía aérea superior
Deficiencias inmunológicas
Discinesia ciliar

TABLA 2. Cuestiones importantes para contribuir a un mejor control

¿El paciente tiene asma?
¿Utiliza dosis elevadas de β -agonistas?
¿Hemos aconsejado un tratamiento antiinflamatorio a dosis correctas?
¿Puede evitar todos los factores que significan un riesgo para él?
¿Hemos valorado los factores potenciales que pueden agravar su estado?
¿Dispone el paciente de planes de autocontrol que le permitan reducir la intensidad de la enfermedad?

TABLA 3. Factores que pueden contribuir a un control insuficiente del asma

Incumplimiento de la terapia recomendada
Tratamiento inadecuado
Difícil acceso a los servicios sanitarios
Exposición a alérgenos
Infecciones virales
Factor contaminación
Reflujo gastroesofágico
Sinusitis
Factores genéticos

Es conocido el hecho de que las infecciones respiratorias son desencadenantes habituales de las crisis de asma. Recientemente se ha especulado sobre la importancia de ciertos patógenos intracelulares, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*, en la cronificación y gravedad del asma⁶⁻⁸.

En los factores señalados, el cumplimiento o adherencia al tratamiento constituye para nosotros un grave problema. No es un problema infrecuente y ocurre sobre todo con medicaciones que no tienen una acción inme-

diata sobre la sintomatología del paciente tal y como ocurre con los corticoides inhalados administrados como tratamiento controlador.

Los mecanismos que se asocian al desarrollo de un ADC, son poco conocidos y muy heterogéneos. Se ha llegado a la conclusión de que el asma grave, podría corresponderse con dos grupos diferentes de inflamación, basados en la presencia o no de eosinófilos y de que este subtipo inflamatorio se asociaría con características estructurales y clínicas concretas⁹.

Un hecho importante es que tras su ingreso hospitalario el paciente responde pronto y rápido cuando la medicación es administrada bajo supervisión. El análisis de los factores que contribuyen a esta falta de cumplimiento, sobre todo en la adolescencia son indicadores de que debemos incrementar nuestros programas de educación.

Con el fin de poner al día un tema de tal importancia, hemos creído oportuno contar con la colaboración de excelentes profesionales, que con sus aportaciones nos permitirán clarificar esta patología, que como ya hemos comentado aunque de escasa prevalencia, comporta un gasto económico de importancia, en el contexto global de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. US. Department of Health and Human Services. National Institute of Health. Publication n.º 02-3659. Bethesda, MD; Revised 2002.
2. Guía Española para el manejo del asma. (GEMA). Ed. Mayo; 2003.
3. Britihs Thoracic Society. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Britihs guideline on the management of asthma. Thorax. 2003; Supl 1:1-94.
4. Barnes PJ, Woolcock AJ. Difficult asthma. Eur Respir J. 1998;12:1209-18.
5. Difficult/therapy-resistant asthma. ERS Task Force on Difficult/therapy-resistant asthma. Eur Respir J. 1999;13:1198-208.
6. Cobos N, Liñán S. Infecciones en primera infancia: ¿beneficio o perjuicio en el asma? Arch Bronconeumol. 2004;40 Supl 2:18-25.
7. Biscardi S. *Mycoplasma pneumoniae* and asthma in children. Clinical infectious diseases. 2004;38:1341-6.
8. Thumerelle C. Role of viruses and atypical bacteria in exacerbations of asthma in hospitalized children: A prospective study in the Nord-Pas Calais region. Pediatric Pulmonology. 2003;35:75-82.
9. Wernzel SE, Schwartz LB, Langmack EL, Halliday JL, Trudeau JB, Gibbs RL. Evidence that severe asthma can be divided pathologically into two inflammatory subtypes with distinct physiological and clinical characteristics. Am J Respir Crit Care Med. 1999;160:1001-8.