



EDITORIAL

Asma: Una responsabilidad de todos con muchos retos pendientes



Asthma: Everyone's responsibility with many unresolved challenges

Luis Moral

Unidad de Neumología y Alergología Pediátrica, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

Disponible en Internet el 24 de junio de 2022

El asma, una de las enfermedades reconocidas desde la antigüedad clásica, sigue presentando lagunas de conocimiento, aspectos controvertidos y, al mismo tiempo, avances terapéuticos. Nadie duda de que el asma es una enfermedad con una elevada prevalencia y repercusión social y sanitaria, especialmente durante la infancia, a lo largo de todo el mundo. Pero ¿de qué hablamos cuando hablamos de asma? El concepto actual de asma es tan amplio y heterogéneo que puede ser difícil saber si todos hablamos de lo mismo. El asma típica del niño mayor de 5 o 6 años, generalmente con un sustrato atópico, con las manifestaciones clínicas habituales (crisis repetidas de obstrucción bronquial con recuperación completa) y una clara respuesta a los tratamientos para el asma, no suele ofrecer dudas para el diagnóstico. El problema viene cuando nos alejamos de este cuadro clínico ideal. Por el lado leve del espectro clínico del asma, resulta difícil saber cuántos episodios o qué duración han de tener los síntomas para que podamos poner la etiqueta de asma a un niño. La tos es uno de los sig-

nos más sensibles pero menos específicos, y no resulta fácil determinar si, en ausencia de otros síntomas, puede ser una manifestación del asma. Dado que el asma se diagnostica principalmente por sus manifestaciones clínicas, con el apoyo de las pruebas de función pulmonar, puede ser controvertido decidir dónde está el límite entre padecer o no asma, lo que puede implicar importantes cambios en la medición de la prevalencia de la enfermedad, según dónde se ponga ese límite. En el lado contrario, el asma grave, atípica o mal controlada precisa, en primer lugar, confirmar el diagnóstico para evitar llamar asma a lo que no lo es, lo que requiere descartar otros procesos con manifestaciones respiratorias que pudieran parecerse. También resulta compleja la definición e identificación del asma en los primeros años de vida y ha sido objeto de numerosas controversias que parecen no tener fin. Muchos lactantes y preescolares debutan con la primera bronquiolitis, pero no todos los casos siguen la misma trayectoria. Los episodios de asma (o de sibilancias, como prefieren llamarlos algunos en los niños pequeños) suelen ser auténticas bronquitis desencadenadas por infecciones víricas, especialmente por rinovirus, con una respuesta menos brillante frente a los tratamientos habituales para el asma. Muchos de ellos mejorarán con la edad, pero resulta difícil anticipar la evolución de cada paciente y si su asma continuará o mejorará con el crecimiento. Incluso

Véase contenido relacionado en DOIs: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.10.007>, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.02.004>

Correo electrónico: lmoral@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.06.002>

1695-4033/© 2022 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

los niños mayores con asma típica parecen mejorar e incluso remitir con la edad, pero es imposible asegurar que el asma ha desaparecido, dado que los síntomas pueden reaparecer en edades posteriores, incluso en la adultez. Con todas estas incertidumbres, el estudio GAN, continuación natural del estudio ISAAC, nos muestra la importante prevalencia de síntomas de asma en población pediátrica en España, con lo que ello implica en cuanto a la frecuencia de la enfermedad y la necesidad de un adecuado control de la misma¹.

Varios aspectos del tratamiento del asma son objeto de debate. Mientras no se conozcan los mecanismos patogénicos que subyacen y causan la enfermedad, será difícil conseguir tratamientos que la curen. La inmunoterapia con alérgenos es eficaz en el tratamiento del asma alérgica². Sin embargo, esta modalidad de tratamiento tiene algunas limitaciones. La relación entre sensibilización a alérgenos, enfermedad alérgica y síntomas del asma no es fácil de establecer, y la frecuente polisensibilización, que no siempre significa polialergia, dificulta la elección de los alérgenos adecuados para la inmunoterapia en cada paciente particular. La estandarización de los preparados para inmunoterapia es complicada, y los ensayos clínicos bien realizados y con seguimiento a largo plazo con inmunoterapia en niños son limitados, si bien los estudios son cada vez de mejor calidad. Además, otros factores ajenos a las alergias juegan un papel importante en el asma (genética, infecciones, agentes contaminantes, por citar algunos) y la vacunación con alérgenos no tiene ningún efecto sobre ellos. El tratamiento de las exacerbaciones del asma no genera muchas dudas y su esquema básico se ha mantenido con pocos cambios durante varias décadas. Uno de los aspectos más novedosos es la utilización del sulfato de magnesio para las crisis graves que no responden a los tratamientos de primera línea. Aunque la eficacia de su administración por vía intravenosa parece comprobada (no así por vía inhalada), su uso está fuera de ficha técnica y existen muchas dudas sobre cuándo, cómo y con qué objetivo administrarlo, lo que se refleja en la variabilidad de su empleo y en los resultados irregulares, de los que el trabajo de López García et al. en este número de *ANALES DE PEDIATRÍA*, junto con otros artículos recientes, son un ejemplo^{3,4}. El tratamiento de mantenimiento del asma va encaminado a controlar la inflamación bronquial que se supone que subyace en la mayoría de los pacientes, y hay pocas dudas de que los corticoides inhalados son los más adecuados para conseguir ese objetivo, apoyados por otros fármacos cuando es preciso para evitar las dosis altas con efectos sistémicos. El asma grave mal controlada ha aumentado su protagonismo durante las últimas décadas, tanto por la importante afectación de la calidad de vida de estos pacientes y su impacto en los servicios sanitarios, como por la aparición de nuevos tratamientos biológicos capaces de mejorar los resultados obtenidos con los fármacos disponibles anteriormente. El cuidado de estos pacientes requiere unidades expertas capaces de diagnosticar enfermedades infrecuentes que imiten

al asma, detectar fallos en el cumplimiento o la administración correcta del tratamiento, identificar comorbilidades y factores sociales y ambientales que dificulten su control, clasificar el tipo (fenotipo) del asma resistente al tratamiento, y seleccionar y prescribir de manera juiciosa los fármacos biológicos disponibles.

Todas estas circunstancias hacen que el asma, esa vieja y conocida enfermedad, siga teniendo un importante protagonismo, tanto en la práctica clínica habitual en todos los eslabones del sistema sanitario, como en la investigación en los muy diversos aspectos que se entrelazan en su diagnóstico y su control. Ese protagonismo ha de reflejarse en la docencia de pregrado de medicina, en la formación especializada en pediatría y en la formación continuada de todos los pediatras titulados, así como en la formación de otros profesionales sanitarios que participan en su cuidado, muy especialmente en enfermería. Es, pues, una responsabilidad ineludible de las universidades y de los sistemas sanitarios conseguir esa buena formación de los profesionales, adecuar los medios para la correcta atención de los pacientes y fomentar la investigación con la que guiar los cuidados de manera eficiente. Y son los profesionales sanitarios los encargados de trasladar esos conocimientos y los tratamientos para que los asmáticos no sufran mermas evitables en su calidad de vida⁵. Son muchos los niños y los adolescentes (y futuros adultos) los beneficiarios de esta dedicación. Entre todos tenemos la responsabilidad de conseguir ese objetivo.

Bibliografía

1. Bercedo Sanz A, Martínez-Torres A, González Díaz C, López-Silvarrey Varela A, Pellegrini Belinchón FJ, Aguinaga-Ontoso I, et al. Prevalencia y evolución temporal de síntomas de asma en España. Estudio *Global Asthma Network* (GAN). *An Pediatr* (Barc). 2022;97:161-71, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.10.007>.
2. Rice JL, Diette GB, Suarez-Cuervo C, Brigham EP, Lin SY, Ramanathan M, et al. Allergen-specific immunotherapy in the treatment of pediatric asthma: A systematic review. *Pediatrics*. 2018;141, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2017-3833>, e20173833.
3. López García M, Álvarez Eixéres R, Rosselló Gomila MA, Díaz Pérez D, Osona B. Uso y abuso del sulfato de magnesio en las crisis asmáticas. *An Pediatr* (Barc). 2022;97:213-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.02.004>.
4. Arnold DH, Gong W, Antoon JW, Bacharier LB, Stewart TG, Johnson DP, et al. Prospective observational study of clinical outcomes after intravenous magnesium for moderate and severe acute asthma exacerbations in children. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2022;10:1238-46, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2021.11.028>.
5. Moral L, Asensi Monzó M, Juliá Benito JC, Ortega Casanueva C, Paniagua Calzón NM, Pérez García MI, et al. Asma en pediatría: consenso REGAP. *An Pediatr* (Barc). 2021;95:125.e1-11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.02.009>.