

TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL

DR. E. LÓPEZ-BOTET

Facultad de Medicina de Valencia

Cátedra de Patología General (Prof. Carmena)

Departamento de Función Respiratoria y Alergia (Dr. López-Botet)

El tratamiento correcto del asma bronquial empieza con un diagnóstico acertado del asma bronquial. Es necesaria esta observación porque uno de los grandes enemigos del asmático es el amateurismo del médico. A este amateurismo hay que atribuir una reacción psicológica muy corriente entre los pacientes asmáticos y los médicos que los tratan, la desmoralización.

El médico debe preguntarse primero si el asma que tiene delante es un asma alérgico y si lo es, a qué alérgenos está sensible.

Preguntarse luego si los alérgenos positivos de sus tests se corresponden con la clínica y después componer sus extractos desensibilizadores con una visión lógica del problema y no como una máquina.

Se pregunta luego si se halla ante una bronquitis asmática simple y si es así se decide por una vacunación prolongada, una antibioterapia larga y una estimuloterapia inespecífica sostenida.

Cuando se encuentre ante un cuadro mixto asociará ambas posturas. Pero además, no olvidará en sus especulaciones que reacción asmática no es más que una forma de protesta del aparato respiratorio, frente a una agresión y que entre sus pacientes con reacción asmática hay gran número de posibilidades etiológicas que escapan a la bronquitis y a la alergia.

Antes de plantear un tratamiento debe el médico también preguntarse si se encuentra frente a un asma por brotes, frente a un asma crónico sostenido o frente a un status asmático.

En el asma por brotes tener en cuenta que hay que atajarlo al primer amago, antes que los reflejos asmógenos puestos en marcha cierren el círculo vicioso de la reacción asmática progresiva.

En el asma crónico debe liberar farmacológicamente al enfermo de sus molestias para dar tiempo a que el tratamiento básico comience sus efectos. Finalmente en el status asmático tiene ante todo que dominar moralmente la situación. Ejecutar una terapéutica intensiva, pero ordenada, evitando el descontrol y la anarquía terapéutica.

En tres palabras, luchar contra el asma es combatir sus síntomas, atajar la inflamación de la mucosa bronquial y bloquear sus reacciones alérgicas.

Sin tratar de ser exhaustivos comentaremos en las líneas siguientes lo que en nuestra opinión pensamos más interesante de estos tres apartados.

Para combatir los síntomas hemos de pensar fundamentalmente en disminuir la tos, fluidificar la secreción y aumentar el calibre bronquial.

Hay que pensar que combatir la tos puede aumentar la disnea no sólo en las formas hipersecretoras sino en aquellas en las que la tos tiene como objetivo el liberar los bronquios de una fracción de esputo viscoso con valor asmógeno. Prueba de esto último es el descanso del paciente al expectorar un pequeño esputo al que, por su tamaño, no podemos adjudicarle el valor de agente obstructivo.

No obstante, todos sabemos como un golpe de tos pone frecuentísimamente en marcha una reacción asmática en pacientes en estado de quietud clínica. En esta secuencia hay un mecanismo reflejo oscuro pero indudable.

Por ello, los sedantes de la tos no pueden ser ni proscritos ni aconsejados a ultranza. Deben asociarse con broncodilatadores y el arte del terapeuta decir cuándo y en quién están indicados.

Fluidificar la secreción es algo fácil de decir y difícil de hacer. Los aerosoles de agua caliente o de soluciones alcohólicas, el aerosol de soluciones hipertónicas, el Alevaire, los derivados de la cisteína, etc., dejan en quien los emplea un sentimiento de insatisfacción y un germen de escepticismo. De ello es prueba la eterna vuelta a los yoduros que a condición de ser utilizados en dosis suficientes, son siempre efectivos.

Los fermentos parenterales de los que usamos y abusamos, los derivados del ciclohexenil amonio recién aparecidos, tendrán que realizar, antes de permanecer definitivamente en nuestro arsenal terapéutico, serias pruebas de eficacia.

Al querer citar los broncodilatadores útiles no queremos repetir nociones clásicas y enunciar los brillantes efectos de la Aminofilina, de todos conocidos, pero sí insistir en su escasa eficacia por vía oral. No porque no se absorba ni tampoco porque se destruya en el tubo digestivo, sino por la necesidad de conseguir concentraciones elevadas y bruscas en sangre para las que la vía oral es inadecuada.

La adrenalina asociada a la pituitrina sigue siendo uno de los broncodilatadores de urgencia más eficaces. El afirmar esto no es olvidar sus efectos de rebote que han hecho a algunas escuelas rechazarla de plano. Tampoco es olvidar su marcada taquifilaxia. Sabemos que las inyecciones muy repetidas son ineficaces, que pasado el efecto puede haber el citado rebote y que cuando hay acidosis respiratoria resulta ineficaz. Pero sabemos también que en concierto con el resto de la medicación antiasmática conserva su eficacia y su utilidad como broncodilatador de urgencia.

Sus derivados clásicos, la Efedrina, la Aleudrina y el Alupent son excelente terapéutica broncodilatadora de sostén, utilizados por vía oral o en aerosol.

Párrafo aparte merece por menos conocido pero realmente eficaz el llamado Montagin. Mezcla de dimetil amino fenil talil propano y dimetil amino difenil etano, constituye por vía endovenosa un remedio eficaz. Sus resultados, en cambio, por vía oral son pobres y dudosos.

Toda esta medicación sintomática, necesaria para estabilizar al paciente y hacerle capaz de enfrentarse con una medicación de fondo de su problema, precisa de una intensidad y una frecuencia de dosificación que escapa a cualquier pauta standard. El cuál, cuándo y cuánto tiempo, es el enfermo y sus respuestas, el médico y sus reflexiones quienes deben decidirlo e individualizarlo.

En conjunto debe decirse y aconsejarse la asociación de varios medicamentos frenando el abuso de uno solo y huir siempre de cuanto signifique incoordinación y anarquía.

La reacción inflamatoria puede combatirse de modo específico con antibióticos y de modo inespecífico con Gammaglobulina, estimuloterapia inespecífica, fermentos, derivados de la pirazolona y preparados con base corticoide.

Los antibióticos deben reservarse para las formas infecciosas o mixtas. En las formas alérgicas puras y en aquellas en que el componente infeccioso es pequeño, reducen la expectoración y la sequedad consecutiva de la mucosa empeora al enfermo.

La experiencia clínica muestra cuan cuestionables son los efectos de los fermentos asociados a los antibióticos, al menos en el enfermo asmático. Utilizados aislados hacen pensar al clínico que tras un período de sugestión colectiva, desaparecerán de la cabecera del enfermo asmático.

La Gammaglobulina, útil por su papel histaminopéxico y eminentemente sugestiva para médico y enfermo, por su efecto defensivo antinfeccioso deja flotando en el espíritu escéptico la duda de si en muchos casos será algo más que una estimuloterapia inespecífica.

En este capítulo de estimuloterapia no debe olvidarse la piritoterapia que tantos éxitos dio a los clínicos de la era precorticoide.

Debe seguirse usando cuando están contraindicados los corticoides y cuando su eficacia en algunos asma infecciosos aconseja incluso su administración repetida dentro de los límites de tolerancia del enfermo. Los choques suaves y muy repetidos de piritoterapia siguen siendo un arma eficaz.

Todos los medicamentos de síntesis con efecto antinflamatorio, no pueden competir por la pobreza de sus resultados con la brillantez clínica de los corticoides y de entre éstos en nuestra experiencia el más efectivo es la betametasona. El efecto intinflamatorio y el efecto antialérgico sobre el órgano de choque los hacen tan insustituibles que resulta ocioso insistir en algo tan conocido.

Es interesante, en cambio, recordar que si son necesarios pueden administrarse a dosis moderadas en el embarazo sin grave riesgo. A lo sumo hay que prescindir de ellos en los primeros meses.

Otro tanto sucede en los diabéticos asmáticos. Los corticoides, en caso de necesidad imperiosa, deben usarse con vigilancia del enfermo y administrándole insulina. Las dosis aún altas de corticoides usadas temporalmente empeoran también sólo temporalmente su diabetes. Si es posible y, generalmente lo es, hay que prescindir de los tratamientos prolongados.

Muy arriesgada es la administración de corticoides en asmáticos con úlcera de estómago. Debe reservarse la terapia corticoidea en estos pacientes a los casos de status asmático y cuando todo el resto del arsenal terapéutico haya fracasado. La piritoterapia en estos pacientes sigue siendo un arma a utilizar.

Ahora bien, cuando el asmático en «status» lo precisa se plantea el conflicto *entre cantidad de necesidad y cantidad de riesgo* y entonces debe el médico inclinarse y administrarlos parenteralmente, con protección antiulcerosa y vigilancia atenta.

No es esto abrir alegremente la mano y cerrar los ojos a los peligros de la medicación, pero sí dar un margen de sensatez al problema y adaptarse a la

necesidad de la clínica. En una palabra, resquebrajar el tabú «corticoides, diabetes, embarazo, úlcera), y jugar inteligente y prudentemente con las variables «cantidad de necesidad», «cantidad de riesgo» y «cuidadosa vigilancia».

Al abordar el capítulo de enfrentamiento con la «reacción alérgica» tampoco queremos enumerar prolijamente nociones de todos conocidas, sino insistir en detalles que creemos interesantes.

Al eliminar del ambiente del enfermo los alérgenos hay que suprimir no sólo los claramente agresores sino también los probables, pero al mismo tiempo, aquellos que por su agresividad alérgica acreditada podrán ser patógenos en épocas posteriores.

Por ello en la casa de todo asmático, por muy infecciosa que sea su asma, hay que mantener una estricta vigilancia contra el polvo doméstico, evitar la existencia de paredes húmedas y sus consiguientes colonias de hongos, suprimir lana, pluma, crin, animales domésticos, etc., todo aquello, en suma, que facilite una sensibilización alérgica y que vaya a hacer un asma mixto con el correr del tiempo.

La terapia farmacológica de la alergia se apoya sobre dos bases, los antihistamínicos y los corticoides. Es forzoso criticar a unos e insistir en el uso de los otros. En nuestra experiencia los antihistamínicos tienen un papel muy modesto en la terapéutica antiastmática. Sólo el Multergan, por su efecto broncodilatador secundario, resulta efectivo, pero la sequedad intensa de las mucosas que provoca aumenta en ocasiones las molestias del enfermo. En conjunto puede decirse que el clínico sigue dando antihistamínicos a sus asmáticos porque se los dan incluidos en la fórmula de muchas tabletas junto con broncodilatadores y corticoides, pero no porque su uso aislado le haya convencido de una decidida eficacia.

Al hablar de nuevo forzosamente de los corticoides cabe preguntar, ¿cuántos? y ¿cuánto tiempo?

En el momento del status asmático deben administrarse por vía endovenosa y en dosis elevada. Después, individualizar una dosis de sostén que mantenga al paciente libre de molestias, mientras la desensibilización específica va realizando sus efectos. La realidad clínica es que dosis equivalentes a 5 ó 10 milig. de prednisona se toleran sin efectos secundarios y con resultado terapéutico eficaz durante períodos de tiempo muy largos.

Esta eficacia nos hace olvidar excesivamente los buenos resultados y el valor del ACTH, que sigue conservando su papel también en el status asmático, en las recaídas de un paciente en pleno tratamiento corticoide y como transición estimulante cuando el asmático interrumpe o decide abandonar progresivamente su prednisona.

Resta por hablar de hiposensibilización. Tampoco queremos insistir en las pautas clásicas.

De las dos técnicas habituales, dosis crecientes o bien dosis mínima eficaz, no creemos que haya que decidirse de entrada por una de ellas.

Si el enfermo lo soporta es preferible en nuestra experiencia el uso de dosis crecientes, asegurando la tolerancia con aumentos suaves y sin prisas. Pero hay enfermos cuya sensibilidad excesiva al extracto aconseja mantenerse en una dosis mínima eficaz, sin empeñarse en aumentos que les perjudican.

Al plantear la desensibilización debe recordar el médico la gran frecuencia del asma mixto y no olvidar de complementar el tratamiento con vacunas anti-

catarrales. Tampoco debe olvidar la gran frecuencia de sensibilización al polvo doméstico y atender al menor atisbo de esta sensibilidad en la historia o en la intradermorreacción.

Insistimos en la necesidad de un buen diagnóstico alergológico antes de lanzarse a una hiposensibilización equivocada o incompleta que desmoralizará a médico y enfermo. Todos los alérgenos alimenticios y ambientales deben ser analizados correctamente. El conocimiento del calendario polínico del ambiente y de la microflora fúngica que rodea al enfermo son tan necesarios como la interpretación de las intradermorreacciones.

Respecto al polvo doméstico puede escogerse entre el uso de extractos standard, de eficacia demostrada o utilizar para la preparación del extracto el polvo recogido del ambiente del asmático, que la lógica señala como más específico.

En todos los casos en que la hiposensibilización no sea tolerada por el enfermo se la debe ensayar trasladándolo fuera de su ambiente, y si allí resulta posible realizarla, una vez ya en marcha, devolverlo a su localidad con cobertura de corticoides, para continuarla.

En todos los casos conviene recordar que no aspiramos a una desensibilización sino a una hiposensibilización. Esto equivale a conseguir una tolerancia del enfermo para sus alérgenos sin manifestaciones clínicas molestas. Ahora bien, nunca debe llevarse el optimismo terapéutico hasta el límite de exponer al asmático a concentraciones excesivas ambientales del alérgeno agresor.

* * *

Hemos procurado en las líneas precedentes no una lista monótona de procedimientos conocidos, ni de dosis, ni de pautas, sino unas impresiones personales con las ventajas y los inconvenientes que ello acarrea, pero que consideramos útiles en el contacto médico-médico cuando se llega a la hora de la terapéutica.