



A propósito de la normativa para el asma de control difícil

Sr. Director: Sobre la magnífica y reciente "Normativa para el asma de control difícil"¹ quisiera comentar algunos aspectos, teniendo presente, en primer lugar, la dificultad de explayarse sobre el tema, uno de los más complejos de la especialidad, ya desde que comenzamos a nominarla, y como tal me referiré a un aspecto semántico, y a continuación a otros 3 que afectan más al texto científico en sí. Al inicio dicen los autores que el título mejor para el asma con síntomas a pesar de haberse aplicado un tratamiento correcto es "asma de control difícil", y lo eligen por criterios de uso apropiado de la lengua española. Sin embargo, creo que es más claro el término "asma refractaria". "Refractario", según el Diccionario del Español Actual², es aquello resistente o inmune a algo; en este caso, asma resistente al tratamiento corticoide, un hallazgo que acontece en aproximadamente el 5% de los asmáticos. La expresión elegida, "asma de control difícil", obliga a los autores a segregar 2 grupos, el falso y el verdadero, dependiendo del grado de profundidad alcanzado en el estudio, aunque, en mi opinión, en una normativa de manejo de una enfermedad se debería suponer que el especialista sabe llegar al diagnóstico, en este caso de asma refractaria, una vez evaluados escalonadamente el diagnóstico diferencial de la enfermedad, el cumplimiento terapéutico, las concomitancias y los factores agravantes. Y el especialista llega a esa conclusión cuando avanza en un protocolo de estudio del asma donde se contempla esa posibilidad, cual manejador de un juego de muñecas rusas, y puede descubrir al final que el asma en cuestión es refractaria, porque a altas dosis de corticoides inhalados, por ejemplo, 3.200 µg de budesonida inhalada (o 2.000 µg según otros autores)³, el paciente sigue sintomático.

Una vez descartada la rarísima asma resistente a corticoides (1:1.000 a 1:10.000 de los casos), el asma es resistente al control por diversas razones, 2 de las cuales tienen que ver con factores agravantes asociados que no están desarrollados en la normativa comentada. Un factor es el uso excesivo de betaadrenérgicos, que podrían interferir, según se ha demostrado *in vitro*, con los receptores glucocorticoides⁴ aminorando la eficacia de los corticoides, y el otro es el tabaco. Recientemente se ha definido que fumar es un predictor independiente de asma mal controlada, junto a otras variables como hiperreactividad bronquial percibida, estado socioeconómico bajo o altas dosis de corticoides⁵, y además es conocida la menor eficacia de éstos en los asmáticos que fuman⁶.

Finalmente, me resulta un poco complicado entender por qué los autores hacen suyos, pero modificándolos, los criterios diagnósticos de asma refractaria de la American Thoracic Society (ATS)⁷ cuando establecen como una posibilidad diagnóstica de esa asma la presencia sin más de 2 criterios mayores (corticoides orales durante más de 6 meses al año o corticoides inhalados a dosis elevadas más

otra medicación adicional, normalmente un adrenérgico β_2 de acción prolongada), porque en ese caso el diagnóstico de asma grave (que precisa altas dosis de corticoterapia) se solapa con el asma refractaria, que se supone, según hemos comentado más arriba, que es aquella que, a pesar de la corticoterapia, continúa mal controlada, y serían entonces los criterios menores –al menos 2 de los 7 que propone la American Thoracic Society–, los que de alguna manera vendrían a definir esa falta de control y darían el toque diferencial, por así decirlo, al asma refractaria con respecto al asma grave.

En cualquier caso, vaya unida a estos comentarios la más sincera felicitación por el esfuerzo realizado por los autores para que dispongamos en nuestro país de una normativa de tanta calidad global en un tema tan complejo, porque se supone que el neumólogo que la estudie y aprenda manejará bien el asma refractaria o de control difícil y, por tanto, le será más fácil tratar el resto de asmas; por eso esta normativa es de hecho un tratado esquemático pero muy completo de dicha enfermedad.

Adalberto Pacheco Galván

Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

1. Normativa SEPAR. Normativa para el asma de control difícil. Área de Asma-SEPAR. Arch Bronconeumol. 2005;41:513-23.
2. Seco M, Andrés O, Ramos G. Diccionario del español actual. Madrid: Aguilar; 1999.
3. Barnes PJ, Woolcock AJ. Difficult asthma. Eur Respir J. 1998;12:1209-18.
4. Adcock IM, Stevens DA, Barnes PJ. Interactions between steroids and beta2-agonist. Eur Respir J. 1996;9:160-8.
5. De Vries, MP, Van den Bemt L, Lince S, Muris JWM, Thoonen BPA, Van Schayck CP. Factors associated with asthma control. J Asthma. 2005;42:659-65.
6. Chaudhuri R, Livingston E, McMahon AD, Thomson L, Borlan W, Thomson NC. Cigarette smoking impairs the therapeutic response to oral corticosteroids in chronic asthma. Am J Respir Crit Care Med. 2003;168:1308-11.
7. Proceedings of the ATS Workshop on refractory asthma. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162:2341-51.