



ASMA DE MANEJO DIFÍCIL

C. Picado

Servicio de Neumología y Alergia Respiratoria.
Hospital Clínico. Facultad de Medicina. Barcelona.

En general, los asmáticos no ofrecen dificultades terapéuticas debido a que, una gran mayoría de ellos muestra una evolución benigna de la enfermedad. El asma de estos enfermos se caracteriza por presentar agudizaciones esporádicas, en forma de episodios de tos y disnea de intensidad moderada, que suelen ceder rápidamente con la medicación broncodilatadora. Sin embargo, el pronóstico de la enfermedad se ensombrece cuando los síntomas se presentan de forma crónica, ocasionando molestias continuas a los pacientes, los cuales con relativa frecuencia sufren agudizaciones graves, que ponen en peligro su vida y los obliga a asistir a los servicios de urgencia hospitalarios, precisando en ocasiones ser ingresados para recibir tratamiento broncodilatador y corticoideo durante varios días. Una parte importante de estos pacientes con asma crónica, suelen mejorar de sus síntomas cuando son sometidos a un tratamiento continuado con broncodilatadores, corticoides en aerosol y tandas ocasionales de prednisona o prednisona durante las agudizaciones. Ninguno de estos tratamientos es curativo, por ello los pacientes afectados de asma crónica están obligados a realizar un tratamiento crónico. De todas formas, el uso continuado de broncodilatadores y beclometasona en aerosol, es en general bien tolerado y no acarrea efectos secundarios importantes. Tampoco parece ofrecer riesgos adicionales, el uso ocasional de tratamientos cortos con corticoides en las fases de agudización de los síntomas. No obstante, un grupo relativamente importante de asmáticos crónicos, sino por el número sí por los problemas asistenciales que ocasiona, es difícil de tratar. Estas asmas crónicas difíciles desde el punto de vista terapéutico, lo son en ocasiones por las peculiares características de la personalidad de algunos pacientes asmáticos, peculiaridades que no son exclusivas de este tipo de enfermos, pero que gravan con dificultades adicionales las que ya ofrece la propia enfermedad por sí misma. En estos casos, más que hablar de asma difícil, habría que referirse a ellos como «asmáticos difíciles con asma crónica». En otras ocasiones, la enfermedad asmática se muestra realmente resistente a las pautas de tratamiento diseñadas con el amplio arsenal terapéutico, con que se cuenta hoy día para tratar el asma bronquial. Con relativa frecuencia el «asmático difícil» y el «asma resistente a la terapéutica» coinciden en un mismo paciente haciendo las cosas doblemente complicadas.

El asmático difícil. En un artículo reciente, Branscomb¹ retrata de forma muy aleccionadora la personalidad de algunos asmáticos y las dificultades adicionales que suponen, para una correcta terapéutica, ciertas tipologías. En su exposición este autor distingue, entre otros, los siguientes caracteres: el luchador autosuficiente, el lábil temeroso, el negativista y el insensible apático.

Al primer tipo pertenece el paciente que niega la importancia de su enfermedad, que por otra parte soporta con un singular estoicismo, a pesar de los evidentes trastornos que le ocarrea, ya que las quejas, en su mentalidad, equivalen a debilidad. Estos pacientes tienen tendencia a no seguir las instrucciones médicas y se rigen por sus propias opiniones. El médico no es quien dirige en realidad el tratamiento, ya que el paciente lo considera un mero consultor, cuyas instrucciones son valoradas por el paciente, que es el que en última instancia decide. En este tipo de enfermos, es importante demostrarles que su enfermedad es crónica y grave y que por lo tanto, la no utilización de una terapéutica correcta les puede acarrear trastornos y riesgos.

El paciente lábil temeroso, es quizás el tipo caracteriológico más frecuente entre los «asmáticos difíciles», caracterizándose por su fácil tendencia a utilizar la terapéutica de forma anárquica, abandonando el tratamiento rápidamente en las fases de mejoría para recurrir, llevado por el pánico, a tratarse posteriormente de manera desordenada ante cualquier leve agudización, recurriendo a «tomar todo lo que encuentra», incluyendo en ello la medicación prescrita por el médico que habitualmente lo controla, más los fármacos que le han recomendado los vecinos o el farmacéutico del barrio. Cuando se analiza el tipo y dosificación de las drogas utilizadas se advierte la completa confusión del paciente, que reconoce que en sus momentos de pánico, la forma de tratar su asma no responde a ninguna lógica ni sigue las recomendaciones recibidas de su médico. Estos pacientes tienen una tendencia fácil a recurrir a los corticoides, de tal forma que cualquier leve empeoramiento de su disnea, es tratado rápidamente con unos comprimidos adicionales de prednisona, que sorprendentemente logran aliviar con rapidez los síntomas de la enfermedad. Este tipo de asma lábil-temerosa predomina en las mujeres y es frecuente que se acompañe de sintomatología depresiva. El síndrome ansioso-depresivo, es probablemente un



factor de riesgo en el asma bronquial, como pudimos comprobar recientemente en una revisión realizada sobre las causas de muerte por asma², en la que encontramos que un 23 % de los asmáticos fallecidos, presentaba síntomas de ansiedad-depresión, por lo que habían requerido tratamiento psiquiátrico.

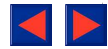
Al tercer tipo de pacientes «asmáticos difíciles» pertenecen los pacientes del «sí, pero...», los cuales se caracterizan por su incapacidad para seguir un tratamiento durante un tiempo suficiente que permita valorar su eficacia, ya que rápidamente los fármacos desarrollan intolerancias difíciles de interpretar, o son inutilizables desde el inicio, por la sencilla razón de que ya han sido previamente empleados por el paciente, y en su opinión se han mostrado ineficaces, por lo cual el arsenal terapéutico antiasmático queda rápidamente inutilizado.

El paciente insensible-apático se caracteriza por su incapacidad para la comunicación, lo que se traduce en la imposibilidad de conocer la evolución de la enfermedad y la eficacia de la terapéutica instaurada a partir de la propia experiencia del enfermo. Las respuestas neutras son las dominantes. Su enfermedad «quizás está mejor» y «a veces» le parece que el tratamiento lo ha mejorado. Algunos de estos pacientes llegan a presentar agudizaciones graves de su asma, debido a que parecen carecer de capacidad para valorar y reaccionar ante sus propias sensaciones.

Estas cuatro caricaturas de personalidades de algunos enfermos asmáticos, no son hechos intrascendentes, ya que representan factores de riesgo importantes. Sin embargo, a pesar de las repercusiones que tiene sobre la enfermedad asmática la personalidad de los enfermos, son escasos los trabajos realizados sobre el tema³. Turner-Warwick, en un libro recientemente publicado, recomienda interesar a los psiquiatras en este tipo de problemas, ya que en su experiencia, algunos de sus asmáticos crónicos, que no duda en calificar como «asmáticos imposibles», lograron mejorar mediante la autohipnosis⁴. La colaboración de los psiquiatras debe incluir la orientación de los neumólogos, a los cuales deben instruir sobre la mejor manera de afrontar las dificultades que presentan determinadas formas de ser. El estilo de vida y los factores conductuales contribuyen posiblemente de forma importante en la morbimortalidad de la población, y su contribución en el caso del asma debe ser considerada, en especial en el asma crónica de difícil control³.

Asma resistente a la terapéutica. Un número no despreciable de asmáticos crónicos no responde adecuadamente al tratamiento antiasmático. Estos pacientes se caracterizan por presentar una obstrucción bronquial crónica, con oscilaciones erráticas en su intensidad, aparentemente indiferentes a la terapéutica antiasmática convencional con broncodilatadores, corticoides en aerosol y por vía oral⁴. Curiosamente, algunos de estos pacientes no muestran efectos secundarios en forma de temblores muscula-

res, etc., a pesar de recibir dosis elevadas de broncodilatadores betaadrenérgicos y metilxantinas. Dado que los receptores musculares tienen un comportamiento similar a los bronquiales⁵, esta falta de acciones secundarias hace suponer que tampoco hay efectos terapéuticos sobre los receptores bronquiales. La posibilidad de que factores bloqueantes de los receptores beta influyan en esta falta de respuesta al tratamiento broncodilatador, ha sido sugerida por algunos autores⁶. En estos pacientes es conveniente utilizar dosis de betaadrenérgicos más elevadas de las habitualmente recomendadas, así por ejemplo, se pueden prescribir 3 inhalaciones de salbutamol, terbutalina, etc., cada 4 horas, en vez de las 2 cada 6 horas habitualmente recomendadas. La asociación de betaadrenérgicos con teofilina retardada suele mejorar los síntomas, con escasos o nulos efectos secundarios. Es importante conseguir buenos niveles de teofilinemia, para lo cual debe recurrirse a los estudios convenientes. La beclometasona debe emplearse a dosis mínimas de 800 µg/24 horas. Los corticoides orales son prácticamente obligatorios en la mayoría de los pacientes, ya sea en forma de tandas cortas ocasionales en las agudizaciones, o en forma permanente con dosis que suelen oscilar entre los 7,5 y los 15 mg diarios de prednisona o prednisolona. La administración a días alternos suele fracasar; aunque en algunos casos permite mantener la enfermedad en una situación relativamente tolerable, sin los perjuicios que pueden ocasionar el tratamiento diario con corticoides. No obstante, con relativa frecuencia se presentan dudas sobre la eficacia de los corticoides en algunos pacientes, ya que sus síntomas y sus alteraciones funcionales, muestran escasa mejoría cuando se emplean estos fármacos, incluso cuando son administrados a dosis elevadas⁷. Esta resistencia a la acción farmacológica de los corticoides se observa, según algunos autores, hasta en un 10 % de los asmáticos crónicos⁷. Grant et al⁷ han observado que los monocitos de los asmáticos corticorresistentes, muestran *in vivo* una respuesta defectuosa a los esteroides. Esta alteración no tiene por ahora explicación. En la práctica clínica la resistencia a los corticoides es difícil de definir, ya que no es raro observar pacientes que en ocasiones muestran una mejoría franca al ser tratados con corticoides, para en un episodio posterior no ofrecer respuesta frente al mismo tratamiento, llegando incluso a fallecer a consecuencia del asma². La demostración objetiva de la falta de acción de los corticoides, mediante la exploración funcional, tampoco está exenta de problemas, ya que se ha observado, por ejemplo, que algunos pacientes pueden mejorar tan sólo la capacidad vital, sin cambios valorables en los flujos aéreos⁴. Por otro lado, tampoco se sabe cuál es la dosis mínima de corticoides ni el tiempo mínimo de administración necesario para poder concluir que la terapéutica corticoidea es ineficaz. Todo ello representa en la práctica que la mayoría de los asmáticos crónicos, muestre o no buena respuesta a los corticoides, suele



recibir tratamiento corticoideo cuando empeoran sus síntomas, dada la imposibilidad de saber con certeza si el citado tratamiento será o no eficaz.

A pesar de todos los pesares, los asmáticos crónicos mejoran cuando se sienten correctamente atendidos por un médico que, con dedicación, procura aliviarlos en la medida de las posibilidades que ofrece la terapéutica antiasmática actual. Es importante que estos pacientes tengan a quien recurrir cuando su enfermedad empeora, y dado que con frecuencia suelen requerir asistencia hospitalaria, es muy conveniente que estén bajo control de un servicio de neumología hospitalario, o con un especialista estrechamente relacionado con uno de estos centros⁸.

Otro tipo de asma crónica de difícil manejo, corresponde al asma con agudizaciones graves súbitas⁹. Este grupo de pacientes representa una población de alto riesgo, ya que las muertes por asma son relativamente frecuentes. En su historia se suele recoger el antecedente de repetidos ingresos hospitalarios, o ataques súbitos de asma que en ocasiones se acompañan de pérdidas de conocimiento, o incluso de lesiones neurológicas debidas a episodios de anoxia cerebral. En algunos casos los ataques súbitos y graves son debidos a la ingesta de preparados antiinflamatorios no esteroideos. Sin embargo, la mayoría de los enfermos suele presentar una historia de asma crónica con oscilaciones erráticas en su sintomatología. Si se les realiza un control diario del flujo pico, se advierte la tremenda variabilidad de su obstrucción bronquial, la cual con frecuencia se acentúa de forma extraordinaria en las primeras horas de la mañana. Se corresponden estas alteraciones con los patrones funcionales descritos por Turner-Warwick como «asma lábil» (*brittle asthma*) y asma con «caídas matutinas» (*morning dipper*)¹⁰. En nuestra experiencia muchos de estos enfermos no están convenientemente tratados y por ello realizan ataques súbitos. Es importante además advertir a estos pacientes de la necesidad de acudir rápidamente a un servicio de urgencias en caso de agudización y no entretenerse con llamadas a médicos de urgencias domiciliarias o de cabecera. Con esta actitud, en algunos países, como Escocia, se ha logrado disminuir la mortalidad por asma⁸. Otras medidas recomendadas para este tipo de pacientes, es enseñarles a utilizar un betaadrenérgico por vía subcutánea del tipo salbutamol, terbutalina o adrenalina¹¹.

Ante un asma rebelde al tratamiento debe siempre descartarse la existencia de un factor profesional desencadenante, factores que pueden ocasionar en algunos enfermos un cuadro de obstrucción bronquial con escasa respuesta terapéutica. También en los casos de aparente resistencia a los broncodilatadores

corticoides deben considerarse las llamadas pseudoasmas, motivadas en la mayoría de las ocasiones por enfermedades de las vías aéreas superiores (parálisis cuerdas vocales, estenosis traqueales, tumores traqueales, cuerpos extraños, etc.)¹².

La utilización del antibiótico troleandomicina ha sido propuesta como tratamiento en el asma corticoide dependiente. Este macrólido actúa al parecer reduciendo la eliminación de la metilprednisolona, siendo ineficaz cuando se emplea prednisolona, lo cual se traduce en un aumento de la eficacia del corticoide mencionado, aunque este hecho también se acompaña de un incremento en los efectos secundarios (hipercorticismo), por ello queda por aclarar si el empleo de la troleandomicina equivale simplemente a aumentar la dosis de corticoides, o si realmente una mejoría de la eficacia terapéutica de los mismos se debe a un efecto específico del antibiótico¹³.

BIBLIOGRAFIA

1. Branscomb BV. The difficult asthmatic. *Clin Chest Medicine* 1984; 5:695-713.
2. Picado C, Montserrat JM, Lloberes P, Luengo M, Serra-Batlle J, Agustí-Vidal A. Muerte por asma. Análisis de 21 casos. *Med Clin (Barna)* (en prensa).
3. Bernardo M, Tressera J, Montserrat JM. Asma y medicina de la conducta. *Med Clin (Barna)* 1984; 83:766-769.
4. Turner-Warwick M. Chronic asthma in adults. En: Weiss EB, Segal MS, Stein M, eds. *Bronchial Asthma*, Boston, Little Brown and Company, 1985; 850-853.
5. Löfdale CG, Svedmyr N et al. Comparison of β_2 -adrenoreceptor stimulation in bronchial and skeletal muscle in experimental and clinical studies. *Eur J Resp Dis* 1984; 63(suppl. 135):124-134.
6. Basran GS, Ball AJ, Hanson JM, Morley J, Turner-Warwick M. Circulating β -adrenoreceptor blocking factors in asthma. *Eur J Resp Dis* 1984; 63(suppl. 135):226-228.
7. Grant IWB, Wyllie AH, Poznansky MC, Gordon ACH, Douglas JG. Corticosteroid resistance in chronic asthma. En: Kay AB, Austen KF, Lichtenstein LM eds. *Asthma, physiology, immunopharmacology and treatment*, London, Academic Press 1984; 359-374.
8. Cromton GK, Grant IWB, Bloomfield P. Edinburgh emergency asthma admission service: report on 10 years' experience. *Br Med J* 1979; 2:1199-1201.
9. Picado C, Montserrat JM. Agudización grave del asma (AGA). *Medicine (Madrid)* 1985; 29:69-73.
10. Turner-Warwick M. On observing patterns of airflow obstruction in chronic asthma. *Br J Dis Chest* 1977; 71:73-86.
11. Cochrane GM. The role of bronchodilators in severe acute asthma. En: Clark TJH ed. *Bronchodilator therapy: The basis of asthma and chronic obstructive airways disease management*. Auckland, Adis Press, 1984; 167-187.
12. Marín A, Picado C, Xaubet A, Montserrat JM, Agustí Vidal A. Pseudoasmas. *Med Clin (Barna)* 1986; 86:537-539.
13. Zeiger RS, Schatz M, Simon RA. Troleandomycin therapy in corticosteroid-dependent asthma. En: Weiss EB, Segal MS, Stein M eds. *Bronchial asthma*, Boston, Little Brown and Company, 1985; 714-723.