

# El fracaso terapéutico en el asma infantil

*Doctor J. P. García Echeverría*

No sé si el término fracaso es el más adecuado para atribuirnoslo cuando el tratamiento del asma bronquial infantil no va seguido del éxito que deseamos. Quizá es que estamos muy familiarizados con la decepción por vivirla día tras día.

Dar un repaso al tratamiento del asma infantil es sin duda mucho más agradable haciéndolo, desde el punto de vista de las indicaciones, comentando los éxitos y llamando a los fracasos "resultados medianos o regulares". Sin embargo, el pensar sobre nuestra diaria tarea desde un punto de vista diferente tiene también resultados positivos. La reflexión sobre un curso clínico indeseable, que nos haga problematizar y poner en tela de juicio nuestras convicciones, puede ser más fecundo que nuestra satisfacción con los resultados brillantes.

He prescindido de los fracasos derivados de los errores de diagnóstico, por tratar como asma bronquial cosas que no lo son, y he procurado limitarme a exponer con un orden muy discutible lo que nos sugiere el trato diario con el niño asmático y su madre, importante personaje en este tema.

Todos conocemos los problemas del asma infantil y, de acuerdo con las normas y el saber actual, tenemos un criterio cuya solidez se resiente cada vez que las cosas no cursan con nuestra intención. Pocas enfermedades serán tan decepcionantes. Por tratarse de un proceso crónico, vinculado a factores constitucionales, ambientales, alérgicos, infecciosos y psíquicos, las medidas profilácticas son difíciles de poner

en práctica y de una eficacia muy limitada. La acción reiterada de las causas condiciona su evolución; unas veces por brotes, otras con un mantenimiento en el umbral de la tolerancia al broncoespasmo y otras con la desaparición temporal de toda clase de molestias, sin una interpretación satisfactoria de estos hechos.

En el asma bronquial infantil, aparte de los factores etiológicos, intervenimos fundamentalmente el enfermo, su madre y el médico. Los tres podemos cometer errores que sean causa del mal curso de la enfermedad.

Nosotros, los médicos, podemos desconocer lo que debiéramos saber, hacer lo que no debemos, omitir lo indicado o correr riesgos más o menos calculados y necesarios.

El niño por no cumplir lo prescrito, lo cual, a ciertas edades, es la madre la responsable total.

La madre, a la cual dedicaremos más atención, es uno de los pilares más importantes para que el tratamiento del niño asmático curse bien.

En el tándem niño-madre se asientan unas relaciones psico-afectivas muchas veces anormales, con expresiones que varían de la congoja al alborozo o de la euforia a la histeria.

A menudo se nos consulta únicamente con ocasión de las crisis, y su único y ciego deseo es que cesen, sin querer comprender que es necesario ir a una terapéutica de fondo y a un control prolongado de la

enfermedad aun en ausencia de las crisis, pecado en el que también incurre el médico con alguna frecuencia, al limitar su actuación al tratamiento de las situaciones agudas.

## ERRORES EN RELACION CON EL TIPO DE ASMA

Tenemos muchas lagunas en nuestros conocimientos para establecer la relación causa-efecto. Nos faltan pilares para asentar una terapéutica indiscutible y eficaz. Nuestros esquemas etiopatogénicos de la enfermedad se corresponden con el acontecer clínico sólo parcialmente. Y naturalmente, aun con un bagaje defectuoso, hemos de tratar al enfermo supliendo con el arte médico lo que no sabemos, utilizando de una forma práctica todo aquello que pueda ir en su beneficio.

En el asma infantil pueden separarse, como en el adulto, dos tipos de asma. El muy numeroso, que abarca un 90 o más por 100 de los asmáticos ligados a factores catarrales, que por su frecuencia es el que nutre nuestras consultas, y ese otro grupo, más reducido, más interesante y asmático si se me permite la expresión, en el que el factor alérgico es el predominante. Naturalmente sus asociaciones compli- can las cosas.

En el primer grupo, el de los asmáticos catarrales, la investigación de los alérgenos ambientales da un porcentaje de positividades menor que en el adulto, con asma de las mismas características, quizá un 10 ó 20 por 100 y es donde los resultados obtenidos con las vacunas son mejores. Tienden a la mejoría con la edad y se puede hacer un pronóstico más favorable, constituyendo su tratamiento una auténtica profilaxis del asma del adulto.

El segundo grupo, el fundamentalmente alérgico y constitucional, que sirve para la descripción académica, con sus crisis muy paroxísticas y dramáticas, provocadas por circunstancias o alérgenos muy definidos y especificados, con carga hereditaria y episodios de otras manifestaciones alérgicas en piel o digestivo provocadas por sensibilizaciones, tienen un tratamiento más difícil y un peor pronóstico.

Tanto en los dos grupos más o menos puros, intrínseco y extrínseco, como en los mixtos, tenemos que manejar nuestro esquema mental etiológico del asma. Lo constitucional, lo alérgico, lo infeccioso y lo psicológico hemos de valorarlos según nuestro criterio. El olvidarlos, ignorarlos o confundirlos es casi la síntesis de nuestros errores de diagnóstico.

Para llegar a esta adecuada valoración es necesario un estudio, lo más completo, del enfermito y su circunstancia materna. Aquí ya encontramos un pecado frecuente por nuestra parte: hacemos un interrogatorio y prescindimos del "escuchatorio". Todo lo que nos cuenta la madre del niño podrá carecer de valor en cuanto a la anamnesis clínica, pero está haciendo un retrato familiar con cuya interpretación tendremos unos datos inestimables. Además, y simplemente por el hecho de sentirse escuchada, mucho más si esto no le acontece a menudo, habremos puesto ya un cimiento para la confianza necesaria en el médico en cuyas manos pone a su hijo.

La anamnesis, la exploración física y radiológica (es fundamental la radiografía como dato objetivo y comparable en la evolución), la determinación de la eosinofilia general y local, la situación alérgica en cuanto a la tuberculosis, la exploración funcional espirográfica con prueba de broncodilatación siempre que el niño sea capaz de colaborar y la investigación alérgica racional, leída por el asmólogo, interpretada y valorada de acuerdo con la clínica, han de ser realizadas de una forma sistemática. El ignorar focos sépticos en rinofaringe, desconocer circunstancias desencadenantes de crisis o respuesta a la tuberculínica son fallos de bulto, pero al alcance de cualquiera.

La hipervaloración de las pruebas alérgicas cutáneas, sobre todo cuando no existe una evidente correlación con la historia, induce a un diagnóstico y tratamiento polarizados a la hiposensibilización, dejando de lado aspectos importantes cuando no decisivos.

El disponer de fármacos capaces de resolver espectacularmente situaciones dramáticas, así como la cómoda prescripción de esteroides, no nos releva de nuestra ineludible obligación del examen completo del enfermito, analizando todos los factores

de valor etiológico, desencadenante o de complicación. Cualquier omisión en estos puntos nos puede llevar a un curso clínico rebelde a los medios, ya que estaremos dando palos de ciego.

Y si es necesario este diagnóstico completo, también es necesario no ser rígidos en él. La evolución del asma en la infancia puede ir modelada por influjos etiológicos variables en el mismo enfermo. El crecimiento biológico es un fenómeno dinámico y el asma tampoco es estática. Una sensibilización específica no es un sello perenne, y su responsabilidad etiológica a lo largo de la vida del enfermo varía. Lo que en su día fue un asma extrínseco puro, evoluciona con y por una rinitis obstructiva, traqueo-bronquitis de repetición, nuevas sensibilizaciones, conflictos emocionales o procesos de la patología infantil que nada tienen que ver con el asma ni el aparato respiratorio. Un motivo más para precisar la colaboración entre el pediatra y el asmólogo.

Hemos de tener elasticidad de criterio, saber variar los adjetivos y hasta los sustantivos del diagnóstico siempre que los hechos pesen con su evidencia.

También puede ser motivo de error en relación con el diagnóstico el que en las revisiones periódicas y de control, una vez diagnosticado el niño como asmático, centrados en su problema, pueden pasarnos desapercibidos procesos intercurrentes, a veces sonoros y groseros, por lo que es necesario reiterar y prodigar la vigilancia de estos pequeños, fundamentalmente la radiológica, ya que también hacen sus primoinfecciones, sus neumonitis, sus pleurías y hasta tienen sus cuerpos extraños intrabronquiales.

## ERRORES EN RELACION CON EL TRATAMIENTO

1.º Planteamiento del problema y relación médico-enfermo-madre.

Todos manejamos o tenemos a nuestro alcance los mismos medios terapéuticos, con más o menos acierto, fortuna u oportunidad. La misma medicación en circunstancias aparentemente iguales, nos proporciona hoy un éxito y mañana un fracaso.

La confianza depositada en el médico en

los primeros contactos es siempre un factor psicoterápico muy favorable, pero tiende a disminuir cuando las cosas no ruedan bien. Otras veces, estas primeras consultas están nubladas por un natural recelo debido a "que le han visto muchos médicos", "nadie sabe la causa de su asma", "le repiten las mismas pruebas que le hicieron antes y no dio positivo a nada" o "de ese medicamento ya ha tomado". Es sin duda una situación difícil para nosotros, que hemos de superar haciendo renacer nuevos ánimos en niño y madre. Si no lo conseguimos, será más que probable que vayamos al fracaso.

La prisa, esta pandemia actual, también nos hace sus víctimas al escatimar el tiempo necesario para el planteamiento de la enfermedad, de su pronóstico y tratamiento. Y creo que la sensación de querer despachar con brevedad el caso, sin dar las explicaciones pertinentes y contestando a las preguntas que se nos formulan, es otro eslabón más para obtener malos resultados.

En las primeras entrevistas hemos de hacer comprender a los padres la responsabilidad conjunta que a ellos y nosotros nos toca. Que el asma no son solamente las crisis y que su hijo no es que esté, sino que es enfermo.

Cuando no son advertidos, los éxitos iniciales pueden influir desastrosamente en la evolución, a través de una cosa tan sana cuando es moderado, como el optimismo.

Hemos de prevenir también contra esa nefasta colaboración popular cuyas sugerencias encuentran eco en situaciones de desdicha.

Las madres de los niños asmáticos podríamos clasificarlas en tres grupos según su personalidad y conducta referidas al caso que nos ocupa: 1.º El primero, más numeroso, normal, que ven con más o menos claridad el problema de su hijo enfermo. Sufren como madres y aunque en alguna ocasión su conducta como colaboradora del tratamiento no sea perfecta, generalmente ayudan eficazmente. No podemos prescindir de su inestimable colaboración. 2.º Aquellas que por enraizamientos subconscientes de rechazo, supercuidan conscientemente al enfermito, llevándoles su iniciativa de compensación a errores y dislates. Proyectan la responsabilidad hacia hechos, cosas o personas. Son malas colaboradoras cuando no verdaderos agentes

desencadenantes de crisis. 3.º Un tercer grupo en el que pueden agruparse las descuidadas, olvidadizas, desaliñadas, abúlicas, con sus consecuencias en cuanto a la suciedad ambiental, de vestido, de orden, de higiene y de alteración de las normas más elementales para la desalergización y cumplimiento de las indicaciones del plan terapéutico.

Por otra parte, situaciones de conflicto entre los padres, cuando son detectados por el niño asmático, y a su fina sensibilidad pocas cosas le escapan, tienen valor desencadenante de crisis. Cuando los niños que se encuentran libres de molestias fuera de su casa tienen crisis en ella, no siempre se debe a los inhalantes ambientales.

Por otra parte, hemos de influir para que el niño no sea objeto de atenciones especiales o separado de su medio colectivo normal. La sobreprotección y el aislamiento, pueden mantener y cultivar el asma.

Nos preguntan con frecuencia si el asma se cura y nos piden una respuesta categórica. El contestar afirmativamente, es decir, que sí se cura, es deformar la verdad, y poner una mina que nos puede explotar en un plazo más o menos corto. El contestar que no se cura, por lo menos en un sentido biológico, está más cerca de la verdad, pero es cruel y puede ir en perjuicio del propio enfermo. Creo que cada uno de nosotros se ve a menudo en este brete y tiene sus contestaciones para cada caso particular, que no puede ser la misma según caso clínico, cultura e inteligencia de quien pregunte. Son convenientes unas explicaciones sobre la enfermedad, dejando un poso de responsabilidad, imbuyendo la necesidad de colaborar con el médico, pronosticando un tratamiento durante años, del que dependerá la disminución, frecuencia o desaparición total de las crisis. Hemos de inculcar la importancia de las medidas de desalergización, de las medidas higiénicas, de la constitución lábil de estos niños cuyas crisis pueden ser desencadenadas por variados estímulos, entre los cuales los de orden psicoafectivo están vinculados a la armonía y tono familiar.

Quizá exagerando, se ha llegado a decir que en los orfanatos no hay asma infantil. Tal valor tiene para algunos el factor psíquico en la génesis de las crisis. Y aunque no sea totalmente cierto, sí es verdad que en

un gran número de niños asmáticos existe un conflicto, que no nos debe pasar desapercibido. La hiperprotección, el supercontrol, la separación o diferenciación con otros niños en juegos, estudios o relación, ejerce comparativamente un efecto demotador para el desarrollo de la personalidad.

En algunos casos, cuando las crisis se repiten con frecuencia, llegan a hacer de las mismas una auténtica arma para su utilización subconsciente ante situaciones incómodas.

El que estos niños no vayan al colegio como los demás, tengan un profesor privado o gocen de privilegios (recorte de horario, no hacer gimnasia, etcétera) es una forma de perjudicarles. Es preferible hacer algunas concesiones, corriendo riesgos físicos, que imponer prohibiciones que cultivan la conciencia y personalidad asmática.

Resumiendo este capítulo: La Patología mental suele estar presente en un gran número de casos en niño, madre, o ambos en su relación. Su influencia es mutua y de reactivación. Si no damos su valor a esta realidad, dejamos una importante laguna con todas sus consecuencias.

### **ERRORES EN RELACION CON EL TRATAMIENTO DE CORTICOIDES**

El médico asmólogo tiene que emplear a veces lamentándolo, estos extraordinarios medicamentos. Conoce sus efectos secundarios, está advertido de sus riesgos y se ve inevitablemente en la obligación de hacer uso de ellos. Mantenemos tratamientos de los mismos en el límite de la tolerancia y eficacia. Vemos con frecuencia retenciones hídricas, hipertricosis, caras de luna sin haber resuelto el problema que motivó su indicación.

Parece que el tratamiento con corticoides del asma fuera una forma cómoda, quedando como aran mérito el prescindir de los mismos, lo cual, en la práctica, queda reservado para cuadros afortunados.

Conocida su eficacia, a veces espectacular y resolutiva, por parte del enfermito y de la madre, el serio peligro que se presenta, sobre todo, en los intervalos sin control médico, es el de la prolongación indebida del tratamiento y las sobredosificaciones innecesarias. Vuelven al cabo de varios meses a la consulta diciendo que ha

continuado tomando una dosis diaria de prednisona o betametasona, le ha sentado muy bien, no ha vuelto a tener asma y ha engordado porque tiene un apetito... Si la madre no ha sido debidamente informada, nuestra responsabilidad es evidente. Generalmente advertimos, ilustramos, pero... es igual.

En otros casos suspenden el tratamiento prematuramente, haciendo caso omiso de nuestras indicaciones, pasada la situación aguda. Unas veces, porque "se le terminó el frasco", otras, "porque le desapareció la fatiga" y otras porque "no le gusta abusar de la cortisona".

Parece ser que el niño tolera proporcionalmente mejor que el adulto el tratamiento esteroideo. No es ocasión de describir los cuadros de los efectos secundarios y su influencia en el desarrollo infantil y sí de meditar la forma con que los administramos. Creamos con facilidad corticoido-dependencias, no asociamos a la terapéutica con corticoides, broncolíticos que nos economizan dosis de los primeros, o anabolizantes. Se nos escapan signos iniciales de sus efectos indeseables. La vigilancia del sodio y potasio debiera ser más frecuente y lo hacemos excepcionalmente.

Los pecados por déficit cometidos por el médico parten generalmente de un excesivo temor a su empleo, utilizando dosis insuficientes y en tratamientos breves. Se cultiva un clima de medicación peligrosa, que naturalmente tiene su difusión en el mundo profano afectado, y, por no correr riesgos, se evitan, cuando es preciso que nos molestemos en conocerlos mejor para manejarlos de forma adecuada, aunque a veces no nos quede más alternativa que elegir entre dos cosas malas: un status asmático o un cuadro cushingoide.

Sin embargo, cuando nos vemos precisados a hacer uso de los mismos durante tiempo prolongado, creo que todos tenemos la experiencia de que con dosis muy reducidas, del tipo de medio a un miligramo de betametasona por semana, con terapéutica asociada si es precisa, pueden controlarse bastantes casos.

La patología infantil tiene una contraindicación señalable. La varicela. Asimismo el viraje tuberculínico debe ser vigilado y cuando acontece, evitar los esteroides.

## ERRORES EN RELACION CON EL TRATAMIENTO DE EXTRACTOS ESPECIFICOS Y VACUNAS RESPIRATORIAS

Cuando tras la exploración alérgica más o menos rutinaria o dirigida encontramos unas respuestas dérmicas y con más razón si existe congruencia con la anamnesis, clasificamos el asma como extrínseco. Si la infección juega papel importante, lo llamamos infectado o mixto. Y si no encontramos alérgenos causales y evoluciona con episodios infecto-catarrales, lo llamamos intrínseco o bronquitis asmática. Esto será más o menos cierto, pero nos sirve en el momento actual de conocimientos para entendernos y para programar un plan terapéutico de fondo con el fin de disminuir la sensibilidad a los antígenos y a mejorar las defensas ante las bacterias. En mi opinión, por tener tal importancia los factores infectantes en el asma infantil, y con más razón en las regiones cuya climatología favorece los cuadros catarrales, se debe asociar al tratamiento con extractos antigénicos, una vacuna bacteriana, salvo excepciones (asmas extrínsecos muy puros, secos o ausencia total de catarros).

Por parte del médico es exigible el imponer meticulosidad en el plan terapéutico de vacunas y extractos. Las normas deben darse por escrito, mejor en impreso, fijando días, dosis y con un control periódico que nos garantice el cumplimiento de las mismas. La interrupción del tratamiento en las agudizaciones, la observación de las respuestas locales y generales, deben quedar bien explicadas.

Asimismo, los padres del niño deben saber lo que se pretende con el tratamiento de vacunas y extractos: mejorar su situación inmunológica para hacerle menos receptivo a las agresiones de alérgenos y gérmenes. No cabe esperar de ello resultados inmediatos y sí tardíos buenos. Que hay que repetir varios años y que solamente con tesón, paciencia y disciplina pueden alcanzarse resultados positivos, es uno de los aspectos de la enfermedad, quizá el decisivo.

Las reacciones generales, cuando se hacen las cosas con cuidado y meticulosidad, son raras. Si al mismo tiempo del tratamiento con extractos y vacunas utiliza-



mos pequeñas dosis de corticoides y anti-histamínicos, reduciremos el número de reacciones, que cuando se producen es aconsejable suspender temporalmente o retrasar el calendario, así como en una situación catarral o de sobrecarga alérgica, para evitar una sumación de efectos con una resultante no deseable.

En cuanto a las dosificaciones de vacunas, no creo sea conveniente ir elevándolas hasta que se produzcan reacciones, para reducirlas después, buscando la dosis máxima tolerada. La tolerancia, teniendo su sello individual, no es permanentemente la misma, y en el mismo niño, creo que todos tenemos experiencia, después de alcanzar y fijar una dosis de estabilización y continuidad, podemos producir una reacción local o general, según medie o actúe el resto de la constelación etiológica del asma.

Por mi parte, utilizo autovacunas con concentraciones de 500 millones de gérmenes por c. c., y dependiendo de cada caso, no suelo pasar de 0,5 c. c. por inoculación, siendo la más frecuentemente indicadas las de 0,2 a 0,4 centímetros cúbicos.

Los extractos específicos no deben ser empleados en niños menores de dos años en los casos en los que no existe una sensibilización clara y evidente, predominando los signos catarrales, por su escaso rendimiento, y en los que su situación alérgica es marcada o muy específica por su peligrosidad. Pasados estos primeros dos años de vida, y con un criterio progresivo de utilización según la edad, las dosis serán igualmente ajustadas a las particularidades de cada caso. Empleando extractos de diez mil unidades de nitrógeno proteico por centímetro cúbico lo que corresponde a un 1 por 100 en la relación peso-volumen, se puede comenzar por una unidad para llegar a la fase de estabilidad de dosis a dos o tres mil unidades (0,2-0,3 centímetros cúbicos).

Uno de los motivos por los que se desacreditan estos tratamientos son las interrupciones, la inconstancia y negligencia en su realización una vez indicados e instaurados.

Es conveniente recordar en este punto que las sensibilizaciones en el asma son pocas veces monovalentes, no constituyendo un sello a perpetuidad en un sentido

etiológico (quizá sí biológico), y a lo largo de la vida del asmático no les corresponde la misma responsabilidad causal, sino que, como decía Jiménez Díaz, tienen un carácter adjetivo, y nosotros hemos de decir lo que tienen de calificativo y de determinativo. Es preciso repetir en el niño asmático cada año o dos la anamnesis de orientación alérgica y pruebas de sensibilización para la modificación diagnóstica y de tratamiento si fuese preciso.

### **ERRORES EN RELACION CON EL TRATAMIENTO DE LA INFECCION**

La infección, al menos potencialmente, está en todo niño asmático. El terreno asmático favorece la infección, así como la infección favorece el asma. Las infecciones rinosinuales son tan frecuentes que nos obligan a una exploración sistemática. La indicación quirúrgica o no de unas adenoides, hipertrofias amigdalares o de cornetes, puede ser motivo de error por nuestra parte, por acción u omisión.

Existen alteraciones rinofaríngeas —que se pueden encontrar en el niño asmático como en cualquier otro— que pueden ser consideradas como infectadas e infectantes. Su influencia nefasta sobre el asma es segura. No se puede dudar de la influencia sobre las crisis de asma de estas rinofaringitis asentadas sobre vegetaciones infectadas o amigdalitis. Son indicación quirúrgica.

Existen igualmente rinofaringitis de naturaleza alérgica, localización inicial de la enfermedad asmática. En este caso, la supresión del órgano de choque sobre el que se ha fijado la reacción alérgica favorecería la localización más baja de la alergia, es decir, en los bronquios. Estos casos, en principio, no son quirúrgicos.

Por último, casos mixtos en los que en el asma, alergia e infección se suman. Disminuye la eosinofilia local y aumentan los polinucleares neutrófilos y la purulencia. En estos casos el resultado del tratamiento intenso de antibióticos será lo que decida nuestra conducta.

Teniendo en cuenta la facilidad para infectarse el niño asmático, aun en ausencia de focos sépticos, así como la influencia de las infecciones en su evolución, que actúan particularmente con los cambios climatoló-

gicos, de estación, con la humedad y el frío, es norma de prudencia, sobre todo en regiones de clima no privilegiado, el hacer casi sistemáticamente un tratamiento de antibióticos a lo largo de la temporada invernal, con una, dos o tres dosis semanales, de acuerdo con el caso, y empleando el o los antibióticos de nuestra elección. Naturalmente no podemos olvidar los riesgos del tratamiento antibiótico prolongado: las sensibilizaciones, las intolerancias digestivas, las disbacteriosis, las resistencias de la infección y las micosis. Concretamente en el caso de la penicilina y sus derivados hemos de ser muy cautelosos cuando tratamos asmáticos, enfermos en los que la alergia está presente, ya que la penicilina es hoy el antibiótico que da más respuestas anafilácticas. Por mi parte diré que en forma de inyectable no la empleo. En determinados casos, las sintéticas, por vía oral, con protección de antihistamínicos y corticoides y... reservas.

### **ERRORES EN RELACION CON EL PLAN HIGIENICO GENERAL**

De la misma manera que indicamos de una forma preventiva los antibióticos y la vacunoterapia, aun en ausencia de infección evidente, debemos indicar una desalergización ambiental aun en ausencia de sensibilizaciones manifiestas. El niño con asma intrínseco puede sensibilizarse a los inhalantes ambientales, ya que lo fundamental, el terreno, lo porta el enfermo. Por eso es preciso que el medio ambiental sea lo más limpio posible que las circunstancias lo permitan. La supresión de los elementos de relleno, la lana, el miraguano, el polvo, los animales domésticos y la esmerada limpieza deben ser indicados por sistema.

Los hábitos personales de vestido e higiene no los olvidaremos. Los enfriamientos que sufren los pequeños en los recreos de los colegios son causa de reiteradas agudizaciones del asma. La recomendación de calzado y vestido protector, no agobiante, así como la limpieza personal, tantas veces descuidada por temor al frío, son otros puntos a recordar.

En cuanto a la alimentación, si bien los factores alimenticios están más ligados a la alergia que al propio asma, y dejando apar-

te los casos de asma con o por sensibilizaciones alimenticias, deberemos evitar en líneas generales aquellos alimentos que no siendo básicos en la alimentación producen con frecuencia sensibilizaciones (semillas secas, cacao, piñones, conservas, embutidos, etcétera).

Somos consultados, y debiéramos anticiparnos sin serlo, en cuanto a los climas, sobre todo en relación con los veraneos. Creo que según la región geográfica de que se trate el enfoque será diferente. Cuando la aparición de las crisis está ligada al clima (no al ambiente) y es tan evidente en su repetición tras las entradas y salidas de determinadas zonas, sin encontrar alérgenos causales, hemos de rendirnos ante la realidad de nuestra ignorancia y admitir que ese niño debe vivir fuera del lugar asmógeno, sin olvidar que porta una constitución que le facilita otras sensibilizaciones y que puede cultivar su asma con otros estímulos.

Pero salvo estos casos excepcionales, cuya emigración casi nos la imponen, el asma debe ser tratada en el lugar en el que haya de vivir el individuo. Su curso probablemente nos pondrá en evidencia cuánta más importancia tiene el ambiente, macro o micro, que el clima.

En la región vascongada y en la costa norte de España, en general, los veraneos son de dos tipos: bien en un pueblecito de playa, bien en un lugar de meseta a cien o doscientos kilómetros de la costa. En el primer caso existe poca diferencia climatológica en relación con la residencia habitual; en el segundo, el clima es por lo general más seco, más días soleados, mayores diferencias térmicas día-noche y menos brumas. Cuando hay un niño asmático en la familia nos preguntan sobre el veraneo de elección. Pues bien, somos partidarios de elegir el lugar más limpio ambientalmente y con condiciones domésticas mejores. Ponemos el veto a los ambientes pulvígenos rurales (eras, ganado, etcétera) tanto como a las nieblas marítimas de los pueblos costeros. Señalamos los beneficios de los baños de sol y mar, cuando con buen sentido se les prohíbe la estancia en la playa los días nublados o fríos así, como estar a la intemperie las tardes brumosas.

Pero proscribir el clima marítimo en el niño asmático, cuando se tiene cerca de casa, de una forma general, no es correcto a mi juicio. Esta misma forma de pensar ha sido puesta de manifiesto en el XIV Congreso Internacional de Talasoterapia, celebrado recientemente en Rumania.

Suele ocurrir con frecuencia a los niños asmáticos que veranean en la costa cantábrica el empeoramiento de su proceso en el mes de septiembre, a medida que disminuyen las horas de sol y se prodigan las nieblas vespertinas. Asimismo, los retornos del verano al domicilio habitual, que ha estado cerrado semanas o meses, pese a las limpiezas previas que siempre indicamos, suelen producir reactivaciones.

Para terminar quiero señalar la importancia que tiene la fisioterapia, concretamente la gimnasia en estos niños. Si en los adultos tiene interés el conseguir un mínimo aumento de la movilidad pulmonar para su mejor ventilación, este interés crece al tratarse de niños asmáticos, ya que en su desarrollo pueden quedar secuelas o deformidades motivadas o agravadas por el sufrimiento asmático y que con la gimnasia pueden ser, si no evitadas, atenuadas o compensadas. Por ello no debemos dejar este aspecto de la cuestión. En los colegios se practica la gimnasia de forma colectiva y es triste ver cómo algunos niños se ven dispensados de los ejercicios solamente por el hecho de ser asmáticos.

## RESUMEN

Si por fracaso en el tratamiento del asma infantil entendemos todos los casos en los que las crisis de disnea se repiten con más o menos intensidad a lo largo de meses o años, nuestra actividad como asmólogos está plagada de fracasos.

Si con un criterio más lógico, llamamos fracasos a aquellos casos clínicos que hubieran podido evolucionar más favorablemente de no haber existido errores, fallos u omisiones en el diagnóstico y terapéutica, ya no serán tantos. El mejor conocimiento de todos los problemas que inciden en cada niño con asma, así como nuestra dedicación entusiasta, son las premisas fundamentales para que los fracasos queden reducidos a un mínimo.

El diagnóstico del asma bronquial no es difícil. Más lo es el ir poniéndole adjetivos y datos. Y la gran dificultad constituye su tratamiento. No podemos dejar ningún cabo suelto. Desde la higiene personal hasta los riesgos de la medicación hemos de tenerlos presentes.

Si algo pudiera aconsejar, diría: "Ideas básicas claras; sistemática de estudio del enfermo amplia; no llegar a conclusiones rígidas prematura o fácilmente; criterio apto para la rectificación si los hechos clínicos lo indican; vigilancia frecuente; planes de tratamiento para plazos no muy largos; dedicación de tiempo a la escucha, a la explicación y... mucha paciencia".