

«ACTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL»

Introducción

JAIME REVUELTA ALONSO*

El asma bronquial es una enfermedad compleja, multifactorial, de difícil definición (alguien la ha comparado al amor: todo el mundo sabe lo que es, pero nadie sabe definirla con exactitud), con implicación de factores genéticos, bioquímicos, inmunológicos, infecciosos, endocrinológicos, ambientales y psicológicos en distintos grados y en diferentes individuos; puede ser leve y no afectar para nada la vida normal o puede ser grave e incapacitarle.

A pesar de que se han establecido mejoras substanciales en el abordaje de esta enfermedad (nuevos conocimientos sobre su patogenia, diferentes métodos de aplicación de los medicamentos antiguos, progreso en la lucha contra los efectos secundarios de los mismos, aparición de otros nuevos medicamentos, valoración adecuada de los factores ambientales, sociales y psicológicos, etc. etc.), sigue siendo un problema socio-sanitario importante: recordar que un 5-7 % de la población infantil está afectada de esta enfermedad, es el responsable del 37 % del absentismo escolar causado por enfermedades crónicas (fallan unos 40 días por curso) y que además el niño asmático tiene la propiedad de «*asmatizar*» el ambiente que le rodea en especial el entorno familiar, al que pueden producir graves trastornos psicosociales: el asmático se muestra agresivo con los más débiles, ataca a los hermanos me-

nos, esclaviza a la familia en la que muchas ocasiones se observan signos de ansiedad y a veces de rechazo inconsciente, con lo que la estructura de la personalidad del niño se resentirá evidentemente.

Es más correcto hablar de «*Asma infantil*» que «*Asma en el niño*».

Por su polimorfismo clínico el asma continua siendo mal diagnosticada, tanto por defecto como por exceso e insuficientemente tratada, en el XVIII Congreso Español de Pediatría, celebrado en Sevilla en junio del 92, se sacaron las siguientes conclusiones: el 42 % de los casos eran diagnosticados y tratados; el 43 % no eran diagnosticados ni tratados; el 5 % no diagnosticados pero tratados y un 10 % diagnosticados pero no tratados.

Es evidente, sin embargo, que el asma puede y debe ser diagnosticada y tratada por el pediatra general en colaboración con el alergólogo infantil, por la frecuencia de la patología alérgica en la edad infantil. En ocasiones tendrá que echar mano de: radiólogos analistas, psicólogos, otorrinos, neumólogos, médicos de Medicina Deportiva, etc. No cabe duda que en situaciones graves acudirá a los servicios de urgencia e incluso hospitalizarlos, pero necesariamente cuando estos niños se reincorporan al hogar, el pediatra general tendrá que hacer el seguimiento adecuado.

Por todo lo dicho anteriormente el pediatra tiene la obligación grave de conocer a fondo los últimos métodos diagnósticos y terapéuticos de la asmología infantil, saber que pueden beneficiarse con orientaciones muy diferentes y que las conductas estereotipadas no aportan en ocasiones beneficio alguno.

Sabiendo la importancia que tiene en Pediatría la colaboración familiar, en particular en las enfermedades crónicas como es el Asma, el Pediatra debe esforzarse en

transmitir y educar a la familia para que la palabra Asma no sea angustiante. En la medida que podamos tanto por escrito como con entrevistas personales, nos esforzaremos en llegar a ellos los conocimientos oportunos sobre dicha enfermedad.

En esta Mesa Redonda pretendemos actualizar los conceptos anteriormente expuestos, contamos para ello con unos consumados especialistas, cuya experiencia nos va a ser muy útil y a los que agradecemos su valiosa colaboración.