



Entrevista

Dr. José Ramón Villa Asensi

*Jefe de Sección de Neumología
del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid*

«Hay que concienciar a la gente de que el tratamiento de mantenimiento para el asma es a largo plazo»

¿Qué factores pueden dificultar el diagnóstico y el tratamiento del asma infantil?

Los niños en edad preescolar tienen con mucha frecuencia episodios recurrentes de sibilancias sin que esto implique que a la larga vayan a desarrollar asma; además, incluso los factores inflamatorios de su enfermedad son distintos que los del asmático, con lo que definir bien el cuadro no es fácil. Otro factor importante es que uno de los aspectos en los que recae la definición del asma es la existencia de una obstrucción variable al flujo aéreo que debemos poder demostrar con una espirometría y cuando hablamos con niños por debajo de los 4-5 años de edad esto no siempre es factible. A veces no podemos hacer estudios de función pulmonar y, por tanto, no es posible confirmar la existencia de ese factor obstructivo al flujo aéreo.

Las patologías respiratorias son la primera causa de hospitalización en niños. En el caso del asma, ¿podría evitarse una parte de estos ingresos?

Sin ninguna duda. Si consiguiéramos que el asma estuviera bien controlado, que los pacientes hicieran correctamente su tratamiento diario preventivo, evitaríamos muchísimos ingresos. La mayoría de los niños que ingresan por asma lo hacen porque no tienen un tratamiento correcto o porque no lo cumplen correctamente. Tan importante es tomar el medicamento como tomarlo bien; no sirve de nada hacer una inhalación que parezca correcta si el medicamento no ha llegado adonde tiene que llegar, que es el pulmón.

¿Qué consecuencias tiene para el paciente y para el sistema sanitario un asma mal controlada?

Afortunadamente, el porcentaje de niños asmáticos con el asma mal controlado es pequeño; sin embargo, ese porcentaje es el que ocasiona mayores problemas a las familias, mayores ingresos hospitalarios y mayores gastos, hasta el punto que el gasto ocasionado por un 5% de los niños asmáticos es superior al 50% de todo el gasto que supone el asma. Si lográramos controlar a esos niños reduciríamos muchísimo la carga emocional para los

padres, pero también los ingresos hospitalarios y los costes.

¿Cuál es la pauta terapéutica de primera elección?

En el niño que tiene un asma leve-persistente o episódica-frecuente el tratamiento de elección son los corticoides inhalados. Evidentemente no todos los niños que tienen bronquitis recurrente han de tomar corticoides inhalados, pero en el verdadero asmático el tratamiento de elección son, con mucho, los corticoides inhalados en la menor dosis que consiga tener al paciente bien controlado.

¿Es adecuado decantarse por el tratamiento más fácil de administrar aunque no sea el de primera elección?

Tenemos que buscar el tratamiento más eficaz y más seguro y, sin ninguna duda, la relación coste-eficacia de los corticoides inhalados es la más adecuada. El tiempo que empleemos en explicar cómo se utilizan los inhaladores o las cámaras de inhalación será un tiempo bien invertido, que a la larga tendrá un rendimiento muy alto.

Esto se tendría que traducir en una reducción de los ingresos hospitalarios...

No tenemos ninguna duda de que un paciente que hace bien el tratamiento de mantenimiento es un paciente que corre un riesgo muchísimo menor de ingresar. Haciendo bien las cosas reduciríamos mucho los ingresos hospitalarios.

¿Cuál es el error más habitual que lleva a un mal control del asma?

El primer error es que muchas veces existe una cierta corticofobia por parte de los padres y de algunos profesionales como pueden ser los farmacéuticos. Hay que concienciar a la gente de que el tratamiento de mantenimiento para el asma es a largo plazo, se debe seguir durante los meses o años que haga falta. El segundo problema es no hacerlo bien. Hay que entrenar correctamente a los pacientes para que utilicen bien los inhaladores, y las cámaras de inhalación tienen que estar adaptadas a la edad del niño.

Pero no siempre es fácil administrar los fármacos inhalados...

Cierto, pero cuando dedicas cinco minutos a un paciente y se lo explicas se da cuenta de que las dificultades no son tan importantes. Lo que sí es importante es explicarlo y luego, en visitas sucesivas, confirmar que el paciente tiene una técnica correcta. Y, si es necesario, volver a explicarlo.

¿Existen diferencias entre los distintos glucocorticoides inhalados disponibles en cuanto a efectividad clínica?

Hay diferencias pequeñas, y son más a nivel bioquímico que a nivel real. Hay corticoides que son algo más potentes,

pero a la dosis equipotente su efecto clínico es más o menos similar. La budesonida es el corticoide inhalado del que se tiene mayor experiencia en asma infantil.

¿Qué mensaje es fundamental transmitir a los profesionales de atención primaria para optimizar el tratamiento del asma en la infancia?

Que conozcan y sigan las guías terapéuticas para el manejo del asma. La Guía Española para el Manejo del Asma, que está disponible en Internet, es muy buena, pero también lo son la inglesa, la americana... todas tienen unas bases similares, así que lo importante es coger una guía, leerla y seguirla.