

II. TEMAS DE REVISIÓN

ASMA BRONQUIAL DEL ADOLESCENTE

Dr. Eleodoro Freyre Román

Pediatra de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa
Director del Instituto de Asmatología y Alergia de Arequipa

El asma bronquial (AB) en el adolescente es una situación de especial importancia, tanto para el paciente como para el médico que atiende a jóvenes de esta etapa de la vida porque, a estas edades el AB tiene una serie de características distintas a las del niño y del adulto asmáticos, tanto en aspectos clínicos como en los terapéuticos.

Así por ejemplo, la prevalencia del AB es menor en el adolescente que en el niño; la repercusión psicosocial de la enfermedad en los jóvenes es mayor que en la niñez y la adultez; el incumplimiento en la terapia es muy frecuente; la educación y el apoyo emocional son fundamentales; y, el caso del adolescente deportista requiere de un enfoque muy especial.

La prevalencia del AB entre los 14 y 18 años varía de 4% a 11% según estadísticas de los EE. UU., Inglaterra y Australia. En Arequipa, en un estudio hecho en el año 2000 en adolescentes de 12 a 19 años aplicando el método internacional ISAAC, se encontró una prevalencia de 6.2%. Se estima que 28% a 43% de niños asmáticos mejora significativamente o quedan asintomáticos en la pubertad, aunque lamentablemente no se ha establecido la relación entre esta disminución y el tipo de terapia empleada ni tiempo durante el cual se le aplicó. Pero, el hecho es que la prevalencia del AB disminuye en la adolescencia, al parecer, cualquiera que sea el manejo empleado. En este sentido, hay que tener también en cuenta que el pronóstico de persistencia del AB en la adultez es mejor tratándose del asma del niño que si se inicia recién en la adolescencia.

Los posibles mecanismos de la mejoría etaria de la enfermedad, son: a) incremento del diámetro de la vía aérea y de la capacidad respiratoria total que se da en la adolescencia; b) la reconocida reducción de las respuestas inflamatorias y de la actividad de los me-

diadores; c) reducción de las respuestas alérgicas del joven, como ha sido comprobado con los ácaros. De otro lado, las probables razones de la persistencia o empeoramiento del AB del niño cuando llega la pubertad, podrían ser: a) una mayor exposición a factores ambientales externos causantes de inflamación bronquial; b) el uso de tabaco y otras drogas inhalantes como la marihuana, los solventes volátiles, etc; c) el incumplimiento en la terapia; d) y, tal vez, razones hormonales aún no esclarecidas.

Es importante tener en cuenta que, si el AB del niño ha sido bien controlado y no se ha administrado corticoides por tiempo prolongado, el crecimiento y el desarrollo puberal serán normales.

La historia clínica del adolescente que llega por primera vez a la consulta y en el que se sospecha de AB, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: a) hacer un interrogatorio directo al paciente, pero también a los familiares, maestros, y entrenadores en caso de los deportistas; b) el tiempo y su forma evolutiva; c) tratamientos recibidos y la respuesta lograda en relación a cumplimiento del paciente. En el examen físico, hay que considerar el estadio de maduración sexual según la escala de Tanner, el crecimiento y desarrollo en relación a la severidad, manejo y tiempo de evolución de la enfermedad. A estas edades es más fácil el diagnóstico de AB porque el paciente puede hacer mejor los tests de función respiratoria y los de provocación, además de la ventaja de la historia clínica directa y de la posibilidad de lograr el mejor uso de los inhaladores.

En el diagnóstico diferencial del AB del adolescente, además de las enfermedades con las que hay que distinguirla a cualquier otra edad, se debe considerar lo siguiente: a) hiperventilación psicógena que puede imitar el AB, o empeorarla; b) intolerancia al ejercicio por falta de entrenamiento, por obesidad o por razones psicológicas que hagan pensar al adolescente que tiene AB; c) anafilaxis por el ejercicio con angioedema; d) enfermedades cardiovasculares que pasaron inad-

vertidas hasta entonces, como sucede con el prolapso de la válvula mitral o la estenosis aórtica leve.

La repercusión psicosocial de esta enfermedad en el joven suele ser severa y más compleja que en el niño y el adulto ya que el niño no es conciente de lo que significa y el adulto tiene más recursos que el joven para admitir su problema. El adolescente, al enterarse que es asmático, suele considerar su situación como "injusta" ya que está enterado de lo limitante que puede ser esta enfermedad y porque él tiene grandes expectativas por su futuro que teme verlo frustrado. Abierta o solapadamente "culpan" a sus familiares que sean asmáticos porque saben que es una enfermedad hereditaria. Frecuentemente, hacen reacciones depresivas o ansiosas, aislamiento, abandono de la actividad deportiva e, incluso, alteran su actividad social. Por ello es que es tan importante la debida información y apoyo emocional al adolescente asmático.

Como a cualquier otra edad, el adolescente debe ser tratado con los fármacos disponibles y con el control ambiental respectivo hecho en base a tests alérgicos apicutáneos pero, en él hay que tener muy presente los siguientes principios generales: a) hacer un enfoque integral, biopsicosocial; b) inculcar en ellos que "no son parte del problema" sino "parte importante de solución"; c) instruirlos y educarlos sobre la enfermedad y motivarlos para un manejo adecuado y una vida normal; d) tener muy en cuenta el frecuente incumplimiento o el exceso de medicación por ansiedad; e) tratar de emplear fármacos que requieran de un horario cómodo para reducir el incumplimiento; f) evitar el uso de sustancias y factores asmogénicas; g) inculcar una vida lo más normal posible, incluyendo la actividad deportiva.

Tratándose del adolescente deportista y sobretodo si es competitivo, se debe tener muy presente lo siguiente: a) motivarlos para mantener su actividad; b) lograr un buen condicionamiento físico adecuado a su nivel biológico; c) según sea el caso y el estado de control del asma, seleccionar los deportes más apropiados, como natación (temperada en lugares fríos), aquellos que alternan actividad y descanso (fútbol, tenis, etc), carreras de corta distancia; d) alimentación general y pre-competencia apropiadas; e) em-

plear los beta-2 agonistas inhalatorios previos a la competencia, o mantener aquéllos de liberación lenta si es suficiente para el control; f) insistir en un buen pronóstico, como ocurre en la mayoría de los casos, indicándoles que un buen número de medallistas en olimpiadas son asmáticos bien controlados (el 15% de los medallistas en las olimpiadas de Seúl eran asmáticos); g) recalcar sobre el aspecto no sólo físico sino psicosocial del deporte; en especial si es competitivo.

Nuestra experiencia de años en el Instituto de Asmatología y Alergia de Arequipa en un estudio hecho en 78 adolescentes de 12 a 18 años es que el 64% de ellos tuvieron un AB leve, 29% moderada y sólo 7% severa. Se encontró repercusión emocional importante en el 84% de ellos; un buen cumplimiento de la terapia en 42%; incumplimiento leve en 31%, moderado en 19% y severo o incontrolable en 8%. El 14% de estos jóvenes eran deportistas competitivos. Se logró un control satisfactorio como para hacer una vida normal, incluyendo la deportiva, en 82% de los casos. Para estos buenos resultados, hay que tener en cuenta que un porcentaje alto tuvieron AB leve y que se empleó un sistema educativo, motivador y de apoyo emocional que tuvo prioridad en el manejo de los pacientes.

Es pues evidente que el enfoque, el diagnóstico diferencial, el tratamiento, y el manejo general del AB del adolescente es diferente al del niño y que el pediatra que atiende a adolescentes debe estar debidamente preparado para ello, destacando la importancia del enfoque médico y psicosocial integrales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Succi, E, Adolescentes con asma. En: Silber, T, y cols, Manual de Medicina de la Adolescencia, OPS, Washington, D.C., 1992, pag. 341.
2. Freyre-Román, E: Asma bronquial. En: La Salud del Adolescente: Aspectos Médicos y Psicosociales, 2da. ed., Editorial UNSA, Arequipa, 1997, pag. 226.
3. Asthma: Ask the Experts. National Asthma Training Center. Class Pub., London, 1997.
4. Skoner, D: Asma. En: Fireman, P, Atlas de Alergia, 2da. ed., Hardcourt Brace ed., Madrid, 1997, pag. 109.