

ENCUESTA A MEDICOS ESPECIALISTAS SOBRE EL TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL*

GUILLERMO A. RAIMONDI

Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea, FLENI, Buenos Aires

Resumen Se realizó una encuesta a un grupo de 300 especialistas de pulmón provenientes de un listado de la totalidad del país. Esta se refería a tratamiento del acceso agudo y especialmente en asma estable, tanto en adultos como en niños mayores de 6 años. Se obtuvieron 98 respuestas (32.7% de los cuestionarios enviados). Los encuestados se definían especialistas en Neumonología (N) 71%, N + Medicina Interna (MI) 12%, N + Alergia (A) 6%, A 5%, MI 4% y MI + A 2%. Respecto al tratamiento del asma agudo eligieron como primera opción los beta agonistas inhalados (BAI) el 57.5% de los encuestados en adultos y el 63.4% en niños, esteroides parenterales el 26.3% en adultos y el 22.5% en niños. En el tratamiento de mantenimiento, el fármaco elegido como primera opción, en adulto, fue el BAI por el 37.6% de los encuestados y esteroides inhalados por el 34.1%. En los niños el 34.7% BAI, 25.3% cromoglicato o nedocromil y el 14.7% corticoides inhalados (CI). Con respecto a los BAI se los recomendaba con más frecuencia para tratar síntomas, en 2do lugar para prevenirlos y luego como tratamiento continuo, tanto en adultos como en niños. La indicación de tratar y prevenir síntomas se hacía con más frecuencia en niños. Los promedios de dosis de CI normal y máxima para adultos y niños, fueron respectivamente 297 y 1176 y 254 y 618 microgramos/día. La utilización de tratamiento hiposensibilizante en asma alérgico fue, como puntaje medio (desde 0, nunca hasta 3, siempre) 0.96 para adultos y 1.13 para niños. Se encontraron falencias notables en el tratamiento. En el asma agudo aproximadamente el 40% no utilizaba beta agonistas inhalantes como primera opción. En tratamiento de mantenimiento los CI fueron poco indicados, siendo sus dosis menor de la mitad que las recomendadas. Los BAI se utilizan poco para prevenir síntomas o para tratar síntomas cuando ocurren. Se los utiliza moderadamente como tratamiento continuo. La hiposensibilización se utiliza comúnmente y más que en la mayoría de los países.

Summary *Survey of medical specialists regarding asthma treatment.* A survey about asthma management was conducted in a group of 300 chest physicians randomized from a list of the whole country. This paper dealt with the questions about treatment in acute asthma and during maintenance therapy in adults and in children older than 6 years. Of the questionnaires mailed, 98 responses were obtained (32.7%); 71% of the responders were respiratory medicine specialists (RM), 12% RM + Internal Medicine (IM), 6% in RM + Allergy (A), 5% in A, 4% in IM and 2% in IM + A. For the treatment of acute severe episodes 57.5% of the physicians chose nebulized or inhaled beta agonists (IBA) as the first choice for adults and 63.4% for children, parenteral steroids 26.3% in adults and 22.5% in children. For maintenance therapy, the first choice formulation was IBA for adults in 37.6% of the responders and inhaled steroid (IS) in 34.1% of them. In children, 34.7% of the responders choose IBA, 25.3% cromoglicate or nedocromil and 14.7% IS. IBA were prescribed more commonly for treating symptoms, secondly for preventing symptoms and in third place for continuous preventive treatment in adults and in children. The recommendation of IBA for treating and preventing symptoms were more commonly done in children. The average normal daily dose of IS was 297 and 254 micrograms for adults and children, respectively. The average maximal dose was 1176 and 618 micrograms for adults and children, respectively. The recommendation of hyposensitization for allergic asthma was, as mean score of frequency of use (from 0 = never to 3 = always), 0.96 for adults and 1.13 for children. Important drawbacks were detected in the treatment approach. In acute asthma episodes about 40% of the responders did not use IBA as the first choice of treatment. For maintenance treatment IS were rarely used, and their doses were less than the usually recommended by different guidelines. IBA were seldom recommended for prevention or treatment of symptoms. They are used moderately as continuous preventive treatment. Hyposensitization is commonly recommended and more frequently used than in other countries.

Key words: asthma, treatment

La mortalidad del asma bronquial no es uniforme en todos los países. Mientras que en algunos no ha habido

Recibido: 17-VII-1997

Aceptado: 13-VIII-1997

* Parcialmente presentado en el III Congreso Iberoamericano de Neumonología. Viña del Mar, Chile, noviembre 1994

Dirección postal: Dr. Guillermo A. Raimondi, Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea - FLENI, Montañeses 2325, 1428 Buenos Aires, Argentina
Fax: 54-1-784-7620; e-mail: raimondi@ileni.org.ar

modificaciones de la misma en los últimos años en otros se han observado aumentos evidentes¹. Las razones de estas discrepancias no son claras. Se ha sugerido que la falta de controles objetivos de la obstrucción de la vía aérea durante el acceso agudo así como el retardo en iniciar terapéutica agresiva, particularmente corticoides, pueden ser responsables de un significativo número de víctimas fatales. También se ha sugerido que la utilización de algunas drogas así como un enfoque poco ra-

cional, sin tratar el componente inflamatorio, podría causar aumento de morbilidad y eventualmente mortalidad en el asma bronquial.

En los últimos años distintos consensos de tratamiento, nacionales y extranjeros²⁻⁵ han delineado el manejo y tratamiento del asma bronquial. Si bien todos ellos han puesto énfasis en el control objetivo de la obstrucción de la vía aérea y el tratamiento racional del componente inflamatorio no es fácil conocer si eventualmente estos lineamientos son generalmente utilizados.

En un intento por obtener información objetiva acerca de diferentes enfoques del tratamiento del asma se realizaron encuestas tanto sobre diagnóstico como tratamiento en Europa en 1984⁶ y en EE.UU. de N.A. en 1985⁷. Otra encuesta similar se repitió en 1992 en Europa, EE. UU. de N.A., Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Japón, el International Questionnaire on Asthma Management (IQAM)⁸.

Con la idea de evaluar el enfoque y tratamiento del asma bronquial en nuestro medio se realizó en Argentina una encuesta utilizando el mismo cuestionario del estudio internacional de 1992. Esto permitía asimismo, comparar el enfoque de los especialistas argentinos con el de los otros países.

Materiales y métodos

El cuestionario consistía en 35 preguntas de las cuales 3 eran sobre datos personales de los encuestados, 4 sobre métodos diagnósticos, 17 sobre Información y Manejo (información y educación) del paciente y 11 sobre tratamiento agudo del acceso y especialmente sobre el tratamiento del asma estable. Estas preguntas se referían tanto al tratamiento en adultos como en niños mayores de 6 años.

El cuestionario fue enviado a un grupo de 300 especialistas de pulmón. Este provenía de la randomización de un listado de 1093 especialistas de todo el país. Al no existir en nuestro medio una única Sociedad o Institución que agrupara a todos ellos, el listado de los mismos fue suministrado por la industria farmacéutica a través de múltiples informaciones. Similar procedimiento se realizó en algunos de los países con estas características en la encuesta de 1992. El cuestionario se remitió por correo en Junio de 1994. En una carta adjunta se solicitaba al médico efectuar sus respuestas "en promedio", es decir teniendo en cuenta la "actitud en promedio" que se toma frente a un "paciente asmático promedio".

Referente al encuestado se le preguntaba si era especialista en: a) Neumonología, b) Medicina Interna, c) Alergia. Con posibilidad de señalar una o más especialidades. Asimismo se lo interrogaba acerca de su antigüedad en la especialidad y el porcentaje de pacientes que veía en los diferentes grupos de edad (6 a 15, 17 a 44, 45 a 65, más de 65 años).

En este trabajo se analizaron exclusivamente las respuestas referentes al tratamiento. Las principales preguntas fueron las siguientes:

1. En el asma agudo, entre un listado de los siguientes medicamentos ¿cuál considera que es la secuencia correcta de tratamiento? (indicando el orden, primera elección = 1, cuarta elección = 4)

- Anticolinérgico parenteral
- Anticolinérgico inhalado o nebulizado
- Esteroides parenteral
- Beta agonista inhalado o nebulizado
- Aminofilina parenteral
- Beta agonista parenteral
- Adrenalina parenteral
- Otros (nómbrellos)

2. En el tratamiento de mantenimiento ¿cuál considera que es la secuencia de elección entre los siguientes medicamentos? (indicando el orden, primera elección = 1, cuarta elección = 4)

- Beta agonista inhalado (excepto nuevos de acción prolongada)
- Beta agonista oral
- Teofilina oral
- Anticolinérgico inhalado
- Cromoglicato sódico o nedocromil inhalado
- Esteroides inhalado (dosis alta o baja)
- Esteroides oral
- Ketotifeno oral
- Otros (nómbrellos)

3. En un listado de 9 fármacos o asociaciones de fármacos ¿con qué frecuencia los utiliza como elección en la terapia de mantenimiento? (contestar 0, 1, 2 ó 3)

- 0 = nunca (casi) < 10%
- 1 = Algunas veces 10-50%
- 2 = a menudo 50-90%
- 3 = siempre (casi) > 90%

- Teofilina oral
- Esteroides inhalado (dosis altas o bajas)
- Cromoglicato sódico inhalado
- Beta agonista inhalado (excepto nuevos de acción prolongada)
- Beta agonista oral
- Anticolinérgico inhalado
- Ketotifeno oral
- Nedocromil inhalado
- Asociación de beta agonista y anticolinérgico inhalado

4. Cuando Ud. receta un beta agonista inhalado indique con qué frecuencia recomienda su uso:

- a) Para tratar síntomas cada vez que ocurran
 - b) Para prevenir síntomas (P. Ej. antes de la exposición a un factor desencadenante conocido)
 - c) Como tratamiento preventivo continuo (incluso en ausencia de síntomas)
- (contestar 0, 1, 2 ó 3)

5. Si los usa ¿cuáles son las dosis normal y máxima que Ud. recomienda de esteroides inhalados en aerosol? (dosis en microgramos/día)

TABLA 1

$$\text{Puntaje medio} = \frac{[N0 \times 0] + [N1 \times 1] + [N2 \times 2] + [N3 \times 3]}{NT}$$

N0 = Nro de respuestas nunca

N1 = Nro de respuestas algunas veces

N2 = Nro de respuestas a menudo

N3 = Nro de respuestas siempre

NT = Nro de respuestas totales

6. ¿Con qué frecuencia realiza terapia de hiposensibilización en el asma alérgico? (contestar 0, 1, 2 ó 3)

En el caso de frecuencia de uso (nunca, algunas veces, a menudo, siempre) tabuladas respectivamente 0, 1, 2 ó 3 se calculó una respuesta media ponderada (Tabla 1). Si el puntaje fuera 0 significaría que la totalidad de los encuestados contestaron nunca, en el otro extremo si fuera 3 la totalidad contestó siempre.

Resultados

Se obtuvieron 98 respuestas (32.7% de los cuestionarios enviados). Los encuestados se definían especialistas en Neumonología 71%, Neumonología + Medicina Interna 12%, Neumonología + Alergia 6%, Alergia 5%, Medicina Interna 4% y Medicina Interna + Alergia 2%. Es decir el 89% se declaraba especialista en Neumonología. El 13% especialistas en Alergia. El promedio de ejercicio de la especialidad de los encuestados fue de 15.1 + 6.2 (DS) años. El porcentaje en promedio de pacientes visto para los distintos grupos de edad fue: 23.1% de 6 a 15 años, 35.9% de 16 a 44 años, 21.8% de 45 a 65 años y 11.2% de más de 65 años.

Respecto a tratamiento de asma agudo, aproximadamente el 60% de los encuestados optaron en primer lugar por los beta agonistas inhalados y alrededor del 25% por corticoides por vía parenteral, tanto en adultos como en niños. Menos del 10% de los encuestados eligieron como primera opción aminofilina parenteral o adrenalina parenteral (Tabla 2).

Con referencia al tratamiento de mantenimiento, el fármaco elegido como primera opción, en el caso de los adultos, fueron los beta agonistas inhalados por el 37.6% de los encuestados y los esteroides inhalados por el 34.1%. En el caso de los niños, el 34.7% optaba por beta agonistas inhalados y el 25.3% por cromoglicato o nedocromil. Los esteroides inhalados sólo fueron elegidos como primera opción por el 14.7% de los encuestados. (Tabla 3)

Con respecto a la frecuencia de utilización de distintos fármacos como elección en la terapia de manteni-

TABLA 2.- *Tratamiento de asma agudo*

Medicamento elegido como primera opción

Adultos	%	Niños	%
Beta agonista inh.	57.5	Beta agonista inh.	63.4
Esteroides parent.	26.3	Esteroides parent.	22.5
Aminofilina par.	8.8	Adrenalina parent.	8.5
Adrenalina parent.	6.0	Aminofilina par.	5.6
Anticol. inhalado	1.0	-	

Porcentaje de encuestados que optaron por dicho medicamento como primera opción.

miento, para adultos, fue primero el corticoide inhalado seguido por los beta agonistas inhalados y aminofilina oral. En el caso de los niños, primero beta agonistas inhalados y corticoides inhalados, en casi la misma proporción, seguido por cromoglicato inhalado y ketotifeno oral. El esteroide inhalado fue más utilizado en adultos que en niños y el cromoglicato inhalado notablemente más utilizado en niños (Tabla 4)

Con respecto a los beta agonistas inhalados la indicación con que con más frecuencia se recomendaba su uso era para tratar síntomas, en segundo lugar para prevenirlos y luego como tratamiento continuo, tanto en adultos como en niños. La indicación de utilización de los mismos tanto para tratar síntomas como para prevenirlos se hacía con más frecuencia en los niños (Tabla 5).

Respecto de los esteroides inhalados los promedios de dosis en microgramos, normal y máxima, fueron 297 y 1176 para adultos y 254 y 618 para niños, respectivamente.

TABLA 3.- *Tratamiento de mantenimiento*

Medicamento elegido como primera opción

Adultos	%	Niños	%
Beta agonista inh.	37.6	Beta agonista inh.	34.7
Esteroides inhalado	34.1	Cromog./Nedocrom.	25.3
Teofilina oral	7.1	Esteroides inhal.	14.7
Anticol. inhalado	4.7	Ketotifeno oral	10.7
Cromog./Nedocrom.	4.7	Teofilina oral	6.7
Esteroides oral	4.7	Beta ag. oral	5.3
Ketotifeno oral	3.5	Anticol. inh.	1.3
Beta ag. oral	2.4	Esteroides oral	1.3
Otros	1.2		

Porcentaje de encuestados que optaron por dicho medicamento como primera opción.

TABLA 4.- *Tratamiento de mantenimiento*

Frecuencia de utilización de distintos fármacos

Adultos	%	Niños	%
Esteroides inhalado	2.26	Beta agonista inh.	1.61
Beta agonista inh.	2.16	Esteroides inhalado	1.58
Teofilina oral	1.41	Cromoglicato inh.	1.43
B.Ag.+anticol	0.93	Ketotifeno oral	1.12
Cromoglicato inh.	0.84	Teofilina oral	1.07
Anticol. inh.	0.74	Beta ag. oral	0.63
Nedocromil inh.	0.49	Nedocromil inh.	0.35
Beta ag. oral	0.48	Anticol. inh.	0.26

Puntaje medio obtenido (desde 0, nunca; hasta 3, siempre)

TABLA 5.- Indicación de beta agonistas inhalados

	Adultos	Niños
Para tratar síntomas cada vez que ocurran	1.96	2.30
Para prevenir síntomas	1.57	1.94
Como tratamiento continuo	1.23	1.23
Puntaje medio (desde 0, nunca; hasta 3, siempre)		

La frecuencia de utilización de terapia de hiposensibilización en asma alérgico fue, como puntaje medio (desde 0, nunca hasta 3 siempre): adultos 0.96, niños 1.13.

Discusión

Si bien a través del diseño del trabajo (randomización del total de especialistas del país) se pretendió lograr información representativa del grupo, en la práctica el bajo grado de respuestas (32.7%) limitó la pureza del estudio. Se puede cuestionar si los resultados son representativos del total de especialistas del país y si hubieran sido diferentes con las respuestas de los que no contestaron. Es plausible suponer que tal vez este grupo de no contestadores tenga inseguridad al no poseer formación suficiente o por desinterés, aunque esta actitud se pueda manifestar también en su entrenamiento y actualización. Asimismo tendría que tenerse en cuenta si algunas de las respuestas reflejan lo que realmente hacen estos especialistas o lo que deberían hacer. Sin embargo con todas estas limitaciones, el poder analizar una muestra de 100 de ellos lo consideramos de utilidad como orientación general.

Los países que participaron en el IQAM tuvieron muy distinto grado de respuesta. Si bien en promedio éste fue del 49% hubo extremos como Japon, Dinamarca y el Reino Unido con 83, 81 y 74% respectivamente hasta España, Grecia y Portugal con el 30, 28 y 25% respectivamente. Este grado de respuesta tan disímil puede deberse a la idiosincrasia de los países y posiblemente a la educación y la cultura médica (Fig. 1).

Es evidente que hay distintas pautas en cuanto al correcto enfoque del tratamiento y manejo del asma claramente aceptadas y regladas en distintas publicaciones y consensos de tratamiento^{1, 2, 5, 9}. Tal es el caso de la indicación de utilizar beta 2 agonistas inhalados en el asma agudo, el enfoque del asma bronquial como enfermedad inflamatoria con recomendación de uso de corticoides inhalantes en el tratamiento del asma estable, utilización de beta 2 agonistas ante aparición de síntomas o preventivamente, datos de enseñanza al paciente de su enfermedad, utilización de métodos objetivos para cuantificar la obstrucción de la vía aérea, métodos diagnósticos aceptados (estos tres últimos no ana-

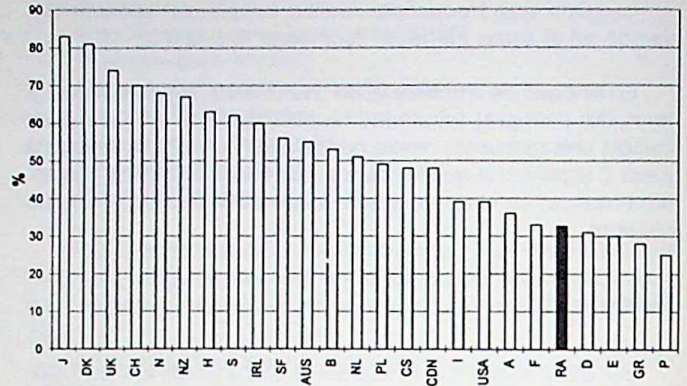


Fig. 1.- Porcentaje de respuestas obtenidas de las encuestas en los distintos países. Código de países, ver Addendum, pág. 35.

lizados en este trabajo). En este sentido cuando analizamos los resultados del IQAM observamos, en base a estas pautas, que algunos países califican habitualmente bien tales como Nueva Zelanda, Reino Unido, Irlanda, Canadá y Australia y otros en general mal, tales como los países de Europa del Este (Checoslovaquia, Polonia, Hungría), Grecia y Portugal. Es interesante en estas comparaciones observar cómo se insertan las respuestas de nuestra encuesta.

En el caso de elección de los medicamentos en el asma agudo la secuencia pareció la correcta; primero beta agonistas inhalados, segundo corticoides por vía parenteral y tercero aminofilina parenteral (Tabla 2). Sin embargo, si analizamos el porcentaje de encuestados que elije como primera opción beta agonista inhalado (tanto en adultos como en niños) vemos que lo hacen sólo alrededor del 60%. Esto significa que aproximadamente 4 de cada 10 encuestados no los usa como primera opción a pesar de estar claramente probada su eficacia sobre otras medicaciones en asma agudo^{1, 9} y el estar unánimemente recomendada por todos los consensos²⁻⁵. Si comparamos estos resultados con los de los otros países comprobamos que la utilización de beta agonistas en el acceso agudo en nuestros especialistas está por debajo de la mayoría de países que característicamente califican mejor (Fig. 2).

Respecto al tratamiento de mantenimiento, el orden de elección fue el de esperar (Tabla 3 y 4) con valores similares de beta agonistas y corticoides inhalados en el adulto y como segunda opción en los niños el cromoglicato o nedocromil. Observándolo así, y no habiendo aclarado en la pregunta la severidad o la frecuencia de los síntomas, es lógico que la utilización de los beta agonistas inhalados y los corticoides inhalados hubieran sido similares. Sin embargo, si comparamos el uso de corticoides inhalados como terapia de mantenimiento en los adultos con respecto a otros países, podemos ver que nuestros especialistas califican mal estando en el grupo que utiliza poco esta terapéutica desinflamatoria (Fig. 3). Esto está en desacuerdo con lo

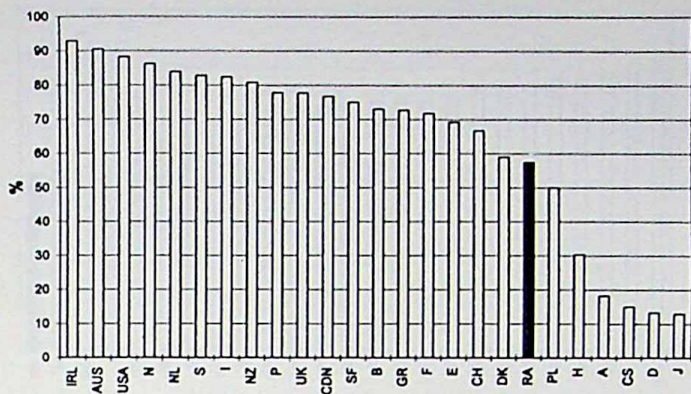


Fig. 2.- Porcentaje de encuestados que eligen como primera opción beta agonistas inhalados para el tratamiento del acceso agudo en adultos. Código de países, ver Addendum, pág. 35.

aconsejado por los distintos consensos para el tratamiento de mantenimiento al menos en asma moderada²⁻⁵. Asimismo observamos que el 28.3%, en el caso de los adultos y 25.3% en niños, escogieron como primera opción de tratamiento distintos fármacos que no están indicados como primera línea de tratamiento ni por consensos ni por publicaciones del tema¹⁻⁵ (Tabla 3).

Con referencia a los corticoides inhalados, en el mercado nacional en 1994 beclometasona y budesonide, las dosis utilizadas, tanto normal como máximas fueron bajas comparándolas con las sugeridas por distintos consensos. Por ejemplo, el Consenso Internacional indica iniciar tratamiento con 200 a 500 microgramos/día⁴ y eventualmente aumentarlos hasta 750 microgramos. El Consenso Argentino sugiere para el nivel 2 (disnea o tos 2-3/día, asma nocturna < 2 veces /mes) una dosis de 400 microgramos/día y para el nivel 3 (disnea o tos diarias, asma nocturna > 2 veces/mes) 600 microgramos/día⁴. Las guías británicas inician tratamiento con 100 a 400 microgramos dos veces al día⁵. Por otro lado, las

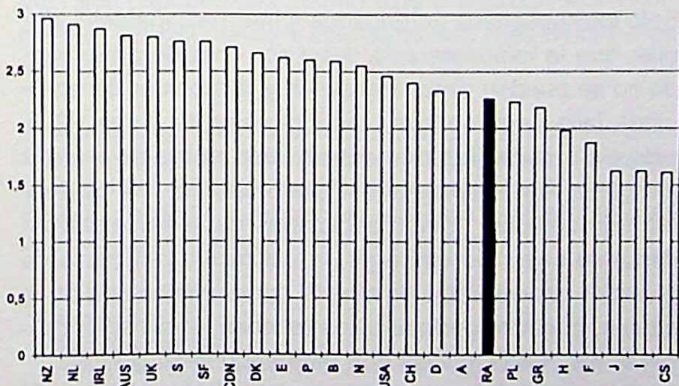


Fig. 3.- Utilización de corticoides inhalados como terapéutica de mantenimiento en adultos para distintos países. Resultados expresados como respuesta media ponderada (0 = nunca, 3 = siempre). Código de países, ver Addendum, pág. 35.

dosis máximas recomendadas por estos tres consensos, siempre para adultos son de > 1 000, 2 000 ó 2 000 microgramos, respectivamente³⁻⁵. El promedio de dosis utilizada por nuestros especialistas está muy por debajo de estos valores recomendados.

Esta utilización de dosis tan bajas de corticoides inhalados puede deberse, en parte, a la falta de formulaciones más potentes con más dosis por "puff" al momento del estudio. Aclaremos que la beclometasona de mayor potencia había sido introducida en el mercado recién en 1993 y la fluticasona luego en 1995. Comparados con otros países las dosis utilizadas por nuestros especialistas son las más bajas (Fig. 4 y 5).

Se puede observar que la utilización del cromoglicato es notablemente más común en los niños que en los adultos, posiblemente por su mejor acción terapéutica en aquellos y también por la resistencia habitual a administrar corticoides inhalantes en pediatría, entre otras cosas, por su posible efecto sobre el crecimiento¹⁰. Por esta misma razón posiblemente se explique la menor utilización de corticoides inhalados en los niños vs. los adultos (Tabla 3 y 4). De manera similar el ketotifeno es

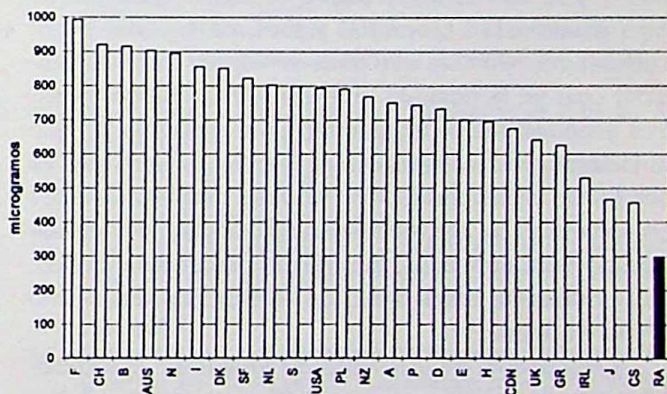


Fig. 4.- Dosis usual diaria de esteroides inhalados en adultos para distintos países. Código de países, ver Addendum, pág. 35.

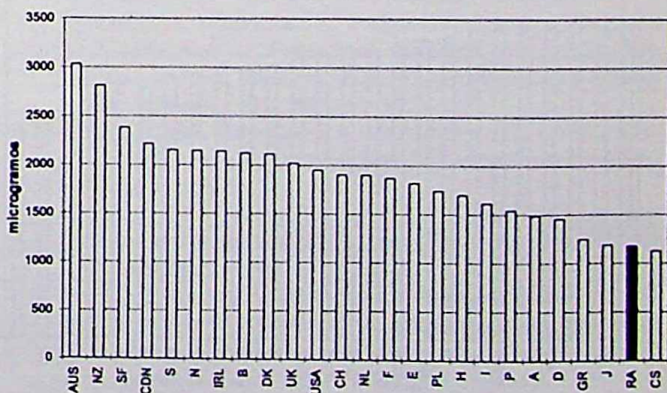


Fig. 5.- Dosis máxima diaria de corticoides inhalados en adultos para distintos países. Código de países, ver Addendum, pág. 35.

un medicamento medianamente utilizado en niños y prácticamente sin uso en adultos.

La teofilina oral, al menos en el caso de los adultos (Tabla 2), está moderadamente utilizada. Esto no está de acuerdo con las recomendaciones actuales, en las cuales su uso está limitado teniendo en cuenta sus comunes efectos colaterales y bajo margen de seguridad¹¹. Si lo comparamos con otros países, nuestros valores son aún más altos que los de USA donde característica-mente siempre fue muy utilizada⁷.

El uso de beta agonistas inhalados está claramente indicado tanto para el tratamiento de síntomas cada vez que éstos ocurran como para prevenir síntomas (Ej: previo al esfuerzo físico en el asma inducida por el ejercicio)¹⁻⁵. En tal sentido, el puntaje obtenido a esta pregunta tanto en adultos como en niños, debería haber sido 3, todos haber contestado siempre. Si observamos la comparación con los datos de otros países nuestros especialistas están entre los que recomiendan menos su utilización (Fig. 6 y 7).

Con respecto al uso de beta agonistas como tratamiento preventivo continuo no hay acuerdo unánime en cuanto a su utilidad o su riesgo^{12,13}. Hay quienes sostienen que su uso continuo puede ocasionar aumento de hiperrreactividad bronquial y mal manejo del broncoespasmo, mientras que otros lo niegan. Es difícil dilucidar cuál es la posición correcta. Sin embargo, nuestros especialistas se encuentran en el grupo de los que lo indican con frecuencia (Fig. 8). Hay países, que ya sea por su idiosincrasia o por haberse visto involucrados en epidemias de alta mortalidad adjudicadas a la utilización de beta agonistas, los utilizan claramente menos. Tal es el caso, entre otros, de Nueva Zelanda, Reino Unido y Canadá.¹⁴⁻¹⁶

La frecuencia de utilización de terapia de hiposensibilización fue similar, tanto en niños como en adultos (puntaje medio 0.96 y 1.13, respectivamente). Estos valores a priori parecen bajos. Sin embargo, si tenemos

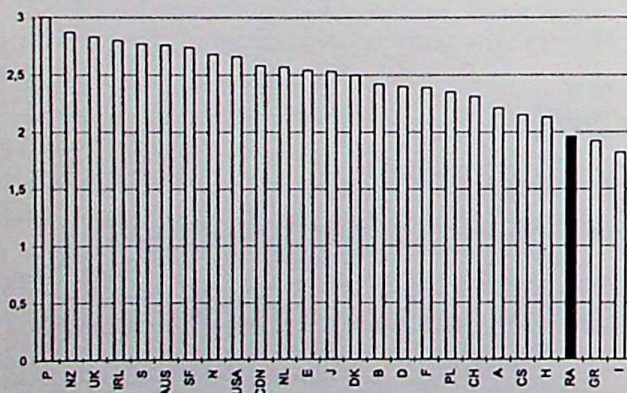


Fig. 6.- Recomendación de uso de beta agonistas inhalados cada vez que haya síntomas en adultos. Resultados expresados como respuesta media ponderada (0 = nunca, 3 = siempre). Código de países, ver Addendum, pag. 35.

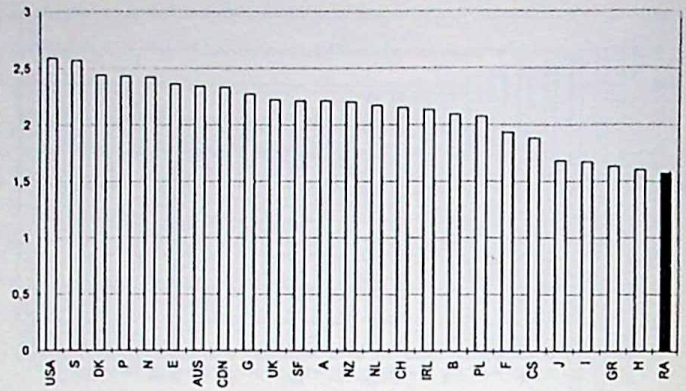


Fig. 7.- Recomendación de uso de beta agonistas inhalados para prevenir síntomas en adultos. Resultados expresados como respuesta media ponderada (0 = nunca, 3 = siempre). Código de países, ver Addendum, pag. 35.

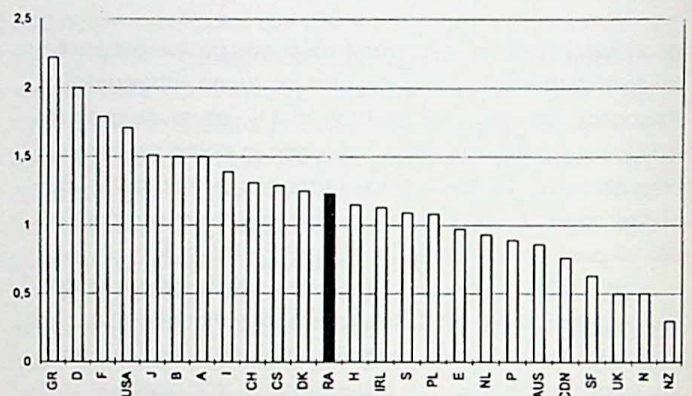


Fig. 8.- Recomendación de uso de beta agonistas inhalados como tratamiento continuo en adultos. Resultados expresados como respuesta media ponderada (0 = nunca, 3 = siempre). Código de países, ver Addendum, pag. 35.

en cuenta que esta es una terapéutica de valor no probado en el asma bronquial su utilización parece haber sido relativamente alta¹⁷⁻¹⁸. El consenso nacional afirma que la "... inmunoterapia no es útil para el tratamiento del asma bronquial". Las guías británicas dicen que "... los beneficios de la inmunoterapia no están probados". Sólo los consensos americanos e internacionales^{2,3} afirman que la inmunoterapia debe ser considerada cuando no se pueden evitar alérgenos y la medicación apropiada falla para controlar los síntomas de asma (!?) y sólo para pacientes con sensibilidad probada a único alérgeno. Aun aceptando esto, la proporción de pacientes que cumplan estas condiciones debe ser extremadamente baja. Sin embargo, la utilización por parte de nuestros especialistas es alta. Si comparamos con otros países, nuestros profesionales se encuentran en el grupo de los que la indican con más frecuencia (Fig. 9).

En resumen, con las limitaciones ya consignadas, principalmente por la baja respuesta obtenida a los cuestionarios, el análisis del enfoque del tratamiento que realizan 100 especialistas del país lo consideramos orientativo y de utilidad. Es de hacer notar que encontramos

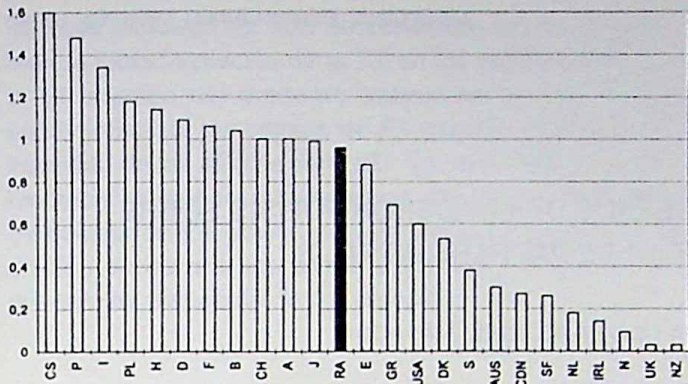


Fig. 9.— Utilización de tratamiento hiposensibilizante en adultos. Resultados expresados como respuesta media ponderada (0 = nunca, 3 = siempre). Código de países, ver Addendum, pág. 35.

falencias notables en el enfoque del tratamiento. Respecto del tratamiento del acceso agudo, aproximadamente el 40% de los encuestados no utiliza los beta 2 agonistas inhalados como primera opción. En el tratamiento de mantenimiento, los corticoides inhalados son menos indicados que en otros países siendo sus dosis menos de la mitad de las recomendadas en distintos consensos. Si comparamos estas dosis con las del estudio del IQAM, nuestra dosis son las más bajas. Los beta 2 agonistas se utilizan poco para prevenir síntomas o para tratar síntomas cuando ocurren. Se los utiliza mucho en el tratamiento continuo a pesar que algunos han puesto en duda su utilidad y seguridad. La hiposensibilización se utiliza comúnmente y más que en la mayoría de los países.

Todas estas consideraciones sugerirían que el enfoque del tratamiento hecho por nuestros especialistas no es óptimo y es peor que en muchos de los países comparados. Consideramos necesario esforzarnos en lograr por distintos medios la educación continua en nuestros especialistas. La sola formulación de guías de tratamiento o consensos no es suficiente. Ya se ha señalado que si bien son capaces de cambiar algo la actitud y el conocimiento, las pautas de tratamiento son más difícilmente modificadas^{19, 20}.

Agradecimientos: El autor agradece al Prof. Paul Vermeire, miembro del Comité del *International Questionnaire on Asthma Management*, el facilitar el material y su colaboración para realizar esta encuesta. Asimismo, se agradece el apoyo técnico y económico al Laboratorio CIBA (hoy Novartis).

Addendum

Código de países:

A: Austria; AUS: Australia; B: Bélgica; CDN: Canada; CH: Suiza; CS: Checoslovaquia; D: Alemania; DK: Dinamarca; E: España; F: Francia; GR: Grecia; H: Hungría; I: Italia; IRL: Irlanda; J: Japón; N: Noruega; NL: Holanda; NZ: Nueva Zelanda; P: Portugal; PL: Polonia; RA: Argentina; S: Suecia; SF: Finlandia; UK: Reino Unido de Gran Bretaña; USA: EE. UU. de Norte América

El cuestionario completo está a disposición de los interesados solicitándolo al autor.

Bibliografía

- McFadden ER Jr, Gilbert IA. Asthma. *N Engl J Med* 1992; 327: 1928-37.
- Executive summary: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Bethesda, Md: National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health. Publication No. 91-3042A, June 1991.
- International Consensus Report on Diagnosis and Management of Asthma. Bethesda, Md: National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, publication No. 92-3091, June 1992.
- Roncoroni AJ, Abbate E, Figueroa Casas JC, Gene R, Martelli N, Quadrelli S y col. Normas establecidas por consenso para el tratamiento del asma bronquial y sus exacerbaciones. *Medicina (Buenos Aires)* 1993; 53: 249-59.
- Guidelines on the management of asthma. *Thorax* 1993; 48 (suppl): S1-S24.
- Vermeire PA, Wittesaele WM, Janssens E, De Backer WA. European Audit of Asthma Therapy. *Chest* 1986; 90: 58S-61S.
- Hodkin JE. United States Audit of Asthma Therapy. *Chest* 1986; 90: 62S-66S.
- Hodkin JE. International Scope of Asthma Therapy. Symposium. 58th International Scientific Assembly. American College of Chest Physicians. Chicago, Illinois. October 1992.
- Corbridge TC, Hall JB. The assessment and management of adults with status asthmaticus. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 1296-316.
- Wolthers OD, Pedersen S. Growth of asthmatic children during treatment with budesonide: a double blind trial. *BMJ* 1991; 303: 163-5.
- Weinberger M, Hendeles L. Theophylline in asthma. *N Engl J Med* 1996; 334: 1380-8.
- Roncoroni AJ. Broncodilatadores beta adrenérgicos en asma crónico, ¿uso fijo o según necesidad? *Medicina (Buenos Aires)* 1994; 54: 83-5.
- Wannor A, Sears MR. Is the continued use of inhaled beta adrenergic agonists appropriate in asthma treatment? Yes. No. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 597-601.
- Ernst P, Habbick B, Suissa S, Hemmelgarn B, Cockcroft D, Buist AS et al. Is the association between inhaled beta-agonist use and life-threatening asthma because of confounding by severity? *Am Rev Respir Dis* 1993; 148: 75-9.
- Speizer FE, Doll R, Heaf P. Observations on recent increase in mortality from asthma. *Br Med J* 1968; 1: 335-9.
- Grainger J, Woodman K, Pearce N, Crane J, Burgess C, Keane A et al. Prescribed fenoterol and death from asthma in New Zealand, 1981-7: a further case-control study. *Thorax* 1991; 46: 105-11.
- Quadrelli SA, Roncoroni AJ. Inmunoterapia en el asma bronquial: existe la controversia? *Medicina (Buenos Aires)* 1994; 54: 605-8.
- Norman PS, Barnes PJ. Is there a role for immunotherapy in the treatment of asthma? Yes. No. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 1225-8.
- Lomas J, Anderson GM, Dominick-Pierre K, Vayda E, Enkin MN, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effects of the consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989; 321: 1306-11.
- Hartert TV, Windom HH, Stokes Peebles R, Freidhoff LR, Togiag A. Inadequate outpatient medical therapy for patients with asthma admitted to two urban hospitals. *Am J Med* 1996; 100: 386-94.