

Comorbilidad entre asmáticos de difícil manejo

Carlos E. Salgado T., MD.

Los mayores contribuyentes en morbilidad y mortalidad en asma son sub-diagnóstico y tratamiento inapropiado. En el sub-diagnóstico los médicos tenemos la mayor responsabilidad. No somos sensibles a sospechar la enfermedad, particularmente en aquellos pacientes en los que la manifestación no es la típica de disnea y sibilancias claramente asociadas a estímulos externos. Dicho de otra manera, los médicos somos un recurso diagnóstico para el asma de "regular" sensibilidad. Posiblemente, esa "sensibilidad" sea mayor en grupos más especializados o interesados en la enfermedad. En términos de "especificidad" probablemente seamos mejores; es decir, posiblemente seamos acertados cuando pensamos y calificamos a alguien como asmático. La restante responsabilidad del sub-diagnóstico la tienen los responsables de que exista una barrera entre los pacientes y el sistema de salud. Tema éste complicado y difícil.

Para el sub-tratamiento la responsabilidad es también compartida entre los pacientes, que no siempre siguen o pueden seguir nuestras prescripciones, y los profesionales de la salud, quienes no siempre les ofrecemos la más apropiada "prescripción" o lo hacemos de manera incompleta sin incluir en ella el resto de componentes que deben acompañar a la simple lista de medicamentos: educación, monitoreo, planes de contingencia, control ambiental y control de factores de riesgo.

Entre estos factores de riesgo, la rinitis, la sinusitis y los pólipos nasales ocupan posición importante bien porque son considerados como en-

fermedades concomitantes o bien porque representan diferentes expresiones de la misma enfermedad.

Para la rinitis alérgica existe también sub-diagnóstico significativo; posiblemente mayor que para el asma dada la diferente naturaleza de sus síntomas. Este sub-diagnóstico debería ser menor entre los pacientes asmáticos dado el hecho de representar estos un grupo seleccionado con mayor incidencia de la enfermedad.

El trabajo de Martínez, Serrano e Hincapié corrobora lo tradicionalmente observado y nos debe sensibilizar sobre nuestra obligación de incluir en el manejo del paciente asmático la consideración de la presencia (no siempre obvia) de patología en el tracto respiratorio superior. Sería ideal lograr sensibilizar a todos los que manejan pacientes con asma y particularmente a quienes, en razón de la especialidad, acuden los pacientes más severamente enfermos, incluir siempre en el algoritmo de diagnóstico y tratamiento la posibilidad de afecciones del tracto respiratorio superior y hacerlo con alto grado de sensibilidad teniendo en cuenta que este tipo de afecciones puede pasar más fácilmente desapercibida que el asma misma en pacientes con sintomatología no típica. Si nos comprometiéramos a aseverar que todos los pacientes asmáticos que reciben nuestra atención han sido sometidos a un tamizaje, no necesariamente costoso, de patologías de tracto respiratorio superior muy seguramente que diagnosticaríamos una mayor cantidad de casos de rinitis alérgica y sinusitis y seríamos más eficientes en controlarlos.