

## Opinión

### ¿Es útil la clasificación del asma en función de sus niveles de gravedad?

J. Hernández García

*Jefe de Sección de Alergología. Hospital Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia.*

En los últimos años, el asma bronquial, tal vez por su prevalencia y las repercusiones socioeconómicas y asistenciales que comporta, ha dado lugar a la proliferación de una serie de consensos y normativas<sup>1-3</sup> dirigidos a intentar establecer los niveles de gravedad de la enfermedad (por frecuencia de síntomas clínicos y parámetros funcionales) y unificar unas pautas de tratamiento exclusivamente sintomático que, cuando menos y bajo nuestro punto de vista, sugieren discusión y controversia.

Sí, ahora, entendemos por asma bronquial aquella "enfermedad inflamatoria difusa de vías aéreas en la que están implicadas diversas células, siendo la más característica el eosinófilo, que conlleva a una **variable** obstrucción del flujo aéreo, frecuentemente **reversible** espontáneamente o con tratamiento, y que causa un aumento en la respuesta a varios estímulos", no parece oportuno clasificar su gravedad en función de los porcentajes y variabilidades del flujo espiratorio máximo (FEM) o del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV<sub>1</sub>).

La **reversibilidad**, reflejo de la enfermedad funcional, es una importante característica en la definición del asma bronquial. Se entiende por tal, la normalización de los parámetros funcionales obstructivos, fundamentalmente el FEV<sub>1</sub>, o las mejorías iguales o superiores al 20% con respecto a sus cifras basales.

Esta reversibilidad puede tener lugar espontáneamente (por cesar el factor o factores responsables de la puesta en marcha de los síntomas) o con un adecuado y eficaz tratamiento sintomático.

Sin embargo, ni la reversibilidad es atributo exclusivo del asma, ni todo asma es necesaria y

totalmente reversible. En las primeras fases de la bronquitis crónica, con mayor cuantía en la asintomática y de menor relevancia en la hipersecretora, se pueden objetivar reversibilidades obstructivas superponibles a las del asma<sup>4</sup>. Por otra parte, también existen asma, generalmente de larga evolución, en las que, a pesar de un intenso tratamiento sintomático, se mantiene una limitación persistente al flujo aéreo, perdiendo, por tanto, su condición de reversibles y comportándose, funcionalmente hablando, como aparentes bronquitis crónicas<sup>5</sup>.

Ante la incuestionable funcionalidad de esta enfermedad, puede resultar arriesgado, en mi opinión, hacer una clasificación de su gravedad basada en los test de función pulmonar (FEM y FEV<sub>1</sub>)  
Tabla I: *leve intermitente* (FEM o FEV<sub>1</sub> superior al 80% del predicho; variabilidad del FEM menor del 20%; normalización tras broncodilatador), *leve persistente* (FEM o FEV<sub>1</sub> superior al 80% del predicho; variabilidad entre el 20 y el 30%), *moderado* (FEM o FEV<sub>1</sub> entre el 60 y el 80% del predicho; variabilidad superior al 30%; normalización tras broncodilatador) y *grave* (FEM o FEV<sub>1</sub> inferior al 60% del predicho; variabilidad superior al 30%; puede normalizarse después de una óptima terapia).

En primer lugar, los valores de FEV<sub>1</sub> y FEM (o PEF), expresados como porcentajes del predicho, no son equivalentes<sup>6</sup>. En segundo lugar, los porcentajes pueden disminuir, sensiblemente, en cuestión de minutos o pocas horas (basta con un súbito cambio climático, la exposición a determinado alergeno ambiental, una crisis de risa mantenida, inhalación de un vapor irritante o un ejercicio físico) y el asma pasa de leve intermitente o persistente a moderado o grave. En tercer lugar, la

variabilidad del FEM puede oscilar mucho con las estaciones del año, desde, por ejemplo, menor del 20% en invierno, a mayor del 30% en primavera (asma polínicos), lo cual obligaría a clasificar a la misma enfermedad inicialmente como leve intermitente y, después, como moderada o grave. Y, en cuarto lugar, si un asma se etiqueta de grave por tener un FEM inferior al 60% del predicho, habría que plantearse, honestamente, si realmente no pudiera tratarse de una bronquitis crónica en fase irreversible, máxime sino se consigue mejorar significativamente la obstrucción con un intenso tratamiento farmacológico.

Por tanto, a pesar de lo que se haya establecido en los últimos consensos, siempre será opinable que “los test de función pulmonar sean esenciales para diagnosticar el asma y establecer su conducta terapéutica”. Con ser importantes, puede fallar su “esencialidad”, ya que, como se ha comentado, existen bronquitis crónicas simples que se comportan, funcionalmente, como asmas, y asmas con limitación crónica y persistente al flujo aéreo. Por otra parte, como se verá después, una correcta conducta terapéutica no podrá soslayar nunca el altísimo porcentaje de curaciones definitivas que se pueden lograr con una adecuada, correcta y duradera inmunoterapia específica.

En cuanto a la clasificación de su gravedad por la incidencia, frecuencia e intensidad de síntomas (menos o más de una vez a día, menos o más de 1-2 veces por semana, más de una vez a la semana y menos de una vez al día, síntomas nocturnos de menos o más de dos veces al mes, o más de una vez a la semana, o frecuentes; reagudizaciones que afectan o no a la actividad diaria, reagudizaciones frecuentes, actividades físicas limitadas por los síntomas, etc.) (Tabla I), me parece, cuando menos, bastante arbitraria, muy convencional, confusa, profusa, hartó discutible y, desde luego, de difícil retención en mi memoria (después de muchos años de ejercicio profesional, confieso que, para situar a un paciente en determinado escalón, necesitaría estar consultando permanentemente esta mezcla de cifras y síntomas). ¿Por qué es leve intermitente o persistente en función de que los síntomas nocturnos incidan menos o más de dos veces al mes? (¿Y por qué no 3-4 veces?) ¿Por qué es leve persistente con síntomas intermitentes más de 1 vez/semana (y no 2) y menos de 1 vez al día? ¿Qué diferencia hay entre

**Tabla I.** Clasificación del asma por sus niveles de gravedad

---

**Leve intermitente**

- Síntomas intermitentes menos de 1 vez / semana
- Reagudizaciones breves (pocas horas o días)
- Síntomas nocturnos menos de 2 veces / mes
- FEM o FEV<sub>1</sub> superior al 80% del predicho
- Variabilidad menor del 20%

**Leve persistente**

- Síntomas intermitentes, más de 1 vez / semana y menos de 1 vez / día
- Reagudizaciones que afectan a la vida diaria
- Síntomas nocturnos más de 2 veces / mes
- FEM o FEV<sub>1</sub> superior al 80% del predicho
- Variabilidad entre el 20% y el 30%

**Moderado**

- Síntomas intermitentes diarios
- Reagudizaciones que afectan a la vida diaria
- Síntomas nocturnos más de una vez a la semana
- FEM o FEV<sub>1</sub> entre el 60-80% del predicho
- Variabilidad superior al 30%

**Grave o severo**

- Síntomas continuos
  - Reagudizaciones frecuentes
  - Síntomas nocturnos frecuentes
  - Actividades físicas limitadas por los síntomas
  - FEM o FEV<sub>1</sub> inferior al 60% del predicho
  - Variabilidad superior al 30%
- 

FEM = flujo respiratorio máximo, FEV<sub>1</sub> = volumen espiratorio forzado en el primer segundo

leve persistente y moderado si, en ambos, las reagudizaciones afectan a la actividad diaria? ¿Qué sustancial diferencia existe entre síntomas intermitentes diarios (moderado) o continuos (grave)? ¿Cómo distinguir entre síntomas nocturnos más de 1 vez/semana (moderado) y frecuentes (grave)? ¿Acaso un asma leve (intermitente o persistente) por sensibilización a epitelios de gato, no puede pasar a grave, en cuestión de minutos o pocas horas, por una alta exposición a este animal? ¿Qué le pasaría a un asmático moderado, sensible a aspirina, si, inconscientemente, toma un antiinflamatorio no esteroideo? ¿No podríamos caer en el error de considerar a un asma como grave por un inadecuado tratamiento? ¿Se ha tenido en cuenta que un asma leve o moderado, por sensibilización a los ácaros parásitos del polvo, puede hacerse grave por un simple ataque de risa? ¿En qué escalón clasificaríamos a un paciente cuyo asma se ha iniciado uno o dos meses antes de acu-

**Tabla II.** Clasificación etiológica del asma (más real e inteligible) y actitudes terapéuticas más aconsejables

---

**Asma extrínseco** (dependiente de IgE alérgico-específica)

- Evitar el alérgico (no siempre posible)
- Inmunoterapia con alérgicos (máximo 3-4) perenne, un mínimo de 5 años
- Cromoglicato o nedocromil (permanentes o estacionales), durante el primer o los dos primeros años de inmunoterapia
- Beta<sub>2</sub>-adrenérgicos de corta acción (según necesidades)
- Probable buena alternativa: antileucotrienos
- En casos excepcionales: corticoide inhalado

**Asma intrínseco** (no dependiente de IgE)

- Simple
  - Síntomas esporádicos: beta<sub>2</sub>-adrenérgicos de corta duración
  - Síntomas más relevantes, generalmente coincidiendo con infecciones víricas o bacterianas: administración, durante 2-3 semanas, de beta<sub>2</sub>-adrenérgicos de corta o larga duración, corticoide inhalado, antibióticos (en su caso) y, probablemente, corticoides sistémicos orales (las menores dosis, únicas, matinales, en días alternos)
- Corticodependiente
  - Inhalación permanente de corticoide a “altas dosis” (entre 800-2000 mcg/día)
  - Inhalación permanente de beta<sub>2</sub>-adrenérgicos de larga duración.
  - Beta<sub>2</sub>-adrenérgicos de corta acción (según necesidades)
  - Si fuese necesario: teofilinas retardadas
  - Si parece aconsejable: añadir antileucotrienos
  - Y, si fuese imprescindible: añadir corticoides orales (menores dosis que lo controlen, única, matinal, en días alternos)
  - En su caso: prohibición de aspirina y antiinflamatorios no esteroideos

---

dir a consultarnos? ¿Qué grado de potencial de gravedad asignaríamos a un asmático polínico, por olivo o parietaria judaica, que, estando asintomático en Canarias, tiene que trasladarse a Andalucía o Murcia en plena primavera?

Así pues, parece bastante aventurado tratar de separar en cuatro niveles a una enfermedad tan cambiante, tan variable y tan funcional como es el asma bronquial. Prueba de ello es que, ya en los propios consensos, se admite que “la clasificación de un paciente en determinado escalón, no debe ser estática, sino dinámica “y que” la situación puede cambiar en cortos espacios de tiempo”. Por consiguiente, yo no percibo por ninguna parte la utilidad de esta farragosa clasificación.

Finalmente, si en todos los foros científicos alergológicos e inmunológicos estamos admitiendo y demostrando, permanentemente, la gran

importancia de los alérgicos ambientales como principales desencadenantes del asma extrínseca dependiente de IgE (la inmensa mayoría, entre el 70 y el 80%) y consensado la incuestionable eficacia de la inmunoterapia específica<sup>7-11</sup>, también será muy discutible y muy controvertido, necesariamente, cualquier tipo de consenso que establezca una clasificación de actitudes terapéuticas exclusivamente sintomáticas.

Sería de necios negar el importante avance terapéutico que ha supuesto la comercialización de corticoides inhalados y beta<sub>2</sub>-adrenérgicos de larga duración, pero no debemos caer en el falso axioma o callejón sin salida de asma = corticoide inhalado. Tanto en Pediatría, como en los mal llamados asma leves o moderadas (generalmente extrínsecos, y así los denominaré cuando haga la defensa de su más clara e inteligible clasificación etiológica), creo que no son necesarios los corticoides inhalados a mediano o largo plazo (en todo caso, cortas dosis de corticoides sistémicos en las agudizaciones) y los pacientes se controlan perfectamente, en mi experiencia, con cromoglicato o nedocromil durante uno o dos años (tiempo para que comience a ser eficaz la inmunoterapia específica) y beta<sub>2</sub>-adrenérgicos de corta duración a demanda (Tabla II). Los corticoides tópicos sólo tendrán una irrefutable indicación, es mi opinión, en el asma severo o grave, generalmente no dependiente de IgE (no alérgico) y, habitualmente, corticodependiente.

Por tanto, la inmensa mayoría de alergólogos con dilatada experiencia en terapéutica hiposensibilizante, estamos plenamente convencidos de que, a partir del segundo año de iniciada la misma, es mucho más eficaz, más barata y más esperanzadora que el “puro y duro” tratamiento sintomático.

Al no parecerme de especial utilidad la clasificación que “encorseta” al asma en escalones de gravedad, y sus correspondientes actitudes farmacológicas no curativas, sigo pensando que, hoy por hoy, la mejor clasificación continúa siendo la etiológica (dependiente o no de IgE). Ello implica, no solamente una confirmación de su principal causa, sino la probabilidad de un mejor o peor pronóstico de curación definitiva (en un elevado porcentaje de asma extrínsecos) y el adoptar otras alternativas terapéuticas: unas, probablemente temporales y otras, desafortunadamente, permanentes y definitivas (Tabla II), quedando a expen-

sas de los fármacos sintomáticos que puedan ir surgiendo.

A pesar de la eficacia de los tratamientos actuales, entre los que se incluyen los antagonistas de receptores de leucotrienos, estamos convencidos que la industria farmacéutica seguirá investigando y comercializando otros, probablemente más innovadores (anticitocinas, inhibidores de la producción de interleucinas, antagonistas de su actividad, antagonistas del factor de activación de las plaquetas (PAF), inhibidores de las neurocininas, antagonistas del tromboxano A<sub>2</sub>, etc.), seguramente de elevadísimo coste y, posiblemente, exclusivamente sintomáticos. Por tanto, nos tememos que a las futuras generaciones de alergólogos y neumólogos les toque asistir a tal proliferación de consensos y normativas que, a la postre, no sepan qué hacer con el “asmático de todos los días”.

Concluyo estas reflexiones a sabiendas que pueden suscitar polémicas, controversias, acuerdos y desacuerdos, pero creo que ya iba siendo hora que alguien expresara sus respetuosas discrepancias con gran parte de las afirmaciones postuladas en estos Consensos Internacionales.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Expert Panel Report. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1991; Publication 91-3642.
- International Consensus Report on diagnosis and management of asthma. *Allergy* 1992; 22 (suppl): 1-72.
- Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Second expert panel on the management of asthma. National Heart, Lung and Blood Institute, May 1997; Publication 97-4051A.
- Poyo Gil M. Bronquitis crónica. *Salud Rural* 1994; 3: 13-23.
- De Barrio M. Limitación persistente al flujo aéreo en el asma bronquial. *Rev Esp Alergol Inmunol Clin* 1990; 5: 1-4.
- Sawyer G, Miles J, Lewis S, Fitzharris P, Pearce N, Beasley R. Classification of asthma severity: should the international guidelines be changed? *Clin Exp Allergy* 1998; 28: 1565-1570.
- Álvarez Cuesta E, Boquete París M, Cadahía A, Carrillo Díaz T, Cortés Pomares C, Díaz González P, et al. La inmunoterapia a través de sus publicaciones de los últimos cinco años (1986-91). *Rev Esp Alergol Inmunol* 1992; 7: 55-64.
- Álvarez Cuesta E, Boquete M, Cadahía A, Carrillo T, Fernández Tavora L, Gozalo Requés F, et al. Publicaciones sobre inmunoterapia españolas 1989-1992. *Rev Esp Alergol Inmunol Clin* 1993; 8: 107-111.
- Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM. Is allergen immunotherapy effective in asthma? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 969-974.
- EAACI/PTA Symposium Reviews. *Allergy* 1998; 53: 461-492.
- WHO Position Paper. Allergen immunotherapy: Therapeutic vaccines for allergic diseases. *Allergy* 1998; 53: 2-42.

J. Hernández García  
 Jefe de Sección de Alergología  
 Hospital Virgen de la Arrixaca  
 Ctra. Madrid-Cartagena  
 El Palmar  
 Murcia