

*Symposium*

***Manejo institucional del  
asma bronquial***

***Celebrado en la Habana, el día 10  
de septiembre de 1965, en ocasión  
del Primer Congreso Médico-  
Estomatológico Mutualista***

*Coordinador:*

DR. DIEGO FERNÁNDEZ ALFARO

*Participantes:*

Doctores.: Luis PASCUAL GISPERT (\*\*\*)

RUBÉN RODRÍGUEZ GAVALDÁ (\*\*\*\*)

HÉCTOR WILTZ LANCÍS (\*\*\*\*) Y EUGENIO

SELMAN-HOUSEIN ABDO (\*\*)

INTRODUCCION DEL SYMPOSIUM

Es evidente que en el asma bronquial, el alérgeno no lo es todo. Existen una serie de factores que en este Symposium han de ser abordados, los cuales intervienen en la producción del asma bronquial sin género de duda.

Esto ha hecho que nosotros hace muchos años hayamos expresado en múltiples ocasiones y cada día más convencidos que la causa del asma es una constelación de factores, que tienen que ser estudiados y tratados en cada paciente asmático, para llegar a tener éxito.

De ello se desprende legítimamente que el tratamiento sintomático a un asmático es una solución transitoria y a veces efímera, continuando su proceso asmático, que de lo funcional pasa a lo orgánico.

De todo esto se desprende la necesidad del estudio y tratamiento integral del asmático, pero además ello no es suficiente, porque si el mismo se deja al libre albedrío del médico poco o nada hemos mejorado la situación de estos enfermos, a pesar de éste y tantos Symposium, Relato, Ponencias, Paneles o Mesas Redondas se hagan, permitiendo pasivamente ante nuestros ojos, que se conviertan en seres incapacitados para el trabajo y hasta para vivir, en sobrecarga para la familia y el Estado, y lo que es más penoso, inválidos con la indiferencia a veces de los familiares y el médico, para traumatizar más aún su psiquismo, cayendo en estado depresivo hasta desear fervientemente la muerte, como una gran solución a su pesadumbre.

Por ello quiere este Symposium responsabilizar a las instituciones del mutualismo de este estudio y tratamiento integral de todo asmático y se realice a través de una organización que asegure su éxito.

Pero mejor que estas palabras, para darse cuenta de su alcance vamos a informarles la estadística de asmáticos ingresados en la "Quinta de Dependientes", centro de' nuestro trabajo, durante los últimos dieciocho meses.

No. de Asociados	Asmáticos Hospitalizados	%
104,860	653	0.62
Hospitalizados en General	Asmáticos Hospitalizados	%
23,011	653	2.83
No. de Asociados May. de 14 años	Asmáticos Hospitalizados	%
86,409	478	0.55
No. de Asociados entre 0 y 14 años	Asmáticos Hospitalizados	%
18,461	175	0.94
Total Hospitaliza- Asma de Hospitalización	Total de Días Promedio de Hospitalización	Días dos por Hospitalización
653	8,018	12.5

#### AUSENTISMO DE 5 A 14 AÑOS

585 días a la Escuela, o sea, *un año siete meses, quince días.*

#### AUSENTISMO MAYORES DE 14 AÑOS

6,680 días a sus labores habituales, o sea, *19 años, 4 meses, 20 días.*

Para completar este estudio estadístico sería de sumo interés calcular los gastos producidos al Estado por alimentación, exámenes y tratamiento por hospitalización y las pérdidas producidas en la producción a consecuencia del ausentismo justificado al trabajo.

Toda esta impresión, nos da una idea, aunque no exacta, pero sí, de las proporciones de consideración que ella alcanza.

Crip en su obra de inmunología clínica y alergia se refiere a la incidencia del asma bronquial y expresa que la misma es variable, pero que existe entre un 2 a 5% de asma bronquial en la población general.

Gasto promedio por día paciente trece pesos (\$13.00).

Gasto total de 7,245 días de asmáticos hospitalizados en dieciocho meses, noventicuatro mil cuatrocientos cuarenticinco (\$94,445), a lo que habría que sumar el sueldo devengado y el valor de lo que deja de producir.

## ***Manejo institucional del asma bronquial***

### *Consideraciones sobre algunos aspectos de la:*

1. Etiopatogenia,
2. Diagnóstico positivo y diferencial,
3. Complicaciones,
4. Concepto de curación del asma bronquial.

Por el Dr. Luis PASCUAL GISPERT(\*)

Al comenzar a discutir sobre el *asma bronquial*, todos estaremos de acuerdo en incluirlo dentro de las *afecciones alérgicas* y la mayoría aceptaríamos que la *alergia* puede ser definida al igual que lo hace un grupo de clínicos alergólogos como:

“Una alteración específica y adquirida de la capacidad reaccional, que tiene por base intrínseca, el conflicto inmunológico antígeno-anticuerpo y cuya aparición está condicionada por los fenómenos de exposición y reexposición, así como por factores hereditarios en determinado número de casos”.

y también al inicio de esta discusión es imprescindible que demos una definición que aclare de una manera precisa el concepto que tenemos del asma. Nosotros compartimos los criterios del Comité de Normas de Diagnóstico para las Enfermedades Respiratorias no Tuberculosas, de la American Thoracic Society, enunciados en 1962 quien definió el asma como:

(\*) Internista de la Quinta de Dependientes (Mutualista), sita en 10 de Octubre 130, Habana, Cuba.

“Una enfermedad caracterizada por una sensibilidad aumentada de la tráquea y bronquios a varios estímulos y manifestada por una estenosis difusa de las vías aéreas que cambia de severidad espontáneamente o como resultado del tratamiento.

“No se comprende dentro de este término, la *estenosis bronquial* que resulta solamente de la infección difusa bronquial, por ejemplo, bronquitis aguda y crónica; de las enfermedades destructivas del pulmón, como el enfisema pulmonar o de los trastornos cardiovasculares.

“El asma puede ocurrir en personas con afecciones broncopulmonares o cardiovasculares, pero en estos casos la causa de la estenosis bronquial no está relacionada causalmente con las mismas”.

#### *1. Etiopatogenia.*

Según el *concepto actual* o *ecológico* de la enfermedad, ésta es el resultado de la interacción entre el huésped y el agente, cuyo resultado es influenciado notablemente por el ambiente.

Según el concepto dominante de la *causalidad múltiple*, la ocurrencia de la enfermedad se comprende mejor si se

considera que son múltiples las causas que influyen las relaciones agente- huésped en el ambiente, tanto antes, como durante el período patogénico. La enfermedad es el resultado de una continua cadena de causas y efectos, no de una causa única o específica.

La aceptación de estos dos conceptos ha de sernos muy útil en el estudio de la etiopatogenia del asma.

El defecto básico en el asma parece ser una *alteración en el huésped*, la cual periódicamente conduce a una excesiva contracción de los músculos lisos, a una hipersecreción de mucus y a un edema de la mucosa en el árbol bronquial.

En algunos casos la alteración del huésped, parece claramente relacionada con un estado inmunológico alterado, pero en otros, la causa fundamental de esta alteración no puede ser determinada.

Es decir, que el *substrato patogénico básico* en el asma es la respuesta de un árbol bronquial sensible al contacto repetido de alguna forma de alérgeno.

La fuente de estos alérgenos puede ser exógena o endógena. Los alérgenos exógenos, inhalantes o ingestantes, dan lugar al asma llamado *extrínseco*, en el que la alergia, a estos antígenos exógenos, es fácilmente demostrable. En lo que respecta a los alérgenos endógenos la situación es más compleja. Son difícilmente demostrables, ya que no se encuentra ninguna evidencia de hiper- sensibilidad específica a estos antígenos. A estos casos de asma se les llama *intrínseco* y como la gran mayoría resultan de infecciones del sistema respiratorio, también se designan como *asmas infectivos*.

Aunque el mecanismo alérgico en estos *asmas intrínsecos*, como hemos dicho, no es obviamente manifiesto, la mayoría de los investigadores piensan que hay una hipersensibilidad específica a los

microorganismos y que probablemente se asiste en estos casos a una sensibilización progresiva frente a algunos microorganismos que asientan en el sistema respiratorio del individuo afectado.

Si quisiéramos esquematizar el mecanismo de producción del asma (véase Figura No. 1), podríamos resumirlo así:

a I La gran mayoría de los casos de asma bronquial son producidos por un conflicto inmunológico y en ellos *los factores primarios* son:

1. Los alérgenos específicos, sobre una base en que juegan un papel de primer orden los factores hereditarios y producen una sensibilidad bronquial.
2. Los alérgenos *bacterianos* (infección respiratoria), sobre una base en que quizá juegue un papel importante la predisposición, parece producir también una sensibilidad bronquial.

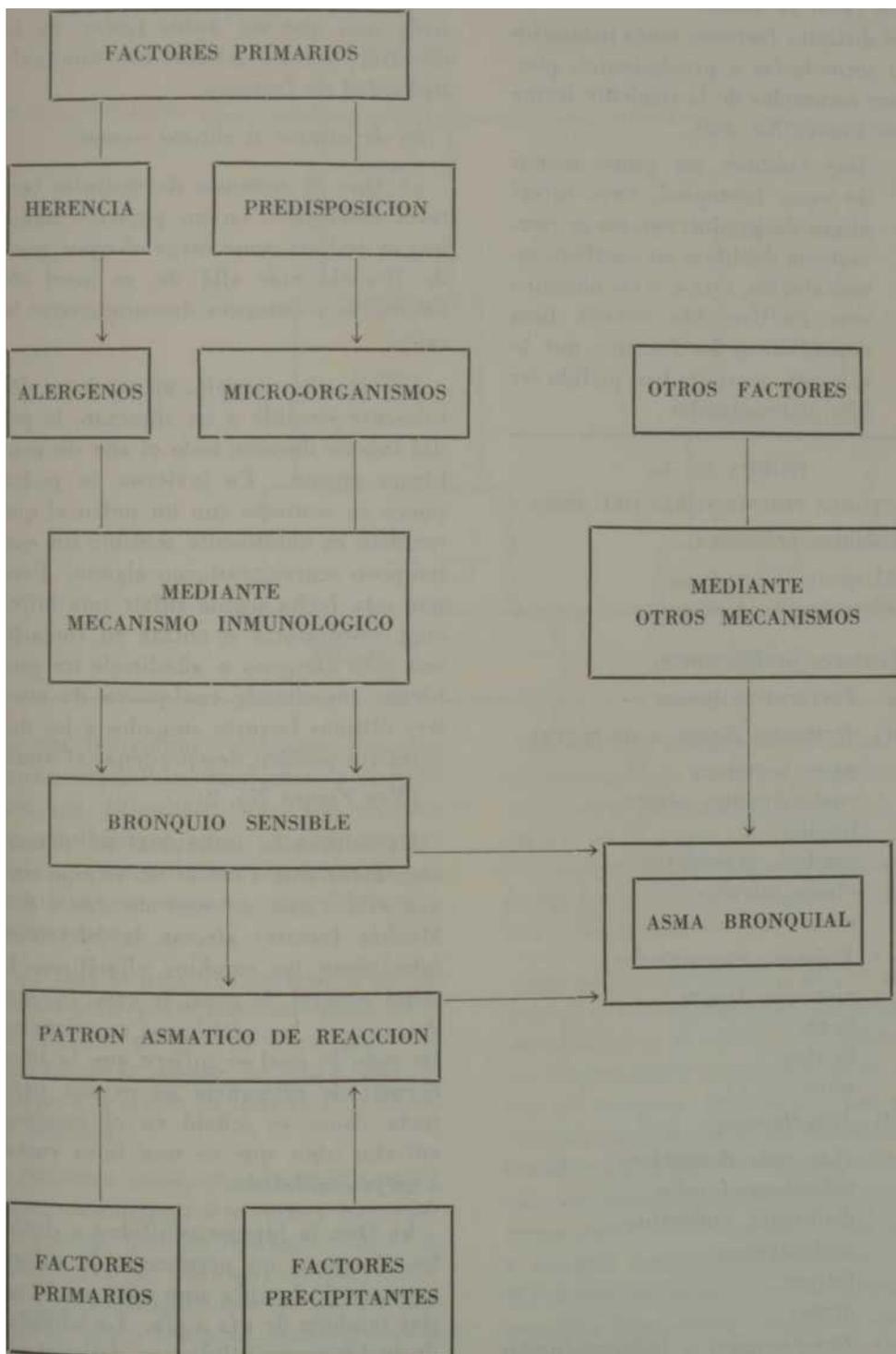
Mediante estos dos factores: alérgenos y microorganismos se produce, como vemos, una sensibilidad bronquial.

Constituida esta sensibilidad bronquial, se producen los primeros ataques de asma bronquial y se desarrolla así en el individuo el patrón asmático de reacción.

Una vez que el patrón asmático de reacción se ha desarrollado mediante la alergia, a los alérgenos exógenos (*extrínsecos*) o a los alérgenos endógenos (microorganismos de la infección respiratoria) los ataques de asma pueden ser precipitados también por otros muchos factores no relacionados con los factores primarios, y que se designan, como *factores secundarios* o *precipitantes*.

FIGURA No. 1

MECANISMO DE PRODUCCION DEL ASMA



De más está decir, que también factores primarios actuando sobre el patrón asmático de reacción, desarrollarán nuevas crisis de asma.

Los distintos factores, tanto primarios como secundarios o precipitantes, pueden ser resumidos de la siguiente forma (véase Figura No. 1-a). b I Hay también un grupo menor de asma bronquial, cuyo mecanismo de producción, no es ciertamente debido a un conflicto inmunológico, éste o ellos mecanismos, no han sido todavía bien entendidos y los factores que lo originan, tampoco han podido ser bien determinados.

FIGURA No. 1-a FACTORES PRODUCTORES DEL  
ASMA

I. *Factores primarios:*

Alérgenos específicos

Alergenos bacterianos.

II. *Factores precipitantes:*

a) *Factores sicógenos*

- b) *Irritantes físicos o químicos:* gases  
irritantes contaminantes aéreos  
humos  
cambios atmosféricos  
olores intensos otros

c) *Esfuerzo respiratorio:*

- ejercicios físicos  
la tos la  
risa  
otros

d) *Misceláneas:*

- (Los más discutidos)  
infecciones focales  
disfunción endocrina  
malnutrición  
fatigas  
otros

e) *Desconocidos o indeterminados*

Debe aceptarse en término general, que el asma es el resultado de un complejo etiológico, porque aunque es cierto que en algunos casos no se descubre nada más que un único factor, en la mayoría de los asmáticos hay una multiplicidad de factores.

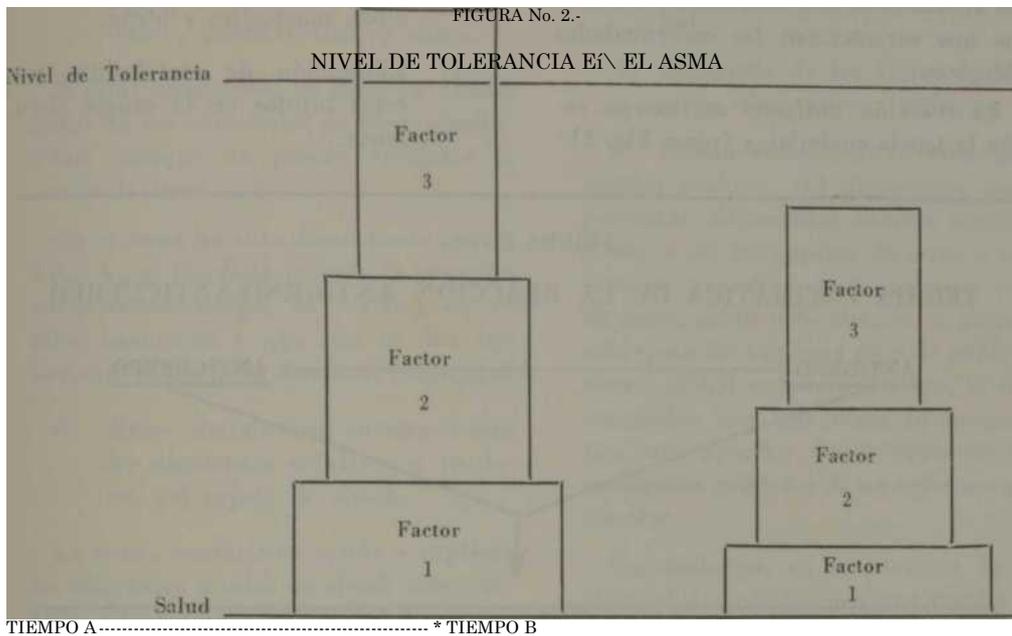
Es de interés al clínico conocer:

a) Que el acúmulo de distintos factores etiológicos en un paciente dado, que se designa como *carga alérgica*, puede llevarlo más allá de su *nivel de tolerancia* y entonces desencadenarse la crisis.

Por vía de ejemplo, un paciente débilmente sensible a un alimento, lo podrá ingerir durante todo el año sin problema alguno. En invierno, se podrá poner en contacto con un polen al que también es débilmente sensible sin que tampoco ocurra trastorno alguno. Pero por esta fecha puede sufrir una infección respiratoria o entrar en contacto con otro alérgeno o añadirsele un problema emocional; cualquiera de estos tres últimos factores sumados a los dos primeros pueden desencadenar el asma (Ver Figura No. 2).

La tolerancia individual no permanece invariable a través del tiempo sino que ella varía, a veces de día a día. Muchos factores afectan la tolerancia, tales como los cambios climáticos, la salud general, la ropa, la casa, los medicamentos, los problemas emocionales. De todo lo cual se infiere que la línea normal de tolerancia no es una línea recta como se señaló en el esquema anterior sino que es una línea curva, o mejor, ondulada.

b--- Que la hipersensibilidad a distintos alérgenos no permanece la misma a través de la vida sino que puede variar también de día a día. La labilidad de la hipersensibilidad es desigual en



tre los individuos. Algunas personas ganan sensibilidad fácilmente y la pierden con dificultad; otras son difíciles de sensibilizar, pero pierden rápidamente su sensibilidad. La herencia parece jugar un papel en estas diferencias individuales.

b) Que la potencia antigénica de los distintos alérgenos también varía; así la de algunos pólenes se ha demostrado que no es la misma de año a año, ni tampoco, a través de toda el área donde se originan.

Debemos decir, que de estos tres últimos conocimientos se infiere que todos los factores que pueden intervenir en la producción del asma son también variables en sí mismos y que no son los mismos de día a día o de estación a estación.

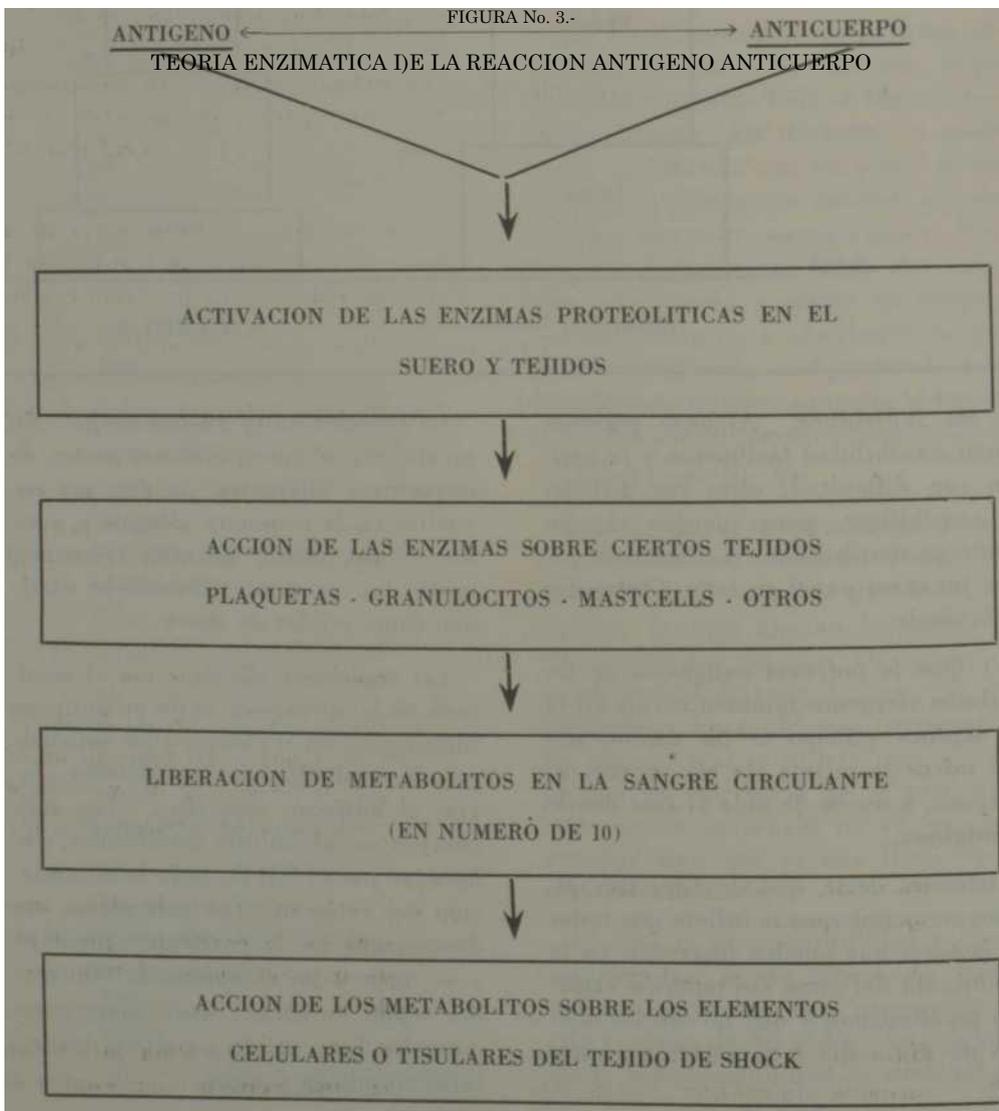
*La reacción antígeno-anticuerpo.* En un sistema orgánico, distintas partes, de estructuras diferentes, pueden ser envueltas en la respuesta alérgica y a estos tejidos, donde asientan frecuentemente las reacciones alérgicas se designan como *tejidos de shock*.

Las reacciones alérgicas son el resultado de la interacción entre un antígeno introducido en el cuerpo y los anticuerpos desarrollados por exposiciones previas al antígeno específico. Los anticuerpos son globulinas modificadas, elaboradas por el S.R.E., bajo la estimulación del antígeno. Los anticuerpos son descargados en la corriente sanguínea y se unen a los componentes celulares del tejido de shock: vasos sanguíneos, músculos lisos, tejido conectivo, estructuras epiteliales y otros.

La unión entre el antígeno y el anticuerpo específico libera distintas sustancias mediante un proceso complejo que son las que producen, por último, las alteraciones morfológicas o funcionales que caracterizan las enfermedades alérgicas.

La reacción antígeno anticuerpo según la teoría enzimática (véase Fig. 3) :

- a) Activa enzimas proteolíticas en el suero y los tejidos.
- b I Acción de las enzimas sobre ciertos tejidos: plaquetas, granulocitos, mastcelles y otros.
- c) Liberación de metabolitos por estos tejidos en la sangre circulante.



Estos distintos nietabolitos son: heparina, histamina, acetilcolina, tripsina, antitripsina, serotonina, bradiquinina, S.R.S.A. (Slow Reacting Substance of Anaphylaxis), anafilatoxina y otros.

A estas substancias se debe en última instancia las reacciones de hipersensibilidad, aunque no puede excluirse la acción de otros factores.

En el asma ha sido demostrado que la S.R.S.A., es liberada cuando la reacción antígeno-anticuerpo, se verifica en el árbol bronquial y que ésta es una importante causa de la estenosis bronquial.

d I Estos nietabolitos actúan sobre los elementos celulares o tisulares del tejido de shock.

La teoría enzimática ayuda a explicar los diferentes tejidos de shock como debidos a la acción preferencial de ciertas enzimas locales.

Es posible, que ciertas enzimas sean activadas por un mecanismo distinto al de la reacción antígeno-anticuerpo y así se explicarían aquellos casos con ataques de asma que ocurren sin una demostrable reacción antígeno-anticuerpo.

## 2. *Diagnóstico positivo y diferencial.*

El diagnóstico del asma dada la complejidad de su etiopatogenia debe practicarse de una manera tan completa como ello sea posible y los siguientes pasos deben ser siempre considerados en el diagnóstico de todo caso de asma bronquial:

- a) Reconocimiento de la crisis **-diagnóstico positivo-**.
- b) Determinación de la forma clínica.
- c) Diferenciación con otras enfermedades-diagnóstico diferencial.

d) Determinación de la forma etiopatogénica.

e) Determinación de la disfunción respiratoria **-diagnóstico funcional-**

i i Búsqueda de los factores etiológicos **-diagnóstico etiológico-**,

a) **Reconocimiento de la crisis: diagnóstico positivo.** El diagnóstico puede presentar dificultades cuando asistimos a una crisis incompleta de asma y también en presencia de la primera crisis de asma, sobre todo cuando el paciente sobrepasa los cuarenta años de edad. No menos difícil resultará a veces, la diferenciación con una crisis broncoespástica que aparece en el curso de una bronquitis crónica o de un enfisema obstructivo.

Sin embargo, en la mayoría de las veces el diagnóstico positivo resulta fácil y la crisis de asma se reconocerá por:

1. Una disnea paroxística expiratoria, con opresión torácica que se acompaña de sibilancias y después, de tos.
2. Por su comienzo súbito, nocturno, afebril, que es controlada por la administración de broncodilatadores así como corticoides.
3. Los intervalos entre los ataques están libres de síntomas.
4. Por la gran frecuencia de una historia familiar así como de antecedentes personales de otras enfermedades o manifestaciones alérgicas.
5. Por la existencia de algún factor o elemento alergizante que se pueda imputar como el responsable de la crisis.
6. Por la expectoración característica, cuyo examen microscópico de

mostrará un hecho de capital importancia en el diagnóstico del asma, éste es la existencia de eosinófilos.

b) *Determinación de la forma clínica.*

El asma puede presentarse bajo las siguientes formas clínicas:

1. FORMAS AGUDAS:

1. *Ataque de asma:*

a) Crisis completa: disnea, sibilancia, tos.

b) Crisis incompleta: opresión torácica, sibilancias (asma larvado) tos alérgica

2. *Status asmático:* (estado de mal asmático).

II. EL INTERVALO ASINTOMÁTICO.

III. FORMAS CRÓNICAS:

1. Asma continuado (a) oculto (intratado o severo) | b) manifiesto

2. Asma complicado o intrincado

Las formas agudas evolucionan hacia las formas crónicas cuando el agente o los agentes etiológicos no son descubiertos y si descubiertos, no son eliminados por un tratamiento adecuado y lo suficientemente precoz. Es pues, la persistencia de la estimulación alérgica la que hará que los ataques de asma se conviertan en asma continuo.

*El ataque de asma* (forma aguda) se caracteriza inicialmente por episodios agudos intermitentes de estenosis bronquial, con intervalos aparentemente asintomáticos entre los episodios. En esta fase inicial o temprana, los episodios pueden relacionarse fácilmente con la exposición de alérgenos más o menos bien definidos.

Cuando el tiempo pasa, es decir, en fases anteriores o tardías, el paciente presenta ya una estenosis constante,

con manifestaciones sintomáticas, que se interrumpen con exacerbaciones agudas y que ya en esta fase pueden relacionarse a

otros factores tales como la infección del tractus respiratorio: se constituye así el asma continuo.

De estas fases tardías se puede pasar de una manera imperceptible al enfisema obstructivo o presentarse también otras complicaciones, creándose así el **asma complicado o intrincado**.

En las fases tardías del asma, cuando la estenosis y sus fenómenos asociados están constantemente presentes, el diagnóstico de si hay o no enfisema, es una tarea de la mayor importancia. Este problema es difícil de resolver:

1. Por la similitud clínica fisiológica de las enfermedades.

2. Porque no existen pruebas funcionales fácilmente realizables cuyos resultados sean definitivos para este diagnóstico diferencial.

El *intervalo asintomático* debe también ser estudiado sistemáticamente, mediante las exploraciones de la función pulmonar. Este intervalo asintomático es el período de tiempo entre los ataques en que los enfermos están libres de síntomas. En este intervalo el paciente no se queja ni percibe síntoma alguno, pero las pruebas funcionales en un número de ellos, no evidencian alteraciones funcionales, pero en otros, cuyo número es elevado, manifiesta **una broncoestenosis oculta**. No puede pasar inadvertida la importancia de este fenómeno, ya que desde un punto de vista fisiológico, estos casos deben ser catalogados como portadores de un asma crónico y desde el punto de vista clínico, catalogado, como un caso de asma continuo, asintomático u oculto. La posibilidad de que estas formas ocultas, con broncoestenosis persistente, evolucionen

R. C. M.  
ABR. 30. 1966

hacia el enfisema y lo hagan de una manera inadvertida, es de un enorme interés.

c) *Diferenciación con otras enfermedades: diagnóstico diferencial.*

Este diagnóstico puede hacerse con bastante facilidad en un grupo de afecciones bien conocidas:

1. Neumotorax espontáneo.
2. Embolia pulmonar.
3. Edema agudo del pulmón.
4. Granuloma pulmonar.
5. Bronconeumonía.
6. Carcinoma bronquial.

A veces es menos fácil en las siguientes entidades, muchas de las cuales son menos conocidas, tales como:

1. El aneurisma de la arteria innominada.
2. El síndrome de hiperventilación.
3. El síndrome carcinoide.
4. Poliarteritis nudosa.
5. Fibrosis quística del páncreas.
6. El pseudoasma cardíaco.

Difícil será en muchas ocasiones hacer el diagnóstico diferencial del asma en su fase crónica con:

1. La bronquitis crónica.
2. El enfisema obstructivo.

Para solventar esta última dificultad, es decir, la que se refiere al diagnóstico diferencial de estas tres enfermedades: asma bronquial, bronquitis crónica y enfisema, se ha creado recientemente el concepto de la denominada: neumopatía obstructiva generalizada, bajo la cual se agrupan o funden estas tres enfermedades.

d) *Determinación de la forma etiopatogénica.*

Tomando en consideración que la fuente de los alérgenos puede ser exógena o endógena y de que el mecanismo

de aquellos casos de asma ocasionados por los alérgenos exógenos es fácilmente reconocido y no así el de los otros casos que los son por los alérgenos endógenos, se ha clasificado el asma, como ya hemos visto, en dos formas etiopatogénicas:

en asma extrínseco y asma intrínseco.

Esta separación es un tanto esquemática porque los factores etiológicos son múltiples y porque los alérgenos exógenos y endógenos concurren con frecuencia en un mismo paciente para desencadenar la crisis asmática.

Esta determinación tiene interés desde el punto de vista del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento, pero no debe interferir o limitar, en manera alguna, el diagnóstico etiológico. La búsqueda de los agentes etiológicos se hará siguiendo una sistemática preestablecida y sin que sea circunscrita por esta clasificación. En una forma de asma extrínseco no debe dejarse de buscar los factores endógenos, ya que los mismos pueden estar contribuyendo a su ocurrencia o a su progresión. Lo mismo puede decirse del asma intrínseco.

La Figura No. 4 (véase pág. 198) permite fácilmente la determinación de la forma etiopatogénica del asma.

Se utiliza también en el diagnóstico de estas dos formas de asma *la prueba de protección ambiental*, que cuando se realiza en condiciones adecuadas facilita también otros datos de interés para el diagnóstico etiológico.

*Prueba de protección ambiental:*

- I. Se hospitaliza al asmático en una habitación a prueba de alérgenos.
- II. Se instituye una dieta restringida a pocos alimentos y que no se ingieran frecuentemente.

DATOS	FORMA EXTRINSECA	FORMA INTRINSECA
DIFERENCIACION ENTRE ASMA EXTRINSECA E INTRINSECA		
Historia familiar de alergia	Común	Menos común
Historia personal de alergia	Común	Menos común
Edad de comienzo	Antes de 40	Después de 40
Reacción cutánea positiva	Frecuente	Infrecuente
Exito del tratamiento antialérgico	Frecuente	Infrecuente
Pronóstico	Bueno	Reservado
Forma intratable	Infrecuente	Frecuente
Muerte	Insignificante	De consideración

*{En ausencia de complicación infecciosa} .*

**Puede suceder:**

1. Que no haya mejoría Asma intrínseco
2. Que haya mejoría Asma extrínseco

III. Se restaura la dieta habitual:

**Puede suceder:**

1. Que los síntomas retornen: causa posible alergenog ingestantes.
2. Que los síntomas no retornen: causa posible alergenog inhalantes.

e) *Determinación de la disfunción respiratoria.*

Esta puede llamarse el diagnóstico funcional del asma y es un paso obligado en el diagnóstico integral de todo paciente asmático.

Es de gran valor en:

1. El diagnóstico positivo y diferencial.
2. El diagnóstico de las formas clínicas.
3. El pronóstico y potencial evolutivo.

4. La evaluación cuantitativa del tratamiento.

La colaboración del fisiologista resulta indispensable y la existencia de un Departamento de Exploración de la Función Pulmonar es obligado para el mejor estudio del asmático.

f) **Búsqueda de los factores etiológicos: diagnóstico etiológico.**

La última etapa en el diagnóstico del asma es la búsqueda de los factores etiológicos determinantes de su ocurrencia o de su progresión.

No por última, deja de ser la más importante, ya que el diagnóstico etiológico permitirá, en una mayoría de casos, administrar el tratamiento adecuado, haciendo desaparecer las manifestaciones sintomáticas de la enfermedad y evitando también la progresión

de la fase inicial a la fase tardía, en la que ya, poco a veces se puede hacer por estos asmáticos.

No está de más recordar que los factores causales son numerosos, como ya hemos visto en una Figura No. 1-a.

Recordemos también la frecuencia de la *causalidad múltiple* del asma bronquial y por lo tanto, de la necesidad en que estamos de investigar y analizar todos los posibles factores que estén contribuyendo al determinismo de esta enfermedad.

Es necesario insistir fundamentalmente en la búsqueda de los factores primarios, pero no lo es menos, la de todos los factores precipitantes.

El diagnóstico etiológico descansa:

1. En el interrogatorio del paciente.

2. En los medios auxiliares del diagnóstico.

1. El interrogatorio se dirigirá a la búsqueda meticulosa de:

a) Tiempo, lugar y circunstancias en los que haya ocurrido los ataques de asma.

b) Los alérgenos potenciales a los que el individuo está expuesto.

El interrogatorio orienta convenientemente sobre los posibles alérgenos que están produciendo la afección, y asimismo, el valor que pueda tener los resultados positivos que arrojen las pruebas cutáneas, resultará una consecuencia de su relación con los datos anamnésticos.

2. Los medios auxiliares del diagnóstico, tales como:

a) Las pruebas cutáneas diagnósticas.

b) La prueba de transferencia pasiva.

c) Otros M. A. D.

serán realizadas por el alergista. Todos estos aspectos serán desarrollados por el Dr. Rodríguez Gavaldá.

En la búsqueda de los factores etiológicos, debemos reconocer que los *sicógenos* ocupan un lugar preferente dentro de los factores precipitantes, ya que ellos obran en la ocurrencia de las crisis y también en la progresión de la enfermedad. La búsqueda de este factor, así como el análisis del mismo debe ser realizado rutinariamente en el diagnóstico de todo caso de asma. Confesemos, sin embargo, que nadie mejor que el siquiatra llenará este importante cometido. Corresponde al Dr. Wiltz Lancís, discutir este aspecto tan importante en el diagnóstico y tratamiento del asma.

3. *Complicaciones.*

Podemos enumerar las complicaciones más frecuentes observadas en el asma distribuyéndolas según las distintas formas clínicas, ya que estas contingencias aparecen con mayor prevalencia en alguna de ellas.

(Véase la Figura No. 5).

4. *Concepto de curación del asma bronquial.*

Al inicio de mis palabras señalé que todos estaríamos de acuerdo en incluir el asma dentro de las afecciones alérgicas y en lo que respecta al individuo alérgico, también nadie podrá negar como veraz, la frase ya clásica: "de que una vez alérgico, siempre se es alérgico".

Desde el punto de vista práctico, cabe diferenciar en todo individuo alérgico entre el *estado alérgico* y la *enfermedad alérgica*.

El *estado alérgico* sería la alteración específica y adquirida de la capacidad reaccional que en último extremo el enfermo no se percibe de ella y como

COMPLICACIONES DEL ASMA

1. <i>Del ataque</i>	Enfisema subcutáneo y mediastínico. Fracturas costales. Pneumotórax Atelectasias segmentarias. Muerte: insignificante.
2. <i>Del status asmático</i>	Accidentes cardiovasculares: cor pulmonale agudo. Colapso cardiovascular. Insuficiencia ventilatoria descompensada. Intoxicación medicamentosa. Muerte: de consideración.
3. <i>Del asma continuo</i>	Infecciones respiratorias intercurrentes: bronquitis aguda. Pneumonías y bronconeumonias. Bronquitis crónica. Fibrosis pulmonar Enfisema obstructivo. Broncoestenosis Bronquiectasia. Cor pulmonale crónico. Síndromes variados: exp. alergia vascular. Muerte: de gran frecuencia

**enfermedad enérgica**, las manifestaciones clínicas que de ellas se derivan.

El estado alérgico una vez establecido, es seguro que persista, pero la enfermedad alérgica, si se diagnostica y trata precozmente, en una mayoría de las mismas es posible evitar la ocurrencia de nuevas manifestaciones así como la persistencia de éstas.

El concepto de curación no debe ser tomado en su estricto significado, gino inás bien debe dársele a éste el sentido de **curación clínica**, ya que ella se refiere exclusivamente a la enfermedad.

La curación clínica es innegable que se obtiene en un buen número de casos,

pero el optimismo sobre esta curación debe ser cauteloso ya que las recidivas de las enfermedades alérgicas siempre deben ser esperadas.

En el asma bronquial la curación clínica se obtiene en numerosos casos bajo un tratamiento adecuado y precoz, ya que en ellos de una manera definitiva no se repiten más los ataques.

En otros casos, que son la mayoría, aunque no puede hablarse de curación clínica el tratamiento aleja los ataques, disminuye su intensidad, evita su progresión hacia el enfisema y otras complicaciones, impidiendo así, que el asmático se convierta en un inválido respiratorio.