

ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS

• Clara Lucia Grizales Rodríguez, Neumóloga Pediatra - Especialista en docencia para la educación superior

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es la enfermedad pulmonar crónica más frecuente en la infancia, caracterizada por Broncoconstricción (cierre de bronquios), Edema (hinchazón) e hipersecreción de moco (aumento de salida de moco) a nivel de la vía respiratoria.



Se manifiesta clínicamente por tos en el día o en la noche, durante el ejercicio, la risa, el llanto, silbido o pitido en el pecho (sibilancias), dolor en el pecho (sobre todo en adolescentes) y dificultad respiratoria.

En niños menores de 5 años su principal desencadenante son las infecciones virales (gripas) y en los niños mayores por algunos tipos de alimentos, ejercicio, obesidad, factores psicológicos, en especial el estrés crónico (Xuan 2002), aunque esta observación requiere más estudios en niños y adolescentes.

Se estima que el asma a nivel mundial en la población infantil es de alrededor del 10.4% (Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Bethesda, Maryland, United States: National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health; 2015). En Colombia, se realizó un estudio en el 2002 en las ciudades principales, encontrando en la ciudad de Cali, una prevalencia de asma en niños entre 6 a

7 años del 17.3% y entre los 13 a 14 años de 13.8% (ISAAC 2009, García-Marcos L et al 2004).

CLASIFICACIÓN

Existen varias clasificaciones para el Asma Bronquial en la Infancia. Según las diferentes Guías mundiales. Las más empleadas en la actualidad son las de las Guías GINA (de la sigla en inglés de Iniciativa Global de Asma) y PRACTALL (Consenso para diagnóstico y tratamiento del asma en niños y adolescentes).

En el último consenso realizado en el 2008 y revisado 2015, consideran necesario, para la clasificación del asma Bronquial, tener en cuenta no solo su severidad sino también la respuesta al tratamiento, dando origen a la clasificación de: Asma Controlada, Asma parcialmente controlada o en proceso de control y Asma no controlada.

ASMA CONTROLADA: se caracteriza de la siguiente manera

- Síntomas de Día: Ninguno (tos diurna, silbido en el pecho, estridor (ronroneo de pecho))
- Limitación en las Actividades: Ninguna
- Síntomas Nocturnos: Ninguno (tos en la noche, silbido en el pecho, estridor)
- Requerimientos de Medicamento Aliviador (salbutamol o albuterol): Ninguno
- Función Pulmonar (PEF o VEF1): Normal
- Exacerbaciones (crisis asmática): Ninguna

ASMA PARCIALMENTE CONTROLADA O EN PROCESO DE CONTROL: se define por lo siguiente:

- Síntomas de Día: Más de dos por semana (tos diurna, silbido en el pecho, estridor)
- Limitación en las Actividades: Cualquiera (ejercicio)
- Síntomas Nocturnos: Cualquiera (tos nocturna, silbido en el pecho, estridor)
- Requerimientos de Medicamento Aliviador (salbutamol o albuterol): Más de dos veces por semana
- Función Pulmonar (PEF o VEF1): < 80% para el paciente (si se conoce) o para la edad
- Exacerbaciones (crisis asmática): Una o más por año

ASMA NO CONTROLADA:

- Síntomas de Día: Tres o más por semana (tos diurna, silbido en el pecho, estridor)
- Limitación en las Actividades: Cualquiera (ejercicio)
- Síntomas Nocturnos: Cualquiera (tos nocturna, silbido en el pecho, estridor)
- Requerimientos de Medicamento Aliviador (salbutamol o albuterol): Más de tres veces por semana
- Función Pulmonar (PEF o VEF1): < 80% para el paciente (si se conoce) o para la edad
- Exacerbaciones (crisis asmáticas): Una cada semana

Otra de las Clasificaciones que se han propuesto según las sibilancias (silbido en el pecho) en pacientes pequeños:

SIBILANTE TRANSITORIO: paciente menor de 3 años con antecedentes de prematuridad o de tabaquismo familiar, que presenta en algún momento de su vida cuadro respiratorio acompañado de sibilancias (silbido o pitido en el pecho).

SIBILANTE PERSISTENTE: paciente entre 2 y 5 años de edad, con cuadros sibilantes a repetición, desencadenados por infecciones respiratorias, sin historia personal ni familiar de alergias y que generalmente aparecen en la época escolar (Morgan WJ et al 2005, Busquets Monge RM et al 2005).

EL SIBILANTE TARDÍO: es el paciente que pasa la edad Escolar y persiste con síntomas, incluso hasta la edad Adulta y tienen un componente atópico de base.



EXACERBACIONES (CRISIS ASMÁTICA)

La Crisis Asmática, se puede definir como un episodio agudo de obstrucción de la salida de aire (flujo aéreo) que se expresa como sensación de pecho apretado, aumento de la intensidad de la tos, presencia de silbido o pitido en el pecho y taquipnea (aumento en la frecuencia respiratoria), generalmente durante episodios de gripa o posterior a ejercicio. En determinadas crisis puede existir deterioro progresivo en horas o días y en algunos casos en pocos

minutos. La crisis se clasifica en leve, moderada o severa según criterios clínicos (Score de Tal modificado) y funcionales.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico correcto del asma se basa en la historia clínica del paciente (con el interrogatorio durante la consulta), en el examen físico, y en los estudios de laboratorio (incluyendo imágenes diagnósticas). No es por lo tanto difícil de realizar, pues es un diagnóstico predominantemente clínico, en el que los estudios de laboratorio sólo ayudan a corroborar.

El diagnóstico se basa en la presencia de signos objetivos de obstrucción bronquial, básicamente por medio de la exploración física (signos de dificultad respiratoria, sibilancias, espiración prolongada, entre otros).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas más comunes son: tos, dificultad respiratoria, sibilancias (silbido de pecho), respiración corta y en niños mayores, opresión (dolor) torácica (en el pecho) y fatiga. La tos es una manifestación muy importante en el paciente asmático, misma que se ha observado acompañada de dificultad respiratoria y/o sibilancias, o como manifestación única (Bacharier LB et al 2008, COMAAIPE 2009).

Algunos factores desencadenantes son: La exposición a infecciones virales respiratorias, el ejercicio (cuando no hay un adecuado control del asma – sin significar que este sea malo), la exposición a solventes, la ingesta de medicamentos anti – inflamatorios no esteroideos (aspirina, ibuprofeno, etc), obesidad o sobrepeso.

Cuando el paciente manifiesta asma leve en forma intermitente o en forma leve persistente, su manejo es relativamente sencillo, pero en caso de no atenderse médicamente en forma adecuada, ese mismo paciente puede pasar a tener un cuadro grave, al continuar exponiéndose a los factores de riesgo ya mencionados. Afortunadamente, el cuadro clínico es modificable en la mayoría de los casos moderados persistentes y graves, con un tratamiento médico completo y oportuno. Mediante el apoyo de un especialista, estos pacientes pueden disminuir su sintomatología hasta lograr una calidad de vida mucho mejor de la que la tenían antes de iniciar el tratamiento (COMAAIPE 2009).

ESTUDIOS DE FUNCIÓN PULMONAR

Los estudios de la función pulmonar son esenciales para diagnosticar el asma y clasificar su grado de severidad, lo cual servirá de base para recomendar la terapéutica adecuada. El empleo de mediciones objetivas de la función pulmonar es recomendable, debido a que la percepción de

los síntomas por parte del paciente y los hallazgos de la exploración física, en ocasiones, no tienen correlación con el grado de severidad de la obstrucción de las vías aéreas.

El estudio más confiable es la espirometría o curva de flujo volumen con respuesta a Broncodilatador, que se realiza con aparatos con sensores de flujo aéreo (neumotacómetros) que procesan y grafican el resultado en curvas de flujo/volumen o volumen/tiempo, las cuales son comparadas con valores de referencia normales ya estandarizados de acuerdo a la estatura, edad y grupo étnico de los pacientes y se evalúa el incremento de las cifras de función pulmonar en un 12 al 15% para considerarlos como una respuesta significativa Broncodilatador (Owayed A et al 2006)

Este tipo de estudio se puede realizar a partir de los 5 años, pues requiere de colaboración del niño. En el caso de los pacientes entre 2 y 5 años contamos con la prueba conocida como oscilometría de pulso o Espirometría del lactante que es sencilla de realizar (Guías de práctica clínica en el tratamiento del niño con asma: Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica; 2012)

ESTUDIOS DE LABORATORIO

El diagnóstico de Asma, como ya se dijo, es eminentemente clínico y los estudios más que nada nos ayudan a hacer diagnósticos diferenciales (es decir buscar enfermedades que se parecen a asma).

TRATAMIENTO

Existen nuevas modalidades del tratamiento del Asma que ayudan a los pacientes a prevenir la mayoría de los ataques o crisis, a mantenerse libres de los molestos síntomas nocturnos y diurnos y a mantenerse físicamente activos (Guías de práctica clínica en el tratamiento del niño con asma: Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica; 2012), como a continuación se presenta:

SELECCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Existen dos grupos de medicamentos que ayudan a controlar el asma:

Medicamentos de acción rápida (Broncodilatadores de acción corta) que trabajan rápido para detener los ataques o aliviar los síntomas, y Medicamentos preventivos de largo plazo (en especial los agentes anti – inflamatorios) que previenen el inicio de los síntomas y las crisis agudas.

Se prefiere el uso de medicamentos inhalados, debido a su alta eficacia terapéutica (llega directamente a los bronquios con menos efectos en otros órganos del cuerpo).

Se describe como una inhalación bien realizada (con toda la técnica necesaria), solamente un 20% (o incluso menos) del medicamento llega a los bronquios, de ahí la importancia de una educación a los pacientes y padres de familia de una

buena técnica inhalatoria:

Niños menores de 5 años:

1. Agite el inhalador al menos 30 veces
2. Retire la tapa del inhalador
3. La primera vez que use el medicamento haga un disparo al aire (no es necesario hacerlo más adelante)
4. Conecte el inhalador a un espaciador o cámara espaciadora con mascarilla y válvula.
5. Realice el disparo (Puff)
6. Cunte 10 segundos (o 5 respiraciones)
7. Si debe repetir otro disparo, agite el inhalador nuevamente antes de realizarlo.

Niños mayores de 5 años:

1. Agite el inhalador al menos 30 veces
2. Retire la tapa del inhalador
3. La primera vez que use el medicamento haga un disparo al aire (no es necesario hacerlo más adelante)
4. Conecte el inhalador a un espaciador o cámara espaciadora boquilla y válvula.
5. Realice una exhalación profunda (bote el aire hasta que no salga más)
6. Realice el disparo (Puff)
7. Tome aire por la boquilla lento y profundo
8. Aguante la respiración por 10 segundos
9. Exhale por la nariz
10. Si debe repetir otro disparo, agite el inhalador nuevamente antes de realizarlo.



Existen muchos mitos con respecto al uso de inhaladores que no son ciertos, como que “crecen el corazón”, “envician”, “acostumbran”, “se vuelven adictos”, entre otros. Estos mitos surgen del desconocimiento del medicamento y del uso inadecuado de los mismos.

Es importante tener en cuenta que son medicamentos seguros siempre y cuando se utilicen de manera adecuada y a las dosis establecidas, por eso debe consultar con su médico para aclarar estas dudas.

La adecuada adherencia al manejo instaurado por su médico, reduce el riesgo de crisis asmáticas, consultas a urgencias, hospitalizaciones e incluso ingresos a unidad de cuidados intensivos.

1. El objetivo del tratamiento en los pacientes, es que estos puedan tener una vida normal (jugar, nadar, comer helado, tomar bebidas frías, caminar descalzos, entre otros).
2. Los cambios bruscos de temperatura son exacerbantes, por lo tanto evite pasar de frío a calor y de calor a frío rápidamente (Si va a ingresar a un sitio con aire acondicionado, espere unos minutos antes de ingresar e igualmente antes de salir para que se logre adaptar al cambio de temperatura).
3. No hay problema con los ventiladores ni aires acondicionados siempre y cuando tengan higiene adecuada.
4. Evite la comida chatarra (Jugos industrializados, paquetes de comida industrializada, embutidos, etc) pues estos son favorecedores de reflujo gastroesofágico (la comida se regrese del estómago) el cual “quemara” esófago y dependiendo del grado de intensidad de este, puede irse hacia la vía respiratoria, haciendo que se produzca moco y tos.
5. Realice un deporte con frecuencia, la obesidad y el sobrepeso empeora el asma (hinchazón crónica) y hacen que sea de difícil control (no responde tan fácilmente a tratamiento). Uno de los más recomendados es la natación pues mejora la capacidad del pulmón – tenga en cuenta que no debe realizarla mientras esté con gripa (mocos y tos) pues podría complicarse.
6. No se contraindican las mascotas (perro y gatos) si estos

estaban antes de que el niño llegara al hogar. Trate de no cepillarlos frente al niño.

7. Evite completamente el contacto con fumadores. Los tóxicos del cigarrillo (tabaco, marihuana, etc) siguen siendo exhalados por las personas al respirar (así se fume lejos del menor) – existen grupos de apoyo para abandonarlo, pregúntele a su médico.

8. Vacunar anualmente contra virus de influenza para disminuir riesgos de crisis asmáticas y contra Neumococo para evitar neumonías, otitis y sinusitis.

RESUMEN

La enfermedad respiratoria más frecuente en la infancia es el asma bronquial, que se caracteriza por la presencia de obstrucción de los bronquios, hinchazón y aumento de las secreciones en la vía aérea, manifestada por tos persistente, silbido en el pecho y dificultad respiratoria principalmente.

Cuyo desencadenante principal en niños son los virus (gripas), por ende la importancia de vacunación contra influenza anualmente (al menos para evitar un tipo de virus respiratorio).

Su manejo se basa en la desinflamación de los bronquios con medicamentos inhalados, pues son efectivos y bien empleados tienen una pronta respuesta.

Si su hijo presenta tos con el llanto, tos con el ejercicio, tos con la risa, durante el día o la noche sin tener “gripa”, consulte con un especialista.

Comité Editorial:

- Dra. Marcela Granados
- Dra. Zamira Montoya
- Dr. Carlos Alberto Cañas
- ND. Martha Ligia López de Mesa
- Dra. Diana Prieto
- Dr. Jaime Orrego
- Dr. Milton A. Jojoa
- Enfermera Ma. Elena Mosquera
- Dr. Jorge Madriñán
- Dr. César Augusto Arango
- Comunicador Óscar A. Escobar
- Enfermera Julia Alba Leal
- Dr. Harry M. Pachajoa
- Dra. Katherine Perea G.
- Comunicadora Vanessa Anturi

Las conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas.

Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel: 331 9090 - Santiago de Cali

e-mail: cartadelasalud@fcvl.org • **Citas:** centraldecitas@fcvl.org

Versión digital disponible en www.valledellili.org/cartadelasalud

Diagramación: Melissa Uribe Angel

Esta publicación de 40.000 ejemplares, es cortesía de:



El País

**FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI**
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad