



FUNDACION
CLINICA VALLE DEL LILI

CARTA DE LA SALUD

NUMERO 89

www.clinicalili.org.co

OCTUBRE 2003

ASMA DEL LACTANTE, DIAGNÓSTICO, MANEJO Y SEGUIMIENTO

Juan Manuel Castillo Fernández, M.D.
Neumología Pediátrica

EDITORIAL

“No todo lo que silba es asma, pero todo lo que silba es asma hasta no demostrar lo contrario”

(Grupo de expertos en asma)

El diagnóstico de asma siempre ha sido visto por la familia del paciente como algo catastrófico; en gran parte porque no aceptan la enfermedad o el tratamiento. Al respecto, es muy importante la información que el médico tratante ofrezca a la familia para que esta enfermedad no se convierta en un martirio; y así, con una orientación adecuada, el paciente pueda seguir un régimen terapéutico óptimo y logre la mejoría de sus síntomas.

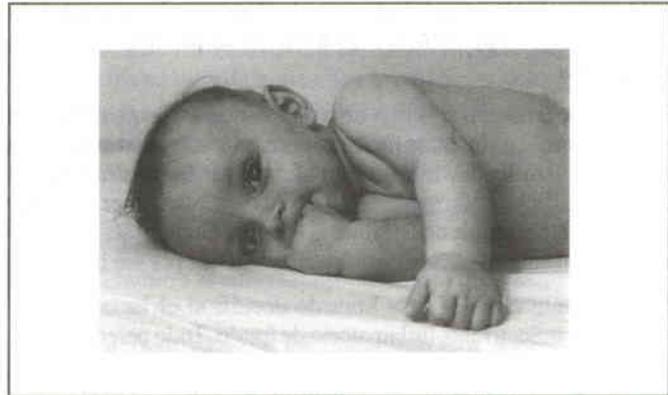
Por ser este tema muy extenso, es imposible cubrir en una sola entrega de “La Carta a la Salud” todos los aspectos más importantes de esta enfermedad, por lo que éste es solo el primero de una serie de artículos que ampliarán la información a este respecto.

Camilo Cañas, M.D.
Pediatra

CAMBIOS EN EL MANEJO DEL LACTANTE CON SIBILANCIAS

El 20% de los lactantes presentan al menos un episodio de silbido en el pecho (sibilancias) y estos episodios, suponen el 60% de todos los procesos respiratorios que afectan al pulmón y los bronquios en niños menores de 2 años. El asma del lactante es una enfermedad rodeada de múltiples controversias, pues el pediatra se puede encontrar con al menos tres tipos de niños que presentan episodios de silbido en el pecho (sibilancias).

El **primero** de ellos, para el cual se ha propuesto el nombre de *sibilancias transitorias del lactante*, supone aproximadamente



el 65% de todos los casos y tiene buen pronóstico dejando de tener síntomas en edad preescolar.

El **segundo** grupo de lactantes presentan episodios de sibilancias que continúan con síntomas en la edad escolar (asma persistente), supone el 35%, y sería el verdadero *asma del lactante*.

El **tercer** grupo, poco frecuente pero fácilmente diferenciable de los dos anteriores, es el de los lactantes con sibilancias que tienen una enfermedad reconocible que las causa (fibrosis quística, displasia bronco-pulmonar, etc.).

La dificultad para diferenciar entre el primer y segundo grupo lleva a algunos pediatras a minimizar el problema, informando de forma generalizada a las familias que cuando crezca dejará de tener crisis y **evitan el concepto asma**, definiéndolo como bronquitis, bronquitis episódica o espasmódica, crisis de broncoespasmo, alergia respiratoria, u otro término al uso. Haciendo esto, se interviene incorrectamente en 3 a 4 de cada 10 lactantes que sibilan. Otros, pueden caer en el error de abordar como asma todo lactante con episodios de sibilancias, con el riesgo de crear angustias innecesarias, sobretamientos, etc.

Las virosis son el principal factor desencadenante. Cabe anotar que los *lactantes con asma* presentan con más frecuencia, episodios de agudización sin catarro previo.

¿CÓMO DISTINGUIR ENTONCES UNO DEL OTRO?

Actualmente no hay marcadores que permitan diferenciar a los lactantes en los que persistirá el asma. El futuro posiblemente esté en la genética y/o en la cuantificación de mediadores de la inflamación. Hoy en día, los datos que parecen ayudar a considerar que un lactante con episodios de sibilancias tendrá una **asma persistente** son: **madre asmática** o la presencia de una **IgE (Inmunoglobulina E) sérica total elevada** (sustancia que se mide en sangre y sirve para evaluar riesgo de asma o enfermedad alérgica).

Otros datos que parecen tener menos peso pero que pueden orientar son: *otros síntomas de alergia o atopia presente en el niño (inflamación de la piel o dermatitis), sexo masculino, sensibilización a sustancias que inducen alergia en el ambiente (aeroalergenos), asma en padre o hermanos, historia familiar (padres, hermanos) de atopia en general (rinitis, dermatitis) y madre fumadora durante el embarazo.*

El número de episodios de sibilancias que tiene cada lactante es un dato de especial relevancia; aceptándose que a más episodios más probablemente se trate de un asma que persistirá. Este dato se ha constituido en el principal indicador para definir el **asma del lactante**. **En la actualidad se acepta etiquetar de asma cuando se presentan 3 episodios o más durante su primer a segundo año de vida.**

La presencia de uno o varios de los factores de riesgo refuerzan el diagnóstico. Al lactante debe proporcionársele un seguimiento regular y planificado, informar a la familia de la enfermedad del niño y que **dicha enfermedad se llama asma**, establecer medidas de protección ambiental (tabaco, etc.) y, cuando se opte por medicación antiasmática, ésta debe administrarse por **vía inhalada**.

No hay tanta claridad a la hora de decidir si el lactante debe recibir tratamiento anti-inflamatorio de fondo. Todo parece indicar que en los lactantes con asma, la base de los mecanismos que desencadenan la enfermedad es **-la inflamación-**. Esta es la misma del asma del niño mayor y del adulto. Cuando se decide iniciar tratamiento de fondo, se hace con base en la gravedad y frecuencia de los síntomas. Algunos autores sugieren la idea de que el tratamiento precoz podría mejorar el pronóstico del asma en edades mayores y evitaría el deterioro de la función pulmonar.

Tabla I: Factores de riesgo para asma, en lactante con episodios de sibilancias

Madre asmática
IgE sérica total elevada
Otras manifestaciones clínicas de atopia (dermatitis atópica, eczemas).
Sexo masculino
Padre o hermanos con asma o historia de atopia (rinitis, dermatitis)
Madre fumadora durante el embarazo
Otras.

PROGRAMA Y CLÍNICA DE ASMA DEL LACTANTE

El programa tiene como base la Unidad de Neumología Pediátrica, Clínica de Asma en Niños de la Fundación Clínica Valle del Lili y a los pediatras de la misma, como eje clave de la acción. Cuenta

con mecanismos de coordinación necesarios con el nivel hospitalario (apoyo diagnóstico, manejo de exacerbaciones, seguimiento conjunto de casos graves, etc.). Igual ofrece programas de educación a la familia (ya existentes en el servicio de rehabilitación) y una **red asistencial** para atender al niño.

ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO

La intervención ha de asegurar la suficiente flexibilidad para contemplar situaciones especiales. Esta intervención debe contemplar al menos 2 protocolos:

1. Protocolo diagnóstico.

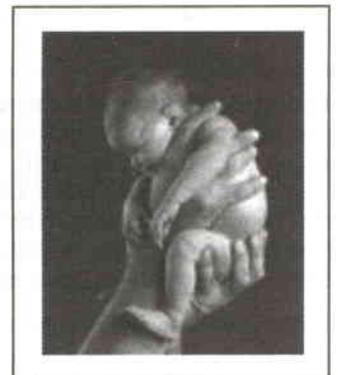
2. Protocolo de seguimiento, que incluye 5 aspectos:

- Revisiones periódicas del niño;
- Educación sobre la enfermedad;
- Evitar desencadenantes y tomar medidas de protección ambiental;
- Tratamiento farmacológico de fondo, si precisa;
- Plan para las crisis.

DIAGNÓSTICO DE ASMA DEL LACTANTE

El diagnóstico de asma se basa en los datos clínicos asociados a pruebas de función pulmonar. En los lactantes, estas últimas no están disponibles en nuestro país, por lo que el diagnóstico se hará con base en los síntomas.

La definición principal de lactante con asma es: "aquel niño menor de 2 años que ha presentado por lo menos tres o más episodios de sibilancias, asociada por lo general a tos". Podría aceptarse también como asmático al lactante que presentase **2 episodios de sibilancias y una neumonía con sibilancias en otro momento**.



Otro problema son los lactantes que no presentan asma en

episodios o crisis, sino que de una forma más o menos continua, presentan síntomas (fatiga, tos seca persistente) y sonidos en el pecho (silbido, ronquido o movilización de secreciones). Considerar esta forma como asma vendrá determinada por el juicio clínico del pediatra responsable del niño, basándose en la duración y severidad de los síntomas. En todos los casos la coexistencia de factores de riesgo mencionados anteriormente apoyarán el diagnóstico.

Cuando se establece que uno de los episodios fue bronquiolitis, debemos basarnos en hechos confirmados (cultivo de virus, detección de antígenos, ambiente epidemiológico, etc.); no obstante se etiqueta como bronquiolitis a todo primer episodio de sibilancias.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Un pequeño grupo puede tener sibilancias como síntoma de agudización de una enfermedad de base generalmente grave. El juicio clínico, la historia clínica y la exploración indicarán cuándo debe descartarse otro proceso.

Es frecuente la asociación de reflujo gastroesofágico (RGE) y asma; uno puede influir sobre el otro. Ante todo lactante con asma debe descartarse RGE, en especial aquellos con síntomas

continuos, con crisis severas, hipo y eructos frecuentes, vomitadores habituales, etc. En caso de existir RGE se debe tratar siempre con el fin de eliminar este factor agravante.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

No se realizan a todos los lactantes con asma. Aun así, es lógico disponer de al menos una radiografía simple de tórax. La IgE sérica total parece tener un valor predictivo de evolución a *asma persistente* y podría recomendarse su determinación. La utilidad de las pruebas cutáneas de alergia o del RAST (examen realizado para conocer la presencia de alergia a determinadas sustancias) en algunos casos aeroalergenos, antes de los 2 años es escasa. No obstante en algunos casos podría indicarse su realización.

GRADO DE SEVERIDAD DEL ASMA

No existe una clasificación ampliamente aceptada sobre la gravedad del asma en el lactante, pero es imprescindible identificar aquellos lactantes con asma grave, pues son susceptibles de un episodio de riesgo vital.

La tabla II muestra una propuesta de clasificación de la gravedad y criterios que puedan identificar a los lactantes de riesgo.

SEGUIMIENTO DEL LACTANTE CON ASMA

Revisiones periódicas al niño

Establecer un calendario de visitas (adaptable a las necesidades de cada niño). Estas dependerán de la frecuencia y gravedad de los síntomas. Las primeras visitas, en las que se realiza todo el protocolo diagnóstico, son muy importantes y debe mantenerse informada a la familia de los hallazgos que se producen.

Cuando el niño recibe tratamiento antiinflamatorio de fondo parece lógico revisarlo al menos cada 15 días, acortando o alargando este tiempo según la evolución clínica. En situaciones de estabilidad clínica o sin tratamiento de fondo las visitas pueden realizarse cada mes o dos meses. Según la organización de cada consulta puede aprovecharse la citación a otros programas para revisar específicamente el asma.

EDUCACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

Información sobre el asma. Los contenidos educativos básicos son:

- a) Explicar qué es el asma.
- b) Explicar el papel de la inflamación, la obstrucción bronquial y la alergia.
- c) Importancia del control de los desencadenantes y medidas de protección ambiental (virus, tabaco, etc.).
- d) Significado del tratamiento.
- e) Aprender el uso de inhaladores y ejercicios de fisioterapia.
- f) Reconocer precozmente una crisis y establecer pautas para el inicio del manejo en casa y cuando acudir.
- g) Información escrita, como apoyo.
- h) Educación individualizada, permanente, progresiva, tranquilizadora, adaptada a las necesidades del niño y de la familia y a las posibilidades intelectuales de ésta.
- i) Buscar acuerdos y consensos, diseñar itinerarios terapéuticos aceptables para el niño y los padres.
- j) No abrumar, ni preocupar o causar pánico, al contrario crear tranquilidad.
- k) Que la familia asuma responsabilidades, con tal de lograr el *control en familia*, del asma.
- l) Revisar regularmente los conocimientos adquiridos y en especial la técnica de inhalación.

TABLA II. Propuesta de clasificación de gravedad del asma del lactante e indicadores de lactante susceptible de un episodio de riesgo vital.

Asma leve

De uno a tres episodios de asma en los últimos doce meses, con periodo intercrítico asintomático y que no cumple ningún criterio de asma moderada o grave

Asma moderada

Cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- a. Cuatro a seis episodios de asma en los últimos doce meses
- b. Dos ingresos por asma en los últimos doce meses
- c. Cada crisis asmática se comporta habitualmente como crisis moderada

Asma grave

Cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- a. Más de seis episodios de asma en los últimos doce meses
- b. Asma continuo (síntomas constantes)
- c. Lactante catalogado como susceptible de un episodio de riesgo vital

Lactantes susceptibles de un episodio de riesgo vital

(a efectos de seguimiento y terapéutica incluir en el grupo de asma grave).

Cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- a. Ingreso por asma en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en los últimos doce meses
- b. Más de dos ingresos por asma en los últimos doce meses
- c. Cada crisis asmática se comporta habitualmente como crisis grave
- d. Necesidad de corticoides orales para el control de los síntomas al menos 5-7 días de cada mes
- e. Lejanía a un centro hospitalario mayor de 1 hora y al menos reunir criterios de asma moderada
- f. Ambiente familiar desfavorable (no colaboración, nivel cultural bajo, etc.) y al menos reunir criterios de asma moderado
- g. Episodio de riesgo vital previo

EVITAR DESENCADENANTES. MEDIDAS DE PROTECCIÓN AMBIENTAL

No fumar, reducir la humedad en el hogar, prevenir la sensibilización futura eliminando o evitando la presencia de mascotas en casa, usar fundas antiácaros en almohadas y colchones, lavar la ropa en agua caliente, exterminar las cucarachas y minimizar la exposición al polvo doméstico. Los niños deben recibir la dosis anual de la vacuna antigripal.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE FONDO

MANEJO FARMACOLÓGICO: El pilar del manejo farmacológico en asma son los corticoides inhalados.

Asma leve puede no requerirlos. Se recomienda el uso de **cámaras espaciadoras** para lactantes con mascarilla. La **dosificación** depende del fármaco a emplear y de la gravedad y frecuencia de los síntomas.

Mensualmente se revisa el tratamiento, aumentando o reduciendo la dosis según la evolución. Recordar que esta medicación suprime la respuesta inflamatoria del asma, mejora por tanto la situación clínica del niño, incluso dejándolo completamente sin síntomas, aunque existen dudas de que modifique la historia natural de la enfermedad. Pasado un tiempo de suprimido el fármaco, la inflamación y los síntomas pueden reaparecer.

PLAN PARA LAS CRISIS

La clave: detección y tratamiento precoz. El manejo inicial de la crisis en casa se realizará cuando **la familia haya sido instruida correctamente**. En primera línea están los broncodilatadores inhalados, el uso precoz de corticoides y el oxígeno cuando se requiera. Los broncodilatadores se administran en dosis sucesivas y en cantidades crecientes (**esquema de crisis con B2 inhalado**) según la gravedad de la crisis (ejemplo: al inicio de una crisis leve, 2 disparos de inhalador convencional con cámara espaciadora para lactantes, cada 20 minutos, tres tandas; en las leves. 4 disparos en moderada y de 5 a 6 en la grave). En las crisis



más graves, se recomienda el empleo de medicación nebulizada. Otros fármacos (aminofilina IV, adrenalina, etc.) se reservan para situaciones críticas.

EVALUACIÓN

Periódicamente se deberá evaluar la mejoría clínica de los niños con base en la reducción y/o desaparición de síntomas, y la reducción y/o desaparición de los ingresos hospitalarios

Una vez iniciado el manejo con esteroides inhalados, ¿cuánto tiempo mantener el tratamiento?

No hay nada escrito. Se mantienen los pacientes al menos un ciclo anual. Aunque en general se prolonga dos ciclos y luego según evolución. Una vez controlados los síntomas, la medicación se reduce a la dosis mínima posible y se mantiene el tiempo indicado, aumentando si es preciso por la reaparición de síntomas. En algunos lactantes se incrementa la dosis anticipadamente, en los períodos de máxima incidencia de crisis según su biografía personal.

¿Qué hacer con los lactantes con crisis de sibilancias que no cumplen criterios diagnósticos de asma del lactante?

Las crisis deben tratarse igual. Se precisará en ocasiones hacer diagnósticos diferenciales con otras enfermedades. Deberán ser seguidos, pues siempre existe la posibilidad que desarrollen nuevas crisis más allá de los 24 meses, por lo que entrarían en el diagnóstico de **niño con asma**.

Comité Editorial:

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| • Dr. Martín Wartenberg | • Dr. Paulo José Llinás | • Dra. Marisol Badiel | • Dra. Sonia Jiménez Suárez |
| • Dr. Adolfo Congote | • Dr. Jaime Orrego | • Dra. Yuri Takeuchi | • Enfermera Ma. Elena Mosquera |
| • Sra. María Teresa Sellarés | • Dr. Alfredo Sánchez | • Dr. Carlos Alberto Cañas | |

Los 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 Clínica Valle del Lili - Cra. 98 # 18-49 - Tel.: 331 9090 - Fax: 331 7499 - Santiago de Cali
e-mail: cartadelasalud@telesat.com.co

Esta publicación de 30.000
ejemplares, es cortesía de



EL PAIS
El Diario de nuestra gente


FUNDACION
CLINICA VALLE DEL LILI


FUNDACION AYUDEMOS
ALICE ECHAVARRIA DE GARCES