



## Asma infantil, causas y tratamientos

¿Cómo tratar el asma infantil y prevenir las crisis asmáticas en los niños? Entrevista a la Dra. Olga Cortés

Actualmente, la prevalencia del asma sigue creciendo y se estima que **1 de cada 10 niños en el mundo padece asma**. Por tanto, afecta al 10 por ciento de los niños en el mundo y es la **primera causa de ausentismo en la escuela y de ingreso hospitalario en niños**.

No existen dudas de que el asma viene determinado genéticamente, pero aún son objeto de investigación los factores de riesgo que determinan cuándo y de qué manera se desarrolla el asma. La edad, la alergia infantil y los procesos víricos o bacterianos que afectan a las vías respiratorias pueden actuar de desencadenantes en algunos casos.

La doctora **Olga Cortés, pediatra del Grupo Vías Respiratorias de la AEPap**, nos ayuda en esta entrevista a entender mejor el asma infantil y nos ofrece recursos para tratar las crisis asmáticas de los niños adecuadamente.

## El asma infantil, causas y tratamiento



### ¿A qué edad puede aparecer el asma en los niños?

El asma en los niños puede aparecer a cualquier edad, incluso en el primer año de vida. Los padres de niños tosedores habituales nos preguntan frecuentemente dos cosas: ¿no tendrá asma mi niño? y ¿lo va a tener de mayor? Para responder a estas preguntas es fundamental conocer los fenotipos asmáticos, que nos van a indicar la evolución de ese niño con asma.

**El primer genotipo viene determinado por las sibilancias precoces transitorias:** son niños que empiezan con sibilancias en el primer año de vida. Corresponden al 40-60 por ciento de las sibilancias del lactante y es el grupo más frecuente. Estos niños no son alérgicos y en su evolución natural el asma va a tender a desaparecer entorno a los 3 años de vida. Tiene una evolución muy buena. El prototipo de estos niños se corresponde con una madre joven, fumadora, que va a guardería, que tiene hermanos mayores, y lo que le va a estimular las sibilancias son los cuadros respiratorios de las vías altas, es decir, los virus.

**El segundo genotipo son las sibilancias persistentes no atópicas:** son niños que empiezan con las sibilancias de los 12 a los 18 meses, suelen desaparecer entorno a los 6-11 años. También tendrán una evolución buena, es decir, el niño no tendrá asma de mayor, y responden al 20 por ciento de las sibilancias de los lactantes pequeños. El prototipo son los niños prematuros o los que hacen sibilancias después de una bronquiolitis.

**El tercer grupo son los sibilantes atópicos:** el asma atópica. Ese es el más importante porque es el que va a persistir después de la adolescencia, después de los 13 años. Los niños con riesgo de pertenecer al tercer grupo son los que tienen antecedentes familiares de atopia, asma en los padres, atopia en el niño, dermatitis atópica... Si le hiciéramos una IG estaría aumentada y si le hiciéramos pruebas cutáneas darían positivas. Esa es la evolución fundamental de los tres fenotipos asmáticos.

### ¿Todos los niños asmáticos pueden controlar su asma?

Sí, hay cinco pasos que son muy importantes para que el niño controle su asma. Se usan en el gráfico del molinillo, que tenemos siempre puesto en la consulta para que los niños lo vean. Este molinillo se hizo por el grupo de vías respiratorias para el **Día**

**Mundial del Asma** en 2005 y todavía seguimos utilizándolo. Tiene 5 pasos o 5 puntas: primero, tener un tratamiento personalizado por escrito para el asma; segundo, tomar las medicinas que prescribe el pediatra; tercero, conocer los factores que desencadenan el asma del niño para evitarlos; cuarto, reconocer los síntomas de asma y quinto, saber qué hacer ante una crisis de asma.

Esto le va a permitir al niño y a la familia tener el asma controlado, sin síntomas como la tos cuando se despiertan y cuando corren, sin noches en vela por la tos y sin necesitar medicación de rescate. Con este control, el niño puede hacer una vida normal como cualquier niño, hacer deporte o ejercicio sin ningún tipo de limitaciones.

### **¿La alergia de los niños puede desencadenar el asma?**

Los niños pequeños están sensibilizados a los alérgenos alimentarios, porque es el primer contacto que tienen con un alérgeno, por la boca. Fundamentalmente, van a ser alérgicos al huevo y a las proteínas de leche de vaca. El huevo se considera un marcador importante de evolución atópica, en niños que están sensibilizados al huevo durante el primer año de vida, hay un aumento de la IG, se ha visto que son niños con mayor probabilidad van a desarrollar luego alergia a otros inhalantes, y que con más frecuencia van a desarrollar un asma alérgico.



En cambio en niños más mayorcitos, la sensibilización suele ser a neumalérgenos, es decir, alérgenos inhalados como los pólenes, gramíneas, árboles como el olivo, el roble... ácaros, pero de animales.

La sensibilización guarda una relación con lo que en pediatría llamamos la marcha atópica: en los niños pequeñitos empiezan por alergia alimentaria o dermatitis atópica, a medida que aumenta la edad aparecen las sibilancias o el asma y, finalmente, sobre la edad escolar aparece la rinitis y la conjuntivitis alérgica.

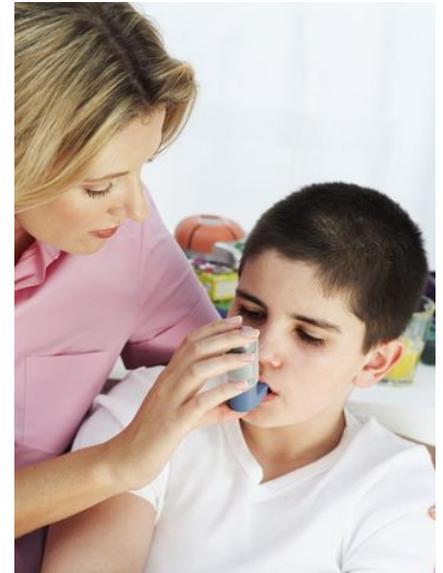
### **¿Cuáles son los síntomas del asma infantil?**

Las características más identificativas del asma infantil van a ser la tos seca, de predominio por la noche, cuando se levantan o hacen ejercicio. La disnea, que es dificultad respiratoria, los pitos, que nosotros llamamos sibilancias y que, a veces, son audibles sin necesidad de poner el fonendo, y en niños mayorcitos la opresión torácica o el dolor torácico. Estos síntomas son persistentes, recurrentes, aparecen como

infecciones de vías respiratorias, exposición a los alérgenos o por determinados estímulos inespecíficos: tabaco, risa, llanto..

### **¿Cómo se diagnostica el asma en los niños?**

El diagnóstico del asma infantil se basa en cuatro pilares fundamentales: el diagnóstico clínico es prioritario. En estos síntomas de tos, sibilancias, disnea, dolor torácico, hay que hacer una buena historia clínica y preguntar: cuándo empezó la tos, cómo es, qué asocia a la provocación de la tos: por la noche, cuando hace ejercicio... cómo ha ido evolucionando, qué ha ocurrido entre los episodios de tos, si cede sola o hay que dar medicación, qué medicación, cuánto tiempo tarda en ceder... y también tomar nota de antecedentes familiares, de los padres si tienen asma, atopia, y antecedentes personales del niño como es la dermatitis atópica.



Dentro del diagnóstico clínico también está la exploración física. En la exploración, muchas veces, no encontramos nada, pero otras veces sí, como cuando encontramos sibilancias en la auscultación cardiopulmonar, que pueden aumentar la frecuencia cardíaca o respiratoria. El diagnóstico clínico es prioritario. Luego hay que hacer un diagnóstico funcional, el más importante en niños mayores, y demostrar que hay una obstrucción reversible al flujo aéreo. Esto solamente se puede hacer en niños mayores de 5-6 años, que colaboran en la espirometría y no se puede hacer en niños chiquititos.

El diagnóstico diferencial consiste en descartar otras enfermedades que puedan producir tos, pero no sean asma como una fibrosis quística, un reflujo gastroesofágico, una tuberculosis, una neumonía o malformaciones cardíacas. El diagnóstico alergológico requiere pruebas de alergia para descartar posibles neuroalérgenos responsables del cuadro clínico del asma.

### **¿Cuál es el tratamiento del asma para los niños? ¿Podemos controlar las crisis asmáticas de los más pequeños?**

El tratamiento del asma debe comprender diversos aspectos. Un tratamiento muy importante es la evitación de los factores desencadenantes, tan importante o más como el tratamiento farmacológico, que sería el segundo. El tercero, saber utilizar correctamente los inhaladores que debe usar el paciente. Inmunoterapia, en aquellos casos en que esté indicada, y finalmente, hacer una terapia educacional, es decir, dar una serie de enseñanzas al niño y a los padres del niño asmático para que sepan comprender qué es el asma, qué medicación hay que utilizar para llegar hasta el

autocontrol, una situación en la que son capaces de manejar y controlar su asma, que es el fin último del tratamiento.

En relación con los fármacos, hay dos tipos: los fármacos de rescate, broncodilatadores de acción corta y los fármacos controladores, de mantenimiento, de tratamiento de fondo, como los corticoides. El tratamiento controlador debe estar escalonado, dependiendo de la gravedad del asma del niño y se debe ajustar según se vaya haciendo el control del asma.

Para el control del asma tenemos diversas herramientas. La más sencilla es el cuestionario CAN (Cuestionario de Asma en el Niño), que tiene 9 preguntas y cuatro respuestas posibles que se puntúan de 0 a 4. Preguntas como: ¿en las últimas cuatro semanas, cuántas veces ha tosido el niño, por el día, por la noche...? ¿En las últimas semanas, cuántas veces ha tenido el niño dificultad respiratoria? ¿Cuántas veces ha tenido silbidos, pitidos...? ¿Ha necesitado ingresos hospitalarios, ha acudido a Urgencias? Lo puntuamos de 0 a 4 y si se alcanza la máxima puntuación de 36 es que ha tenido un control muy malo. La mínima puntuación 0 es muy buen control; se considera que, a partir de 8 hay un mal control del asma.

### **¿Existen nuevos tratamientos para el asma?**

Actualmente, más que de clasificación de gravedad de asma, se habla de un asma bien controlado, mal controlado o parcialmente controlado. En un asma mal controlado, se debe subir un escalón en el tratamiento del asma, y en un asma bien controlado la medicación se debe mantener un mínimo de tres meses y luego iremos bajando dosificación porque el objetivo final es que el niño tenga los mínimos síntomas posibles con la mínima medicación posible.



Existen nuevos tratamientos para el asma, pero ahora mismo están en investigación. A nivel de clínica, lo fundamental es evitar desencadenantes, tratamiento farmacológico, la inmunoterapia y hacer una buena terapia educacional. Lo más importante es la educación del niño y de los padres.

**Marisol Nuevo.**