

# Conducta entre las crisis del niño asmático.



DrC Irma Rosa López )

# ASMA

## TRATAMIENTO

PREVENTIVO

ABORTIVO

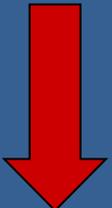
CRISIS

INTERCRISIS

- Clasificar intensidad del asma.
- Edad del niño (< ó >de 5 años).

• Educación. Control de factores desencadenantes. Medicamentos. Inmunoterapia.

# CLASIFICACION DE LA INTENSIDAD DEL ASMA: (GINA)

INTERMITENTE	PERSISTENTE		
	LEVE	MODERADA	SEVERA
			
<b>Crisis &lt; 1 v / sem.</b>	<b>Crisis &gt; 2 v / sem y &lt; 1 v / día.</b>	<b>Síntomas diarios.</b>	<b>Sint. diarios.</b>
<b>Agud. Breves</b>		<b>Ag: Afectan act. y sueño.</b>	<b>Agud. frec.</b>
<b>Sint noct: &lt; 2 v / mes</b>	<b>Puede afect. sueño y act.</b>	<b>Sint. Noct. 1 v / sem.</b>	<b>Sint. noct. frecuentes.</b>
<b>FEM &gt; 80%</b>	<b>Noct: &gt; 2v/m</b>	<b>FEM: 60%-80%</b>	<b>Limit. act. físicas.</b>
	<b>FEM: &gt; 80%</b>		<b>FEM: &lt; 60%</b>

## EDAD DEL NIÑO: MENOR O MAYOR DE 5 AÑOS:

**ASMA DEL NIÑO PEQUEÑO:**  
**MÁS DE 3 CRISIS DE SIBILANCIAS**  
**+**  
**UN SIGNO MAYOR Y DOS MENORES**  
**Ó DOS SIGNOS MAYORES.**

### **SIGNOS MAYORES:**

**MADRE Y/O PADRE  
ALERGICOS O ASMATICOS.**

**NIÑO CON ANTECEDENTES  
DE DERMATITOS ATOPICA.**

### **SIGNOS MENORES:**

**RINITIS O CORIZA CON  
CAMBIOS DE TIEMPO.**

**SIBILANCIAS SIN CATARRO.**

**CONTEO ABSOLUTO DE  
EOSINOFILOS >400.**

## **ESTOS CRITERIOS OFRECEN UNA**

**SENSIBILIDAD BAJA  
(39,3 %); ES DECIR INCLUYEN BASTANTES  
FALSOS POSITIVOS**

## **PERO UNA**

**ESPECIFICIDAD BASTANTE ALTA  
(82,1 %); ES DECIR, EXCLUYEN CASI TODOS  
LOS FALSOS NEGATIVOS**

# Objetivos en el manejo intercrisis:

- Controlar los síntomas.
- Prevenir las exacerbaciones.
- Mantener la función pulmonar lo más normal posible.
- Evitar los efectos adversos de las medicinas.
- Prevenir la obstrucción irreversible de las vías aéreas.
- Prevenir la mortalidad causada por el asma.
- Reducir las hospitalizaciones.
- Garantizar una actividad física normal.
- Reducir las ausencias a clase.
- Garantizar las horas nocturnas de sueño.

Una respuesta contra el asma:

¿Estamos haciendo lo correcto

¿Estamos haciendo las cosas  
correctamente



Hágase un diagnóstico de la situación de salud en su ámbito de trabajo y tómense las medidas

**CREAR UN SEGUIMIENTO CORRECTO**  
**PARA NIÑOS ASMATICOS NO**  
**CONTROLADOS.**

- **La adecuada organización sanitaria en el primer nivel de atención mejora la asistencia y resultados de salud de los niños con asma.**
  - **Es esencial una buena coordinación y comunicación entre los profesionales.**
- **Cada paciente con asma debe tener por escrito un plan de acción en caso de síntomas.**

- **La monitorización de la función pulmonar en la consulta debería hacerse de rutina.**
- **Los pacientes con asma severo o mal controlado deben ser tratados por el especialista de neumología.**
- **Estudios no randomizados sugieren que el control por parte del especialista es más efectivo que por el generalista.**

# EDUCACION: “ASMA BRONQUIAL DEL NIÑO”.

*“Dime y lo olvido, enséname y lo recuerdo, involúcrame y lo aprendo”.*

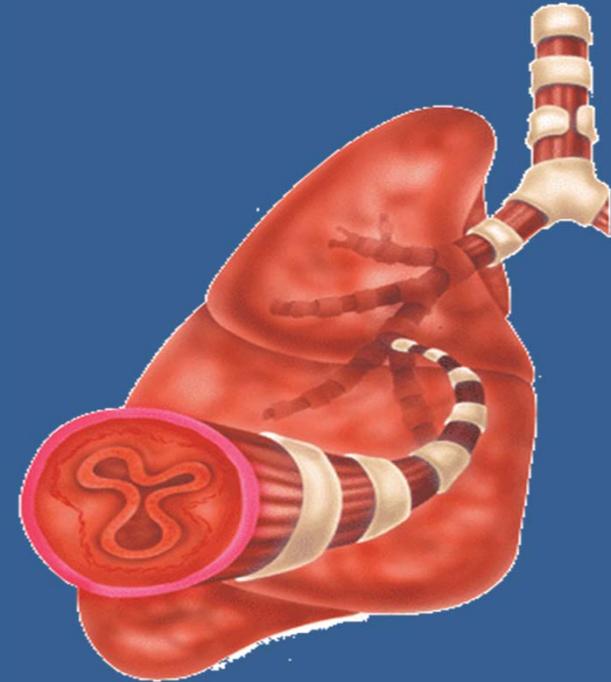
Autoridades de salud, médicos, personal de salud, nina-os, cuidadores y maestros.

## MODELO DE PRACTICA MEDICA AUTORITARIA:



## Puntos claves para educar en asma:

1. Conocimientos sobre el asma.
2. Evitación de factores desencadenantes y factores de riesgo.
3. Manejo de inhaladores.
4. Tratamiento farmacológico y adherencia al tto.
5. Autocontrol del asma.
6. Calidad de vida.



*En el asma bronquial existe una mayor capacidad de reacción del bronquio que en general se debe a un estado inflamatorio crónico. El resultado es la obstrucción bronquial.*

# Cómo usar un inhalador en aerosol ?

Acuérdese de inhalar lentamente.



1. Quite la tapa.  
Agite el inhalador.



2. Póngase de pie.  
Exhale.



3. Ponga el inhalador dentro de la boca o frente a la boca. Apenas empiece a inhalar, oprima la parte superior del inhalador y siga inhalando lentamente.



4. Sostenga la respiración durante 10 segundos.  
Exhale.

**El médico debe revisar, en cada visita, la forma en que se utiliza el inhalador.**

# Medicinas para tratar el asma: Inhaladores y espaciadores



Inhaladores



Espaciadores

Los espaciadores pueden ayudar a los pacientes que tienen dificultades para usar los inhaladores y pueden reducir los efectos secundarios potenciales.

# CONTROL DE FACTORES DESENCADENANTES

## ◀ DIRECTOS

## INDIRECTOS

(IMPRESINDIBLE CONOCERLOS Y ACTUAR SOBRE ELLOS)



# INMUNOTERAPIA

- La inmunoterapia reduce los síntomas de asma y el uso de medicación, pero la cantidad de beneficio comparada con otras terapias no se conoce. La posibilidad de efectos adversos (como anafilaxia) debe ser considerada
- La inmunoterapia no puede reemplazar las medidas de evitación ambiental.
- La inmunoterapia con alérgenos clínicamente relevantes puede ser considerada si la enfermedad no se controla adecuadamente con medidas de evitación y farmacoterapia.
- La inmunoterapia debe ser administrada solo por personal entrenado, en centros con supervisión médica y equipo de resucitación.

**Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM. Allergen immunotherapy for asthma. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4.**

## Tratamiento a largo plazo:

**SEVERIDAD**

**DE MANTENIMIENTO**

**Intermitente**

- Educación.
- Control de factores de riesgo directos e indirectos.

Crisis < 1 v / sem.

- Inmunoterapia indicada por alergólogo.

Agud. Breves

Sint noct: < 2

**Antihistamínicos anti H1:**

## Tratamiento a largo plazo

SEVERIDAD	DE MANTENIMIENTO
<p><b>Persistente</b></p> <p><b>Leve:</b></p> <p>Crisis <math>&gt; 2</math> v / sem y <math>&lt; 1</math> v / día.</p> <p>Puede afect. sueño y act.</p> <p>Nocturno <math>&gt; 2</math>v/m</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Educación, Control, Inmunoterapia +</li><li>•Antihistamínicos anti H1.</li><li>•<u>Cromonas.</u> (Cromoglicato de sodio):1 cáp. Inh</li></ul>

**Cromonas. Cromoglicato de sodio**

**Aerosol presurizado 5mg/dosis.**

**Cápsulas p/spinhaler (polvo seco) 20mg.**

**(regulan la degranulación mastocítica)**

- Tratamiento de fondo del asma, como antiinflamatorio de baja potencia
- Prevención del asma inducido por el ejercicio.
- No deben añadirse a esteroides inhalados, no dan beneficio adicional.

## ESTEROIDES INHALADOS. Medicación indicada

---

- Estabilización de la membrana celular.
- Disminución de la producción de mediadores químicos
- Aumento de la respuesta de los beta receptores del músculo liso de la vía aérea.

### Equivalencias:

- 500mg beclometasona (DBP)
- 400mg budesonida (BUD)
- 250mg fluticasona (FLU)

**IMPORTANTE: LA TÉCNICA DE INHALACIÓN Y LAVAR DIENTES Y ENJUAGAR LA BOCA.**

## Tratamiento a largo plazo.

<b>SEVERI DAD</b>	<b>DE MANTENI MIENTO</b>
<b>Persiste nte Modera da: Síntoma s diarios</b>	<b>•<u>Esteroi de s inhalados.</u> Dosis intermedia s de 400 a 800</b>

## Cochrane:

- La adición de antileucotrienos a corticoides inhalados produce una discreta mejoría de la función pulmonar.
- La adición de antileucotrienos se asocia con un mejor control del asma, aunque la cuantificación del efecto está por determinar.
- Aun no es posible determinar la dosis equivalente de corticoide inhalado, si bien 400 mcg/día de beclometasona o equivalente parece tener más efecto que la dosis de antileucotrieno licenciada en la actualidad.
- Ducharme FM, Di Salvo F. Anti-leukotriene agents compared to inhaled corticosteroids in the management of recurrent and/or chronic asthma in adults and children. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD002314.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD002314.pub2.

- En el asma no controlada la adición de Beta 2 de larga duración a los corticoides inhalados mejora los síntomas y la función pulmonar y reduce las exacerbaciones.
- “Tanto el salmeterol como el formoterol pueden aumentar las posibilidades de la aparición de episodios graves de asma, y de muerte cuando se producen dichos episodios. deben ser añadidos al plan de tratamiento sólo cuando otros medicamentos no controlan el asma, se usan a las dosis de: salmeterol 50mcg/d>4A y formoterol 4,5mcg/d>6A”.

FDA 2006

**Tratamiento a largo plazo.**

<b>SEVERIDAD</b>	<b>DE MANTENIMIENTO</b>
<b>Persistente</b> <b>Severa</b> <b>:</b> <b>:</b>	<b>Esteroides inhalados</b> <b>. Dosis altas</b> <b>mayores</b>

# ESTEROIDES INHALADOS

---

## ASMA PERSISTENTE

MODERADA	SEVERA
TERAPIA ADICIONAL	

Pacientes que requieren más de 1000mg:

- Beta2 o teofilinas de larga acción:
  - No para alivio rápido
  - No sustituyen a los esteroides.
  - Nunca solos
  - Utiles en asma por ejercicio y asma nocturna
- Antileucotrienos
- Esteroides orales (asma severa)

# RESPUESTA AL TRATAMIENTO ESTEROIDEO

---

- Asma esteroideo sensible
- Asma esteroideo dependiente:
  - Asma severa, requieren altas dosis
  - Necesitan esteroides orales regulares
  - Se deterioran al suspenderlos
- Asma esteroideo resistente:
  - FEV1 basal < 60% predicho
  - FEV1 = mejoría < 15% del nivel basal de la mañana en respuesta a 7 días de esteroide oral  
(pacientes sensibles mejoría > 30%)
  - FEV1 = respuesta a broncodilatadores > 30%

## **OTROS MEDICAMENTOS**

- **El omalizumab es un anticuerpo monoclonal que interrumpe la reacción alérgica, independientemente de cuál sea el alérgeno. La interrupción se lleva cabo bloqueando la IgE libre, de forma que le impide unirse a sus receptores celulares y poner en marcha la cascada de mediadores de la inflamación.**