

Revista Electrónica de Salud y Mujer – Diciembre 2003

Vivir con salud

Su prevalencia va en aumento

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia



La prevalencia del asma va en aumento en todo el mundo, solo en España se ha duplicado en los últimos 25 años; se calcula que un 8% de la población adulta y un 12% de los niños están afectados. Los cambios en el estilo de vida, el paso de la vida rural a la urbana, la contaminación o la exposición a determinadas sustancias alergénicas son los responsables principales de este aumento. Es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, antes de los 5 años, entre el 50 y el 80% ya ha desarrollado algunos síntomas.

Los síntomas son ahogos, pitos, tos, dificultad para dormir y hacer ejercicio. Puesto que se trata de una enfermedad crónica, el tratamiento, para evitar los síntomas y retrasar o evitar la aparición de crisis (también llamado “de fondo”) debe administrarse a diario durante mucho tiempo. Los fármacos utilizados tienen un efecto antiinflamatorio: corticosteroides inhalados, que se aplican varias veces al día, o los nuevos antileucotrienos, que se administran por vía oral una vez al día. Además, hay tratamientos llamados “de rescate” que proporcionan un alivio inmediato ante la aparición de una crisis, gracias a su efecto broncodilatador.

El asma se produce por una respuesta exagerada a ciertos estímulos que producen alergia, como el polen, los ácaros del polvo, el pelo, el tabaco, o ante el aire frío, o al hacer ejercicio. Durante un ataque de asma, los músculos lisos de los bronquios producen un espasmo y los tejidos que revisten las vías aéreas se inflaman segregando mucosidad. Este hecho reduce el diámetro de los bronquios (proceso llamado broncoconstricción), obligando a la persona a desarrollar un mayor esfuerzo para que el aire entre y salga de los pulmones. Además de la exposición a ciertas sustancias alérgicas, la reacción puede producirse cuando una persona con asma hace ejercicio, respira aire frío, o se encuentra ante un momento de estrés o ansiedad.

La gravedad de la enfermedad se define por la frecuencia y duración de los síntomas, grados de obstrucción bronquial y tratamiento necesario para conseguir el control. El *asma leve* es la que presentan la mayoría de los niños y se caracteriza por episodios más o menos frecuentes, de corta duración, con intercrisis asintomáticas. Los especialistas dividen, a su vez, este tipo de asma en ocasional y frecuente.

El *asma persistente* afecta a una menor proporción de niños que, independientemente de los episodios, presentan síntomas en los períodos intercríticos. Puede ser también moderada y grave.

Más frecuente en las grandes ciudades

La contaminación atmosférica y el contacto con los ácaros, más habitual en las zonas costeras que en el interior, parecen ser dos de las razones que explican una mayor prevalencia del asma infantil en las zonas urbanas. Según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) hay también otras causas a la hora de explicar el inusitado aumento del asma entre los niños, como es la superprotección, ambientes muy limpios y vacunaciones para evitar que sufran todo tipo de agresiones externas que les puedan provocar infecciones. Según esta Sociedad, los niños pequeños con frecuentes síntomas de resfriado parecen estar más protegidos contra el desarrollo de la enfermedad, y lo mismo ocurre con los niños que tienen muchos hermanos o van a la guardería en el primer año de vida. También se ha demostrado que los hijos de fumadores tienen un riesgo mucho más elevado de padecer asma, o que los hijos de madres asmáticas tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar la enfermedad, hasta un 30% a los 3 años.

Otro factor de riesgo es la infección por virus respiratorio sincitial (VRS). Recientes estudios en modelos animales apuntan a que esta infección en neonatos podría predisponer al asma. "No al asma clásica de atopia, pero sí a un asma importante que hace que los niños sigan teniendo brocoespasmos y sibilancias hasta los 10 años, ha señalado el doctor Octavio Ramilo, de la Universidad de Southwestern (Dallas). "Sabemos que el virus origina no sólo una enfermedad, la bronquiolitis, sino que cuando se cura la fase aguda, el pulmón sigue presentando una hiperreactividad bronquial, incluso después de varios meses".

El diagnóstico en el niño

Antes de los 5 años entre el 50 y el 80% de los niños ha tenido alguno de los síntomas del asma, como sibilancias recurrentes y/o tos persistente en una situación en la que se han excluido otras enfermedades. El diagnóstico se completa con la historia clínica (síntomas, características de las crisis, gravedad de los episodios, valoración de los periodos intercrisis, tolerancia al ejercicio, necesidad de medicación ocasional o frecuente, factores agravantes, impacto de la enfermedad, antecedentes familiares, vivienda, tabaquismo familiar...), exploración física y determinadas pruebas (espirometría, pruebas broncodinámicas, cutáneas...)

Insisten los especialistas en la importancia del diagnóstico en la fase inicial, lo que ocurre es que en muchas ocasiones el paciente, y más si es un niño, no percibe que tiene dificultades para respirar, por lo que los padres deben vigilar los síntomas, desde los ruidos respiratorios, tos nocturna, la tolerancia al ejercicio, las alergias... Es frecuente encontrar niños que, aunque no tengan un asma grave, sí tienen tos o dificultad respiratoria cuando corren, juegan o se ríen, lo que indica un mal control de la enfermedad.

Según los resultados del Programa "Airoso cuida de ti", en la que participaron padres y niños menores de 6 años (y que estaban recibiendo tratamiento), un 28,2% de los niños se identificaron con la imagen de elefantitos que tosían; un 11% con los que no dormían bien, y un 7% con los que no podían jugar. En opinión del doctor Antonio Nieto, del Servicio de Alergopediatria del Hospital La Fe de Valencia, "resulta muy relevante que tantos niños se identifiquen con circunstancias no favorables. Normalmente los médicos tendemos a minusvalorar la percepción del paciente y nos basamos únicamente en mediciones objetivas, cuando en realidad ambos parámetros son igual de relevantes".

En cuanto a la vivencia del niño de su propia enfermedad, los resultados del Programa revelaron que un 64% de los niños faltaba a la guardería o al colegio, debido al asma, y que el 38% le ha dicho alguna vez a sus padres que no puede hacer lo mismo que los demás niños. El mismo Programa ha señalado que el 71% de los padres se siente bastante o muy preocupado porque el niño pueda sufrir una crisis asmática cuando ellos no están, y a un 85% le preocupa sobre todo que su hijo pueda entrar en contacto con sustancias que puedan provocarles una crisis (polen, polvo, animales, ácaros, etc.). El descanso nocturno es la tercera de las

situaciones preocupantes, un 77% de los padres teme que sus hijos sufran una crisis durante la noche.

Tratamientos

Según la Sociedad Española de Pediatría, los objetivos finales que se pretende conseguir al tratar a un niño con asma bronquial son:

- Eliminar o reducir al máximo los síntomas crónicos, incluidos los nocturnos, para que el paciente pueda mantener una actividad escolar, laboral y social normal.
- Conseguir una función pulmonar normal (o lo más normal posible)
- Prevenir e impedir (o disminuir al máximo) la aparición de crisis
- Prevenir y evitar los efectos secundarios de la medicación utilizada, usando el menor número de fármacos y las mínimas dosis para mantener al niño estable. En una situación ideal, mantener al paciente sin síntomas o sin necesidad de fármacos.

Tanto los protocolos de diagnóstico en asma bronquial, como los protocolos terapéuticos en el asma infantil de la Sociedad Española de Pediatría, pueden verse en su página: www.aeped.es

Tratamientos de rescate:

Broncodilatadores. Son los más utilizados para vencer los síntomas agudos, sea cual sea la edad del paciente; son los fármacos de elección en el brocospasmo inducido por el ejercicio.

Anticolinérgicos. Son broncodilatadores menos potentes, de comienzo más tardío, aunque con una acción algo más prolongada.

Tratamientos de fondo:

Antiinflamatorios. Actúan como un freno precoz de la respuesta bronquial ante diversos estímulos (alergenos, ejercicio...). Dentro de este grupo se encuentran los cromonas, corticoides, antileucotrienos.

Una sola pastilla al día

Los antileucotrienos -fármacos que evitan la producción de leucotrienos, sustancia que provoca la inflamación de las vías aéreas- se caracterizan por su eficacia y su seguridad, ya que tienen menos efectos secundarios. A este grupo pertenece montelukast, un comprimido que se usa por vía oral, en una sola dosis al día al acostarse (4 mg en los niños de 2 a 6 años; 5 mg en los de 6 a 14 años y 10 mg en los mayores de esta edad) y su efecto aparece a las 24 horas de iniciar el tratamiento.

Según los protocolos de la Sociedad Española de Pediatría, "ensayos clínicos en niños asmáticos entre 2-14 años de edad han demostrado una rápida mejoría clínica y funcional, una reducción del número de eosinófilos (componentes celulares de la sangre) y una disminución de óxido nítrico exhalado, lo que nos permite suponer que tiene un efecto antiinflamatorio. Es también eficaz frente al broncospasmo inducido por ejercicio en niños con asma persistente, y en adultos ejerce un efecto ahorrador de corticoides por su acción sinérgica cuando se administran juntos..."

Asma y deporte

Casi la mitad de los niños con asma no asisten regularmente a las clases de educación física y la mayoría justifica esta ausencia por los síntomas de la enfermedad. Esta inactividad desde la infancia puede llevarle a una falta de forma física adecuada en la época de la adolescencia y de adulto. Siempre que el asma esté bien controlado, insisten los especialistas, existen pocas razones fisiológicas por las que no toleren el ejercicio o no mejoren sus cualidades físicas con un programa de entrenamiento físico adecuado.

El número 3 de la revista "Asma y Educación", de la Sociedad de Neumología Pediátrica, www.neumoped.org, recomienda que los profesores de educación física estén informados de cuáles son los escolares asmáticos que tiene a su cargo, y que precisan tomar medicamentos antes del ejercicio. Señala también que el pediatra debe confeccionar un informe completo sobre la enfermedad del niño, incluyendo una serie de recomendaciones. Sería de interés, dice la revista, tener comunicación con el educador físico y poder así transmitir la idea fundamental de que el adolescente asmático puede y debe realizar ejercicio físico o una actividad deportiva determinada. Entre las recomendaciones destaca:

- Elegir actividades a medida de la personalidad, capacidad y aficiones del paciente
- La adaptación al ejercicio debe ser progresiva
- No debe realizar ejercicios aeróbicos extenuantes, son preferibles los ejercicios progresivos. El objetivo sería conseguir un ejercicio aeróbico, continuo y rítmico, de 20 a 30 minutos de duración un mínimo de tres veces por semana
- Debe haber un período de precalentamiento de 5-10 minutos
- Los deportes más aconsejables son los que pueden realizarse en ambientes templados y húmedos, como la natación.
- Se le permitirá parar cuando se note algún síntoma...