

# Casos Clínicos.

Asma en atención primaria

# Caso 1

- Paciente de dos años de edad con cuadro de tos, rinorrea hialina, astenia de cinco días de evolución. La madre lo nota “más ahogado y decaído” en el último día, por lo que consultó a urgencias.
- Le tomaron radiografía de tórax que mostro hiperinsuflación bilateral leve e infiltrados peribronquiales difusos. Le dieron salida con salbutamol en inhalador por inhalocámara.
- Pasada una semana asiste por consulta externa. No ha tenido fiebre, ha estado menos decaído; sin embargo, la tos persiste, siendo de predominio nocturno, o cuando corre, cuando está riéndose y se le escuchan secreciones en el pecho.

# Caso 1

- Antecedentes positivos
  - Padre rinitis alérgica y asma
  - Peso y talla al nacer normales, a término.
  - Bronquiolitis a los 6 meses de edad
  - Desde los 10 meses ha tenido varios episodios de tos y sibilancias, siempre han sido desencadenados por “gripas”, duran dos o tres semanas con tos, mejora parcialmente con el inhalador de salbutamol. Ha tenido tres episodios similares en el ultimo año y generalmente en dos o tres semanas ya esta bien y se puede suspender el inhalador. Solo ha utilizado salbutamol hasta ahora no le han formulado oros inhaladores.

# Caso 1

De acuerdo a los datos de este paciente:

1. El paciente tienen una baja probabilidad de desarrollar asma pues sus cuadros solo se desencadenan con cuadros virales.
2. El paciente tiene una alta probabilidad de asma por el antecedente del padre.
3. El paciente tienen una alta probabilidad de asma por haber tenido en el ultimo año tres episodios de sibilancias.
4. El paciente tienen una probabilidad intermedia de asma pues unas características aumentan la probabilidad y otras la disminuyen.

# Caso 1

Sobre este caso podríamos tener una larga polémica, ya que no hay parámetros totalmente objetivos para que todos lo clasifiquémos igual.

La madre es enfática en decir que solo se desencadenan las sibilancias con los cuadros respiratorios virales; Sin embargo, persiste hasta tres semanas después con los síntomas; época en la cual también el ejercicio y el frío exacerban los síntomas. Para algunos puede ser una alta probabilidad del asma, como mínimo intermedia. Pensando en una probabilidad intermedia en este caso se intentó precisar la respuesta al SABA.

# Caso 1

Una alternativa es seguir usando salbutamol por dos semanas, mas si persisten los síntomas se debe reconsultar.

A las tres semanas la madre reconsulta; el paciente ha persistido con tos nocturna (todas las noches), la tos mejora con el salbutamol en inhalocámara pero no desaparece; en ocasiones cuando corre presenta episodios de sibilancias, esto ocurre por lo menos una vez por semana.

# Caso 1

De acuerdo con los datos de este paciente:

1. Se debe hacer una espirometría para comprobar el diagnóstico de asma. Ya se hizo una prueba terapéutica con el salbutamol y fue negativa.
2. Se puede hacer una prueba terapéutica con beclometasona 200-400 µg por 6 semanas y reevaluar.
3. Ya esta definida como un asma leve persistente y la mejor opción son los antileucotrienos ya que en niños pequeños los corticoides tienen mas riesgo que beneficio.

# Caso 1

Definitivamente en un niño de dos años no esta indicada una espirometría.

Con el salbutamol, si ha tenido algún grado de respuesta, aun con toda la polémica con el uso de los corticoides inhalados (CI), la tendencia es a que el siguiente paso sea el uso de corticoides inhalados a dosis bajas y en este caso adicionalmente me puede ayudar a definir si tiene asma o no este niño. En caso tener asma la mejor opción terapéutica, siempre que se utilicen en dosis bajas. La beclometasona hasta 400 µg o su equivalente en dosis de otros corticoides inhalados como budesonida o fluticasona inhalado sigue siendo la mejor opción como medicamento controlador inicial y es posible que tenga respuesta aun con 200 µg día. En las guías GINA 2018 el periodo de prueba sugerido es de 2-3 meses y no se hace advertencia de eventos adversos en este lapso, debido a que estos eventos se presentan con el uso crónico del corticoide.



## Caso 2

Paciente de 9 años de edad presenta tos húmeda, de predominio nocturno sin expectoración, de varios meses de evolución, en ocasiones, presenta disnea y sibilancias.

En ocasiones utiliza salbutamol hasta seis o siete veces diarias; sin embargo, en las tres últimas semanas lo ha utilizado más seguido, pero le ha ocasionado temblor; no esta durmiendo bien y se siente cansado.

La madre refiere que desde los 4 años de edad ha tenido el diagnóstico de asma, ella refiere que el niño aprendió a utilizar los inhaladores bien desde los seis años de edad. Ha tenido diferentes inhaladores con diferentes componentes: beclometasona 50 ug, salmeterol/fluticasona 50/100 ug, formoterol/budesonida 4,5/80 ug, entre otros.

Durante el último año solo ha utilizado salbutamol porque ella ha notado que es el que más rápido le funciona y los otros son muy costosos para que ella los compre.

## Caso 2

Se revisan diferentes posibles desencadenantes: no hay fumadores, no hay humedad, no hay mascotas. Hace un mes tienen una construcción al lado de la casa y para la madre esto a contribuido para la exacerbación de los síntomas.

El niño refiere que ha limitado su actividad física, no ha podido jugar al fútbol por que se ahoga y se cansa a pesar del uso del inhalador antes de jugar.

Se explica a la madre y se decide adicionar, como medicamento controlador, beclometasona 200 µg día (2 puff de 50 ug cada 12 horas) por 6 semanas (permanente) y reevaluar con espirometría. Se dejó el salbutamol de rescate.

Se hizo la espirometría pre y post broncodilatador. La madre refiere que ha aspirado diariamente el polvo del cuarto. La tos ha disminuido pero se presenta por lo menos 2 noches por semana, el niño refiere que ha podido jugar mejor al fútbol pero, a pesar del uso permanente de la beclometasona y del salbutamol previo al jugar, después de un rato de correr debe utilizar nuevamente el salbutamol.

## Caso 2

Los valores de la espirometría antes del bronco dilatador que trae son:

	Med	Teor	%
		9 años	
FVC	1,88	2,23	84
FEV1	1,4	1,95	72
FEV1/FVC%	74,5	87,4	85
FEF 25-75	1,22	2,56	48

## Caso 2

- FVC: 84% esta mayor del 80%, no es restrictiva
- FEV1/FVC: 85% por ser menor al 90% en un niño hay un componente obstructivo.
- FEV1: 72% la severidad de la obstrucción está entre el 60 y el 80%, es moderada.
- FEF 25-75 48% Aunque no es uno de los parámetros estandarizados en las guías en la espirometría es un parámetro reportado y puede ser de utilidad en el contexto clínico de este paciente; nos indica la respuesta que se puede tener en los pequeños bronquios. Si no esta por arriba de un 65% nos puede apoyar la idea de un componente obstructivo importante para este caso.

## Caso 2

- Considerando que la espirometría siguió todos los estándares de calidad, sería una espirometría inicial diagnóstica con un patrón obstructivo.
- El uso de corticoides inhalados no altera los resultados de la reversibilidad en la espirometría por lo que no se indicó que los suspendiera y el uso de SABA como el salbutamol se debe suspender 6 a 8 horas antes de la prueba como efectivamente se hizo. El paso siguiente es mirar si la obstrucción es total o parcialmente reversible.
- Estos son los parámetros post-broncodilatación con 400 µg de salbutamol:

# Caso 2

Los valores de la espirometría pre y pos:

	Pre	Post	% mejoría
FVC	1,88	1,96	4
FEV1	1,4	1,6	14
FEV1/FVC%	74,5	81,6	10
FEF 25-75	1,22	1,86	52

## Caso 2

- El FVC 4% y la relación FEV1/FVC% 10%
- El FEV1 mejoró 14% es mayor del 12% lo que me confirmaría la reversibilidad de la obstrucción con el bronco dilatador
- De otro lado el FEF 25-75 nuevamente puede ayudarnos. En este caso hay una respuesta alta de las vías pequeñas del 52%. Este parámetro tienen una alta variabilidad que hace que sea difícil estandarizarlo; En muchas ocasiones en que la espirometría no es tan clara como en este caso, este parámetro puede ser aunado a la clínica del paciente por ejemplo que el FEV1 mejorara solo un 11% en el contexto clínico de este paciente nos direccionaría a que tiene algún grado de reversibilidad.

## Caso 2

- Estaríamos ante un caso de un asma leve o moderada persistente, puede utilizarse una combinación de corticoide inhalado y LABA como un tercer paso en el control de este paciente; de acuerdo a las guías GEMA y NICE esta es la mejor alternativa justificándolo en la eficacia. Otras alternativas incluyen aumentar la dosis de corticoide inhalado ya que no se ha controlado con dosis bajas y subirlo a dosis medias por ejemplo 400 µg; esta es la mejor alternativa las GPC de asma en niños de Colombia y de GINA para niños de 6 a 11 años, justificándola en la costo efectividad. Una tercer opción es la adición de medicamentos anti-leucotrienos.
- Por lo menos debe esperarse de 4 a 6 semanas para evaluar la respuesta y no se debe pensar en desescalonar la terapia antes de tres meses y para otros hasta seis meses de tratamiento.