

La información contenida en este PDF está sujeta a las Advertencias de Uso de la Información que puede encontrar en

<http://www.respirar.org/index.php/portal-de-familias/uso-de-portal-de-familias>

¿Qué es el Asma?

El asma es una enfermedad crónica de los pulmones que se caracteriza por la inflamación de las vías respiratorias inferiores (las que van de los dos bronquios principales hacia abajo).

Esta inflamación lleva, por si sola o provocando la contracción de los músculos que rodean los bronquios, a un estrechamiento de estos y por tanto a una obstrucción del flujo normal del aire.

El nombre completo de la enfermedad es asma bronquial.

El asma se define también como la enfermedad sibilante o con sibilancias, por el característico ruido que emiten los niños (como si tuviera pitos, silbos o silbidos en el pecho, dicen los padres). El nombre médico de "sibilancias" hace referencia a esto y es su síntoma más característico y se debe al estrechamiento u obstrucción del flujo del aire.

Otra característica importante es la presentación de los síntomas en episodios, dejando entre uno y otro, períodos de normalidad (sin síntomas). Así el niño está bien, y repentinamente comienza con sibilancias, tos y dificultad para respirar. Esta brusquedad en el inicio de los síntomas se debe a un estrechamiento rápido de las vías respiratorias por contracción del músculo bronquial.

El médico puede utilizar un aparato, llamado espirómetro, para ver esta obstrucción, e incluso dar una medicina que dilate los bronquios para comprobar como estos se abren y recuperan (obstrucción reversible)

Aun con lo dicho, es importante decir que un pequeño grupo de niños con asma presentan síntomas todo el tiempo y no en episodios.

Así que el Asma es una enfermedad...

- crónica (de larga duración) inflamatoria (los bronquios están inflamados).
- de los bronquios (que además de inflamados, se estrechan por contracción muscular).
- con sibilancias (aunque hay otros síntomas).
- que habitualmente se presenta en episodios (que se repiten).
- cuya obstrucción del flujo del aire es reversible

<http://www.respirar.org/index.php/portal-de-familias>

Asma: Frecuencia, Sexo y Edad

El asma es una enfermedad muy frecuente.

El diez por ciento de los niños y adolescentes tienen asma, siendo más frecuente en niños que en niñas, aunque esto se invierte en la edad adulta, siendo entonces más frecuente en mujeres. Aún no sabemos del todo el porqué de este cambio de tendencia, si bien algunos estudios hablan de una posible inmadurez pulmonar de los niños en las primeras edades de la vida, respecto a las niñas.

La prevalencia (personas que sufren asma al mismo tiempo), parece estar aumentando, especialmente entre niños. Este hecho ha sido comunicado en muchos países y este incremento parece un problema de índole mundial.

El asma puede aparecer desde los primeros meses de vida. Su diagnóstico es un poco más complicado, pues es importante conocer que no hay una prueba específica para el asma, que basta hacerla y nos dice si hay asma o no, y a esas edades tempranas hay otras enfermedades que presentan sibilancias (el síntomas más típico del asma).

Así que el Asma es...

- una enfermedad de alta prevalencia (una prevalencia que está en aumento)
- uno de cada 10 niños tiene asma
- más frecuente en varones en la infancia
- lactantes, niños adolescentes y adultos pueden tener asma

Asma: Herencia e Inflamación

Herencia

Hoy en día se sabe que el asma es una enfermedad hereditaria.

Un importante número de estudios muestran que hay una predisposición genética a desarrollar asma. Este hecho explica que en una familia haya varias personas con asma y explica por qué la probabilidad de tener asma aumenta si un padre la tiene y más aún si ambos padres la tienen.

Estos aspectos genéticos son muy complejos y dependen de variantes genéticas denominadas polimorfismos de nucleótido único (siglas en inglés SNP) y de modificaciones epigenéticas producidas por factores ambientales, y no por depender de mutaciones genéticas, como pasa con otras enfermedades muy conocidas como la fibrosis quística. Eso justifica que familias con gemelos, uno pueda tener asma y otro no.

Por ahora sabemos que la genética puede regular:

- edad de inicio del asma,
- grado de inflamación de las vías aéreas,
- gravedad de los síntomas,
- respuesta a las medicinas,
- relación entre asma y otras alergias

Esta es la importancia de la genética y la herencia y posiblemente en el futuro este campo sea una vía para el diagnóstico precoz y un mejor tratamiento.

Inflamación y asma

La inflamación de las vías respiratorias es un punto clave en el manejo del asma. Los padres necesitan saber que el asma es una enfermedad inflamatoria puesto que actualmente los mejores tratamientos para el asma están orientados a reducir dicha inflamación.

Los niños y adolescentes con asma tienen un árbol bronquial inflamado y esta inflamación persiste largo tiempo, aunque los síntomas de asma no estén presentes durante mucho

tiempo.

Esta inflamación aumenta la sensibilidad a cosas que no causan ningún problema a otras personas. Esta hipersensibilidad de las vías respiratorias hace que, ante un nuevo contacto con dichas cosas, las vías se estrechen y por tanto aparezcan los síntomas. Estas cosas son conocidas como "desencadenantes del asma".

¿Qué cosas causan inflamación de las vías respiratorias?

Un montón de cosas son capaces de provocar inflamación (y funcionar también como desencadenantes de síntomas).

Estas varían de una persona a otra. Las más importantes son:

- Alérgenos (sustancias orgánicas que causan reacciones alérgicas), por ejemplo: ácaros que viven en el polvo doméstico (pero no el polvo doméstico en sí), polen (árboles, gramíneas, arbustos...), mohos, caspa de animales y cucarachas.
- Tabaco
- Irritantes y polucionantes: humos y olores de espráis pinturas, gasolina, perfumes...
- Infecciones respiratorias (catarro, gripe, amigdalitis.)
- Deporte y Ejercicio. Aunque es muy importante saber que los niños con asma son capaces y pueden practicar deporte.



Síntomas de Asma

Los síntomas más frecuentes en el asma son:

- Sibilancias. Es el síntoma más característico, aunque en los primeros años de la vida algunas otras enfermedades pueden presentar sibilancias. La gente llama a esto de muchos nombres: silbos, silbidos, fatiga... Estos términos que utilizan las personas para decir lo que les pasa a sus hijos se corroboran fácilmente con la exploración (auscultación) por parte del médico con un fonendoscopio (estetoscopio), aunque en muchas ocasiones las sibilancias son audibles sin necesitar ningún aparato.
- Tos. La tos persistente durante la noche y la tos que aparece durante o al final del ejercicio, deporte o un esfuerzo son claros ejemplos de tos asmática. No obstante puesto que la tos es un síntoma muy frecuente durante la infancia, por catarros, etc, es excepcional utilizar la tos, en ausencia de sibilancias, como criterio único de diagnóstico del asma. Cuando un niño tose es más fácil pensar que tiene un catarro a que tiene asma.

Otros síntomas de asma son:

- respiración entrecortada, dificultad para respirar
- dolor de pecho
- despertares nocturnos con tos y/o fatiga

Estos síntomas de asma pueden aparecer como episodios (llamados también ataques de asma, crisis de asma o exacerbaciones), y que se definen por que los niños tienen periodos (días, semanas, meses) libres de síntomas y de pronto (y en general de forma más o menos brusca) los síntomas aparecen.

Un pequeño grupo de niños (en general los más graves y algunos tipos de asma del lactante) presentan síntomas de forma más o menos continua sin periodos libres.

¿Tiene cura el asma?

Actualmente no tenemos una cura para el asma.

Pero es importante entender qué significado tiene esta afirmación.

Sí es posible ofrecer a las personas con asma una vida libre de síntomas. Y es posible si el niño y la familia siguen los consejos médicos, toman las medicinas, evitan los desencadenantes, abandonan el tabaco....

Pero aún no podemos ir a la base de la enfermedad, resolver el problema genético (aún queda genes por descubrir...)

Eso sí, debe cuidarse, pues es un error pensar que cuando el niño se haga mayor, el asma curará. De hecho en la adolescencia el asma sigue siendo la enfermedad más frecuente y en adultos hasta un 5% de la población tiene asma.

Nuestro mensaje es positivo, aunque incluye una advertencia:

Los niños y adolescentes con asma pueden tener una vida libre de síntomas (lo que puede equivaler a una vida sin asma)... pero... realmente el asma permanece y si la familia abandona los cuidados correctos de para el asma, los síntomas volverán.

¿El asma contagiosa?

El asma no es una enfermedad contagiosa.

Muchos padres preguntan sobre esta cuestión.

El asma no es una enfermedad infecciosa y por tanto no es contagiosa.

El asma sí tiene una relación con las enfermedades infecciosas. Pero en cuanto que estas últimas pueden ejercer de desencadenantes de síntomas en niños que ya sufren asma. Por ejemplo un niño con asma que enferma de gripe o tiene un resfriado y a causa de esto desarrolla una crisis. En ese ejemplo la gripe desencadena la crisis y puede contribuir a aumentar la inflamación y la obstrucción de la vía respiratoria, incluso más allá de haber curado la propia gripe.

También es importante decir que la idea de que los "catarros mal curados" (concepto muy popular aunque erróneo) puedan llevar a desarrollar asma, es equivocada.

El hecho de que los niños con asma tuvieran muchos catarros durante los primeros años de vida, antes de evidenciarse el asma, lo único que indica es que esos niños tienen unas vías respiratorias más sensibles que otros niños.

¿Se puede morir por asma?

Desgraciadamente la respuesta es SÍ.

Hay un largo listado de factores relacionados con el riesgo de morir por asma:

- **Factores relacionados con las características del asma:** grado de severidad, pérdida de función pulmonar...
- **Factores relacionados con el paciente:** cumplimiento de los tratamientos, miedo a determinadas medicinas...
- **Factores dependientes del sistema sanitario:** accesibilidad, gratuidad o no...

Los padres pueden hacer muchísimas cosas para prevenir la muerte por asma y una de las más importantes es seguir los consejos médicos.

Si tiene dudas consulte siempre a su médico, pero **POR FAVOR**, nunca deje de darle las medicinas al niño sin antes hablar con su médico.

Control de Desencadenantes y Medicinas

Control de desencadenantes

Medidas de evitación

El correcto control de los desencadenantes es una parte esencial del manejo del asma (Obviamente el primer paso es conocer bien cuáles son los desencadenantes para cada niño).

El control de desencadenantes debe ser considerado un tratamiento del asma, pues contribuye a la reducción de la inflamación y aparición de síntomas, al disminuir el contacto con dichas sustancias. De hecho el uso exclusivo de medicinas, sin medidas de control asociadas, lleva a un control inadecuado del asma.

Hoy en día se acepta que la mejor estrategia para controlar la enfermedad es combinar medidas de control de desencadenantes (siempre) con medicinas para el asma (cuando sean necesarias).

Las principales medidas de control son:

- No fumar en el hogar
- En caso de alergia a ácaros: limpiar en húmedo, fundas herméticas en colchón y almohadas
- En alergia al polen: poner atención a la época polínica (en general en primavera e inicio del verano), usar filtros antipolen en el coche, viajar con las ventanillas bajadas, airear la casa muy temprano y nunca con pleno sol y viento (el polen entra en casa)
- En alergia a cucarachas: buscar un experto en exterminio
- En caso de alergia a alguna mascota: alejar la mascota, nunca permitir que esté en la habitación del niño. Si es posible, bañarla semanalmente.
- En caso de asma inducido por el ejercicio: hacer precalentamiento, cuidado con cambios brusco de temperatura: gimnasio-calle-gimnasio, hacer la actividad de forma gradual, si está indicado, dar la medicina preventiva antes del deporte.

Inmunoterapia

Este tratamiento trata de reducir el grado de sensibilización, aplicando inyecciones que contienen extractos del alérgeno causante del problema en el niño. La inmunoterapia siempre está envuelta en controversia en relación a su eficacia y a sus posibles efectos adversos. La principal recomendación, es que debe ser indicada y seguida por un especialista en alergia.

Medicinas para el asma

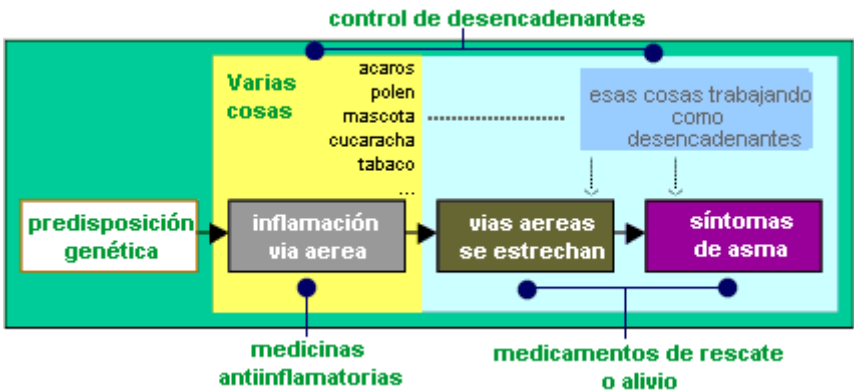
Las medicinas para el asma están divididas en dos clases generales:

- **Medicamentos antiinflamatorios** Medicinas de control a largo plazo o de fondo. Esta terapia suprime la inflamación y debe ser usada durante largos períodos de tiempo, pues aunque el niño pueda parecer libre de síntomas, la inflamación permanece y se precisa mantener este tipo de terapéutica para evitar la recaída. Hay tres tipos de medicación antiinflamatoria: con corticoides inhalados (budesonida, fluticasona, triamcinolona, beclometasona), los antileucotrienos (montelukast oral). Las cromonas inhaladas han dejado de usarse como tratamiento preventivo del asma, aunque tienen su sitio para la prevención de la respuesta a ejercicio
- **Medicamentos de rescate o de alivio** Se utiliza para lograr una mejoría rápida de los síntomas (sibilancias y tos) que aparecen en los ataques de asma. Los más importantes son los broncodilatadores beta3 de acción corta (terbutalina, salbutamol) y la mejor forma de tomarlo es inhalándolos. Estas medicinas abren las vías respiratorias en cuestión de minutos, pero la inflamación persiste y por tanto resulta necesario continuar con la medicación de control a largo plazo.

Otras medicinas como los beta2 de acción prolongada (formoterol, salmeterol) o las teofilinas, se utilizan de forma ocasional y en general en formas moderadas y graves del asma.

.....

el tratamiento del asma de un vistazo



Los inhaladores aplicados mientras el niño duerme ¿son menos efectivos?

En los niños menores de 4 años no colaboradores se ha propuesto administrar la terapia inhalada con cámara espaciadora y mascarilla durante el sueño. Si bien algún trabajo de investigación realizado en el laboratorio registrando el patrón respiratorio de niños pequeños durante el sueño y la vigilia demostró, en un modelo anatómico, que las dosis administradas durante el sueño permitían alcanzar dosis pulmonares significativamente mayores que durante la vigilia. Sin embargo un estudio en la vida real no ha llegado a la misma conclusión. Cómo se puede explicar esa discrepancia entre los datos del estudio de laboratorio y los del estudio en la vida real?.

- La primera es una cuestión técnica. En el estudio realizado en el laboratorio se consigue un ajuste hermético de la mascarilla al modelo anatómico y el estudio se realizaba en condiciones óptimas.
- El estudio en la vida real no garantizaba el ajuste hermético de la mascarilla sobre la cara del niño. El miedo de los padres a despertar al niño pudo hacer que no apretaran la mascarilla a la cara del pequeño, y no ajustara herméticamente, también los movimientos del niño durante el sueño dificultaron la colocación de la mascarilla sobre la cara del mismo y sabemos que hasta la fuga más pequeña reduce considerablemente la cantidad de medicamento que se inhalan. También se ha demostrado que el patrón respiratorio del niño durante el sueño puede variar según la fase del mismo en la que se encuentre y con ello la dosis de medicamento que llegue a los pulmones.

A pesar de estos resultados, los niños no colaboradores durante el tratamiento inhalatorio constituyen el grupo más idóneo para la administración de aerosoles durante el sueño con cámara y mascarilla, siempre teniendo en cuenta que la tasa de tratamientos inhalatorios satisfactorios durante el sueño es claramente más baja que si el niño realiza la terapia despierto, tranquilo y respirando con un ritmo regular.

Estas consideraciones hacen referencia a la administración de tratamiento inhalado de control del asma (corticoides inhalados) ya que no es preciso la administración de broncodilatadores inhalados de acción rápida cuando el niño está dormido y tranquilo."

En resumen: Es probable que la medicación suministrada durante el sueño no sea todo lo eficaz que se espera en comparación a la administración en vigilia, una vez el niño se haya habituado a la aplicación de la mascarilla.