

5B. Identificación del asma grave infantil en Atención Primaria y criterios de derivación

Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva: Pediatra. CS La Cuesta. Grupo de Vías Respiratorias de AEPap. Tenerife. España.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DEL ASMA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En la atención al asma infantil en la consulta pediátrica de Atención Primaria, los objetivos del manejo terapéutico del asma son los mismos en todos los grupos de edad:

- Alcanzar un buen control de los síntomas, adherencia al tratamiento y mantener un nivel de actividad normal.
- Reducir al mínimo el riesgo futuro.
- Mantener la función pulmonar (FP) lo más parecida posible a lo normal, con los mínimos efectos secundarios derivados del tratamiento.

La gravedad del asma se debe evaluar: al inicio del tratamiento, para buscar el más adecuado, y luego, retrospectivamente, teniendo en cuenta el nivel de tratamiento necesario para el control de los síntomas y las exacerbaciones. No es una situación estática y puede haber modificaciones a lo largo de meses o años.

IMPACTO DEL ASMA GRAVE DE DIFÍCIL CONTROL (AGCD) EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

El diagnóstico de asma en la infancia no suele tener dificultades, basado, fundamentalmente, en los signos y síntomas característicos, en la mayoría de los casos, su manejo, sustentado en la evaluación del grado de control y del riesgo futuro, está bien establecido por las guías y consensos tanto nacionales como internacionales.

Sin embargo, la identificación del asma grave entraña, en no pocas ocasiones, una mayor dificultad, bien porque se minimizan e infravaloran los síntomas por parte de los padres o adolescentes y por los sanitarios, o bien por falta de recursos para una evaluación más adecuada.

La prevalencia de niños con asma grave no controlada no supera el 5% de todos los niños asmáticos, pero su atención consume el doble de recursos directos (medicación, visitas a Urgencias, hospitalizaciones) e indirectos (faltas escolares, días de trabajo perdidos por los padres, etc.). El AGCD requiere un diagnóstico de certeza, por lo que se tendrán que descartar causas de un falso diagnóstico.

La falta de adherencia al tratamiento causa en un alto porcentaje la persistencia de síntomas y la ausencia de control de la enfermedad y es muy importante para el pediatra de Atención Primaria su detección.

¿CÓMO IDENTIFICAR AL PACIENTE QUE PADECE ASMA GRAVE?

Evaluando tres pilares básicos:

- Control de los síntomas: anamnesis, cuestionarios.
- Riesgo futuro: evaluación de los factores de riesgo (aquí se incluye la adherencia y técnica de inhalación) y de la función pulmonar.
- Tratamiento: necesidad y respuesta al mismo. De esta forma clasificamos la gravedad del paciente (leve, moderada y grave) y el nivel de control (buen control, parcial o mal controlado).

CONTROL DE SÍNTOMAS

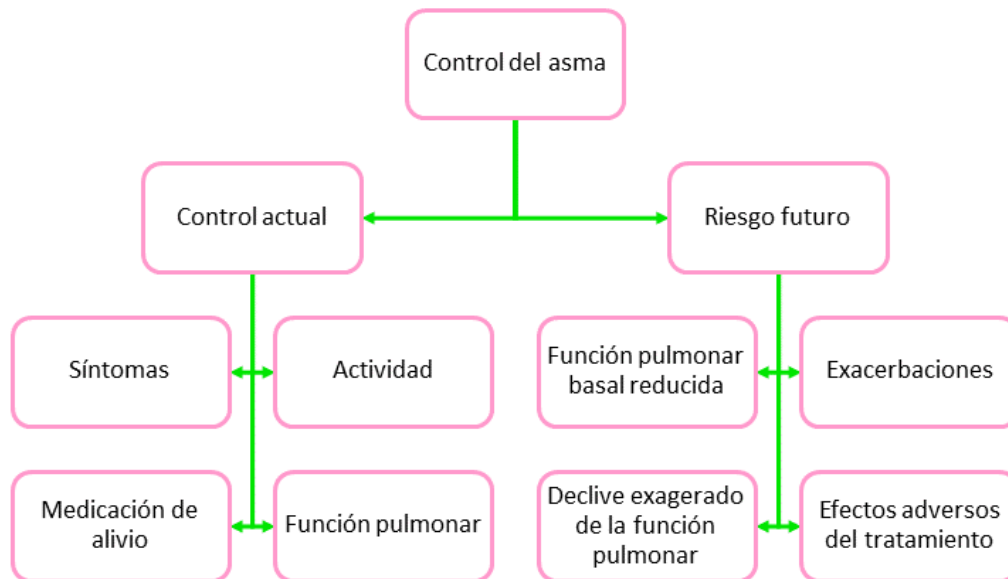
Un manejo basado en el control significa que el tratamiento se debe ajustar realizando un ciclo continuo de evaluación, tratamiento y valoración de la respuesta del paciente, debiendo protocolizarse al menos una revisión estructurada al menos una vez al año.

La evaluación del control actual del asma se basa en los síntomas, la limitación de las actividades y el uso de medicación de rescate:

- La Guía Española de Manejo del Asma (GEMA) propone el cuestionario de Control de Asma en Niños (CAN) validado en español, en base a cuyos resultados establece las recomendaciones del tratamiento escalonado. El CAN tiene una versión para ser autocumplimentada por niños de 9-14 años y otra para progenitores/tutores de niños de 2-14 años. En ambas versiones se puntúa cada pregunta de 0 a 4 puntos, variando el resultado desde 0 (control total) a 36 puntos. El punto de corte para considerar mal control del asma es ≥ 8 puntos.
- El cuestionario Asthma Control Test (ACT), propuesto por la GINA, es un test sencillo de 5 preguntas para mayores de 12 años, en el que la puntuación por debajo de 20 supone un mal control.

VALORACIÓN DE RIESGO FUTURO

Si el control de los síntomas es malo o persisten las exacerbaciones a pesar de 2-3 meses de tratamiento de fondo, antes de plantear un aumento escalonado del tratamiento, verificar si existe mala técnica de inhalación, falta de adherencia al tratamiento o morbilidades asociadas.



La identificación de factores de riesgo para una evolución desfavorable, nos ayudan a establecer el riesgo futuro que evalúa: riesgo para padecer exacerbaciones y para desarrollar una limitación fija del flujo aéreo (infratratamiento con GCI, exposición ambiental a humo del tabaco, contaminantes, alérgenos etc., FEV₁ inicial bajo, asma grave y haber requerido varios ingresos) y para padecer los efectos secundarios de la medicación (ciclos frecuentes de GC orales, dosis elevadas de GCI).

Las pruebas de función pulmonar, incluidas las de broncoprovocación, pueden apoyar el diagnóstico de asma grave, aunque un resultado normal de las mismas no lo excluye. En Atención Primaria, deben servir de referencia los valores de FEV₁ entre el 70 y el 80% o la variabilidad del flujo espiratorio máximo (FEM) entre el 20 y el 30%, que indican un asma de gravedad moderada, y valores de capacidad vital forzada (FVC) < 70% y variabilidad del FEM > 30%, que corresponden a un asma grave.

El diagnóstico funcional del asma en el niño es similar al del adulto. En el niño la relación FEV₁/FVC se correlaciona mejor con la gravedad del asma que el FEV. La obstrucción en niños se define como un cociente de FEV₁/FVC < 80-85%. Se considera una prueba broncodilatadora positiva cuando el incremento del FEV₁ sobre el valor basal es mayor o igual al 12%, aunque es posible que un incremento del 8% sobre el valor basal pueda definir mejor la respuesta broncodilatadora en niños, o del 9% en relación con el teórico.

El consenso ATS/ERS define el asma grave como: el asma que requiere tratamiento por las guías en la práctica clínica en escalones 4 a 5 de la Global Initiative for Asthma (GINA), o 5-6 de la GEMA, es decir, altas dosis de CI y un agonistas β₂-adrenérgicos de larga duración, o un modificador de los leucotrienos, o el uso de teofilina durante el año previo, o el uso de corticosteroides sistémicos durante al menos la mitad del año previo o de mayor duración para prevenir la pérdida del control de la enfermedad o que permanece sin control a pesar de este tratamiento.

EVALUACIÓN DE UN PACIENTE CON ASMA NO CONTROLADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El diagnóstico de AGNC precisa llevar a cabo una evaluación sistematizada por pasos que asegure no dejar a un lado aspectos relevantes.

- Primer paso. Evaluación del control de los síntomas y los factores de riesgo:
 - Evaluar el control de los síntomas durante las 4 últimas semanas.
 - Identificar factores de riesgo para una evolución desfavorable: exposición a agentes ambientales, factores del entorno que modifiquen la adherencia al tratamiento.
 - Medir la función pulmonar, (cuando la edad el niño lo permita).
- Segundo paso. Aspectos relacionados con el tratamiento:
 - Registrar el tratamiento del paciente y preguntar acerca de posibles efectos secundarios, al paciente o a sus cuidadores.
 - Observar al paciente mientras utiliza el inhalador para comprobar su técnica.
 - Mantener una conversación empática abierta acerca del cumplimiento del tratamiento.
 - Comprobar que el paciente cuenta con un plan de acción por escrito contra el asma.
 - Preguntar al paciente o a sus cuidadores sobre sus actitudes y objetivos en relación con el asma.
- Tercer paso. Valoración de enfermedades concomitantes:
 - Rinitis, rinosinusitis, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), obesidad, apnea obstructiva del sueño, disfunción de cuerdas vocales.
 - Las enfermedades concomitantes deben identificarse porque pueden contribuir a los síntomas respiratorios y a una calidad de vida deficiente.
 - Su tratamiento puede complicar el manejo del asma.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN AGDC PEDIÁTRICA

- Bronquiectasias.
- Bronquitis eosinofílica.
- Enfermedades cardiovasculares: insuficiencia cardiaca, tromboembolismo pulmonar.
- Enfermedades hereditarias: fibrosis quística, discinesia ciliar primaria, déficit de α -1 antitripsina.
- Enfermedades reumatológicas: artritis reumatoide con o sin síndrome seco.
- Enfermedades de la vía aérea superior: goteo posnasal.
- Enfermedades de la vía aérea media: obstrucción mecánica intra- o extraluminal de las vías aéreas (laringe, tráquea o bronquios principales), disfunción de cuerdas vocales, neoplasias, granulomas, cuerpo extraño inhalado, pinzas vasculares, etc.
- Hiperventilación de origen psicógeno.
- Infecciones pulmonares.
- Infiltrados eosinofílicos pulmonares.
- Neumonitis por hipersensibilidad.
- Reflujo gastroesofágico.

- Síndrome de sensibilidad química múltiple.
- Síndrome carcinoide.
- Síndrome de Churg-Strauss y otras vasculitis pulmonares.
- Tos crónica secundaria a fármacos: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), β -bloqueantes no selectivos, etc.
- Traqueobroncomalacia adquirida (policondritis recidivante, idiopática).

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Los pacientes que presenten alguna de las siguientes características:

- Sospecha de asma, pero sin confirmación diagnóstica objetiva de la enfermedad.
- Mal control sintomático que requiera tratamiento por las guías en la práctica clínica en escalones 4 a 5 de la GINA, o 5-6 de GEMA.
- Exacerbaciones frecuentes.
- Cumple con criterios de asma grave no controlada.
- Factores de riesgo futuro aumentados.
- Efectos secundarios graves del tratamiento.
- Rinosinusitis y poliposis nasal graves.
- Necesidad de tratamientos especiales.

BIBLIOGRAFÍA

- Callén Blecua M, Praena Crespo M, Grupo de Vías Respiratorias. Normas de calidad para el tratamiento de fondo del asma en el niño y adolescente. En: Respirar [en línea]. Disponible en: <http://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/DT-GVR-2-fondo.pdf> [consultado el 30/11/2017].
- Cisneros Serrano C, Melero Moreno C, Almonacid Sánchez C, et al. Normativa sobre asma grave no controlada SEPAR. Arch Bronconeumol 2015;51:235-46 - Vol. 51 Núm.5
- Comité Ejecutivo de la GEMA. GEMA 4.2. Guía española para el manejo del asma. En: GEMA [en línea]. Disponible en: <https://www.gemasma.com/gema4-2-la-nueva-actualizacion-de-gema/> [consultado el 01/12/2017].
- Diagnóstico y tratamiento asma infantil. Información farmacoterapéutica de la Comarca. En: Información Farmacoterapéutica de la Comarca (INFAC) [en línea]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2016/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_24_1_asma_infantil.pdf [consultado el 01/12/2017].
- Fitzpatrick AM. Severe asthma in children. Lessons learned and future directions. J Allergy Clin Immunol Pract. 2016;4:11-9.
- Guía de bolsillo para el manejo y la prevención del asma (adultos y niños mayores de 5 años). En: Global Initiative for Asthma [en línea]. Disponible en: <http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/10/WMS-Spanish-Pocket-Guide-GINA-2016-v1.1.pdf>
- Holley S, Morris R, Knibb R, Latter S, Liossi C, Mitchell F, et al. Barriers and facilitators to asthma self-management in adolescents: a systematic review of qualitative and quantitative studies. Pediatr Pulmonol. 2017;52:430-42.

- Ramratnam SK, Bacharier LB, Guilbert TW. Severe asthma in children. J Allergy Clin Immunol Pract 2017;5:889-98.
- Rodríguez Fernández Oliva CR, Pardos Martínez C, García Merino A, Úbeda Sansano MI, Callén Bleuca MT, Praena Crespo M. Recursos para la puesta en marcha de un programa de Atención al niño con asma. En: Respirar [en línea]. Disponible en: http://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/documento_necesidades.pdf [consultado el 01/12/2017].