

Adolescente asmático

J.L. Montón Álvarez*, O. Cortes Rico**

* Pediatra de Atención Primaria. CS Mar Báltico. SERMAS

** Pediatra de Atención Primaria. Acreditada en Medicina del Adolescente. CS Canillejas. SERMAS

Fecha de recepción: 15 de septiembre 2013

Fecha de publicación: 30 de octubre 2013

Adolescere 2013; 1 (3) pgs.81-85

Introducción

Una adolescente de 13 años de edad que consulta (primeros de mayo) por presentar un cuadro de mocos, tos, odinofagia y febrícula. Diez días después vuelve a la consulta porque desde hace 4 días tose más, impidiéndole conciliar el sueño.

A la exploración presenta buen estado general, peso en percentil (P95) y talla en (P50) con coloración de piel y mucosas normal, sin disnea. No se palpan visceromegalias. En la auscultación pulmonar se encuentran sibilancias espiratorias en ambos campos pulmonares.

Entre los antecedentes personales destacan varios episodios de bronquiolitis durante los dos primeros años de vida. También relata que en el último año, ha presentado 2-3 catarros de vías altas, quedando después bastantes días con tos, sobre todo por las noches, en uno de ellos con dificultad respiratoria y tos, que cedió a los pocos días sin necesidad de acudir a su médico.

Antecedentes familiares: ambos padres son fumadores habituales.

1. Con la evolución clínica del paciente ¿Cuál de las siguientes opciones resulta más adecuada?

- a. Es un catarro con un cuadro de reacción bronquial leve, que no tiene que ser etiquetado de asma.
- b. Debido a sus antecedentes lejanos seguramente no se trata de un cuadro de asma, se debería tratar con un broncodilatador de acción corta a demanda y darle el alta sin más.
- c. Sí, se trata de un cuadro asmático, pero no debería de instaurarse tratamiento debido a que se trata de un cuadro episódico/intermitente
- d. El cuadro clínico y los antecedentes son sugerentes de enfermedad asmática, por lo que se debería citar en consulta programada para confirmar la historia, valorar la evolución e instaurar tratamiento de fondo si fuera necesario.

Respuesta: la (d) es la respuesta más prudente. En cualquier caso se debe de investigar y controlar en el tiempo.

2. De las siguientes pruebas que se realizan al paciente para estudiar su enfermedad, ¿Cuál es más importante para el diagnóstico?

- Ig E total
- Phadiatop + Ig E específicas
- Prick test
- Espirometría
- Rx de tórax

Respuesta: la prueba más concluyente es la (d)

Los resultados de la espirometría son los siguientes

	Medido	Teórico	%
FVC (L)	2,76	2,99	92
FEV1 (L)	1,78	2,64	67
FEV1/FVC (%)	65,2	88,3	74
FEF25-75 (L/S)	1,03	3,57	29
FET (s)	8,05		

3. Con esta información se puede afirmar que la obstrucción respiratoria es:

- El FEV1 es del 67%, se trata de una obstrucción leve
- Es una obstrucción moderada porque el FEV1 es del 67%
- Se trata de una obstrucción grave porque el FEF25-75 es el 29%.
- La prueba está mal realizada y los resultados son poco valorables.

Respuesta: La (b), es una obstrucción moderada.

Con posterioridad se realiza una **prueba de provocación (test de broncodilatación)** con los siguientes resultados

	Post-β2	Pre	%
FVC (L)	3,02	2,76	+11
FEV1 (L)	2,32	1,78	+30
FEV1/FVC (%)	76,8	65,2	+18
FEF25-75 (L/S)	2,60	1,03	+152
FET (s)	5,08		

4. ¿Cómo se interpretan estos datos?

- a. Se confirma el diagnóstico de asma
- b. Se debe de instaurar tratamiento urgente de fondo
- c. Solo se debe poner tratamiento para las crisis, por ser un asma episódica-ocasional
- d. Se debe enviar al especialista para estudio y seguimiento debido a su gravedad.

Respuesta: a. Se confirma el diagnóstico de asma

5. Según la clasificación de la GEMA respecto a la clínica se puede decir que es un asma:

- a. Episódico ocasional
- b. Episódico frecuente
- c. Persistente moderada
- d. Persistente grave

Respuesta: a. Se trata de un asma episódica ocasional

La paciente es citada unas semanas después para una nueva evaluación y completar la historia. Se practican test cutáneos para neuroalérgenos, siendo negativas para D. Pteronyssinus, Alternaria, Malezas, Plátano de sombra, Ciprés, gato y perro.

El registro para la histamina visualizo una pápula de 3x3 mm; para el olivo de 3x3 mm y de 4x4 mm para las gramíneas.

6. Con estos resultados se puede afirmar que la adolescente presenta un cuadro de:

- a. Asma por alergia a polen de olivo y gramíneas
- b. Asma con sensibilización a polen de olivo y gramíneas
- c. Bronquitis alérgica por polen de olivo y gramíneas
- d. Bronquitis asmática primaveral

Respuesta: La (b), esta sensibilizada a olivo y gramíneas. Razonar diferencias entre alergia vs sensibilización

7. En este momento, ¿cuál sería la opción terapéutica más recomendable?

- a. Beta-2 inhalados de acción corta a demanda y valorar evolución posteriormente
- b. Beta-2 inhalados de acción corta a demanda y budesonida 200 mcg cada 12h
- c. Beta-2 inhalados de acción corta a demanda y fluticasona/salmeterol (100/25) cada 12 h
- d. Beta-2 inhalados de acción corta a demanda, con budesonida 200 mcg cada 12h mas montelukast

Comentario: Respuesta correcta (b). Aunque dado que se trata de un asma episódico ocasional y podría ser correcta la opción a, con ese FEV1 y estando en el mes de mayo y sensibilizado a gramíneas lo lógico sería empezar tratamiento de fondo, según el tratamiento escalonado del asma.

8. Que dispositivo de inhalación sería el "ideal"

- a. El que prefiera el paciente, buscando siempre que sea posible la concordancia
- b. Cualquiera que no precise cámara espaciadora
- c. Cualquiera preferentemente con cámara espaciadora, debido a que su efectividad, fiabilidad y rendimiento es mejor
- d. Todo depende del principio activo que queramos prescribir

Respuesta: La respuestas (a) es la correcta. Intentar siempre un acuerdo (concordancia).

9. Al recomendar el tratamiento con corticoides inhalados la madre lo rechaza porque ha escuchado que tienen complicaciones ¿cómo debemos actuar en este caso?

- a. Insistir, dado que es el tratamiento más efectivo
- b. Investigar sus miedos y prejuicios e intentar llegar a acuerdos en el tratamiento a administrar
- c. Derivar a neumología/alergia para que lo explique el especialista
- d. Cambiar la medicación por inhibidores de los leucotrienos

Respuesta: la (b). Insistir en la educación y comprobar posteriormente en un nuevo control la adherencia al tratamiento.

La paciente se presenta a las dos semanas nuevamente en consulta con tos intensa y no esta tomando la medicación. Cuenta que el día antes de la consulta había estado en el campo de excursión con sus amigos. En la exploración presenta aceptable estado general, un leve tiraje subcostal y supraesternal. En la auscultación se encuentran sibilancias a lo largo de toda la espiración.

La frecuencia respiratoria es de 40 rpm. La Frecuencia cardiaca es de 130 lpm. Se realiza una pulsioximetría y la saturación de oxígeno es del 93%.

Comentario: la adolescencia es un periodo donde la independencia, rebeldía y el no querer aceptar la enfermedad hacen que algunos pacientes de este grupo etareo no sigan el tratamiento recomendado, por lo que es muy importante confirmar que toman la medicación y que lo hacen correctamente.

10. En estos momentos la puntuación para la gravedad del asma según el Pulmonary Score sería:

Puntuación	Frecuencia Respiratoria		Sibilancias	Retrac-ECM
	< 6 â	≥ 6 â		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final esp. (estet.)	Dudoso increm.
2	46-60	36-50	Toda esp. (estet.)	Increm evidente
3	> 60	> 50	Insp. y esp. (sin estet.)*	Actividad Mx.

Puntuación

- a. 1-3
- b. 4-6
- c. 7-8
- d. 8-10

Respuesta: La (b)

La valoración del cuadro clínico determinado por el PS junto con la saturación de oxígeno expresa con mayor fiabilidad el grado de gravedad:

	PS	SpO ₂
Leve	0-3	> 94 %
Moderada	4-6	91-94 %
Severa	7-9	< 91 %

Con estos datos haz los siguientes ejercicios:

- a. Clasifica la gravedad de la crisis
- b. Indica el tratamiento médico adecuado para yugular la crisis
- c. Enumera las actividades educativas a realizar con el paciente y su familia

ACTIVIDADES EDUCATIVAS A REALIZAR CON EL PACIENTE-FAMILIA

- Aprovechar cualquier visita para reforzar
 1. Conocimiento de la enfermedad y medidas de control (ver tabla IV)
 2. Uso de inhaladores y manejo de la crisis en domicilio (ver tabla IV)
 3. La necesidad del tratamiento de fondo (ver tabla II y Figura 1)