

Das 1.894 consultas realizadas no ano 2012 na área de Neumoloxía e Alergoloxía infantil do CHUO, máis do 50% foron de pacientes asmáticos

‘É a doenza crónica máis frecuente na infancia’

ÁNGELES RODRÍGUEZ

Pode ser polo pó, o polen, o fume, o mofo, o exercicio... Os seus desencadeantes son múltiples. A asma é unha doenza moi frecuente que provoca unha inflamación e obstrución nos brónquios, que son uns conductos que levan o aire do exterior aos pulmóns, co osíxeno necesario para respirar. “É a enfermidade crónica máis frecuente na infancia e padécea aproximadamente un 10% da poboación

ticos ou tiñan criterios de asma, é unha porcentaxe bastante grande”, continúa esta doutora.

Aínda que a asma tamén se dá en adultos, existen unha serie de peculiaridades no caso dos cativos. “Hai un tipo de asma infantil que non ten nada que ver coa dos adultos e que se desencadea na primeira infancia, cando os nenos son lactantes, teñen 1 ou 2 anos de vida. Non posúe ningunha das características da asma alérxica, son nenos que collen infeccións por determinados virus e logo os seus brónquios quedan durante un par de anos con moita tendencia a pecharse. Ade-

tempo. O feito de ter pais con asma ou rinite, ou con dermatite atópica, fai que os nenos conten con máis posibilidades de ser asmáticos. E despois están as infeccións víricas nos lactantes pequenos e os alérxenos, que aquí en Ourense temos ácaros do po e moitas gramíneas”, matiza a pediatra Ana Isabel Villares.

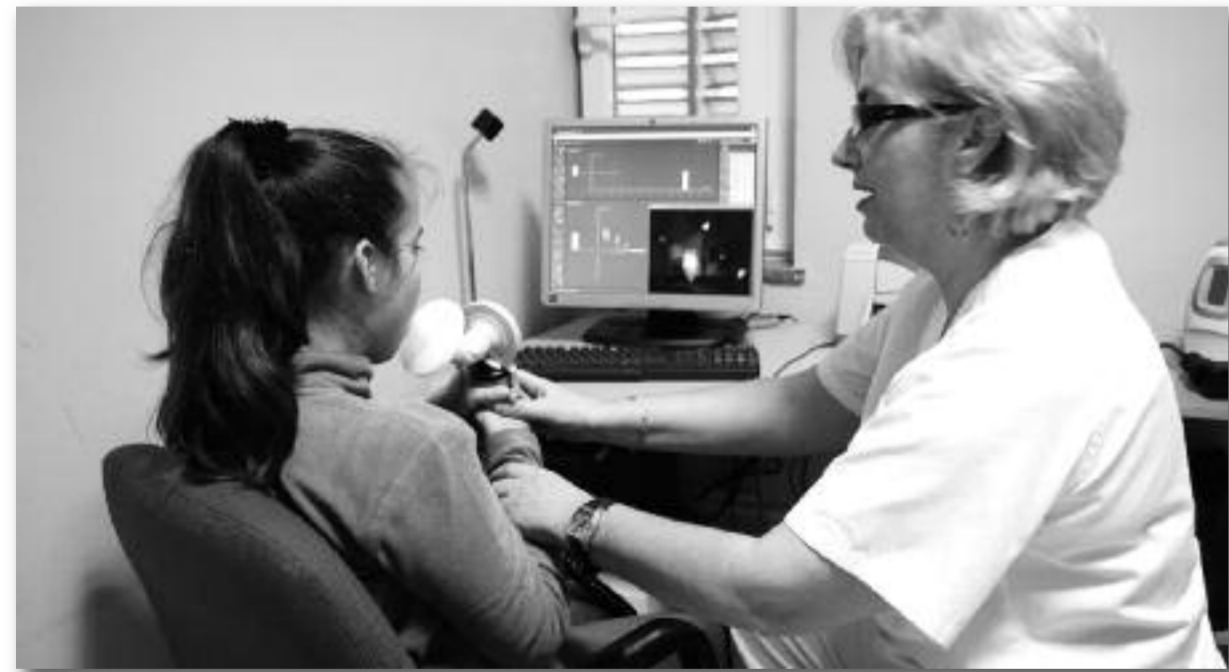
As crises aparecen e, dependendo dos casos, hai certos momentos do ano nos que se rexistran picos. “Se existe unha alerxia de por medio depende un pouco de a que”, asegura a doutora Montserrat Berrocal, “moitos dos pacientes que son exclusivamente

pico de crises asmáticas. Os nenos que son alérxicos aos ácaros tamén teñen máis problemas nos meses de outono e inverno”.

Os casos de asma acostuman detectarse nas consultas de pediatría de primaria. “Son os primeiros que empezan a ver que os nenos presentan sibilancias cando se acatarran e comezan a tratalos con inhaladores e tamén co tratamento do que dispomos nós aquí, e derivánnolos para facerlles un estudo un pouco máis a fondo, para ver se a asma ten algún compoñente de alerxia, etc.”, di esta pediatra.

A parte da exploración clínica, na área de Neumoloxía e Alergoloxía infantil do CHUO realízanse unha serie de probas de función pulmonar para obter un diagnóstico definitivo. É o caso da espirometría, que mide a capacidade pulmonar. “Fáíselle a nenos a partir de 4 ou 5 anos, teñen que ser un pouco maiorciños xa que é moi importante a colaboración do rapaz para realizala, collendo aire e soprando”, comenta Esther Couceiro, enfermeira de Neumoloxía pediátrica. Tamén se fan probas de broncodilatación e de alerxias. E, por outra banda, están as probas de óxido nítrico exhalado para medir a inflamación bronquial.

Unha vez que a asma infantil está diagnosticada, o seguimento da enfermidade pode facerse dende atención primaria ou dende a especializada, en función do grao de control do pa-



infantil”, explica a pediatra Ana Isabel Villares, responsable xunto coa doutora Montserrat Berrocal, da área de Neumoloxía e Alergoloxía infantil do Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO). Na súa consulta, pola que pasan nenos de toda a provincia, atenden casos de asma, pero tamén de rinite e alerxias. No ano 2012 viron a un total de 1.894 pacientes, dos que “máis do 50% eran asmá-

mais existe outro tipo de asma que se desenvolve a partir dos 5-6 anos de vida e que se parece máis á dos adultos, ás veces pode ter un compoñente alérxico e pode durar máis ao longo da nenez e chegar á idade adulta”, explica a doutora Villares.

Pero, ¿por que aparece? “Ás veces a carga xenética dos pais é moi importante, sobre todo nos nenos asmáticos que van seguir un pouco máis no

alérxicos ás gramíneas só teñen síntomas na época da primavera. E no caso dos nenos pequenos, aos que se refería antes á miña compañeira, que son moi propensos a ter problemas, pois poden agudizarse coas infeccións víricas. É moi típico que empecen a facer crises os meses de setembro e outubro, xusto cando se inician os colexios, cambia o tempo e comeza o contacto cos virus. Nesa época acostuma haber un

A enfermeira de Neumoloxía pediátrica Esther Couceiro, realizando a proba de espirometría a unha paciente no CHUO.



ou sublingual, a evolución é moi favorable, máis do 95% dos pacientes con asma e alerxia melloran”, apunta a doutora Villares.

Ter un bo control da enfermidade significa poder facer unha vida normal. “O noso labor é intentar que o asma dos nenos non limite nunca a súa vida. Temos medicación para conseguir un bo control dos pacientes, para que podan facer unha vida como a dos nenos que non padecen asma”, afirma a doutora Berrocal, “e, de feito, temos pacientes deportistas que xogan en equipos provinciais. É máis, resulta moi interesante que fagan deporte porque iso desenvolve a súa capacidade pulmonar. E hai deportistas de elite, como era o caso de Indurain, que son asmáticos. Evidentemente, ás veces necesitan medicación para iso, pero deben facelo, quitando os períodos nos que teñan unha crise asmática ou nos que estean mal controlados. Entón neses casos ao mellor durante 10-15 días, ata que conseguimos outra vez o control, limitámoslle o exercicio porque é un desencadeante da asma.

“Moitas veces non se logra un bo control da asma porque non se administra ben a medicación. É un labor noso reeducar cada vez que veñen á consulta”

Tamén temos outros pacientes que tocan instrumentos de vento e nós incentivámoslos a que o fagan porque é outro xeito de mellorar a súa capacidade pulmonar”.

Pero non se trata só de medicación. A educación é básica para un mellor control e calidade de vida no neno asmático. “O noso labor é tamén reeducar cada vez que veñen á consulta porque moitas veces non se consegue un bo control simplemente porque non se realiza unha boa administración da medicación inhalada, que necesita dunha técnica adecuada. E isto é o primeiro que hai que investigar cando non tes un bo control. Polo tanto, é fundamental educar en canto a tomar a medicación, que tipo de medicación, tamén sobre cando acudir a un servizo de urxencias ou cando consultar se non hai un bo control”, resalta a pediatra Montserrat Berrocal. Tamén dende Neumoloxía infantil, tanto por parte das doutoras como na consulta de enfermeira, se dan indicacións para modificar o ambiente dos nenos con alerxia a determinados elementos como os ácaros do po ou o polen, “son unhas medidas sinxelas de control dos seus domicilios para que estes alérxenos estean en menor cantidade do habitual”.

As doutoras Montserrat Berrocal (de pé) e Ana Isabel Villares, na consulta de Neumoloxía e Alergoloxía infantil do Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO).

cient. “Dende hai xa moitos anos, diferentes guías a nivel nacional e internacional clasifican a asma en graos de control (a parte de clasificala segundo teña episodios ocasionais ou episodios moi frecuentes, ou sexan con síntomas moi persistentes). O tipo de atención dende a que se segue ao paciente depende un pouco da severidade da asma, de se é un paciente que ten síntomas ocasionais ou moi persistentes, e do grao de control. Cando un paciente está moi controlado, volve outra vez á atención primaria e cando se descontrola ou atención primaria non é capaz de controlalo pasa á especializada”, comenta a doutora Montserrat Berrocal.

PROBAS DA ÁREA DE NEUMOLOXÍA E ALERGOLOXÍA INFANTIL

- **Espirometría:** consiste en encher o peito de aire ao máximo e soprar rapidamente por un tubo ata baleirar o pulmón o máximo posible. Fáise en nenos a partir dos 4-5 anos xa que necesita da colaboración do paciente para poder seguir as indicacións da enfermeira.
- **Medición da fracción de óxido nítrico exhalado (FENO):** fáise para medir a inflamación bronquial.
- **Probas de alerxia cutáneas.**

No ano 2012 no servizo de Neumoloxía e Alergoloxía Infantil do CHUO fixéronse 561 espirometrías (no ano 2013 a data 19 de decembro levaban 823 espirometrías e unhas 400 probas de óxido nítrico exhalado) e unhas 450 probas cutáneas.

que é montelukast (por vía oral), un antagonista dos leucotrienos, que é un modulador da inflamación. E a verdade é que en nenos, os que responden acostuman ser en torno a un 30% dos pacientes, conseguiron un bo control do asma cunha medicación con escasos efectos secundarios. E nos casos nos que o control é malo están os corticoides orais e, dende hai xa varios anos, apareceu outra medicación que

é o anti-IgE (omalizumab), que ten conseguido un gran beneficio para aqueles pacientes alérxicos cun asma de moi difícil control, con corticoides diarios, altas doses, ingresos diarios e unha limitación moi importante da súa vida cotiá. Nós, afortunadamente non temos moitos pacientes que cumpran eses criterios, pero si que a nivel nacional os hai e penso que houbo un antes e un despois para eles”, engade

esta pediatra. Tamén pode resultar moi útil a chamada inmunoterapia (vacinas para a alerxia). “É unha parte do tratamento para os nenos con asma e tamén con rinite. A porcentaxe de vacinados é pequena porque facémolo con rapaces moi seleccionados que non van ben co tratamento controlador da asma. Nos casos de nenos nos que realizamos inmunoterapia, que pode ser subcutánea