

MANEJO DEL ASMA EN LA CONSULTA EXTERNA

Dr. Jorge Martin Westinner

Médico Pediatra, adjunto del Departamento de Pediatría,
Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas, Venezuela.

1. Establecer un diagnóstico adecuado.
 2. Clasificar los pacientes asmáticos (ver cuadro)
 3. Iniciar plan de tratamiento de acuerdo a la clasificación.
- **Pacientes leves** sólo requieren manejo durante los episodios, requieren entrenamiento de los padres y durante las crisis se manejan con beta-2 agonistas preferentemente inhalados. Los pacientes pequeños están indicados los espaciadores para obtener una mejor concentración del medicamento La terapia debe mantenerse por 10 días otros autores hablan de 3 hasta 3 días después de haber desaparecido los síntomas.
 - **Pacientes moderados:** estos pacientes requieren manejo preventivo. Esta indicado en estos paciente iniciar con protectores de mastocitos tipo cromoglicato sódico inhalado iniciar con 1 a 2 inhalaciones 4 veces al día por un mes y luego disminuir a 3 aplicaciones al día si existe repuesta el tratamiento puede continuarse por años. Si después de 3 a 4 meses de manejo no existe una respuesta favorable debe suspenderse y pasarse a esteroides inhalados tipo beclometasona , budesonida. Se debe iniciar con 400 mcg de beclometasona día fraccionados cada 6 a 8 horas y si es budesonida fraccionar cada 12 horas. Si no hay respuesta aumentar a 800 hasta un máximo de 1000 mcg. En caso de crisis aplicar beta 2 agonistas y no suspender medicación anterior.
 - **Pacientes asmáticos severos :** estos pacientes requieren manejo con esteroides inhalados, requieren teofilinas de acción prolongada administrada cada 12 horas con medición de niveles de teofilina frecuentes, y en casos más severos requieren manejo con esteroides por VO iniciándose un manejo diario por espacio de 7 días a 2 mgr por kg de peso y continuar luego en días alternos tratando de no pasar a más de 10 mg por kg ida.
Recordar que la inmunoterapia es efectiva en algunos pacientes pero no es la panacea. En pacientes con asma severa es importante la valoración desde el punto de vista psicológico.
Además de lo anterior es muy importante **el control ambiental** del paciente asi mismo debe hacerse insistencia en **eliminar fumadores**

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS

	Leve	Moderada	Severa
Características Clínicas	Síntomas poco frecuentes Tos y silbilancias no mas de 1 vez semanal.	Mayor de 2 veces por semana.	Síntomas diarios
Frecuencia Síntomas Nocturnos	Poco frecuentes	2 a 3 veces por semana	Frecuentes
Grado de tolerancia al ejercicio	Buena tolerancia	Disminuida	Poca
Nº de consultas a urgencia.	Ninguna	3 a 4 consultas al año con 2 o mas hospitalizaciones	Frecuentes
Flujo pico Espirometria	> 80 % del basal Normal o mínima obstrucción.	60 a 80 % Flujo espiratorio disminuido	< de 60% Disminuido
Manejo	Beta 2 agonistas inhalados en las crisis	-Cromoglicato o esteroides inhalados permanentes. -Beta-2 en las crisis	Esteroides Inhalados o orales. Teofilina oral. Apoyo psico lológico.

DROGAS USADAS EN EL MANEJO DE PACIENTES ASMÁTICOS EN FORMA AMBULATORIO.

Générico	comercial	Presentación	Dosis
Beclometasona	Becotide Beclafort	50 mcg inhalación. 250 mcg “	400 mgr aumentar hasta 1000
Budesonida Cromoglicato de Sodio	Pulmicort Lomudal	200 mcg inhalacion 5 mgr inhalación	igual 20 mg al día divididos en 4 inhalaciones. Si hay respuesta se dan 15 mg.
Aminofilina de accion prolongada	Teobid	Tab 100 mrg ranurada Tab 200 mgr “ Tab 300 mgr “ Sup 125 mgr/5 cc	5 a 7 mgr kg/d 2 veces al día
Fenoterol + Bromuro de Ipratropio	Berodual	inhalador 0.05 mg	crisis: 1 inhalación c/20 minutos 3 dosis. Mantenimiento 1 inhalación c/ 8 horas.
Salbutamol Clenbuterol	Salbutan Risopent	inhalador 100 mcg/inh Jarabe 0.005 mg/5 cc. Jarabe 0.01 mg/5 cc	igual anterior 0.0012 mg/kg día 2 veces
Clenbuterol +ambroxol	Mucosolvan Compositum	Jarabe 0.01 de clenbutrol en 5 cc Gotas	0.0012 mg/kg día 2 veces
Prednisona	Meticorten	tab 5 mg y 50 mg	1 a 2 mgg kg día

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Kercsmar.C, Ferkol. T. Kliegman:Practical Estrategies in Pediatric Diagnosis And Therapy.W.B Saunders. 1996. 93 : 115
2. Asma Bronquial . Aguiló C, Emparanza E. Normas de Atención Pediatrica Hospital Roberto del rio. Cuarta edición Mediterraneo 1996. 185 : 192.
3. Valencia M.Manejo Ambulatorio del asma.Correa J, Gomez J, Posada R.Fundamentos en Pediatria.1994.1009 : 1017.
4. Stempel D, Szfler S.Management of Chronic Astha. Pediatric ClinNoth 1992 : 39: 1293 - 1310.