

SIBILANCIAS RECURRENTE EN PREESCOLARES....

Pitando, pero felices

Isabel Ubeda Sansano

CS de La Eliana - Valencia
ubeda_isa@gva.es

Gimena Hernández Pombo

CS Villa Olímpica - Barcelona
gimenahernandez@gmail.com



*Las autoras no tienen
conflicto de intereses*

fPS
Fundación Pediatría y Salud



AEPA
Asociación Española de Pediatría

17º congreso
actualización
pediatría
AEPA 2020

SIBILANCIAS RECURRENTE EN PREESCOLARES

Interés



Alta prevalencia

Impacto socio-sanitario
Elevado consumo de recursos

Difícil

No siempre tenemos certeza
sobre cómo actuar

Healthcare utilization in infants and toddlers with asthma-like symptoms

Hagit Levine MD^{1,2}  | Maya Leventer-Roberts MD³ | Moshe Hoshen PhD³ |
Meir Mei-Zahav MD^{1,2}  | Ran Balicer MD³ | Hannah Blau MBBS^{1,2}

262 900 lactantes > 3 episodios de síntomas de asma
y/o compran > 2 broncodilatadores/año

Síntomas de asma son muy frecuentes en lactantes

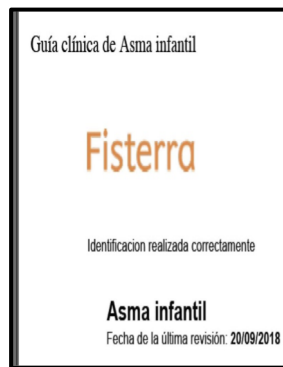
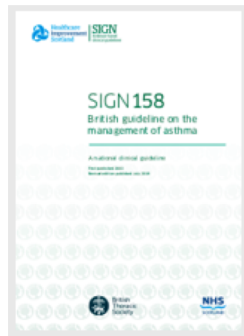
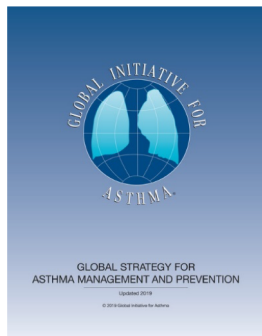
Utilización de recursos sanitarios alta

Tras introducción de **tratamiento controlador** ↓ utilización de Stmas Sanitarios

El tto controlador se prescribió en pocos niños

Las prácticas médicas deberían reevaluarse

DOCUMENTOS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



SIBILANCIAS RECURRENTE EN PREESCOLARES

La evidencia científica es limitada en este grupo de edad

La recomendaciones están basadas en algunas evidencias y opiniones de expertos, muchas veces extrapoladas de estudios en niños mayores

FENOTIPOS DEL ASMA: ¿SIRVEN?

Wheezing phenotypes and prediction of asthma in young children

Authors: Theresa W Guilbert, MD, Robert F Lemanske, Jr, MD



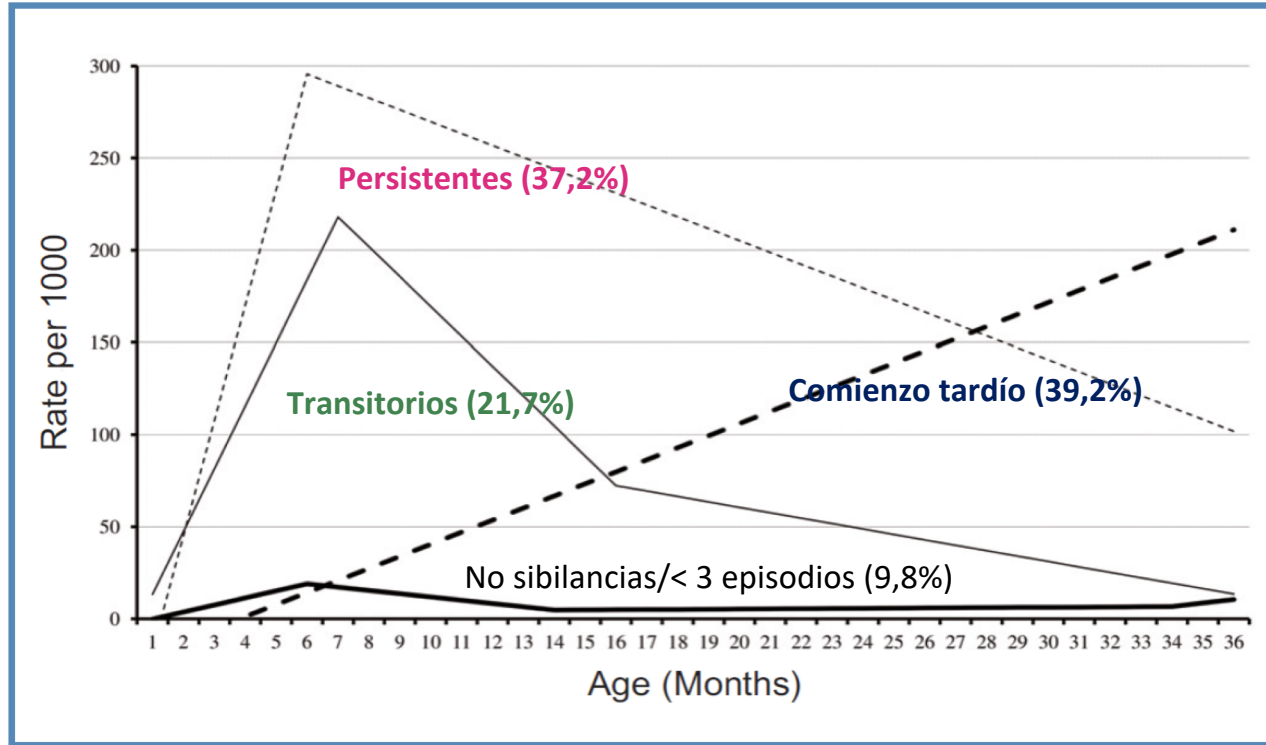
-Cohorte de Tucson: sibilancias transitorias, persistentes, de comienzo tardío (*Martinez FD. et al. N Engl J Med. 1995*)

-ERS Task Force:

- ✓ Patrón temporal: episódicas virales, múltiples desencadenantes
- ✓ Duración: transitorias, persistentes, de comienzo tardío
(*Brand P. et al. Eur Respir J. 2008*)

- Otros fenotipos...

ESTUDIO SLAM (Sibilancias Lactante Asma Mayor)



N= 3739

Sibilancias en < 3 a
(% Asma a 6 años)

¿PODEMOS PREDECIR SI ES ASMA?

Indice Predictivo de Asma (IPA) < 3 años (1 criterio mayor o 2 menores)

Criterios mayores

- Diagnóstico médico de **asma** en **algún padre**
- Diagnóstico médico de **dermatitis atópica** en **niño**

Criterios menores

- Sibilancias no relacionadas con resfriados
- Rinitis alérgica diagnosticada por un médico
- Eosinofilia en sangre periférica > 4%

Castro-Rodriguez, et al. AJCCM. 2000

Criterios mayores

- Diagnóstico médico de **asma** en **algún padre**
- Diagnóstico médico de **dermatitis atópica** en **niño**
- Sensibilización \geq **aeroalérgeno**

Criterios menores

- Sibilancias **no** relacionadas con **resfriados**
- **Eosinofilia** en sangre periférica > 4%
- Sensibilización a **huevo, leche o frutos secos**.

Guilbert et al. Clinical trials 2004

¿PODEMOS PREDECIR SI ES ASMA?

Fenotipos se solapan, pueden cambiar con el tiempo, baja sensibilidad

IPA tiene baja sensibilidad y especificidad para garantizar el diagnóstico




A NIVEL PRÁCTICO: RIESGO DE PERSISTIR ASMA



- Inicio en **1º año** y el **IPA negativo** > probabilidad desaparición de los síntomas

- Inicio **alrededor de 2º año de vida**, sin otra causa justificada, con **atopia** en padres y niño > probabilidad asma persista

Atopia factor de riesgo de persistencia (independiente de la edad)

- Inicio poco después de nacer  derivar (dd)

¿SIBILANCIAS RECURRENTES = ASMA?

~~Broncoespasmo
Bronquitis espástica
Bronquitis crónica
Asma del lactante
Sibilante feliz~~

Considerar el **diagnóstico de ASMA** en preescolares si existen **episodios recurrentes de sibilancias** u otros signos o síntomas similares al asma, incluso desencadenados por virus, que **mejoran con tratamiento** para esta enfermedad **y no se sospecha otro diagnóstico.**

Ducharme, et al. Paediatric Child Health. 2015

ORIGINAL ARTICLE

Allergol Immunopathol (Madr). 2019;47(2):107-121

Asthma diagnosis in infants and preschool children: a systematic review of clinical guidelines

L. Moral^{a,*}, G. Vizmanos^b, J. Torres-Borrego^c, M. Praena-Crespo^d,
M. Tortajada-Girbés^e, F.J. Pellegrini^f, Ó. Asensio^g



En los primeros años de vida
el **diagnóstico es clínico**

No precisan pruebas funcionales u
otras exploraciones complementarias

DIAGNÓSTICO DEL ASMA

D. Clínico

Signos, síntomas
Exploración física
Antec. personales
Antec. familiares
Ambientales (tabaco, otros...)

D. Funcional



Diagnóstico

D. Alergia Correlación con
la clínica

D. Diferencial

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



- Síntomas desde el nacimiento
- Fallo de medro
- Tos o vómitos asociados con síntomas respiratorios
- Episodio de sofocación o síntomas de inicio súbito
- Sibilancias continuas
- Mala respuesta al tratamiento
- No asociación de síntomas con los desencadenantes típicos
- Signos pulmonares focales o signos cardiovasculares
- Antecedentes de prematuridad
- Estridor y/o disfonía, llanto anormal
- Infecciones bacterianas recurrentes

¿CÓMO ABORDAR EL TRATAMIENTO?

Informar a los padres



Individualizar el tratamiento

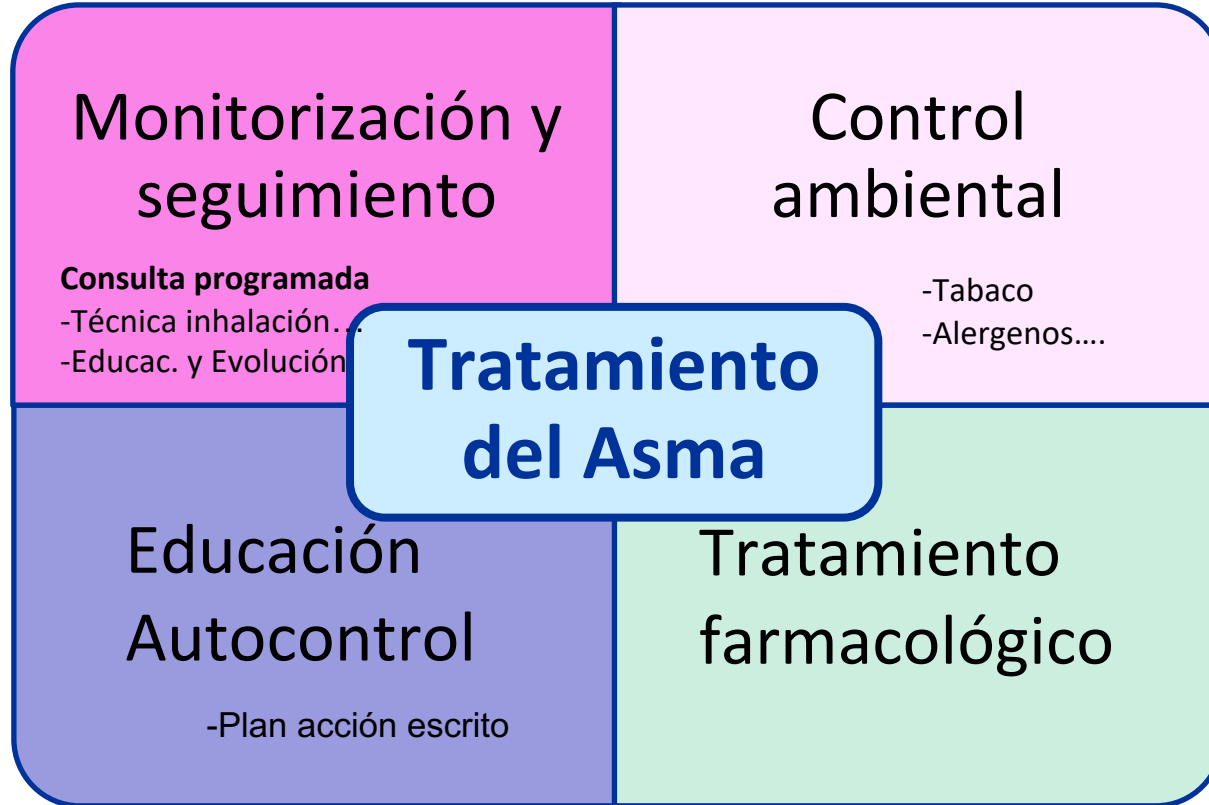
Iniciar tto controlador si episodios de sibilancias frecuentes (3 ó más en la misma estación) o menos frecuentes pero graves.

GINA 2019

Iniciar a partir de 2 episodios recurrentes, síntomas persistentes (> de 8 días/mes) y/o crisis moderadas-graves.

Ducharme, et al. Paediatric Child Health. 2015

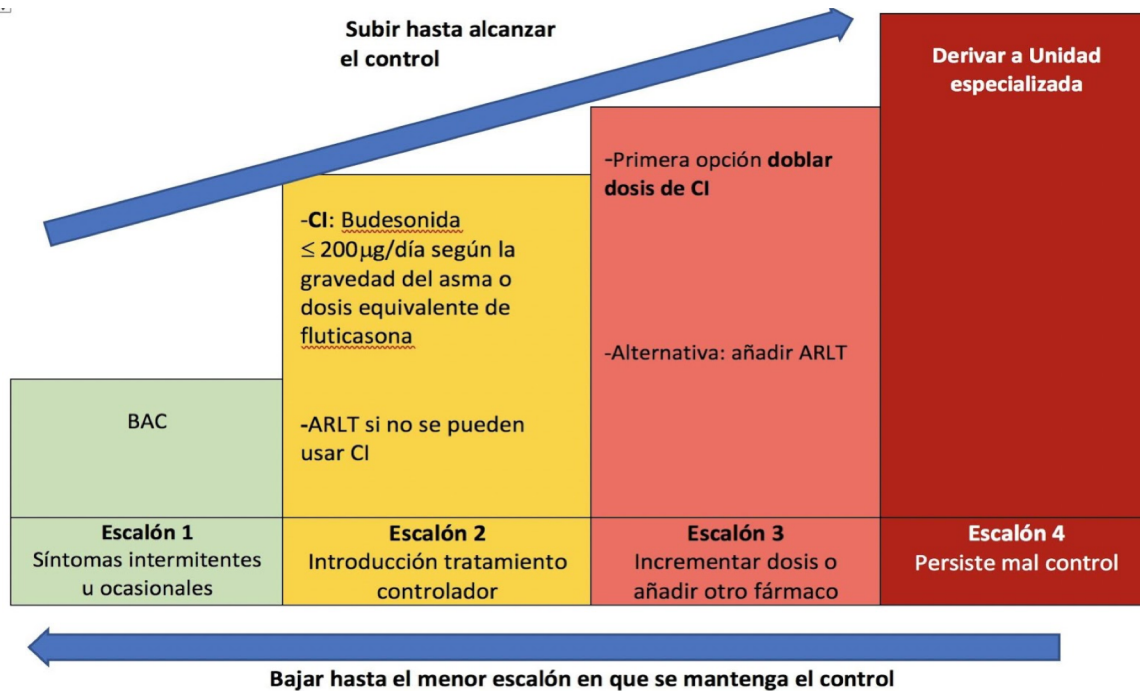
COMPONENTES DEL TRATAMIENTO



ATENCIÓN PROGRAMADA: EDUCACIÓN

1. Información sobre la enfermedad
2. Conocimientos sobre desencadenantes del asma
3. Información sobre el tratamiento farmacológico
4. Uso de dispositivos de inhalación
5. Plan de autocontrol o plan de acción escrito

TRATAMIENTO ESCALONADO



BAC: Beta₂-agonistas de acción corta; CI: Corticoides inhalados; ARLT: Antagonistas receptores de leucotrienos

**Modificado de GINA 2019, BTS 2019, GEMA 2019*

TRATAMIENTO CONTROLADOR

Los **antagonistas de los leucotrienos** son menos eficaces que los CI y deberían utilizarse como **segunda opción**. Comparados con placebo, reducen de forma modesta los síntomas y la necesidad de C. Orales

No se recomienda incrementar, durante las IVRS, la dosis diaria de CI que lleva pautada. Esta estrategia no se ha estudiado en preescolares.

No se recomienda el uso intermitente de fármacos controladores (**CI y Montelukast**) al **comienzo de los síntomas** a las dosis habituales.

*Ducharme, et al. Paediatric Child Health. 2015.
Castro-Rodriguez, et al. Asthma Res Pract. 2016.*

CRISIS ASMÁTICA. CLASIFICACIÓN GRAVEDAD: PULMONARY SCORE

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso de músculos accesorios- ECM
	< 6 años	≥ 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración (estetoscopio)	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	>60	> 50	Inspiración y espiración, sin estetoscopio*	Actividad máxima

**Si no hay sibilancias y la actividad del esternocleidomastoideo está aumentada puntuar el apartado sibilancias con un 3.
Crisis Leve: 0-3 puntos; Moderada: 4-6 puntos; Grave: 7-9 puntos.

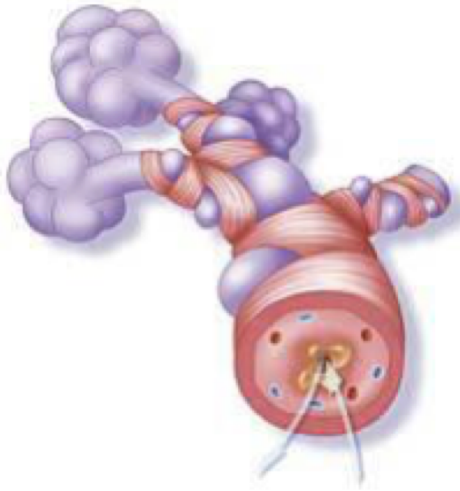
CRISIS ASMÁTICA. CLASIFICACIÓN GRAVEDAD: PULMONARY SCORE Y SAT O₂

	Pulmonary Score	SpO2
Leve	0-3	>94%
Moderada	4-6	91-94%
Grave	7-9	<91%

Puntuación clínica ≠ saturación de oxígeno. Se debe tomar la de mayor gravedad

TRATAMIENTO

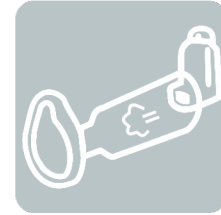
A INMEDIATO (DENTRO DE LA 1ª HORA) Y ENÉRGICO



1- Oxígeno



2- Broncodilatadores



3- Corticoides sistémicos



CONTROL DEL ASMA

Evaluación del nivel de control de los síntomas en niños ≤ 5 años

GINA 2019

En las últimas 4 semanas, el niño ha tenido:	Buen control	Parcial control	No control
¿Síntomas diurnos más de una vez/semana que duren más de unos minutos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ninguno de ellos	1-2 de ellos	3-4 de ellos
¿Alguna limitación de la actividad debida al asma? (correr/jugar menos que otros niños, se cansa fácilmente caminando/jugando) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Necesidad de uso de medicación de rescate* más de una vez/semana? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Algún despertar nocturno o tos nocturna debidos al asma? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

* Excluyendo el uso antes del ejercicio

Valorar el grado de control en cada consulta de seguimiento

CONTROL DEL ASMA

Inicio del tratamiento de control

Revisar la respuesta en 4-6 semanas. Escala de control: síntomas

Buen control

Mantener misma dosis 3 meses según control y riesgo
Educación: adherencia, técnica inhalación, control ambiental
Plan de acción escrito

Buen control mantenido

Reforzar educación en CADA visita

CONTROL DEL ASMA

Inicio del tratamiento de control

Revisar la respuesta en 4-6 semanas. Escala de control: síntomas

Mal control o control parcial

Evaluar adherencia, técnica inhalación, control ambiental
Identificar respuesta individual en cada paciente
continuar o suspender tto

Educación
Subir un escalón si procede
Revisar en 3-6 semanas
Plan de acción
Diario de síntomas

SEGUIMIENTO Y CONTROL

Intervalo de revisiones programadas

- Parece razonable 4-6 semanas tras modificar un tratamiento para valorar respuesta.
- En casi todos los programas se propone al menos 3 consultas educativas según la familia.
- Luego, en función de la gravedad, la evolución y el progreso mínimo una vez al año.



Descenso escalón



Reducción gradual dosis
25-50% cada 3 meses si buen
control (opinión expertos)



¿CUANDO DERIVAR A CONSULTA ESPECIALIZADA?



Derivación para pruebas no disponibles en AP

- Dudas en el diagnóstico
- No control de los síntomas pese al tratamiento
- Crisis grave/ingreso en UCI

Sospecha de otros diagnósticos

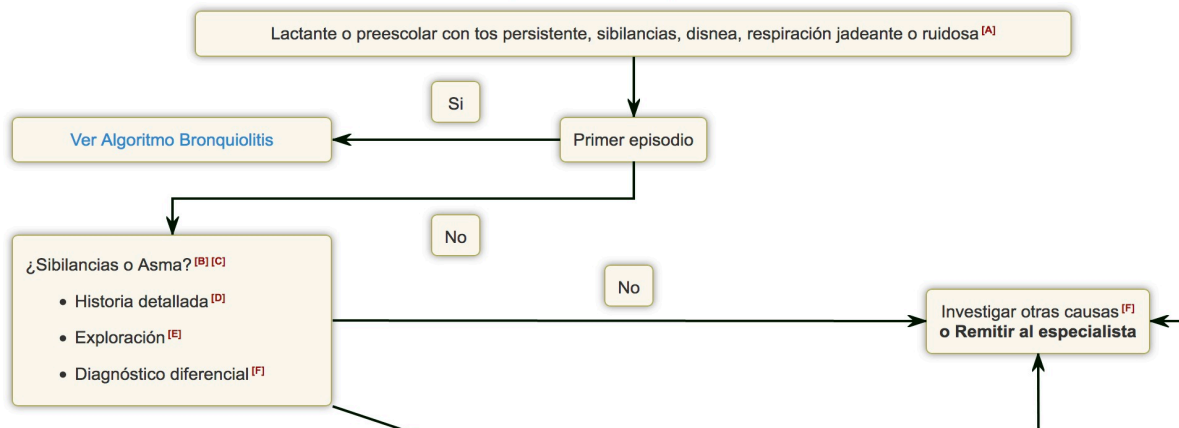
- Fallo de medro
- Síntomas desde el nacimiento
- Tos productiva persistente
- Infecciones severas del tracto respiratorio superior
- Historia familiar de enfermedad pulmonar rara
- Vómitos excesivos
- Pólipos nasales

Ansiedad de los padres o necesidad de segunda opinión

GINA 2019 y SIGN 2019

BIBLIOGRAFIA Y PROTOCOLOS RECOMENDADOS

Sibilancias recurrentes en los primeros años de vida. Manejo en atención primaria



<https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/51/sibilancias-recurrentes-en-los-primeros-anos-de-vida>

Lo más visto de GVR

- Protocolos y Documentos Técnicos
- Grupo de Vías Respiratorias
- Día Mundial del Asma
- 31 de Mayo. Día mundial sin tabaco
- Documentación de interés

Boletín de noticias

Correo

Suscribirse

Eventos programados

Protocolos y Documentos Técnicos

Última actualización: 03 Diciembre 2019



- [Sibilancias recurrentes en los primeros años de vida. Manejo en atención primaria.](#) Última actualización abril-2018.
- [Identificación de la alergia.](#) Última actualización diciembre-2017.
- [Golosinas, colorantes y alergias en los niños.](#) Septiembre de 2017.
- [Dispositivos de inhalación.](#) Última actualización marzo-2017
- [Neumonía de la comunidad \(texto completo\)](#) Última actualización febrero-2017.
- [Guía rápida.](#) Última actualización mayo-2017.
- [Rinitis alérgica.](#) Última actualización octubre-2016
- [Normas de Calidad para el tratamiento de la Crisis de Asma en el niño y adolescente.](#) Última actualización octubre -2015
- [Guía Rápida.](#)
- [Instrucciones para manejo de crisis en domicilio](#)



Cada edad requiere una técnica inhalatoria adaptada a la capacidad de colaboración del paciente. Los niños pequeños requieren mascarilla facial

Financiación de cámaras con mascarilla facial para niños pequeños



Documento reivindicativo de las cámaras con mascarilla.

[Descarga aquí](#)



Decálogo del asma

- 1. El asma es una enfermedad crónica que afecta a los bronquios.** Diversos factores hacen que los bronquios se inflamen y se estrechen dificultando el paso del aire hacia los pulmones.
- 2. Los síntomas de asma son variables y debes reconocerlos.** Cuando se presenta una crisis de asma, los síntomas principales son tos, pitidos que salen del pecho y ahogo. A veces sólo se da alguno de ellos y otras veces puede aparecer dolor de pecho o sensación de fatiga.
- 3. El asma se sospecha por los síntomas** y en los niños mayores se puede confirmar con pruebas de función pulmonar como la espirometría. Las pruebas de alergia se hacen para descartar alergias asociadas. El pediatra aconsejará el momento apropiado para hacerlas.
- 4. El asma se puede desencadenar por varias causas.** Los desencadenantes principales son las alergias (ácaros, polen, hongos, pelo de animales), los virus respiratorios y el ejercicio. La exposición al humo del tabaco y la contaminación son otros factores que provocan asma y la empeoran. ¡Evítalos!
- 5. Un buen control es fundamental.** Los síntomas aparecen si el asma no está controlada. Conviene evitar los factores desencadenantes y tratar la inflamación de las vías respiratorias con la medicación de control indicada por tu pediatra. Trata precozmente los síntomas cuando aparezcan.
- 6. Hay dos tipos de medicamentos para el asma:**
 - Los que la **alivian**, que se usan cuando aparezcan síntomas. Se los conoce como broncodilatadores, porque abren los bronquios.
 - Los que controlan la inflamación o **antiinflamatorios**. Se usan diariamente para mantener controlada el asma. No debes dejar de tomarlos aunque te encuentres bien. Tu pediatra te los recomendará si los necesitas y te dirá cuándo tienes que dejarlos.
- 7. Usa bien los inhaladores.** Son dispositivos que ayudan a introducir la medicación en las vías respiratorias, mientras respiras. ¡Prueba su uso con tu pediatra o enfermera! Tienes más información en: www.familiaysalud.es/enfermedades/sistema-respiratorio/como-se-usan-los-inhaladores
- 8. Utiliza el plan de tratamiento, escrito y personalizado, que hayas acordado con tu pediatra.** Te indicará claramente los desencadenantes a evitar, los broncodilatadores a tomar en caso de síntomas y el tratamiento de control a seguir para controlar el asma a largo plazo.
- 9. La escuela debe ofrecer un entorno seguro.** El profesorado debe saber si tienes asma para ayudarte en caso de presentar una crisis de asma o síntomas con el ejercicio y colaborar con tus padres y tu pediatra informándoles.
- 10.** Con el tratamiento adecuado **puedes conseguir hacer una vida normal.** Incluso, practicar el deporte que te guste. Estar activo ayudará a tu salud.

¡Controla tu asma para que tu asma no te controle!

Ilustraciones de Pediatría de Atención Primaria, 2018

Quiénes somos Noticias Contacto
Buscar
Temas de la A a la Z

Padres y pediatras
al cuidado de la infancia y la adolescencia

CRECEMOS

VIVIMOS SANOS

PODEMOS PREVENIR

LAS VACUNAS

SÍNTOMAS Y ENFERMEDADES

MEDICINAS

RECURSOS

Inicio > Síntomas y Enfermedades > Sistema respiratorio > Bronquios y Pulmones

¿Qué son las sibilancias recurrentes del niño pequeño?

¿Qué son las sibilancias?

Son los "pitos" que se oyen al respirar. Lo más habitual es que se deban a un problema en los bronquios.

No hay que confundir con los ruidos transmitidos de la nariz o de la garganta. Para saber si son sibilancias hay que auscultar al niño.

¿Por qué ocurren?

Se producen porque los bronquios se estrechan o se llenan de moco. Es el ruido que se oye al pasar el aire por un lugar más estrecho.

Esta obstrucción puede manifestarse en el niño por tos seca cuando corre, llora o juega, sibilancias y/o dificultad para respirar.

La causa más frecuente es el asma. En los niños pequeños son las infecciones por virus.