

Asma Bronquial

II parte

Dra. Nelly Ramírez*

Dra. Rosa Aurora Balderas**

Dra. Bethy Coutiño***

Dra. Verónica Flores Castro****

Natividad Martínez Tellez*****

Dr. José Valle Burián*****

En el servicio de Medicina Física del INP se enseña a los niños con asma bronquial a: 1. respirar por la nariz, en forma lenta y profunda. 2. Practicar ejercicios respiratorios, para usar los músculos intercostales y relajar los accesorios de la respiración y 3. realizar ejercicios de estiramiento de los paravertebrales para evitar desviaciones de la columna.

Generalmente, en cinco sesiones, el niño aprende los ejercicios, que debe realizar tres veces al día, antes de cada comida y nunca durante la crisis de asma.

Los objetivos del manejo del niño asmático son prevenir o corregir defectos posturales, mejorar la mecánica respiratoria y el estado físico emocional del niño así como estimularlo a que reanude tanto sus actividades deportivas como recreativas.

Coordinador:

Dra. Coutiño ¿Qué se puede hacer por el niño asmático en plan de funcionamiento muscular?

Dra. Coutiño:

Nosotros nos encargamos de que el paciente sea capaz de llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, tratando de mejorar el funcionamiento de sus músculos.

El asma es un padecimiento en el que se disminuye la luz ó el calibre de los bronquios, esto hace que se atrape el aire alterando la

mecánica respiratoria ó sea no entra y sale adecuadamente el oxígeno y el bióxido de carbono. Pero resulta que todo este mecanismo de la respiración, propiamente dicho, está dado por una serie de músculos principalmente los de la parte anterior del tórax, de la espalda, de las costillas. En cada crisis de asma el niño, pone a funcionar sus músculos del cuello, se ponen muy tensos y se estiran, en cuanto cede la crisis se recupera, pero conforme ésta se hace más frecuente aparecen vicios de postura, esto se debe a que el niño no está utilizando adecuadamente estos músculos, y se debilitan principalmente los del abdomen.

Nuestro papel es enseñar al niño a respirar, resulta que el 60 por ciento de la población normal no sabe hacerlo. Por ejemplo al inspirar se sume el abdomen y debe ser al revés, abombarse y en la espiración deprimirse.

El músculo principal en la respiración es el diafragma, este músculo debe de subir y bajar en los movimientos respiratorios, no lo podemos controlar conscientemente; los abdominales, hacen que nuestro abdomen esté aplanado ó flojo, son de control voluntario. Hay que enseñar a los pacientes a respirar por la nariz, no por la boca, el abdomen se debe abombar. Nosotros enseñamos al niño, siempre con la mamá, el papá ó alguien que va a estar más en contacto con él, en la mayoría de los casos con la mamá, y lo ideal es que ella lo aprenda primero y entienda qué es lo que se

*Médico adscrito, Servicio de Alergia I.N.P.

**Jefe del Servicio de Salud Mental, I.N.P.

***Médico Adscrito al Servicio de Medicina Física, I.N.P.

****Adscrita al Servicio de Alergia, I.N.P.

*****Terapeuta Respiratoria, Coordinadora del Servicio de Inhaloterapia, I.N.P.

*****Médico Psiquiatra, Ex Jefe del Servicio de Salud Mental, I.N.P.

está haciendo para que pueda ayudar libremente al niño. Lo que tratamos de hacer es que la respiración sea lenta, profunda, que la inhalación de aire sea rápida y el irlo sacando sea paulatino. Una vez que el niño aprende esta serie de ejercicios, le agregamos otra serie que va a participar, tres veces al día, durante tres meses al cabo de este tiempo el niño ya debe realizar la respiración automáticamente, con naturalidad.

La mayoría de los atletas y cantantes sí saben respirar, porque se les enseñó y ahora lo hacen libremente.

Otro ejercicio es que el niño tenga dobladas las rodillas, para que actúen libremente los músculos del abdomen, debe tener la mano sobre el abdomen para que sienta realmente lo que está sumiendo y abombando, apoyado libremente sobre la mesa, ó sobre el piso y que esté en actitud totalmente relajada, suelto, sin estar tenso.

Una vez que el niño aprende ese primer ejercicio, pasamos al segundo, donde trabajen los músculos intercostales que también son importantes para la respiración.

Cuando ya aprendió a usar los intercostales agregamos otras series de ejercicios con la finalidad de aflojar los músculos que él, en cada crisis de asma los va a estar utilizando para mejorar su respiración, generalmente los músculos del cuello los tiene tensos, duros, tratando que el cuello se vaya para atrás, para favorecer la relajación, al igual que sucede con la ayuda de las extremidades inferiores.

Otro ejercicio es tratar de levantarse y de sentarse, porque tenemos que aumentar la fuerza de sus abdominales. El mejor ejercicio es tratar de sentarse cuando está acostado, este ejercicio tiene una segunda finalidad que es la de estirar los músculos del tronco, que también están muy duros. Este último ejercicio, se repite pero hacia un lado, para ejecutar los oblicuos abdominales.

En posición sentada, nuevamente sigue haciendo respiración diafragmática con la ayuda de los abdominales, pero tratando que él se pegue totalmente a la silla, relaje musculatura y trate de adoptar posturas adecuadas y normales.

Agregamos ejercicios de estiramiento de los músculos de los brazos, siempre en una posición lo más correcta posible, sentado, estirando músculos, como los paravertebrales, para que el niño no tenga desviaciones de la columna. Más adelante vamos a ver que los niños asmáticos tienen defectos posturales.

En el departamento de rehabilitación también enseñamos a los niños a relajarse.

Generalmente, en cinco sesiones, terminamos de enseñar los ejercicios respiratorios. El niño los debe realizar tres veces al día, antes de cada comida y siempre antes de que vaya a iniciar una crisis, nunca se deben realizar durante ésta.

Las personas sanas, generalmente en un 40 por ciento tenemos defectos posturales, en un niño asmático es todavía más frecuente. Primero, porque está utilizando inadecuadamente su musculatura y segundo porque es un niño triste, que a todo se le dice no, no a sus juegos, no salgas al aire libre, no te mojes, no comas paletas, cúbrete, etc. La persona que está triste siempre tiene una manera de pararse y de sentarse desgarbada, lo que favorece defectos posturales. El niño asmático tiene prominencia del abdomen, los hombros echados un poco hacia adelante, levantados los omóplatos y la cabeza hacia adelante.

Esas son las alteraciones posturales que hemos encontrado en ellos.

Hay que orientar a los padres sobre el tipo de ropa que debe usar el niño, la que no debe ser apretada, recomendar soportes plantares ó plantillas si son necesarios; siempre indicamos que usen zapato adecuado, no apretado, ni puntiagudo. En la actualidad la mayoría de los niños usan tenis, que son buenos, pero deforman un poco el pie, a menos que sean especiales para caminar y para correr.

Enseñamos la manera correcta de pararse. Deben hacerlo apretando las regiones glúteas y eso hace que automáticamente, por algo que llamamos reflejo postural se van los hombros hacia atrás y corrigen su postura. Hay que tener cuidado que las sillas sean las adecuadas. Siempre los pies deben tocar el piso aunque estemos sentados, la cadera debe quedar un

poquito más abajo que la rodilla en esa posición.

El respaldo debe tener la inclinación correcta, para que no esté el niño demasiado recto ni muy inclinado. Para acostarse, el niño asmático debe dormir de preferencia boca arriba y así su mecánica respiratoria no se encuentre alterada y la cama debe ser semi-dura, no es necesario agregar una tabla.

Entre los ejercicios correctores de la postura es básico estirar los brazos hacia atrás. Si el niño no aprendió en cinco sesiones, será en seis, ó las necesarias hasta que aprenda bien y que la mamá se encuentre totalmente satisfecha de ese aprendizaje.

Les enseñamos a los niños, aunque es difícil hacerlo, que en una crisis asmática, se relajen, para eso se requiere más que una silla ó en muchas ocasiones en la pared, le enseñamos a que él por sí solo se enseñe a favorecer el mecanismo de la tos, y las medidas necesarias para poder tener un mejor drenaje, utilizando posturas; ejemplo, que él se incline sobre una mesa.

Muchas veces esta serie de drenajes posturales y percusiones se realiza en el Departamento de Inhaloterapia, pero nosotros tratamos de reforzar también ese aprendizaje para que todas las medidas adecuadas lleven el buen funcionamiento de la respiración.

Percusiones tanto boca abajo como boca arriba, inclinada la cabeza hacia abajo, esta serie de programas de ejercicios tiene tres finalidades: Primero, que mejore la mecánica respiratoria, que utilice adecuadamente toda su musculatura, no solo del tronco sino de sus extremidades inferiores, y cadera; segundo: corregir ó prevenir una serie de defectos en la postura que no son más que por el desequilibrio de los músculos; tercero: todo esto nos lleva a que el niño mejore tanto en su estado físico como en el emocional y además, nosotros estimulamos al niño a que realice todas sus actividades tanto deportivas como recreativas, sin temor a estar en el aire libre, lo motivamos a que mejore en todos los aspectos, ya sea físico y mentales.

Los factores emocionales relacionados con el asma afectan tanto al niño como a su familia. El niño resiente la atención especial que recibe y la limitación de actividades que sus padres le imponen.

Algunos problemas emocionales son exclusivos del proceso asmático, pero otros forman parte del desarrollo del niño. La mayoría de los pequeños asmáticos presentan: ansiedad, temor de morir, culpabilidad, resentimiento, deseos de ser como los demás niños, etc.

El niño, además de los problemas psicológicos relacionados con el asma, puede tener otros con un origen distinto.

En muchos casos, la familia también requiere tratamiento psicológico.

Coordinador:

Dra. Balderas ¿Cuáles son los factores emocionales en el asma?

Dra. Balderas:

Todos los padres de familia han vivido la ansiedad, la angustia que presenta su hijo durante las crisis asmáticas. pero lo más seguro es que los padres no hayan podido ser observadores calmados, serenos, de la crisis de sus hijos, y en ocasiones su angustia ha sido igual o mayor que la de sus hijos.

De lo anterior deducimos que existen factores emocionales propios, del niño y de la familia, que si bien en el momento de la crisis no pueden ser separados completamente ni siquiera parcialmente, para mejor comprensión los dividiremos en factores del niño y de la familia, yo me referiré a los del niño.

Un niño de siete años fue referido al servicio de salud mental. Tenía dos años en tratamiento con deficiente respuesta a su problema asmático. Se le había examinado exhaustivamente desde el punto de vista alérgico, y recibía tratamiento multidisciplinario, pero las crisis persistían. El niño era el menor de tres hijos, sus hermanos tenían 12 y 14 años. Si bien el embarazo no había sido voluntario, ambos padres trataron de aceptar la llegada del nuevo hijo al que sin embargo no querían.

Durante la lactancia fue un problema desde el principio. Nunca se alimentó bien y era "endeble y desnutrido". Había antecedentes de alergia y ambos padres asuponían que la dificultades con las comidas eran debidas a este padecimiento. El primer ataque asmático, aunque leve, desencadenó gran ansiedad en los padres, quienes incrementaron de inmediato sus actitudes sobreprotectoras.

El paciente era un niño inteligente, delgado y activo, que conversaba con desenvoltura y al que le agradaba asistir al servicio de salud mental. En sus primeras visitas se interesó por los medicamentos, los médicos, los alimentos y por su propia salud en general. Manifestó que no lo dejaban jugar con otros niños, para que no se expusiera a nada que le provocase un ataque asmático. Dijo al terapeuta que le habría agradado participar en deportes, pero que no se lo permitían porque ello podría causarle un ataque. Referíase extremadamente y con gran insistencia a su dieta y describía con detalle los alimentos que le dejaban comer, haciendo énfasis en los que tenía totalmente prohibidos. Asimismo expresaba su sufrimiento por estas razones. El niño continuaba hablando de que él era el menor de su familia y de la atención especial que recibía. Si bien le agradaba la excesiva preocupación de sus padres por él, también anhelaba mayor libertad e independencia como la que gozaban los demás niños.

En una sesión, cuando hablaba de su asma, y de la manera en que iniciaban los ataques, hizo la siguiente observación.

"Oh, yo tengo un ataque siempre que quiero". Procedió a demostrar al médico su mecanismo de hiperventilación, en unos minutos respiraba rápidamente y producía un ligero ataque de asma con todas las características. Durante el tratamiento el niño adquirió mayor noción de las ocasiones especiales en que producía sus estados asmáticos y de los motivos por los cuales los producía.

La familia fue tratada paralelamente y el niño obtuvo un resultado satisfactorio. Al respecto del control o producción de crisis, un niño de 12 años del estado de Sinaloa me decía en una sesión en la que el había logrado

controlar una crisis asmática que se estaba iniciando: ¡Claro que sí logro controlarme! ¿Pero qué no entiende que me quiero morir?

En los ejemplos anteriores hemos revisado algunos de los factores emocionales que los niños presentan en relación a su asma, y vemos que algunos de estos factores están relacionados casi en exclusividad con el proceso asmático pero que algunos otros son parte del desarrollo del niño.

La gran mayoría de los niños asmáticos presentan diferentes síntomas ante su enfermedad, los más comunes son: 1) ansiedad, 2) temor de morir, 3) culpabilidad y deseo de recibir castigo, 4) ira y resentimiento, 5) deseos de ser niños más pequeños o se comportan como niños menores a su edad cronológica, 6) deseos de ser como los demás niños, 7) disminución de su autoestima, son a veces niños tristes, dicen "como que no puedo hacer las cosas", 8) un gran sentimiento de impotencia al no poder ellos mismos solucionar en determinado momento, esas crisis. La presencia de estos síntomas nos confirman que el proceso asmático en sí produce cambios emocionales importantes.

Mencionaré algún otro tipo de casos. Una niña de 3 años es referida por asma de pobre control, aunque el servicio de alergia nota que hay problemas emocionales que no logra precisar. Encontramos una niña de 3 años que de entrada parece niño. Al profundizar el estudio y terminarlo, concluimos que la niña realmente en su interior quería ser niño, habiendo ya una desviación del desarrollo en este sentido.

Otro niño de 7 años con asma de difícil control, pero sumamente inquieto. No podía permanecer sentado ni un minuto. Su atención era muy deficiente, se le estudió, y se diagnosticó trastorno de atención. Otro caso: una niña de cinco años, que además de ser asmática, presentaba ronchas en su cuerpo que le salían cuando estaba nerviosa. El diagnóstico fue neurodermatitis.

En estos tres casos, el asma se asocia a otros problemas psiquiátricos, lo que nos indica que un niño además de ser asmático, puede presentar cualquier otro padecimiento psico-

lógico. Esto es muy importante porque a veces se piensa que el niño asmático nada más nos consultará por el asma y se olvidan otros problemas.

Se ha intentado establecer el perfil psicológico de las alteraciones emocionales del niño y de sus padres que son consecuencias del padecimiento. Se considera que el niño asmático es dependiente, inseguro, egoísta, demandante e inmaduro; los padres suelen ser rechazantes, conflictivos y perfeccionistas.

El manejo del niño y de sus padres por un equipo interdisciplinario suele lograr modificaciones favorables en las alteraciones antes mencionadas. La terapia respiratoria constituye un recurso adicional en el manejo del niño asmático y puede aplicarse en el hogar o en el hospital. En el hogar puede hacerse con un equipo muy sencillo: la regadera del baño para proporcionar humedad o bien ollas que hierven el agua y vaporizan, en ocasiones se dispone de nebulizadores. En el hospital se dispone de equipo más sofisticado.

Coordinador:

El Dr. Valle Burián, nos hablará de los aspectos emocionales del niño con asma y su familia.

Dr. Valle:

Un concepto de asma bronquial es el de "un padecimiento reversible de obstrucción de las vías aéreas, que puede ser intermitentemente exacerbado por una gran variedad de causas, y que tiende a la cronicidad". En base a este enunciado, surgen como una consecuencia las siguientes situaciones:

1. La amenaza del proceso respiratorio, que es una función vital primaria, ocasiona gran ansiedad en el niño y en sus familiares.

2. Las crisis de asma, enfrentan al sistema familiar a experiencias abrumadoras: hospitalizaciones, medicamentos, restricciones, cuidados especiales, etc.

3. La cronicidad del problema origina cambios en la estructura y desarrollo emocional de cada uno de los componentes de la familia y a esta misma.

Estos cambios surgen como un intento de evitar las crisis de asma ó para resolverlas una vez que se presentan, y se manifiestan en forma de conductas "funcionales" para la crisis, pero disfuncionales para el desarrollo, y que las más de las veces contribuyen a perpetuar el problema. Algunas de las conductas observadas son: limitación de las actividades físicas del niño; abrigarlo excesivamente; imponer reglas de no contrariarlo; la intervención de toda la familia en el "como cuidar del niño"; quien "debe cuidarlo", etc.

Las alteraciones emocionales del niño y de su padres, que surgen como una consecuencia del padecimiento, se ha intentado agruparlas en un "perfil psicológico", mencionándose que el niño asmático es: dependiente, inseguro, depresivo, egoísta, demandante e inmaduro, y que los padres son fríos, rechazantes, conflictivos, perfeccionistas, que culpan al otro conyuge para no asumir su responsabilidad, etc. Aunque en la práctica diaria con estos niños y sus padres se identifican algunas de estas características, también hemos observado que cuando se proporciona a la familia una información veráz sobre el problema y su manejo por parte de un equipo médico multidisciplinario, muchas de estas características se modifican favorablemente.

Un aspecto muy importante es la modificación que sufre el sistema familiar ante los embates de la crisis de asma, pues se hacen aparentes conductas, que aunque ya existían desde antes, ahora se hacen mayormente disfuncionales. Estas conductas, características de familias con este tipo de problemas de asma, son:

a) Aglutinación: La familia acentúa su "amontonamiento", perdiéndose los límites entre ellas confundiendo al hacer qué, quien

manda a quien o en qué, y el que unos sienten y piensen por otros. Por ejemplo: "estoy sintiendo frío, tapa al niño". "Todos los domingos nos la pasamos en casa de mi mamá, etc."

- b) Sobreprotección: Centrada en el "niño enfermo", y actuada por todos los miembros de ambas familias.
- c) Rigidez: "No tenemos ningún otro problema que el del niño enfermo, somos una familia normal. Todos estamos bien en nuestras reglas y relaciones y costumbres, así como en la forma en que pasamos el tiempo libre. No nos toquen estos aspectos, solo curen el asma".
- d) No solución de conflictos: "Nunca discutimos en casa; si surge una discusión yo me callo, ó me pongo a ver la tele; ó me salgo de la casa; ó el niño empieza a toser".
- e) Involucración del paciente en los conflictos: "Dile al doctor que hace tu papá cuando toma vino", ó bien "cuentale al doctor como tiene tu mamá la casa de sucia". O ambos padres señalan que ya no toleran la conducta del niño.

Estas alteraciones en el sistema familiar también pueden ser modificadas favorablemente, si los padres con ayuda del equipo multidisciplinario, las reconocen y trabajan para llegar a transacciones más funcionales para todos ellos.

Coordinador:

La terapia respiratoria Natividad Martínez Téllez, nos va a hablar de la inhaloterapia en el asma.

Srta. Martínez:

La terapia respiratoria constituye un recurso más en el tratamiento del niño asmático. Es una serie de procedimientos a base de elementos naturales como agua y oxígeno principalmente, que pueden combinarse con medicamentos broncodilatadores para disminuir el espasmo o cierre del bronquio y hacer

que las secreciones se eliminen más fácilmente. Estos métodos de tratamiento respiratorio se pueden usar en el hogar o en el hospital. Los recursos en el hogar pueden ser la humedad de la regadera u ollas que proporcionen vapor o nebulizadores.

La humedad con temperatura mayor a la ambiental (tibia o caliente) es útil durante las noches y en épocas de invierno, teniendo los siguientes cuidados:

- A) Evitar que la humedad se esparza por toda la habitación.
- B) Condicionar la temperatura para evitar cambios bruscos.
- C) Lavar el equipo con detergentes y enjuagar con una solución de vinagre blanco (1/3) y agua (2/3).
- D) Cuando se usen humidificadores o nebulizadores caseros colocarlos sobre un plástico, que cubra unos 60 cm alrededor del aparato.
- E) Mantener el agua hasta el nivel indicado en el depósito.
- F) Tenerlo siempre al alcance.
- G) Mantener los aparatos secos y empaquetados en bolsas de plástico cuando no se usen

La prevención del asma bronquial se inicia durante la gestación del producto. Las mujeres que tienen predisposición a fenómenos alérgicos, deberán recibir dieta adecuada, control del medio ambiente y evitar el tabaquismo.

La alimentación al seno materno, ha de ser especialmente cuidadosa, tratándose de madres alérgicas, ya que el intestino del pequeño es todavía inmaduro y sólo va a madurar entre el primero y segundo año de su vida. Por ello hay que evitar que consuma alimentos enlatados, edulcorantes y saborizantes artificiales, clara de huevo y leche, tanto industrializada como de vaca.

El asma bronquial se puede comparar con una escalera, de la cual si se suben con cuidado los escalones, se puede evitar el estado asmático.

Coordinador:

La Dra. Flores Castro, nos hablará sobre la prevención y tratamiento farmacológico del asma.

Dra. Flores:

Es conveniente recordar que esta enfermedad es reconocida desde la antigüedad, 500 años antes de Cristo, a través de Hipócrates y en los últimos diez años gracias a la etiología se ha logrado una idea mucho más profunda y un sentido más real del manejo de nuestros pacientes y de los medicamentos.

Es de gran utilidad que los padres del paciente dominen la enfermedad, que tengan un conocimiento profundo del uso de los medicamentos, de no ser así se corre el riesgo de que el paciente presente frecuentemente cuadros que por desconocimiento lleguen hasta la hospitalización.

En cada paciente va a haber manifestaciones diferentes que desencadenen los cuadros en los niños, en algunos van a ser los cuadros alérgicos, en otros las infecciones; en realidad, cada paciente es un caso particular que aún cuando las manifestaciones fueran las mismas estas están desencadenadas por factores diferentes con cuadros también diferentes.

El asma bronquial como ya se ha dicho, es un padecimiento en el cual intervienen múltiples factores. Si estos factores están controlados, lo será el proceso asmático. Los cuadros son intermitentes, quizá el niño esté en insuficiencia respiratoria muy importante durante la noche y tienda a mejorar espontáneamente ó a través de medicamentos el proceso de cierre de los bronquios. El médico que no está muy familiarizado con esta enfermedad, no detecta que hay ciertos cambios con respecto a padecimientos alérgicos o el asma.

La intención es que ustedes sepan que la tecnología y el avance en el conocimiento del padecimiento ha hecho que ahora conozcamos perfectamente bien qué es lo que sucede a niveles bioquímicos e internos en cada paciente, y por lo tanto como podemos mejorarlo.

La prevención del padecimiento debe de iniciarse desde la gestación del producto. En realidad, las madres que tienen cierta propensión a padecer problemas alérgicos, deberán de tener una dieta adecuada y control del medio ambiente en general; evitar el tabaquismo y la ingestión de alimentos que ya se mencionaron y que son realmente alergizantes ya que en cierta medida van a estar predisponiendo al producto al estar pasando ciertas proteínas, por lo que se recomienda que el último trimestre del embarazo se suspendan medicamentos y de preferencia estar en un ambiente libre de alérgenos, de los que se mencionaron al principio.

La alimentación al seno materno es algo fundamental en general para toda la población lactante, pero especialmente en pacientes alérgicos, ya que el pequeño tiene un intestino maduro que la leche materna va a recubrir, evitando el paso de alimentos alergizantes o que provocan alergia.

Considerando que el intestino va a alcanzar una cierta madurez entre el primero y segundo año, habría que evitar darle al pequeño alimentos enlatados, endulcorantes, saborizantes y una serie de alimentos como son la clara de huevo, la leche, tanto industrializada como de vaca, por lo menos los 6 primeros meses ya que estos alimentos, sobre todo a niños que no han estado lactando el seno materno, van a proporcionar los problemas alérgicos.

Tanto los padres, como los pequeños, están expuestos al bombardeo publicitario de alimentos con alto contenido de colorantes, saborizantes, etc., muchos de los dulces, helados y demás golosinas que les proporcionan a sus niños, generalmente son muy satisfactorios desde el punto de vista emocional, sin embargo tienen una gran cantidad de productos químicos que pueden alterar el equilibrio del niño propiciando el fenómeno alérgico.

Aún cuando la mamá se sienta muy satisfecha de que su hijo huela a "talco", el pequeño está inhalando pequeñas partículas que pueden propiciar el cierre de los bronquios.

Las mascotas: en realidad nosotros no quisiéramos separar a nuestros pequeños de

ellas; pero muchos de los epitelios de estos animales están llenos de polvo e incluso de microbios, por lo que al inicio del tratamiento hay que evitar el contacto directo con las mascotas.

En cuanto a los humos, obviamente no producen alergia pero si producen irritación constante e incluso pueden provocar cierre de los bronquios y a esto estamos expuestos pero principalmente nuestros niños con asma.

El cuarto del niño: este es un factor muy interesante que quisiéramos analizar con ustedes. El niño pasa en su dormitorio 12 horas; en otras habitaciones quizá tres o cuatro; fuera de la casa el mismo tiempo y en la escuela unas cinco horas. Y nos encontramos con que la habitación, en donde precisamente el niño va a estar mayor tiempo, está llena de cosas y objetos que perjudican al paciente, empezando por colchón, almohada de borra, de pluma, de lana; cúmulo de libros, alfombras, tapetes, mascotas, etc.; en todo esto hay pequeños insectos: ácaros, dermatofagoides, etc., los cuales se alimentan de la descamación de los epitelios del niño. Lo que quiero decir, es que ya que el pequeño va a estar el mayor tiempo en su habitación procuremos tener el mínimo de mobiliario, quitar o evitar una serie de cosas que no son útiles para evitar durante la noche los accesos de sus niños.

Ya se habló de los estigmas alérgicos, que son las manifestaciones previas a un cuadro de este tipo, como pueden ser las alteraciones en la conducta del paciente, decaimiento, falta de energía, ojeras, el poco deseo de jugar, etc. Ahora vamos a hablar sobre qué podemos hacer cuando un niño va a enfermar, es decir cuando aparece alguna de las manifestaciones señaladas; en ese momento ustedes podrán utilizar un preventivo, entre los más conocidos se encuentra el "inostral" en polvo, para inhalación y "zaditen", que es otro de los medicamentos preventivos; los dos cumplen una función muy importante; evitar la liberación de las sustancias que provocan el cierre de los bronquios.

Ya se veía que muchos de los niños además del cierre de los bronquios, van a presentar ciertas manifestaciones a nivel de la nariz,

como son: comezón moquo, estornudos, etc.; en estos casos podemos utilizar un antihistamínico. Generalmente nosotros siempre les mandamos clorotrimetón, idulamine o tel-dane, mientras no aparezca la tos. Si a pesar de eso el niño, empezará a tener tos porque tiene obstrucción nasal, o porque estuvo expuesto a una serie de factores poco favorables, vamos a utilizar broncodilatadores, entre ellos tenemos el salbutamol o ventolín, la aminofilina y el brincanil. Los broncodilatadores, a veces, tienen efectos adversos cuando no se usan adecuada y racionalmente, entre ellos el nerviosismo o temblores; y de presentarse estos síntomas deberá disminuirse la dosis o cambiar de medicamento.

Si la tos continúa constante (como la faringe o la garganta está relacionada a los bronquios directamente por terminaciones nerviosas), puede haber cierre de los bronquios y empezarse a escuchar sibilancia, en ese momento, el niño va a tener la sensación de no poder respirar; esto se debe a que hay cantidad de secreciones, el músculo está cerrado y los bronquios muy inflamados. La sensación del niño es bastante desagradable; es de falta de aire, hay sudoración y una serie de factores que lo hacen sentir angustiado. En este momento tenemos que recurrir a todos los medicamentos incluso, a veces, a los corticoides.

En realidad, el corticoesteroide es un arma terapéutica potente, sin embargo, tiene muchos efectos adversos cuando: hay uso indiscriminado del medicamento, no se ha dado un tratamiento previo adecuado, no se ha manejado el factor infeccioso, ambiental y psicológico. Si todos estos factores están bien manejados y el niño sigue teniendo problemas, hay ocasiones que el uso en cortos períodos, en dosis matutinas que semejan el cortisol que normalmente nosotros tenemos en la sangre y que en el paciente asmático a veces está disminuido y está propiciando el cierre de los bronquios; se deberá utilizar con el conocimiento profundo de los efectos adversos que propicia esto y con la conciencia de que hemos utilizado todas las medidas terapéuticas y que persiste el factor inflamato-

rio. Muchas veces el uso adecuado, en el momento justo, de un corticoide, puede propiciar que no se presente la siguiente etapa que es cuando el niño no está respirando bien, ni teniendo intercambio gaseoso adecuado, está muy sudoroso y además aparece la coloración azul o negruzca en el paciente, es cuando hay que tomar una determinación: el riesgo de no utilizar un medicamento agresivo es tener que hospitalizar a nuestro paciente. Claro que no todos los pacientes requieren de este uso y puedo decirles que en este hospital es mínimo lo que se utilizan y solamente en caos muy severos, o cuando hay un factor infamatorio muy importante.

Ya se habló de medicina física y de inhaloterapia. Estas medidas tienen que continuar durante todo el manejo del paciente con o sin crisis, desde los primeros momentos en que encontremos que el paciente está teniendo un problema de inflamación o de cierre de sus bronquios.

Por lo aquí expuesto el asma bronquial se puede considerar como una escalera, que si nosotros paso por paso vamos utilizando los recursos que ya conocemos podemos evitar el estado más grave que es el estado asmático. Se

puede intervenir en forma importante desde la aparición de los estigmas, que ya se mencionaron, y desde ese momento ustedes pueden ayudar a los niños. La inhaloterapia como ven, está en todos estos pasos y también en todos ellos el factor infeccioso, muchos de nuestros niños que no mejoran, generalmente tienen sinusitis asociada o amigdalitis de repetición u otro tipo de proceso infeccioso, y con infección no van a actuar los broncodilatadores ni ninguna de las medidas que se tomen.

Por eso, siempre que nosotros sospechemos que hay un factor infeccioso agregado, vamos a recurrir al manejo oportuno y adecuado.

Las vacunas: es otro de los temas que es muy importante tocar, si su niño es alérgico al polvo o a los pastos, u otras sustancias ambientales. La aplicación de estas mismas sustancias, por inyección, subcutánea en dosis paulatinamente crecientes logra, que el paciente esté formando anticuerpos o defensas en su organismo que le permitan acercarse a ellas sin desencadenar el problema respiratorio, permiten disminuir el número y frecuencia de medicamentos y eviten la hospitalización.