

# CONTROL CRÓNICO DEL ASMA EN NIÑOS, ABORDAJE FARMACOLÓGICO EN APS

**Autor:** Dra. Julia Fortuño S., Residente Medicina Familiar UC

**Editor:** Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar UC

**Fecha:** agosto 2020

**Resumen portada:** El asma es una enfermedad altamente prevalente en la infancia y requiere de varios pilares de tratamiento para ser manejado y controlado de forma óptima. En este artículo nos enfocaremos principalmente en el manejo farmacológico escalonado enfocado en la Atención Primaria en Salud.

**Palabras clave:** Asma, tratamiento del asma en niños, Atención Primaria, Medicina Familiar

## INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad respiratoria crónica con una alta prevalencia en la edad pediátrica, lo que supone una carga considerable para los pacientes, sus familias y la sociedad <sup>(1)</sup>

Su tratamiento tiene como objetivos claves <sup>(1,2)</sup>

1. Lograr un buen control de los síntomas sin limitar las actividades diarias.
2. Minimizar el riesgo de exacerbaciones.
3. Preservar la mejor función pulmonar y el mínimo de efectos adversos secundarios al tratamiento.

Para elegir las intervenciones más adecuadas para un paciente en particular, el primer paso es definir algunos puntos claves: quién es nuestro paciente; cuáles son sus antecedentes personales y familiares; cuándo y cómo se realizó el diagnóstico de asma; qué medicamentos ha utilizado hasta el momento y qué efectos han tenido; y cuáles son las creencias y temores en torno a la enfermedad que tiene el paciente y su familia.

En este artículo nos centraremos en la evidencia disponible en relación al manejo farmacológico del asma.

## MANEJO FARMACOLÓGICO DE MANTENCIÓN

Los corticoides inhalados son la primera línea de tratamiento de mantención en niños menores, lactantes y preescolares ante el diagnóstico o sospecha de asma. Su efectividad está bien documentada y son la principal recomendación en las guías internacionales, respecto a su capacidad de mejorar la función pulmonar (VEF1, FEM), síntomas basado en escalas estandarizadas, disminución del uso de inhaladores de rescate y uso de corticoides orales. <sup>(1,2,3,4)</sup>

En atención primaria en Chile, la recomendación de su uso considera iniciar con dosis bajas de Budesonida (200-400ug/día según la edad) o Fluticasona (100-250ug/día según la edad) y controlar la respuesta del paciente en 4 a 6 semanas. Si no se consigue control de los síntomas con la dosis inicial, se sugiere doblar la dosis del corticoide inhalado de elección y volver a controlar en 4-6 semanas.

Siempre es importante recordar que, antes de pasar al siguiente escalón de tratamiento en asma, debemos evaluar al paciente de forma individualizada y buscar posibles causas de falla de tratamiento. Entre las que se describen con mayor frecuencia están: <sup>(1,2,3,4)</sup>:

1. Mala adherencia al tratamiento
2. Mala técnica de inhalación
3. Falla de control en gatillantes
4. Tratamiento inadecuado para el paciente (ej. dosis insuficiente)
5. Mal manejo de comorbilidades asociadas (ej, rinitis alérgica descompensada, obesidad).
6. Error diagnóstico: considerar diagnósticos diferenciales de asma

Existe un porcentaje de pacientes en los que, pese a que se ha considerado y manejado de manera adecuada estos 6 puntos, no se logra el control de sus síntomas. **¿Qué nos sugiere la evidencia en estos niños?**

### **1. ¿Es efectivo sumar a los corticoides inhalados un B2 adrenérgico de vida media corta o de vida media larga?**

La literatura <sup>(5,6)</sup> da cuenta de 2 estudios RCT que incluyen adolescentes desde los 12 años. Al comparar corticoides inhalados de mantención (Budesonida dosis bajas, 2 veces al día) + B2 adrenérgicos de acción corta (Terbutalina) SOS versus corticoide inhalado + B2 adrenérgico de acción larga (Budesonida/ Formoterol) según necesidad se describe:

- Semanas de asma controlada (porcentaje): **OR 0.64** (0.57-0.73) IC 95%, a favor del uso de Budesonida como controlador (diferencia estadísticamente significativa)
- Adherencia al tratamiento: sin diferencias estadísticamente significativas
- Tasa anual de exacerbaciones severas: sin diferencias estadísticamente significativas
- Efectos adversos reportados: sin diferencias estadísticamente significativas

En resumen, seguiría siendo más efectivo y seguro el uso de corticoides inhalados asociados a LABA de forma persistente, más que utilizar la combinación sólo en caso de necesidad.

### **2. ¿Es preferible usar corticoides inhalados en dosis media o preferir una terapia combinada de corticoide inhalado en dosis baja + B2 adrenérgico de acción larga (CI+LABA)?**

Una revisión sistemática del año 2015 <sup>(7)</sup> comparó estas intervenciones en niños y adolescentes, y concluyó:

- Exacerbaciones que requirieron corticoides sistémicos: sin diferencia estadísticamente significativa con un GRADE moderado  
Pruebas de función pulmonar: mejoría modestas a favor de la combinación de CI+LABA con GRADE bajo.
- Efectos adversos: no se observaron diferencias con GRADE alto.

En resumen, ambas alternativas son válidas en este escalón de manejo, dependiendo de la realidad local y disponibilidad que se tenga de estos medicamentos (considerar costos asociados).

### 3. Antileucotrienos <sup>(8)</sup>

En una revisión sistemática de 18 RCTs, que incluyó pacientes con diagnóstico de asma confirmado, se evaluó el uso de CI+ LABA versus CI + montelukast, observándose la superioridad de la primera alternativa con GRADE alto, respecto al riesgo de presentar exacerbaciones que requiere corticoides sistémicos, función pulmonar, síntomas diarios, uso de medicamentos de rescate y calidad de vida. Además la mayoría de los estudios están enfocados en la población adulta.

En resumen, la recomendación basada en la evidencia apoya el uso de CI + LABA y no existe suficiente evidencia para recomendar el uso de antileucotrienos en el manejo de asma en niños.

## RESUMEN

El tratamiento de un niño con asma debe ser individualizado de acuerdo a su edad, control de los síntomas, y sus antecedentes de severidad y exacerbaciones.

Las recomendaciones actuales se basan en un manejo escalonado, que se inicia con el uso de corticoides inhalados en dosis bajas, e intentando mantener siempre la mínima dosis posible para mantener al paciente bajo control.

Existen diferentes opciones para ir escalando en la terapia farmacológica, en caso que los corticoides inhalados en dosis bajas no sean suficientes para lograr el control de los síntomas. Antes de pasar al siguiente escalón, debemos evaluar detalladamente si el tratamiento se realiza de manera correcta, con la adherencia necesaria y si no existen otros elementos que nos hagan sospechar de algún diagnóstico diferencial o comorbilidad no tratada.

Si luego de controlar estos factores, se hace necesario seguir escalando, la evidencia sugiere evaluar caso a caso la pertinencia de aumentar a una dosis media de corticoides inhalados, combinar con un B-agonista de larga acción y derivar para evaluación por especialista en aquellos pacientes que no respondan a lo anterior.

## REFERENCIAS

1. Asensi Monzó MT, Duelo Marcos M, García Merino Á. Manejo integral del asma en Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 489-506.
2. Global Initiative for Asthma (GINA). 2020. Global Strategy for Asthma Management and Prevention.
3. Ministerio de Salud. Guía Clínica Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años. Minsal, 2011.
4. Aguado J., Villalobos P. Guía de práctica clínica del asma infantil en Atención Primaria. Avalado por Sociedad de Neumología Pediátrica de España. Mayo 2019.
5. O'Byrne PM, FitzGerald JM, Bateman ED, et al. Inhaled combined budesonide–formoterol as needed in mild asthma. *N Engl J Med* 2018;378:1865-76.
6. Bateman ED, Reddel HK, O'Byrne PM, et al. As-needed budesonide–formoterol versus maintenance budesonide in mild asthma. *N Engl J Med* 2018;378:1877-87.

7. Chauhan BF, Chartrand C, Ni Chroinin M, Milan SJ, Ducharme FM. Addition of long-acting beta2-agonists to inhaled corticosteroids for chronic asthma in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11. Art. No.: CD007949.
8. Chauhan BF, Ducharme FM. Addition to inhaled corticosteroids of long-acting beta2-agonists versus anti-leukotrienes for chronic asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD0031