

TRATAMIENTO ESCALONADO DEL ASMA EN PEDIATRÍA. ÚLTIMAS NORMATIVAS.

*Dra. Dolores González Caballero. Neumología Pediátrica.
Servicio de Pediatría. Hospital de San Rafael. Madrid.*

Consideraciones generales.

El interés de clasificar el asma de un niño es con vistas a la elección del tratamiento.

Dada la elevada prevalencia de esta enfermedad la OMS ha propuesto reducir su impacto por medio de estrategias entre las que se encuentran la difusión de Guías prácticas de manejo del asma. En nuestro país la prevalencia se sitúa entre el 9-10% en la edad pediátrica, datos del estudio ISAAC en España (Internacional Study of Asthma and Alergies in Childhood).

Uno de los proyectos internacionales más importantes sobre el asma en el mundo es la GINA (Iniciativa Global para el control del Asma) muy vinculada a la OMS que elabora proyectos y documentos entre los que destaca una Guía para el Control del Asma cuya última actualización es del año 2005. Entre sus objetivos destacan:

- 1- Reducir la morbilidad y mortalidad por asma.
- 2- Mejorar el manejo del asma.
- 3- Mejora la disponibilidad y accesibilidad a tratamientos efectivos.

Tratamiento de mantenimiento.

El tratamiento al hacer el diagnóstico dependerá del grado en la clasificación de la gravedad del asma. Se diferencian dos grupos: niños hasta 3 años y mayores de 3 años (tabla 1y2).

Gravedad del asma	Elección	Alternativa	Alivio de síntomas
Episódico ocasional	No precisa	No precisa	AA-B2-AC demanda
Episódico frecuente IPA -	Habitualmente no precisa	ARLT o GCI dosis bajas	AA-B2-AC demanda
Episódico frecuente IPA +	GCI dosis bajas	ARLT	AA-B2-AC demanda
Persistente moderada	GCI dosis medias	GCI dosis bajas + ARLT	AA-B2-AC demanda
Persistente grave	GCI dosis altas Se pueden considerar una o varias: -Añadir ARLT -Añadir AA-2-AL - Añadir GC oral		AA-B2-AC demanda

Tabla 1: Tratamiento inicial de mantenimiento en el niño menor de 3 años.

Gravedad del asma	Elección	Alternativa	inmunoterapia	Alivio síntomas
Episódico ocasional	No precisa	No precisa		AA-B2-AC
Episódico frecuente	GCI dosis bajas	ARLT	Posible	AA-B2-AC
Persistente moderada	GCI dosis medias	GCI dosis bajas- AA-B2-AL o GCI dosis bajas + ARLT	Posible	AA-B2-AC
Persistente grave	GCI dosis altas/ AA-B2-AL Se puede considerar añadir una o varias: ARLT, xantinas, GCL oral o Ac anti-IgE			AA-B2-AC

Tabla 2: Tratamiento inicial de mantenimiento en el niño mayor de 3 años.

En las revisiones posteriores el tratamiento se modificará en función de la evolución clínica, es decir, del buen o mal control que tenga de la enfermedad.

Para valorar el grado de control del asma, se cuenta con el “cuestionario del Control del Asma en Niños” (CAN) que cuenta con:

9 preguntas clasificadas entre 0 y 4:

- Periodo de tiempo: últimas 4 semanas.
- Preguntas : nº de veces que ha tosido fuera de catarros, tos nocturna, sibilancias, disnea, síntomas con el ejercicio físico, visitas a urgencias, hospitalización.
- Respuestas: nunca: 0, diariamente: 4
- Puntuación:
 1. Mínima: buen control: 0
 2. Máxima: mal control: 36
 3. Mal control: >8

En cada nueva revisión es conveniente evaluar la técnica inhalatoria, así como el control de desencadenantes: Alérgenos, tabaco, etc.

El fracaso del tratamiento se debe a :

- Diagnóstico incorrecto: patologías con síntomas similares: RGE, malformaciones, FQ, disfunción de cuerdas vocales, aspiración de cuerpo extraño.
- Patología añadida: infecciones ORL
- Factores ambientales no controlados: alérgenos, tabaco.
- Mal cumplimiento del tratamiento (50-70%).

Tratamiento del episodio agudo. (tabla 3)

Los objetivos del tratamiento del episodio agudo de asma son:

1. Identificación precoz.
2. Inicio inmediato y enérgico del tratamiento.

Las dosis y su frecuencia dependen de la gravedad.

El lugar donde se pueden controlar las crisis de asma dependerá de su gravedad: las crisis leves y moderadas en Atención Primaria y graves en Urgencias.

<p>Crisis leve</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salbutamol: 2-4 puls (cámara) o 0,15 mg/kg neb. <p>Reevaluar 15min</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responde: alta B2 (*) - No responde: moderada <p>(*) Plan escrito y nota de volver si empeora.</p>	<p>Crisis moderada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salbutamol: 6-8 puls o 0,15 mg/kg neb cada 20 min x3 veces. <p>Reevaluar 15min</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responde: alta B2 + CGS. - No responde: grave <p>Prednisona: 1mg/kg/día, 3-5 d (*)</p> <p>(*) Plan escrito y nota de volver si empeora.</p>	<p>Crisis grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O2 hasta SpO2 >94% - Salbutamol: 10 puls + bromuro de ipratropio: 2-4 puls o salbutamol 0,15 mg / kg neb + bromuro de ipratropio 250-500 cada 20 min x 3 veces + prednisona: 2 mg/kg VO o IV <p>Observación-planta o UCIP</p>
--	--	---

Tabla 3. Tratamiento del episodio agudo.