

Guía de diagnóstico y tratamiento: asma bronquial en niños ≥ 6 años. Actualización 2016. Resumen ejecutivo

Diagnosis and treatment guideline: asthma in children ≥ 6 years. Update 2016. Executive summary

Comité Nacional de Neumonología, Comité Nacional de Alergia, Comité Nacional de Medicina Interna, Comité Nacional de Familia y Salud Mental

Coordinadora: Dra. Verónica Giubergia

Colaboradores: Dra. Ana María Balanzat, Dr. Alejandro Teper y Dr. Santiago Vidaurreta

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.595>

Véase el texto completo en formato electrónico, en la sección "Consensos" del sitio web de la Sociedad Argentina de Pediatría www.sap.org.ar

Hace 20 años, en 1995, se publicó, en *Archivos Argentinos de Pediatría*, el primer Consenso sobre Criterios de Diagnóstico y Tratamiento en el Asma Infantil. En el año 2007, se realizó la primera actualización y, habiendo pasado ya 9 años de dicha publicación, nos hemos nuevamente abocado a incorporar los avances y las modificaciones terapéuticas. Si bien muchos de ellos aún persisten, se ha avanzado en numerosos aspectos, que serán mencionados en este resumen ejecutivo. Para más detalles, sugerimos la lectura del documento completo.

Los principales cambios estuvieron centrados en los siguientes aspectos:

1. **Alcances.** Uno de los cambios más importantes fue definir el grupo etario objeto del documento. Los contenidos de la Guía fueron elaborados para el diagnóstico y tratamiento del asma en niños ≥ 6 años. El Comité de Neumonología de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) desarrollará una guía para pacientes < 6 años próximamente.
2. **Fisiopatogenia.** Se incluyó una nueva sección donde se explicaron con más detalle los mecanismos inflamatorios involucrados en el asma.
3. **Clasificación del asma.** La clasificación publicada en el consenso anterior define el asma como intermitente y persistente, y subdivide esta última en leve, moderada y grave. Esta modalidad sigue siendo útil para la clasificación inicial de gravedad, pero no incluye la evolución

de los pacientes. En la actualidad, se clasifica el asma en función del **grado de control** que se logra durante el seguimiento del paciente, sobre la base de la evaluación de los síntomas diarios, la limitación en las actividades, los síntomas nocturnos con despertares, el uso de medicación de rescate, los exámenes de la función pulmonar, como pico flujo espiratorio (PFE) o volumen espiratorio forzado en el 1.º segundo (VEF_1), y las exacerbaciones. Este nuevo enfoque considera que la gravedad de la enfermedad es inherente a cada paciente y que el nivel de control es el reflejo de un tratamiento adecuado.

En la práctica, la gravedad se define y se mide retrospectivamente en relación con el nivel de tratamiento farmacológico requerido (número de fármacos y dosis administradas) para que el paciente esté controlado de manera adecuada. El grado de control se refleja en la calidad de vida, pero también se correlaciona con la factibilidad de disminuir los riesgos a futuro por exacerbaciones, evolución adversa y deterioro de la función pulmonar. Los pacientes, independientemente del grado de su gravedad, pueden estar controlados o no controlados.

4. **Evaluación de la función pulmonar.** El actual documento define como reversibilidad de la vía a la mejoría rápida del VEF_1 , identificada luego de la administración de broncodilatadores de acción rápida (200-400 μ g de salbutamol), o a la mejoría sostenida de la función pulmonar luego de la introducción de un tratamiento de control. Un aumento mayor del 12% del VEF_1 , con un incremento de, por lo menos, 150-200 ml luego de la administración de 200-400 μ g de salbutamol, es sugestivo de asma. Se incorporó información sobre el rol de las pruebas funcionales en la clasificación de la gravedad y en el monitoreo del paciente.
5. **Evaluación de la inflamación.** El actual documento incluyó contenidos acerca de la evaluación de la inflamación. Se puede evaluar

Correspondencia:

Dra. Verónica Giubergia, verogiubergia@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 15-7-2016

Aceptado: 25-7-2016

de forma no invasiva utilizando recuento diferencial de eosinófilos en el esputo (evaluación directa) o midiendo las concentraciones de óxido nítrico exhalado (FE_{NO}), gas producido por los eosinófilos (evaluación indirecta). En un paciente sin tratamiento, son útiles, ya que ambas pruebas tienen un alto valor predictivo negativo. No hay evidencia suficiente para apoyar el uso de estos marcadores en el diagnóstico de asma en niños.

6. Principios terapéuticos

Corticoides inhalados

Se actualizó la nómina de fármacos disponibles y se incorporó información sobre su farmacocinética comparada.

Se recomienda comenzar con corticoides inhalados (CI) como tratamiento de primera línea en pacientes con asma persistente. El tratamiento con CI siempre se debe iniciar con la dosis más baja posible de acuerdo con la clasificación que se le haya asignado al paciente. El tratamiento debe realizarse por tiempos prolongados, al menos, 6 meses, y con dosis adecuadas en función de la gravedad y la evolución de la enfermedad. El efecto protector no es inmediato: se deben esperar 3 o más semanas para evaluar su eficacia. El propionato de fluticasona y el furoato de mometasona son los CI que poseen la mayor potencia. La budesonida, el propionato de fluticasona y el furoato de mometasona, dadas sus características farmacocinéticas, pueden ser prescritos 2 veces por día y, en pacientes estables, pueden administrarse una vez por día (vespertinos).

Anticolinérgicos

Se incorporó información sobre el bromuro de tiotropio (en polvo seco), cuyo efecto dura 24 h. Está indicado para el tratamiento crónico del asma. En pediatría, su uso está limitado a pacientes ≥ 12 años con asma grave y con historia de exacerbaciones frecuentes.

Anticuerpos monoclonales

El omalizumab está indicado en pacientes con asma grave no controlada, a pesar de estar bajo tratamiento con altas dosis de CI y broncodilatadores de acción prolongada, mayores de 6 años, con diagnóstico de asma alérgica con inmunoglobulina E (IgE) elevada, evidencia de *prick tests* cutáneos positivos para aeroalérgenos perennes y $VEF_1 < 80\%$ del valor teórico (indicación no excluyente).

La dosis, que depende del peso del paciente y el nivel de IgE, se administra por vía subcutánea cada 14 o 28 días. Los pacientes que presentan eosinofilia y FE_{NO} elevado suelen tener mejor respuesta al omalizumab. La incidencia de efectos adversos es casi nula.

Recientemente, se incorporó el anticuerpo monoclonal anti-IL-5 (mepolizumab) para el tratamiento del asma grave. Su uso está limitado a pacientes > 12 años con asma eosinofílica.

La indicación de anticuerpos monoclonales es resorte del especialista.

7. Elección de la estrategia terapéutica preventiva.

El asma se clasifica según su gravedad en cuatro niveles: asma intermitente (40%), asma persistente leve (30%), asma persistente moderada (25%) y asma persistente grave (5%). Esta clasificación se basa en una apreciación cualitativa y cuantitativa de los síntomas y la medición de la función pulmonar. La subdivisión en 4 categorías basada en la gravedad de los síntomas, la limitación del flujo aéreo y la variabilidad de la función pulmonar se reserva para la evaluación inicial del paciente. Dicha clasificación es de mucha ayuda para orientar un tratamiento inicial, pero pierde relevancia durante el seguimiento del paciente.

El objetivo actual es poder determinar si el paciente, a través de las distintas medidas terapéuticas, ha sido capaz de alcanzar el **control** de la enfermedad, considerando la presencia de síntomas diurnos y nocturnos, la limitación de actividades, el requerimiento de medicación de rescate, la presencia de exacerbaciones y los niveles de función pulmonar. De esta manera, el paciente podrá estar controlado, parcialmente controlado o sin control de la enfermedad, por lo que se deben realizar los ajustes terapéuticos necesarios.

La elección inicial del esquema de tratamiento farmacológico se basará en la clasificación de la gravedad del asma y luego se modificará según la respuesta terapéutica al tratamiento instituido, considerando el grado de control alcanzado.

8. Tratamiento farmacológico según la gravedad.

Los mayores cambios se dieron en el grupo de pacientes con asma persistente grave. En situaciones puntuales, podrá evaluarse la utilización del anticuerpo monoclonal anti-IgE (omalizumab) antes de iniciar el tratamiento con corticoides orales. Hace poco, se incorporó el anticuerpo monoclonal anti-IL-5 (mepolizumab). Su uso está limitado a pacientes > 12 años con asma eosinofílica, antes de iniciar el tratamiento con corticoides orales.

Recientemente, se incluyó el bromuro de tiotropio. Su uso está limitado, de manera exclusiva, a pacientes ≥ 12 años con historia de exacerbaciones frecuentes.

Dadas las dificultades de manejo y seguimiento que se presentan en estos casos, se debe solicitar siempre una consulta especializada.

9. Crisis asmática. Se incluyeron cambios en el tratamiento precoz de la exacerbación según la gravedad. Comprende la exacerbación leve (manejo domiciliario o automanejo con un plan de acción escrito), la exacerbación moderada (manejo en Sala de Emergencias), la exacerbación grave (manejo hospitalario) y el seguimiento posterior a la exacerbación. En todos los casos, se actualizaron dosis y frecuencias de los tratamientos propuestos para cada paso. ■