

Resumen de Ponencias

Asma en pediatría: atención en los tres niveles asistenciales

Resumen de las ponencias de la Mesa redonda Asma
XX Reunión Conjunta de las Sociedades de Pediatría de Andalucía Oriental, Occidental y Extremadura.
Almería 2 y 3 de Marzo de 2018

Juan Luis Pérez Navero

Servicio de Pediatría, Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía. Facultad de Medicina y Enfermería. Córdoba

Recibido: 05/2018 Aceptado: 05/2018

Pérez Navero JL. Asma en pediatría: atención en los tres niveles asistenciales. *Vox Paediatr* 2018; 25:37-40

Resumen: En el niño con asma es fundamental establecer el diagnóstico diferencial y la etiología, así como el estudio de la función pulmonar y la inflamación. En el tratamiento del asma con riesgo vital es fundamental la prevención de la crisis, con medidas de control ambiental y asegurando un correcto tratamiento. Es importante distinguir entre asma de riesgo vital y asma severo, no controlado. El asma de difícil control es el un asma severo que se controla con la adherencia a la medicación, la técnica inhalatoria correcta, evitando comorbilidades, alérgenos y factores asociados. El omalizumab es el anticuerpo monoclonal anti IgE, indicado en niños mayores de 6 años con asma grave persistente. No está indicado su uso en las crisis asmáticas.

Cerca del 80% de las muertes por crisis de asma grave se producen en el medio extrahospitalario. El mejor tratamiento del asma de riesgo vital es la prevención, reforzando las medidas de educación sanitaria que promueven la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Asma en Pediatría. Niveles asistenciales

ASTHMA IN PEDIATRICS: MANAGEMENT IN THE THREE LEVELS OF CARE

Abstract It is essential to establish the differential diagnosis and ethology, as well as the study of lung function and inflammation in children with asthma. It is important to distinguish between life-threatening asthma and severe, uncontrolled asthma. The severe asthma may be controlled with adherence to medication, the correct inhalation technique, avoiding comorbidities, aller-

gens and associated factors. In the treatment of asthma with vital risk, the prevention of the crisis is essential, with environmental control measures and ensuring a correct treatment. Omalizumab is the anti-IgE monoclonal antibody, indicated in children older than 6 years with persistent severe asthma. Its use is not indicated in asthmatic crises.

About 80% of deaths due to severe asthma attacks occur in the out-of-hospital setting. The best treatment for life-threatening asthma is prevention, reinforcing health education measures that promote adherence to treatment.

Keywords: Asthma in pediatrics. Levels of care

El asma es una enfermedad respiratoria crónica que, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afecta a 235 millones de personas en todo el mundo, en especial a la infancia, siendo la principal enfermedad crónica en Pediatría. Se define por la existencia de una hiperreactividad de la vía aérea frente a diversos estímulos, que producen niveles variables de broncoespasmo e inflamación (responsable del edema y el aumento de secreción mucosa), que son reversibles de manera espontánea o como resultado del tratamiento. Entre los factores de riesgo que desencadenan broncoespasmo y crisis asmáticas en pacientes sensibilizados destacan la contaminación atmosférica, la polinización ambiental, las infecciones víricas, el epitelio y pelo de los animales domésticos y el ejercicio físico vigoroso.

El diagnóstico del asma en el niño pequeño es controvertido. Con frecuencia las exacerbaciones se diagnostican erróneamente como bronquitis, enfermedad reactiva de la vía aérea o neumonía. Debe considerarse el diagnóstico de asma en los pacientes que presentan sibilancias recurrentes o crónicas, especialmente espiratorias, tos recurrente o crónica, diagnósticos frecuentes de bronquitis y/o que son diagnosticados frecuentemente de neumonía en ausencia de datos de infección bacteriana. El diagnóstico de asma se confirma demostrando la respuesta clínica (remisión completa de síntomas), o la reversibilidad de la obstrucción bronquial en la espirometría, tras la inhalación de un β_2 agonis-

ta o tras la administración de corticosteroides a altas dosis. Actualmente cuando la espirometría no da resultados concluyentes para el diagnóstico, la prueba del óxido nítrico exhalado ofrece una información complementaria valiosa.

Los objetivos que persigue el tratamiento al niño con asma son eliminar o reducir los síntomas crónicos, incluidos los nocturnos, para que el paciente pueda mantener una actividad escolar, y social normal, conseguir una función pulmonar normal (o lo más normal posible), prevenir y/o disminuir al máximo la aparición de reagudizaciones y evitar los efectos secundarios de la medicación, utilizando el menor número de fármacos y las mínimas dosis para mantener al niño estable. Sin embargo, dada la naturaleza heterogénea del asma, la planificación de las estrategias terapéuticas más adecuadas requiere la identificación del patrón clínico o fenotípico de cada paciente.

La Global Initiative for Asthma (GINA) es una red de salud pública que se estableció para potenciar la información y la atención a los pacientes con asma. Las características claves del informe GINA incluyen una definición de asma que subraya su naturaleza heterogénea, la variabilidad de los síntomas así como la limitación variable del flujo espiratorio y la importancia de confirmar el diagnóstico de asma para minimizar el infra y sobre tratamiento. También desarrolla herramientas prácticas para la evaluación del control de los síntomas, los factores de riesgo

y un enfoque integral para el manejo del asma que reconoce un rol fundamental a los corticoides inhalados.

El informe GINA aconseja individualizar la atención al paciente asmático; maximizar el beneficio de los fármacos disponibles, abordando los problemas comunes como la **técnica** inhalatoria incorrecta y mala adherencia; una atención continua, comenzando por los talleres de educación y la autogestión temprana del tratamiento en los niños mayores y adolescentes, con un manejo correcto en los tres niveles asistenciales.

Un grupo especial lo constituyen los pacientes con asma grave, que representa el 5-7% de todos los casos, ya que se trata de un grupo pequeño pero altamente vulnerable. Estos pacientes tienen crisis asmáticas a menudo, precisan hospitalización con frecuencia y tienen riesgo de presentar eventos adversos por las altas dosis de corticosteroides que necesitan. Conviene recordar que cerca del 80% de las muertes por crisis de asma grave se producen en el medio extrahospitalario, por lo que es fundamental detectar los factores de riesgo y actuar precozmente frente a ellos. La OMS propuso un protocolo de seguimiento para clasificar los casos severos de asma de difícil control y asma grave resistente al tratamiento. El asma de difícil control es un asma grave, pero que puede controlarse al optimizar la cumplimentación del tratamiento (fármacos y forma de administración), tratar posibles comorbilidades y controlar otros factores asociados. Por el contrario, el asma grave resistente al tratamiento es aquel en el que se alcanza un pobre control pese a un tratamiento de alta intensidad. El mejor tratamiento del asma de riesgo vital es la prevención, reforzando las medidas de educación sanitaria que promueven la adherencia al tratamiento. En cualquier caso, el seguimiento y control de estos pacientes debe realizarse por unidades especializadas en el tratamiento del asma.

Respecto a los últimos avances en el tratamiento del asma, además del anticuerpo anti-IgE oma-

lizumab, indicado en el asma grave y de difícil control en Pediatría (no indicado en las crisis asmáticas), se han desarrollado nuevos fármacos como mepolizumab, reslizumab y benralizumab, aunque aún no hay experiencia suficiente en la práctica clínica para recomendarlos en niños.

Podríamos considerar por tanto puntos clave del asma en Pediatría:

- El correcto diagnóstico y un adecuado diagnóstico diferencial
- El estudio etiológico, así como el estudio y control de la función pulmonar y la inflamación
- Distinguir entre asma de riesgo vital y asma severo, no controlado
- La prevención de la crisis en el asma con riesgo vital mediante medidas de control ambiental y asegurando un correcto tratamiento
- El uso de omalizumab en niños mayores de 6 años con asma grave persistente.

Se va a desarrollar específicamente por diferentes autores con gran experiencia cuatro trabajos sobre la atención en la infancia y adolescencia del Asma en Atención Primaria, Urgencias Pediátricas, Cuidados Intensivos y Consultas Externas de Neumología y Alergia Pediátrica. Estos trabajos fueron expuestos en una Mesa Redonda a través un caso clínico, como hilo conductor, en la XX Reunión Conjunta de las Sociedades de Pediatría de Andalucía Oriental, Occidental y Extremadura. Almería 2 y 3 de Marzo de 2018.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Becker AB, Abrams EM. Asthma guidelines: the Global Initiative for Asthma in relation to national guidelines. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2017; 17: 99-103.
- 2.- Brusselle G, Germinaro M, Weiss S, Zangrilli J. Reslizumab in patients with inadequately controlled late-onset asthma and elevated blood eosinophils. *Pulm Pharmacol Ther.* 2017; 43: 39-45.

- 3.- Bush A, Zar HJ. WHO universal definition of severe asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2011; 11: 115-21.
- 4.- Bush A, Hedlin G, Carlsen KH, de Benedictis F, Lodrup-Carlsen K, Wilson N. Severe childhood asthma: a common international approach? *Lancet* 2008; 372: 1019-21.
- 5.- Bush A, Pedersen S, Hedlin G, Baraldi E, Barbato A, de Benedictis F, et al. Pharmacological treatment of severe, therapy-resistant asthma in children: what can we learn from where? *Eur Respir J* 2011; 38: 947-58.
- 6.- Bush A, Pedersen S, Hedlin G, Baraldi E, Barbato A, de Benedictis F, Lødrup Carlsen KC, de Jongste J, Piacentini G; PSACI (Problematic Severe Asthma in Childhood Initiative) group. Pharmacological treatment of severe, therapy-resistant asthma in children: what can we learn from where?. *Eur Respir J*. 2011; 38: 947-58.
- 7.- Fahy JV, O'Byrne PM. Reactive airways disease. A lazy term of uncertain meaning that should be abandoned. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 163: 822-3.
- 8.- Global Initiative for Asthma (GINA). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2018* [Acceso: 12 Mayo, 2018].
- 9.- Hedlin G, Bush A, Lødrup Carlsen K, et al. Problematic severe asthma in children, not one problem but many: aGA2LEN initiative. *Eur Respir J* 2010; 36: 196-201.
- 10.- Mallol J, Crane J, von Mutius E, Odhiambo J, Keil U, Stewart A; ISAAC Phase Three Study Group. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: a global synthesis. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2013; 41: 73-85.
- 11.- Pelaia C, Vatrella A, Bruni A, Terracciano R, Pelaia G. Benralizumab in the treatment of severe asthma: design, development and potential place in therapy. *Drug Des Devel Ther*. 2018; 12: 619-628.
- 12.- Rothe T, Spagnolo P, Bridevaux PO, Clarenbach C, Eich-Wanger C, Meyer F, et al. Diagnosis and Management of Asthma - The Swiss Guidelines. *Respiration*. 2018; 95: 364-380.
- 13.- Shimoda T, Odajima H, Okamasa A, Kawase M, Komatsubara M, Mayer B, et al. Efficacy and safety of mepolizumab in Japanese patients with severe eosinophilic asthma. *Allergol Int*. 2017; 66: 445-451.
- 14.- Weinberger M, Abu-Hasan M. Asthma in preschool children. In *Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children, 7th Edition*, Saunders Elsevier, Philadelphia 2006; p 795-807.