

CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE FONDO

- **Objetivos del tratamiento del asma en la infancia:**
 - Conseguir que los síntomas crónicos sean mínimos o inexistentes
 - Prevenir las exacerbaciones
 - Mantener la función pulmonar lo más próxima posible a los niveles normales
 - Mantener niveles normales de actividad ,incluyendo ejercicio
 - Evitar los efectos adversos de la medicación antiasmática
 - Prevenir la evolución hacia la limitación irreversible del flujo aéreo
 - Prevenir la mortalidad por asma

- **Estrategia terapéutica :**

Todos los protocolos actuales de manejo del asma proponen un tratamiento farmacológico en función de la gravedad.

La clasificación más adaptada a las características del asma en el niño es la propuesta por el protocolo conjunto de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica y la Sociedad Española de Alergia Infantil

NIVELES DE GRAVEDAD DEL ASMA EN EL NIÑO

	Exacerbaciones	Síntomas en las intercrisis	Función pulmonar
Episódica ocasional	-Episodios de pocas horas o días de duración -Menos de 1 cada 10-12 semanas -Máximo 4-5 / año	-Asintomático -Buena tolerancia al ejercicio	FEV ₁ > 80% Variabilidad FEM <20%
Episódica frecuente	-Episodios menos de 1 cada 5-6 semanas -Máximo 6-8 crisis/año	-Asintomático -Sibilancias a esfuerzos intensos	FEV ₁ > 80% Variabilidad FEM <20%
Persistente moderada	-Episodios más de 1 cada 4-6 semanas	-Síntomas nocturnos menos de 2 por semana -Sibilancias a esfuerzos moderados -Precisa β ₂ agonistas menos de 3 / semana	FEV ₁ 70-80 % Variabilidad FEM 20-30%
Persistente grave	-Episodios frecuentes	--Síntomas nocturnos más de 2 veces por semana -Sibilancias a esfuerzos mínimos -Precisa β ₂ agonistas más de 3 veces por semana	FEV ₁ < 70% Variabilidad FEM >30%

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE MANTENIMIENTO SEGÚN NIVEL DE GRAVEDAD

En todos los niveles se añadirá como medicación de rescate administrada a demanda un AA- β_2 de corta duración	
Episódica ocasional	1. AA- β_2 de corta duración inhalado (a demanda)
Episódica frecuente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Glucocorticoide inhalado (< 200 μg/ día de budesonida o equivalente) 2. A considerar en algunos casos añadir antagonista de los receptores de leucotrienos (para disminuir la cantidad de glucocorticoide inhalado)
Persistente moderada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Glucocorticoide inhalado (200-400 μg/día) asociado a AA- β_2 de larga duración inhalado 2. A considerar en algunos casos añadir antagonista de los receptores de leucotrienos
Persistente grave	<ol style="list-style-type: none"> 1. Glucocorticoide inhalado (400- 800 μg/día) junto con AA- β_2 de larga duración inhalado. 2. A considerar en algunos casos añadir: <ul style="list-style-type: none"> . Antagonista de los receptores de leucotrienos(si ausencia de respuesta al tratamiento anterior y para disminuir la cantidad de corticoide) . Teofilina de liberación retardada (si ausencia de respuesta al tratamiento anterior) O , 3. Añadir glucocorticoide oral (< 10mg/día) ,si control clinico insuficiente ,valorando riesgo- beneficio

DOSIS EQUIPOTENCIALES ESTIMADAS PARA LOS ESTEROIDES INHALADOS

	DOSIS BAJAS	DOSIS MEDIAS	DOSIS ALTAS
BECLOMETASONA	200-500 μg	500-1.000 μg	> 1.000 μg
BUDESONIDA	200-400 μg	400-800 μg	>800 μg
FLUTICASONA	100-200 μg	200-400 μg	>500 μg
FLUSINOLIDA	500-1.000 μg	1.000-2.000 μg	>2.000 μg
TRIANCINOLONA	400-1.000 μg	1.000-2.000 μg	>2.000 μg
CICLESONIDA	100-200 μg	200-400 μg	>400 μg

- Budesonida y fluticasona son los que tienen relación eficacia/seguridad mas favorable.
- Otros tratamientos como antihistaminicos y ketotifeno son ineficaces para el tratamiento de fondo del asma.
- Los β_2 agonistas de larga duración , no deben usarse como unico medicamento para el control de fondo del asma (siempre asociado a corticoides) ni como rescate de los sintomas agudos

DESCENSO EN LA ESCALA TERAPEUTICA

Se recomienda disminuir el tratamiento una vez se ha controlado el asma , pero hay pocas evidencias respecto al modo mas apropiado de realizarlo .

La mayoría de los autores recomiendan la reducción de corticoides a los 3 meses de iniciado el tratamiento si el niño está asintomático para mantenerlo con la menor dosis posible .

A los 6-9 meses si el paciente está asintomático se puede plantear la retirada.

CALENDARIO DE VISITAS RECOMENDADO

SITUACION DEL ASMA	FRECUENCIA DE VISITAS
Toda exacerbación	En el dia
Alta hospitalaria o de urgencias	En 24- 48 horas
Periodo inicial de control o asma incontrolada	De 2 semanas a 3 meses
Asma ocasional o episódica frecuente	Cada 6 meses
Asma persistente moderada o grave	Cada 3 meses
Asmático asintomático	Una vez al año

ACTIVIDADES A REALIZAR EN LAS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO

1. Anamnesis para determinar el nivel de control de la enfermedad : sintomas diurnos o *despertares nocturnos por la tos* , si ha precisado medicación de rescate y/o acudir a urgencias
2. Anamnesis especifica :manifestaciones extrapulmonares (*rinitis*). Efectos secundarios del tratamiento
3. Exploración fisica básica que incluya auscultación pulmonar
4. Registrar la función pulmonar : *espirometria*
5. Revisar el tratamiento farmacológico y su nivel de cumplimentación
6. **Educación general del asma.** Revisión de la técnica de inhalación (demostrar como se utiliza y realización de la técnica por parte del paciente)
7. Evitación de alergenos . **Consejo antitabaco**
8. Reevaluar el nivel de clasificación clinica
9. Reajuste del tratamiento ,si lo precisa
10. Establecer cita de control