

# GOLD STANDARD

## DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS DE GEMA 2009

### **PEDIATRÍA**

**Este documento recoge un resumen ejecutivo de las principales recomendaciones clínicas de la *Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 2009)*. Esta guía, además de haber sido desarrollada con la metodología requerida y de haber sido incluida en el catálogo *GuíaSalud*, ha sido unánimemente refrendada por un amplio grupo experto multicéntrico de ámbito estatal, tras un riguroso proceso de consenso profesional.**

## TEXTOS LEGALES

Esta literatura refleja las opiniones y hallazgos propios de los autores y no son necesariamente los de Merck & Co., Inc., ni los de ninguna de sus afiliadas y se presenta como un servicio a la profesión médica. Cualquier producto mencionado deberá ser utilizado de acuerdo a la Ficha Técnica del fabricante.

## 1. DIAGNÓSTICO EN NIÑOS

- Se recomienda realizar una espirometría con prueba broncodilatadora para confirmar el diagnóstico de asma y valorar objetivamente su gravedad en todos los niños que puedan colaborar adecuadamente.
- Es conveniente realizar espirometrías periódicas a los niños asmáticos que precisan tratamiento continuo, al menos una vez al año.
- Se debe tener en cuenta la medición de la fracción exhalada del óxido nítrico (FE<sub>NO</sub>) en el diagnóstico y seguimiento del asma en el niño.
- Una FE<sub>NO</sub> elevada en un niño con síntomas sugestivos de asma hace más fiable el diagnóstico.
- Una FE<sub>NO</sub> elevada en un niño en tratamiento con glucocorticoides inhalados debe hacer sospechar falta de cumplimiento.
- La elevación de la FE<sub>NO</sub> por encima de 49 ppb en un niño al que se ha retirado el tratamiento debe hacer sospechar una probable recaída.

## 2. CLASIFICACIÓN DEL ASMA INFANTIL

Tabla 2.8 Clasificación de la gravedad del asma en niños

	<b>Episódica ocasional</b>	<b>Episódica frecuente</b>	<b>Persistente moderada</b>	<b>Persistente grave</b>
<b>Episodios</b>	– De pocas horas o días de duración < de uno cada 10-12/semanas – Máximo 4-5 crisis/año	– < de uno cada 5-6 semanas – Máximo 6-8 crisis/año	> de uno cada 4-5 semanas	Frecuentes
<b>Síntomas intercrisis</b>	Asintomático, con buena tolerancia al ejercicio	Asintomático	Leves	Frecuentes
<b>Sibilancias</b>	–	Con esfuerzos intensos	Con esfuerzos moderados	Con esfuerzos mínimos
<b>Síntomas nocturnos</b>	–	–	≤ 2 noches por semana	> 2 noches por semana
<b>Medicación de alivio</b> (agonista β <sub>2</sub> adrenérgico de acción corta)	–	–	≤ 3 días por semana	> 3 días por semana
<b>Función pulmonar</b>				
– FEV <sub>1</sub>	> 80%	< 80%	> 70% - < 80%	< 70%
– Variabilidad PEF	< 20%	< 20%	> 20% - <30%	> 30%

FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo.

Tomada de: GEMA 2009. Guía española para el manejo del asma. Madrid: Luzán 5; 2009. p. 40.

- La clasificación del asma del niño debería realizarse cuando está sin tratamiento.
- En los niños, con el objetivo de tipificar correctamente el asma, además de la gravedad, es importante identificar los factores precipitantes y establecer el grado de control.

### 3. TRATAMIENTO DEL ASMA DEL NIÑO

**Tabla 5.2 Tratamiento escalonado del asma en función del nivel de control en el niño menor de 3 años**

	Tratamiento escalonado	Medicación de control	Medicación de rescate
Evaluación del cumplimiento y técnica inhalatoria	1	Sin medicación de control	Broncodilatador de acción rápida a demanda
	2	GCI dosis baja o ARLT	
	3	GCI dosis medias o GCI dosis baja + ARLT	
Control ambiental	4	GCI dosis medias + ARLT	
	5	GCI dosis altas + ARLT Si no control añadir: A $\beta_2$ AAL*	
	6	GC oral	

GCI: glucocorticoides inhalados; ARLT: antileucotrienos; A $\beta_2$ AAL: agonista  $\beta_2$  adrenérgico de acción larga; GC: glucocorticoide.

**Tabla 5.3 Tratamiento escalonado del asma en función del nivel de control en el niño mayor de 3 años**

	Tratamiento escalonado	Medicación de control	Medicación de rescate
Evaluación del cumplimiento y técnica inhalatoria	1	Sin medicación de control	Broncodilatador acción rápida a demanda
	2	GCI dosis baja o ARLT	
	3	GCI dosis medias o GCI dosis baja + A $\beta_2$ AAL o GCI dosis baja + ARLT	
Control ambiental	4	GCI dosis medias + A $\beta_2$ AAL o GCI dosis medias + ARLT	
	5	GCI dosis altas + A $\beta_2$ AAL Si no control añadir: ARLT, teofilina	
	6	GC oral Omalizumab	

GCI: glucocorticoides inhalados; ARLT: antileucotrienos; A $\beta_2$ AAL: agonista  $\beta_2$  adrenérgico de larga duración; GC: glucocorticoide.

Tomada de: GEMA 2009. Guía española para el manejo del asma. Madrid: Luzán 5; 2009. p. 71.

- En pacientes con síntomas de asma, y en cualquiera de los escalones terapéuticos, se recomienda utilizar un agonista  $\beta_2$  adrenérgico de acción corta a demanda para el alivio rápido de los mismos.
- Se recomienda emplear agonistas  $\beta_2$  adrenérgicos de acción corta inhalados administrados a demanda para el tratamiento del asma episódica.
- Se recomienda el empleo de los glucocorticoides inhalados como primera línea de tratamiento para el control del asma persistente del niño de cualquier edad.
- Como alternativa a los mismos, en el asma persistente leve se recomiendan los antagonistas de los receptores de leucotrienos, y su asociación con los glucocorticoides mejora el control de los síntomas.
- Los agonistas  $\beta_2$  adrenérgicos de acción larga son un tratamiento que se debe considerar en niños sólo si se asocian a un glucocorticoide inhalado, y en niños con asma persistente no controlados adecuadamente con glucocorticoides inhalados.
- Los agonistas  $\beta_2$  adrenérgicos de acción larga nunca deben administrarse como monoterapia.
- Los niños con asma persistente moderada deben iniciar el tratamiento con dosis medias de glucocorticoides inhalados hasta lograr el control y luego reducirlas.
- Como alternativa se puede iniciar el tratamiento con una combinación de glucocorticoides inhalados a dosis bajas más un antileucotrieno, o bien corticoides inhalados más un agonista  $\beta_2$  adrenérgico de acción larga en mayores de 4 años.
- En el tratamiento de niños con asma alérgica se debe considerar el empleo de la inmunoterapia siempre que se utilicen extractos estandarizados biológicamente y los pacientes estén bien seleccionados.

## 4. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACIÓN EN EL NIÑO

- Los agonistas  $\beta_2$  adrenérgicos de acción corta a altas dosis y administrados de forma precoz y repetida se recomiendan como la primera línea de tratamiento para la crisis asmática.
- Se aconseja individualizar la dosis de los fármacos de acuerdo con la gravedad de la crisis y con su respuesta al tratamiento.
- En el tratamiento de la crisis asmática leve-moderada se recomienda la utilización del sistema de inhalador presurizado con cámara espaciadora.
- En las crisis moderadas a graves se recomienda emplear un glucocorticoide sistémico de forma precoz.