

Conclusiones

E. González Pérez-Yarza

Jefe de Servicio de Pediatría. Unidad de Neumología Infantil. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

El asma en el niño es una apasionante historia de avances en los conocimientos científicos y en las actitudes terapéuticas en el manejo del asma, en aras a lograr el mejor estado de salud posible en el niño afectado de enfermedad asmática, la máxima calidad de vida relacionada con la salud con la mínima o ninguna medicación posible. Un resumen secuencial de la historia reciente de esta entidad puede ser el siguiente:

1. La enfermedad asmática se consideró inicialmente (1970-1980) como una enfermedad broncopástica, donde el broncospasmo era el eje fundamental de la enfermedad y el tratamiento por excelencia eran los fármacos broncodilatadores, destacando por su singularidad, en aquella época, la adrenalina subcutánea.

2. En la siguiente década (1980-1990) suceden dos acontecimientos nuevos. Uno, el desarrollo y la universalización de la terapia inhalada para el tratamiento de las reagudizaciones y de las crisis asmáticas. Dos, la reflexión científica desde la medicina del adulto de que el asma es una enfermedad fundamentalmente inflamatoria y con una inflamación específica presente en todas sus formas de expresión, desde las más graves a las más leves. Este cambio conceptual, de la enfermedad broncopástica a "asma igual a inflamación", conllevó el cambio terapéutico de considerar a los fármacos antiinflamatorios como los fármacos de primera línea en el manejo del asma (la llamada terapia crónica, modificadora o de sostén) y a los fármacos broncodilatadores como de rescate o terapia aguda, fármacos sintomáticos.

3. A principios de la década de los noventa los pediatras dispusieron de numerosas evidencias para considerar que el asma infantil es una enfermedad inflamatoria y que el tratamiento por excelencia del niño asmático se basa en los fármacos antiinflamatorios, fundamentalmente los glucocorticoides inhalados. También en esta década (1990-2000) se realizaron múltiples estudios sobre eficacia y seguridad de los fármacos antiinflamatorios, para concluir afirmando que los glucocorticoides inhalados son los fárma-

cos más eficaces y con un nivel de seguridad óptimo, cuando se manejan a dosis adecuadas.

4. A finales de la década de los noventa se tienen las evidencias suficientes para afirmar que los glucocorticoides inhalados son los fármacos más eficaces para controlar el asma, por lo que la amplia farmacopea del asma se simplifica a 2 tipos de medicamentos, los agonistas β_2 -adrenérgicos de corta duración (broncodilatadores) y los antiinflamatorios (glucocorticoides), a la vez que aparecen nuevos sistemas de dispensación (dispensadores de polvo seco) que mejoran el depósito pulmonar de los fármacos, es decir, la fracción pulmonar disponible en relación con la dosis dispensada.

Durante los últimos 10 años suceden nuevos acontecimientos que motivan nuevas reflexiones y cambios importantes en el tratamiento del asma infantil, tratando de lograr un mejor manejo del asma en la doble vertiente de eficacia y seguridad: más eficacia y más seguridad. En estos últimos años se han constatado los siguientes hechos:

- La relación inflamación-hiperrespuesta bronquial-clínica no es 1:1:1. Hay datos suficientes para considerar que la inflamación es una parte muy importante de la patogenia del asma, sin olvidar que el músculo desempeña un papel relevante, minusvalorado en la década previa.

- Los conocimientos sobre patogenia, fisiopatología y farmacología del asma universalizan el tratamiento con glucocorticoides inhalados y, además, lo universalizan ampliando las edades hacia los grupos de menos edad, incluyendo lactantes.

- Los glucocorticoides inhalados tienen una curva dosis-respuesta limitada. Por encima de ciertas dosis cabe esperar, por un lado, poca o ninguna eficacia y, por otro, efectos secundarios no deseables.

- La aprobación de nuevos fármacos para el tratamiento del asma en niños, como son los antagonistas de los leucotrienos (montelukast), los agonistas

β_2 -adrenérgicos de larga duración (formoterol, salmeterol) y los anticuerpos monoclonales anti-IgE (omalizumab). La terapia combinada (un único sistema de dispensación) frente a la terapia concurrente (2 sistemas de dispensación, uno por cada fármaco) facilita el cumplimiento y, por ende, el mejor control del asma infantil.

Se ha demostrado que los agonistas β_2 -adrenérgicos de larga duración (formoterol, salmeterol) tienen un perfil de eficacia y seguridad adecuado. Cuando se estudia la eficacia de la administración en niños de fluticasona y salmeterol inhalados en terapia combinada (en un solo inhalador) frente a terapia concurrente (con 2 inhaladores), la terapia combinada da lugar a un control mucho mejor del asma que la terapia concurrente, y esta mejoría en el control de la enfermedad se asocia a una notable mejoría en el cumplimiento, fenómeno éste que explicaría el anterior.

Asociados a glucocorticoides inhalados a dosis media o bajas, los agonistas β_2 -adrenérgicos de larga duración se comportan como ahorradores de glucocorticoides, mejoran la clínica, la función pulmonar y la hiperrespuesta bronquial, frente a iguales y a dobles dosis de glucocorticoides.

Este comportamiento de los agonistas β_2 -adrenérgicos de larga duración permite una ventana de oportunidad en el manejo del asma infantil, reconocida

actualmente en las guías internacionales, y que se podría resumir en los siguientes aspectos:

– Se acepta que las dosis de seguridad de los glucocorticoides inhalados a largo plazo⁸⁰ son 200 $\mu\text{g}/\text{día}$ para la fluticasona y 400 $\mu\text{g}/\text{día}$ para la budesonida. Si el asma no está controlada clínica y funcionalmente con estas dosis, la terapia secuencial correcta consiste en asociar agonistas β_2 -adrenérgicos de larga duración.

– Hay datos que permiten señalar que estas dosis de seguridad deberían ser más bajas, sobre todo cuanto más pequeño es el niño. Si en estas condiciones de tratamiento con dosis bajas de glucocorticoides inhalados (fluticasona, 100 $\mu\text{g}/\text{día}$; budesonida, 200 $\mu\text{g}/\text{día}$) no hay un control adecuado de la enfermedad, la secuencia correcta sería la terapia combinada con agonistas β_2 -adrenérgicos de larga duración.

En resumen, el asma es una enfermedad esencialmente pediátrica en su inicio y que se expresa en la mayoría de las ocasiones antes de los 5 años. La prevención, el diagnóstico y la intervención terapéutica precoces en estas edades desempeñan un papel muy importante para su desarrollo posterior. La terapia combinada en un dispositivo único de inhalación, la asociación de glucocorticoides a dosis bajas o medias y agonistas β_2 -adrenérgicos de larga duración, debe considerarse como la mejor oferta terapéutica actual para el manejo del asma infantil.