



Boletín Atención Farmacéutica Comunitaria

Nuevas recomendaciones internacionales sobre manejo del asma: GINA-2002. Asma infantil (y 3)	1
Cursos	2

Nuevas recomendaciones internacionales sobre manejo del asma: GINA-2002. Asma infantil (y 3). Julio Andrés. Escuela Nacional de Sanidad, Madrid. (BISCIII 99/4052)

En los últimos años el asma se ha convertido en uno de los principales problemas de salud en la edad pediátrica. Por ello, en las recomendaciones internacionales se presta especial atención al manejo del asma en este grupo de edad.

Se destacan los aspectos más relevantes en relación con la farmacoterapia:

Corticoides inhalados

Los corticoides inhalados son actualmente los medicamentos controladores más efectivos, estando recomendados para el asma persistente en cualquier escalón de gravedad.

El tratamiento a largo plazo con corticoides inhalados reduce marcadamente la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones y no ha mostrado estar asociado con un incremento de osteoporosis o fractura ósea.

Se consideran de forma especial los posibles efectos de los corticoides inhalados sobre el crecimiento de los niños asmáticos, destacando las siguientes conclusiones:

- En estudios que incluyen un total de 3.500 niños tratados durante períodos medios de 1 a 13 años no se han encontrado efectos adversos sostenidos de los corticoides inhalados sobre el crecimiento.

- Ningún estudio controlado ha reportado efectos adversos estadística o clínicamente significativos sobre el crecimiento (con dosis de 100 a 200 mcg diarios de corticoides inhalados).

- El retraso en el crecimiento puede llegar a producirse cuando se administra una dosis suficientemente alta de corticoide inhalado, sin un posterior ajuste de dosis basado en el nivel de gravedad de la enfermedad.

- El retraso en el crecimiento evidenciado en algunos estudios a corto y medio plazo es dependiente de la dosis.

- Parecen existir diferencias importantes en los efectos retrasadores del crecimiento producidos por los

diferentes tipos de corticoides inhalados y dispositivos de inhalación.

- Los diferentes grupos de edad parecen diferir en el grado de susceptibilidad a este efecto, siendo los niños de 4 a 10 años más susceptibles que los adolescentes.

- Se ha demostrado consistentemente que los niños con asma tratados con corticoides inhalados alcanzan una estatura normal en la edad adulta.

- El asma mal controlada o asma grave en sí mismas parecen afectar adversamente al crecimiento y a la estatura final.

- Los cambios en la tasa de crecimiento inducidos por los corticoides inhalados durante el primer año de tratamiento parecen ser temporales y no ser predictores de la estatura final.

Dispositivos de inhalación

Basándose en consideraciones sobre la eficacia de la liberación del medicamento, coste-efectividad, seguridad y comodidad, se presentan unas recomendaciones sobre dispositivos de inhalación para los diferentes grupos de edad:

- En niños menores de 4 años el dispositivo recomendado es el inhalador presurizado acoplado a cámara espaciadora, con mascarilla facial.

- En niños de 4 a 6 años, inhalador presurizado acoplado a cámara espaciadora, con boquilla.

- En los dos grupos anteriores, el dispositivo alternativo sería el nebulizador con mascarilla facial.

- En niños mayores de 6 años se recomiendan los inhaladores de polvo, o inhaladores presurizados activados por la respiración, o inhaladores presurizados con espaciador; y como dispositivo alternativo, nebulizador con boquilla.

Tratamiento escalonado: véase fig.1.

Referencias

NHLBI/WHO. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Bethesda (MD): National Institutes of Health 2002.

Fig. 1. Medicamentos recomendados por nivel de gravedad en niños

Todos los escalones: adicionalmente a la terapia controladora diaria, se debe tomar agonista beta inhalado de acción corta* a demanda para aliviar síntomas, pero no se debería necesitar más de 3 a 4 veces al día.

Nivel de gravedad	Medicamentos controladores diarios	Otras opciones de tratamiento**
Escalón 1 Asma Intermitente***	• No se necesita ninguno	
Escalón 2 Asma Persistente Leve	• Corticoide inhalado (100-400 mcg budesonida o equivalente)	• Teofilina de liberación sostenida o • Cromona o • Modificador de leucotrienos
Escalón 3 Asma Persistente Moderada	• Corticoide inhalado (400-800 mcg budesonida o equivalente)	• Corticoide inhalado (< 800 mcg budesonida o equivalente) + teofilina de liberación sostenida o • Corticoide inhalado (< 800 mcg budesonida o equiv.) + agonista beta inhalado de larga duración, o • Corticoide inhalado a dosis mayores (> 800 mcg budesonida o equiv.) o • Corticoide inhalado (< 800 mcg budesonida o equiv.) + modificador de leucotrienos
Escalón 4 Asma Persistente Grave	• Corticoide inhalado (> 800 mcg budesonida o equiv.) + uno o más de los siguientes, si se necesita: • Teofilina de liberación sostenida • Agonista beta inhalado de larga duración • Modificador de leucotrienos • Corticoide oral	

Todos los escalones: una vez que el control del asma es alcanzado y mantenido durante un mínimo de 3 meses, se debe intentar una reducción gradual de la terapia de mantenimiento para identificar la terapia mínima requerida para mantener el control.

*Otras opciones de medicación aliviadora son (en orden ascendente de coste): anticolinérgico inhalado, agonista beta oral de acción corta y teofilina de acción corta.

**Enumeradas en orden ascendente de coste, pudiendo variar entre países.

***Niños con asma intermitente, pero con exacerbaciones graves, deben ser tratados como si tuvieran asma persistente moderada.

Cursos

Atención farmacéutica en farmacia comunitaria.
Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, del 21 al 24 de octubre de 2002, 30 horas lectivas. Véase web de atención farmacéutica, apartado cursos.

Aplicaciones de Internet en Ciencias de la Salud, Escuela Nacional Sanidad, Madrid del 4 al 6 de noviembre 2002. Véase web de atención farmacéutica, apartado cursos.
<http://www.isciii.es/unidad/Sgpcd/ens/atenfar/paginaprinipal.htm>

BOLETÍN ATENCIÓN FARMACÉUTICA COMUNITARIA es una publicación derivada de una línea de investigación dirigida por el Dr. Antonio Iñesta de la ENS. - ISCIII, destinada a los farmacéuticos que han seguido cursos de formación continuada en Atención Farmacéutica, para apoyar sus actividades y ponerles al día sobre aspectos útiles en su actividad. Este Boletín es una copia adaptada del que se publica en el web <http://www.isciii.es/unidad/Sgpcd/ens/atenfar/paginaprinipal.htm>

Director: Dr. Antonio Iñesta. Escuela Nacional de Sanidad, Sinesio Delgado, 8. 28029 Madrid. Correo electrónico: ainesta@isciii.es

Consejo de redacción: Dra. M.^a José Faus, Facultad de Farmacia, Granada; Prof. QF Catalina Domecq, Chile; Dr. Julio Andrés, Escuela Nacional de Sanidad; Dña. Ana Domínguez, Escuela Nacional de Sanidad; Dra. Pilar Gómez-Serranillos, Facultad de Farmacia, U. Complutense; Dra. M.^a Angeles de Marino, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; Dr. José Carlos Montilla, vocal del COF de Madrid; Dra. Ana Plaza, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Farmacéuticos comunitarios: Dña. Flor Álvarez de Toledo, Oviedo; D. José I. Centenera, Guadalajara; Dña. Carmen Granados, Jaén; Dña. Ana Isabel López-Casero, Campo de Criptana (Ciudad Real); Dña. M.^a Jesús Oya, Jaén; D. Fernando Peña, Sevilla; Dña. Nuria Rodrigo, Guadalajara; Dña. Concha Vicedo, Cullera (Valencia).

Consultas e información: Dr. Julio Andrés. Escuela Nacional de Sanidad. Fax: 913 87 78 72. Correo electrónico: jandres@isciii.es