



EVIDENCIAS EN PEDIATRIA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

En las reagudizaciones del asma, el aumento de las dosis previas de corticoides inhalados no produce beneficio. Evid Pediatr. 2005; 1: 4. Traducción autorizada de: Connelly J. Increased Doses of Inhaled Steroids During an Asthma Exacerbation Show No Benefit. University of Michigan. Department of Pediatrics. Evidence-Based Pediatrics Web Site [actualizado: 25/05/05; consultado: 03/10/05]. Barroso Espadero D. Evid Pediatr. 2005; 1: 11

Términos clave en inglés: glucocorticoids/therapeutic use; asthma/drug therapy; drug administration schedule

Términos clave en español: glucocorticoides: uso terapéutico; asma: farmacoterapia; esquema de medicación

Fecha de recepción: 7 de noviembre de 2005

Fecha de aceptación: 12 de noviembre de 2005

Fecha de publicación: 1 de diciembre de 2005

La versión electrónica de este artículo así como información sobre la revista se encuentran disponibles en <http://www.aepap.org/EvidPediatr/index.htm>

EVIDENCIAS EN PEDIATRIA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005. Todos los derechos reservados



Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Al cuidado de la infancia y la adolescencia



En las reagudizaciones del asma, el aumento de las dosis previas de corticoides inhalados no produce beneficio. Evid Pediatr. 2005; 1: 4. Traducción autorizada de: Connelly J. Increased Doses of Inhaled Steroids During an Asthma Exacerbation Show No Benefit. University of Michigan. Department of Pediatrics. Evidence-Based Pediatrics Web Site [fecha de actualización: 25-X-2005; fecha de consulta: 03-X-2005].

Domingo Barroso Espadero. CS de Don Benito (Badajoz). pediatria@eresmas.net

Pregunta:

En los niños con asma persistente que sufren una reagudización de su enfermedad, ¿se consigue reducir la gravedad de los síntomas incrementando sus dosis previas de corticoides inhalados?

1. Aspectos clínicos centrales en la valoración del problema:

1. En asmáticos en situación basal de asma persistente que experimentan una reagudización, el aumento al doble de la dosis de corticoides inhalados con que estaban siendo tratados, durante un periodo de tres días, no produjo diferencias estadísticamente significativas al valorar las cifras obtenidas en el registro de determinaciones matinales y vespertinas con medidores del PFE (Pico del Flujo Espiratorio).

2. Además, no se constataron diferencias significativas en ninguno de los apartados siguientes: cifras obtenidas en evaluaciones mediante escalas de puntuación clínicas para síntomas del asma, valores obtenidos en las mediciones espirométricas, valoración del grado de satisfacción de los padres o vigilancia para la aparición de efectos adversos.

2. Resumen de las claves encontradas revisando las evidencias disponibles:

1. El estudio seleccionado es un ensayo clínico controlado, aleatorizado, con doble

cegamiento y grupo placebo, en el que se estudiaron 28 niños, con edades comprendidas entre 6 y 14 años y diagnóstico de asma persistente, leve o moderado. En este estudio, estos niños recibían tratamiento utilizando, durante los tres primeros días de la exacerbación de la enfermedad, una de las dos siguientes variedades de actuación, con respecto al uso de corticoides inhalados:

-Incremento de las dosis previas de corticoides inhalados al doble.

-Mantenimiento de las dosis basales de corticoides inhalados, añadiendo un placebo mediante dispositivo inhalador adecuado¹.

2. Criterios de exclusión utilizados en el estudio:

La utilización de corticoides orales, beta agonistas de acción prolongada, cromoglicato, historia de ingreso en UCI, ingreso reciente, cambios en las dosis de corticoides inhalados en los dos meses previos al inicio del estudio.

3. Los niños fueron estratificados por edad y sexo y posteriormente se distribuyeron, de forma aleatoria, en grupos. A cada uno de los grupos se le aplicaba una de las siguientes dos distintas secuencias de actuación posibles en sucesivas exacerbaciones que experimentasen:

-Placebo inicialmente y después corticoides.

-Corticoides la primera vez y posteriormente placebo.

4. Los parámetros de medición del resultado principal investigado en el estudio incluían: determinaciones del PFE, registrando las cifras matinales y vespertinas; evaluaciones mediante escalas de medición de la gravedad de la sintomatología del asma; valores de la espirometría; grado de satisfacción de los padres y registro de los efectos adversos.

5. La metodología del estudio se consideró válida si los pacientes se asignaron de forma aleatoria, si fueron seguidos hasta el final, si hubo cegamiento de los investigadores y si los grupos del estudio se trataron de la misma manera.

6. Al comparar el grupo basal con el grupo que recibió un aumento de corticoides no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en ninguno de los parámetros del estudio. En total se incluyeron 18 pares de exacerbaciones de asma.

3. Comentarios adicionales:

Existen tres estudios que evalúan la eficacia de los corticoides inhalados frente a placebo para el tratamiento de las crisis del asma en niños que previamente no estaban recibiendo corticoides inhalados. En general, la administración de dosis altas de corticoides inhalados no disminuye la necesidad de administración de corticoides por vía oral, ni tampoco la necesidad de hospitalización². En un estudio, de Connett y Lenney, se constató un descenso significativo de las sibilancias, pero no se encontraban diferencias en la tos, en el uso de broncodilatadores ni en la duración de los síntomas.

Wilson y Silverman encontraron que las puntuaciones en escalas clínicas del asma, fueron significativamente más bajas en el grupo de tratamiento con corticoides inhalados.

Svedmyr informó de cifras del PFE significativamente más altas (104% frente a un valor esperado del 96%), pero sin encontrar diferencias en la sintomatología.

Existen diversos estudios, tanto en niños como en adultos, que demuestran una eficacia similar en el uso de corticoides orales o inhalados. Sin embargo, en estos estudios se utilizaron dosis elevadas de corticoides inhalados, por lo que se plantea la posible explicación de que el efecto valorado pudiera en realidad ser el resultado de la actuación sistémica del medicamento tras su absorción².

Los efectos secundarios de los corticoides inhalados son mínimos. En un estudio, realizado por el *Childhood Asthma Management Program Group*, se estudiaron estos efectos, causados por la administración de esteroides inhalados y observaron que tenía lugar un descenso en el crecimiento de 1,1 cm menos en la medición de la talla al final del estudio. Sin embargo, no se afectaba la talla final estimada, la edad ósea o los estadios de Tanner³.

4. Referencias:

1. Garrett J, Williams S, Wong C, Holdaway D. Treatment of acute asthmatic exacerbations with an increased dose of inhaled steroid. *Arch Dis Child*. 1998; 79: 12-7.

2. Hendeles L, Sherman J. Are inhaled corticosteroids effective for acute exacerbations of asthma in children. J Pediatr. 2003; 142: S26-S33.

3. Childhood Asthma Management Program Research Group. Long-term effects of budesonide or nedocromil in children with asthma. N Engl J Med. 2000; 343: 1054-63.

Autor de este CAT: Jim Connelly, MD

Evaluador de este CAT: John Frohna, MD

Fecha de la evaluación: 25 de mayo de 2005

Última actualización: 25 de mayo de 2005

URL del original en inglés disponible en:
<http://www.med.umich.edu/pediatrics/ebm/cats/asthmainh.htm>