

Menos exacerbaciones asmáticas en los niños usando corticoides inhalados en vez de montelukast

Castro-Rodríguez JA, Rodrigo GJ. The role of inhaled corticosteroids and montelukast in children with mild-moderate asthma: results of a systematic review with meta-analysis. Arch Dis Child published online November 27, 2009. doi:10.1136/adc.2009.169177

Pregunta de investigación:

¿Con qué tratamiento prevenimos más exacerbaciones severas en niños y adolescentes asmáticos, con corticoides inhalados o con montelukast?

Métodos:

Diseño: Metanálisis de ensayos clínicos controlados.

Fuente de datos: Medline, Embase y Cochrane Controlled Trials Register.

Selección y valoración de artículos: Ensayos clínicos prospectivos, randomizados y controlados -publicados entre enero de 1966 y noviembre de 2009- de al menos 4 semanas de duración, en los que se comparan corticoides inhalados (CI) con montelukast (MON) ó CI con la combinación de CI+MON en menores de 18 años con diagnóstico de asma leve o moderada desde hace al menos 6 meses.

Variable resultado principal: Exacerbaciones severas, definidas como empeoramiento de los síntomas que requirió de corticoides orales.

Resultados:

Dieciocho ensayos clínicos (3.757 pacientes) fueron seleccionados. Siete de los estudios (2.429 pacientes, edad media 9,7 años) evaluaban CI vs MON en la variable principal.

Los pacientes tratados con CI mostraron mejores resultados que los tratados con MON en la variable principal (Tabla) y en variables secundarias tales como función pulmonar, uso de medicación de rescate, síntomas y hospitalizaciones por exacerbaciones.

Resultados

	CI	MON	RA* (IC 95%)
Exacerbaciones severas que requirieron de corticoides orales	21,3%	25,6%	4,3% (0,9%-7,6%)
NNT** para prevenir una exacerbación extra: 24 (95% CI 13-110)			

*RA: Riesgo Absoluto (diferencia de riesgos)

** NNT: Número de pacientes necesarios a tratar

Entre CI y la terapia combinada CI+MON no se encontraron diferencias.

Conclusión de los autores:

En niños y adolescentes con asma persistente leve/moderada, los CI a dosis bajas-medias (200-300 mcg de beclometasona) o equivalente, fueron superiores a MON en la prevención de exacerbaciones que requirieron de corticoides orales. No hay suficientes datos para determinar si añadir MON a los CI mejora los resultados.

Fuente de financiación: No existe financiación externa.

Comentario:

El asma es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en la edad infantil, siendo su tendencia ascendente. Disminuye la calidad de vida de un elevado número de niños y familias por su morbilidad, evitable en muchos casos si se siguieran las recomendaciones. Numerosas guías de práctica clínica explicitan la necesidad de aumentar los conocimientos y habilidades de los profesionales que manejan el asma infantil para mejorar su manejo¹.

El control de las exacerbaciones es primordial. Afectan a la calidad de vida de los niños, aumentan las necesidades de medicación de rescate y el consumo de recursos, tanto sanitarios (visitas a urgencias, hospitalizaciones) como no sanitarios (falta de los niños a clase o de los padres al trabajo, problemas de integración en el niño ...), en ocasiones incluso suponen un riesgo vital^{2,3}.

Los CI a dosis bajas-medias son el tratamiento más efectivo para el control del asma, mejoran función pulmonar, sintomatología y calidad de vida, así como la frecuencia y severidad de las exacerbaciones. MON (el antileucotrieno usado en asma infantil) es considerado una alternativa a los CI^{2,3}. El atractivo de MON es su comodidad de uso vía oral, lo cual hace que se emplee en situaciones donde se debería usar un CI².

Un metanálisis llevado a cabo con anterioridad en adultos y niños ponía de manifiesto que se evitaban 4 exacerbaciones que requirieron de corticoides orales si en vez de montelukast se empleaban CI. Aunque, en población pediátrica, no permitía extraer conclusiones por ser el número de niños evaluados insuficiente⁵.

El metanálisis que nos ocupa, viene confirmar lo que ya se apuntaba en algunos estudios específicamente hechos en niños: la importancia usar CI en vez de MON como forma de evitar exacerbaciones severas.

La limitación más importante del estudio es la falta de poder estadístico para discernir otra cuestión de mucho interés: si realmente MON aporta algo a los CI como tratamiento adicional en niños, dado que los resultados sólo provienen de dos estudios y no alcanzan la significación estadística.

En función de estos resultados, resulta difícil justificar la utilización de MON en lugar de un CI en el segundo escalón del asma infantil. Se debe promover la utilización de CI en niños de cualquier edad, para disminuir el riesgo de crisis asmáticas y reducir el número de ingresos hospitalarios relacionados con el asma.

MENSAJE PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA: No hay ninguna justificación para usar MON en niños y adolescentes con asma leve o moderada. Los CI, salvo excepciones, se deberían usar siempre de primera elección. Especial importancia tiene también la adherencia y contar con un plan individualizado de manejo del asma por escrito.

Bibliografía:

1. Form Act Pediatr Aten Prim 2009;2:135-143.
2. BTS-SIGN, May 2008. Revised edition June 2009. www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/101/index.html.
3. GINA, 2009 (update). www.ginasthma.org
4. Arch Dis Child 2007;92(10):847-9.
5. Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 1. <http://www.update-software.com>

Cumple 22 de los 27 criterios PRISMA.

Términos Mesh: asthma, children, corticosteroids, montelukast, exacerbations.

Autores: Juan Rodríguez Castilla, Rocío Fernández Urrusuno. Ingrid Ferrer López. Servicio Andaluz de Salud.