

Preguntas y respuestas clave sobre el manejo del asma en pediatría durante la pandemia de Covid-19

En las últimas semanas hemos recibido diversas consultas vinculadas a cómo manejar el asma en pediatría en el contexto de la pandemia de Covid-19. Han surgido dudas en algunos profesionales y muchas consultas por parte de la población en general, preguntando justamente qué tipo de medidas podía requerir un paciente asmático frente a esta enfermedad tan nueva y potente que nos mantiene en estado de emergencia sanitaria. En tal sentido, hemos decidido generar este artículo, que esperamos que resulte de utilidad.

Igualmente, debemos señalar que en ausencia de bibliografía amplia sobre SARS CoV2 (Covid-19) / Asma, se realizarán las siguientes recomendaciones de acuerdo a opiniones de expertos y guías nacionales⁽¹⁾ e internacionales sobre tratamiento de asma en niños. Además, queremos recordar la importancia del criterio clínico del profesional frente a situaciones especiales, por lo que se deben individualizar los casos clínicos a resolver.

1) ¿Cuál sería el manejo óptimo de la crisis asmática (exacerbación) y el control del asma?

El manejo de la exacerbación y el control óptimo del asma se continúa sin cambios con respecto a las guías nacionales e internacionales. Es la mejor protección para disminuir una exacerbación por SARS Cov2, además previene o minimiza el riesgo de complicaciones a corto y largo plazo⁽¹⁻⁵⁾.

2) ¿Cuál sería el riesgo de adquirir SARS CoV2 en pacientes pediátricos con asma?

No existen evidencias de un aumento del riesgo de los pacientes asmáticos en adquirir SARS CoV2 comparados con la población general⁽⁶⁻⁸⁾.

3) ¿Existe mayor riesgo de severidad en las crisis asmáticas causadas por SARS CoV2?

Hasta la fecha no hay publicación alguna para poder contestar esta pregunta.

Se recomienda que los pacientes asmáticos reinicien o continúen su tratamiento para mejorar el control del asma y de esa manera se reduce la severidad de las exacerbaciones inducidas por virus, incluidas las causadas por SARS CoV2.

Las infecciones virales en general son causas de exacerbaciones⁽⁹⁾, el coronavirus no pandémico ha sido asociado a exacerbaciones, por lo que es probable que el SARS CoV2 pueda ser

desencadenante de crisis asmáticas^(10,11). En estudios realizados en China e Italia sobre muertes y SARS CoV2 no identificaron el asma como factor de riesgo de comorbilidad^(12,13).

4) ¿Cuál sería la seguridad del uso de corticoides sistémicos (Prednisona) en el tratamiento de las exacerbaciones durante la pandemia de Covid-19?

Se recomienda el uso de prednisona en crisis asmáticas severas como está tratado en las guías nacionales e internacionales esté o no exacerbado por SARS CoV2⁽¹⁴⁾.

El uso tardío o la no indicación de prednisona oportunamente podrían requerir el traslado al Departamento de Emergencia con o sin internación, con el cual el paciente puede quedar expuesto a contraer SARS Cov2.

No hay evidencia que el uso de prednisona sea peligroso en el tratamiento de crisis asmáticas en pandemia de Covid-19. El curso breve de corticoides sistémicos en el tratamiento de crisis asmáticas no compromete el sistema inmune suficientemente para aumentar la posibilidad de adquirir SARS CoV2 y desarrollar Covid-19.

Dosis bajas 0.5 mg-1 mg/k/día de metilprednisolona o equivalente por menos de 7 días⁽¹⁾.

En ausencia de evidencia de daño se prioriza el valor del uso de la prednisona en crisis asmática para disminuir la concurrencia a emergencia y /o internación por asma⁽²⁻⁵⁾.

5) ¿Cuál sería la seguridad y uso de corticoides inhalados en el tratamiento del asma durante la pandemia SARS CoV2 (Covid-19)?

No hay evidencia de que el uso de los corticoides inhalados para el tratamiento y control del asma aumenten la severidad de la infección por SARS Co2 y generen crisis asmáticas severas.

Se prioriza el control del asma para reducir la severidad y frecuencia de crisis desencadenadas por diferentes estímulos, entre ellas las infecciones virales.

No hay evidencias de que el uso de corticoides inhalados en las dosis recomendadas por las guías nacionales e internacionales aumenten el riesgo de adquirir SARS CoV2 o aumente la severidad de la infección por ese virus.

6) Medicamentos biológicos: Omalizumab (anti IgE) en asma severa alérgica eosinofílica.

Se debe continuar su uso durante la pandemia. Se evaluará si existe la posibilidad de automanejo en su casa para la administración de biológicos.

La pérdida del control del asma por discontinuar la medicación lo expone a estar más vulnerable a tener exacerbaciones severas asociadas a infecciones virales⁽¹⁴⁾.

En ausencia de evidencia de daño y por el alto riesgo del paciente con asma severo, se prioriza mantener los agentes biológicos en el control del asma.

7) Uso de nebulizadores o inhaladores de dosis medida en el tratamiento de la crisis asmática durante la pandemia de Covid-19.

Se sugiere y recomienda el reemplazo (si ya no lo usa) de los inhaladores de dosis medida (IDM) o polvo seco en áreas de asistencia médica o en el domicilio por el riesgo de diseminar partículas virales.

Hay que recordar que los IDM son más efectivos que las nebulizaciones como método de entrega de medicación distal en crisis asmática, aun en circunstancias no pandémicas.

En época de pandemia se aumenta el riesgo de aerosolización SARS Co2 y con posibilidad de infectar al personal de salud y a los cuidadores⁽¹⁵⁾.

Se recomienda el uso de IDM en todos los pacientes con crisis asmáticas ya que aumenta el depósito distal del medicamento y además disminuye el riesgo de transmitir la enfermedad.

8) ¿Qué medidas generales se deben tener para evitar el contagio del SARSCoV2 en niños con asma?

Distanciamiento físico sostenido, es una de las medidas de Salud Pública que permite aplanar la curva de diseminación del virus en la comunidad.

Uso de tapabocas en mayores de 2 años.

Lavado frecuente de manos.

Bibliografía

1. Pinchak C, coord. *Asma en Pediatría. Actualización 2019*. Montevideo: UDELAR - ASSE - SUP, 2019.
2. Global Initiative for Asthma. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2019*. Available from: www.ginasthma.org.
3. FitzGerald JM, Lemiere C, Loughheed MD, et al. Recognition and management of severe asthma: A Canadian Thoracic Society position statement. *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine*. 2017;1(4):199-221.
4. Loughheed MD, Lemiere C, Ducharme F, et al. Canadian Thoracic Society 2012 guideline update: Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. *Can Respir J*. 2012;19(2):127-64.
5. Ducharme F, Dell S, Radhakrishnan D, et al. Diagnosis and Management of Asthma in Preschoolers: A Canadian Thoracic Society and Canadian Pediatric Society position paper. *Can Respir J*. 2015;22(3):135-43.
6. Zhang JJ, Dong X, Cao Y, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*. 2020.
7. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;DOI:10.1056/NEJMoa2002032.
8. Report on the Epidemiological Features of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in the Republic of Korea from January 19 to March 2, 2020. *J Korean Med Sci*. 2020;35(10):e112.
9. Jackson D, Johnston S. The role of viruses in acute exacerbations of asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;125(6):1178-87.
10. Johnston N, Sears MR. Asthma exacerbations: Epidemiology. *Thorax*. 2006;61:722-728.
11. Satia I, Cusack R, Greene JM, et al. Prevalence and contribution of respiratory viruses in the community to rates of emergency department visits and hospitalizations with respiratory tract infections, chronic obstructive pulmonary disease and asthma. *PloS one*. 2020;15(2):e0228544.
12. This report was produced by COVID-19 Surveillance Group. Palmieri L, Andrianou X, Bella A, et al. Characteristics of COVID-19 patients dying in Italy. Report based on available data on March 20th, 2020. Report from: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus>
13. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with

COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020;395:1054–62.

14. *Esquivel A, Busse W, Calatroni A, et al. Effects of Omalizumab on Rhinovirus Infections, Illnesses, and Exacerbations of Asthma. Am J Respir Crit Care Med. 2017;196(8):985–992.*

15. *van Doremalen N, Morris D, Holbrook MG, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. N Engl J Med. 2020;DOI: 10.1056/NEJMc2004973.*

Dra. Catalina Pinchak

Presidenta SUP

Mayo, 2020