

Asma en niños durante la pandemia de COVID-19: lecciones del bloqueo y futuras instrucciones para el manejo



Vergonzosamente, los niños aún mueren de asma,¹ y los resultados de asma del Reino Unido se encuentran entre los peores de Europa.²

COVID-19 ha causado estragos en todo el mundo, y el mundo tiene que reevaluar casi todos los aspectos de la vida diaria que damos por sentado en 2019. ¿Qué nos ha enseñado COVID-19 sobre el asma en los niños? ¿Cuáles son las implicaciones para el manejo del asma en los niños y para la comunidad del asma a medida que se alivian los bloqueos? COVID-19 es generalmente una enfermedad leve en niños en comparación con adultos, y aunque algunos niños padecen una enfermedad respiratoria o sistémica grave, la mayoría no necesita cuidados intensivos.³ Como un virus respiratorio, podríamos esperar el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo

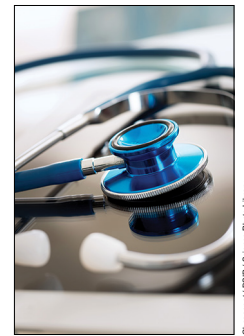
2, que causa COVID-19, para aumentar los ataques de asma; sin embargo, **Kenyon y colegas⁴ informo una caída del 76% en las visitas de emergencia por asma de todas las severidades durante la pandemia de COVID-19, una caída similar a nuestra propia experiencia en el Reino Unido. También se han observado caídas importantes en las visitas para diagnósticos no asmáticos respiratorios y endocrinos y para traumatismos. Es poco probable que esta disminución en las visitas de emergencia se deba simplemente a que los padres manejan ataques leves en el hogar, pero las causas de lo que claramente es un cambio relevante son inciertas. Las razones podrían incluir el bloqueo que previene la transmisión de virus respiratorios convencionales, como el rinovirus y el virus sincitial respiratorio, y la reducción de la exposición a alérgenos externos. Otro factor podría ser la notable reducción de la contaminación atmosférica,⁵ Un factor bien establecido en los ataques de asma.⁶ También es posible que la supervisión parental de los medicamentos para el asma, que conduzca a una mejor adherencia, sea un factor.⁷ Se necesita investigación para identificar los factores contribuyentes y apuntalar las medidas futuras. El desafío social es que estas enormes reducciones en los ataques de asma se han logrado no con nuevos medicamentos costosos sino con cambios de comportamiento. ¿Podemos mantener estos post COVID-19? Como mínimo, debemos desafiarnos a nosotros mismos para ser más rigurosos en la prevención de la transmisión de virus respiratorios. Antes de la pandemia y los cierres de COVID-19 en todo el mundo, la mayoría de los padres habrían dosificado a sus descendientes con paracetamol y los dejarían diseminando virus respiratorios en el centro de cuidado infantil. ¿Necesitamos estar más preparados para mantener a nuestros hijos en casa y permanecer fuera del trabajo, independientemente de**

de si tienen asma? Se necesita más evidencia para estudiar las implicaciones más amplias de este comportamiento para el niño y la familia. También es necesario realizar esfuerzos sostenidos para reducir la contaminación del aire a nivel mundial.

Durante la pandemia de COVID-19, no solo ha cambiado la frecuencia de los ataques de asma, sino que también se ha transformado el manejo del asma, y prácticamente todos los controles de rutina en la atención secundaria y terciaria se realizan de forma remota. Este ajuste a la práctica ha sido facilitado por los avances en la monitorización domiciliar de la función pulmonar, que puede ser observada directamente por un fisiólogo del hospital. La autoadministración domiciliar de productos biológicos también se puede observar directamente por teléfono móvil. La consulta remota claramente tiene muchas ventajas que serán importantes en el futuro, incluida la minimización del riesgo de infección cruzada, que probablemente sea un problema a largo plazo, y la reducción de la interrupción de la vida normal. Sin embargo, con frecuencia existen preocupaciones de salvaguarda en niños con asma severa⁸

que son difíciles de evaluar de forma remota. Además, surgirán ocasiones en las que se necesite una consulta cara a cara, generalmente para realizar pruebas avanzadas como el desafío con histamina o el pinchazo en la piel. Pero el futuro incumplimiento debería ser la consulta remota, no las reuniones cara a cara. Hasta ahora, hemos tenido que improvisar, pero la telemedicina ha ganado un gran impulso durante la pandemia de COVID-19, y ahora tenemos que hacer planes ambiciosos. Todavía se están produciendo muertes por asma evitables, y los factores principales incluyen el uso insuficiente de corticosteroides inhalados, el uso excesivo de agonistas β_2 de acción corta y, sobre todo, un ataque de asma que se trata como un evento aislado en lugar de una señal de alerta de alto riesgo futuro.^{9,10} El imperativo es diseñar sistemas de monitoreo remoto no solo para optimizar las consultas externas a distancia, sino también para mejorar los resultados.

El monitoreo ambulatorio de rutina incluye altura, peso, espirometría, óxido nítrico exhalado (en algunos casos) y examen físico que incluye auscultación torácica; Todas estas medidas se pueden hacer en casa. Tenemos la tecnología para estetoscopios electrónicos en teléfonos móviles. También se encuentran disponibles contadores electrónicos de dosis para inhaladores, que podrían usarse para identificar el uso insuficiente de corticosteroides inhalados y el uso excesivo de medicamentos de acción corta.



Chasenel / BSRP / Science Photo Library

Lancet Respir Med 2020

Publicado En línea

25 de junio de 2020

[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30278-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30278-2)

S2213-2600 (20) 30278-2 Ver En

línea / Editorial

[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30274-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30274-5)

S2213-2600 (20) 30274-5

Agonistas β_2 con tecnología remota Bluetooth. Nuestros teléfonos móviles registran dónde hemos comprado y dónde hemos cenado, y potencialmente podrían usarse para registrar cualquier visita de salud no programada, lo que exige una revisión del asma, con el permiso de la familia. Tendríamos que diseñar un sistema de alerta para que se establezca contacto de inmediato si se alcanzan los umbrales acordados. La recopilación remota de esta información para todos los niños con asma más que trivial, combinada con un cambio de comportamiento individual y social, podría potencialmente reducir los ataques de asma y mejorar los resultados. El desafío es mejorar la práctica clínica después de COVID-19, no por defecto al pasado.

No declaramos intereses en competencia. AB está financiado por el Centro de Asma del Reino Unido para la investigación aplicada.

* *Atul Gupta, Andrew Bush, Prasad Nagakumar*
 atul.gupta@kcl.ac.uk

Departamento de Medicina Respiratoria Pediátrica, King's College Hospital y King's College London, Londres SE5 9RS, Reino Unido (AG); Imperial College y Royal Brompton Harefield NHS Foundation Trust, Londres, Reino Unido (AB); Departamento de Medicina Respiratoria Pediátrica, Hospital de Mujeres y Niños de Birmingham Fundación NHS Trust & Birmingham Acute Care Research, Instituto de Inflamación y Envejecimiento, Universidad de Birmingham, Reino Unido (PN)

- 1 Levy ML. La revisión nacional de las muertes por asma: ¿qué aprendimos y qué hay que cambiar? *Respirar* 2015; **11**: 14-24. 2 Wolfe I, Thompson M, Gill P, et al. Servicios de salud para niños en occidente Europa. *Lancete* 2013; **381**: 1224-1234. 3 Docherty AB, Harrison EM, Green CA, et al. Características de 20 133 pacientes del Reino Unido en el hospital con COVID-19 utilizando el Protocolo de Caracterización Clínica ISARIC de la OMS: estudio prospectivo observacional de cohorte. *BMJ* 2020; **369**: m1985. 4 Kenyon CC, Hill DA, Henrickson SE, Bryant-Stephens TC, Zorc JJ. Inicial efectos de la pandemia de COVID-19 en la utilización del departamento de emergencias de asma pediátrica. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2020; publicado en línea el 6 de junio. DOI: 10.1016/j.jaip.2020.05.045. 5 5 Ierodiakonou D, Zanobetti A, Coull BA, et al. Contaminación del aire ambiental, función pulmonar y capacidad de respuesta de las vías respiratorias en niños asmáticos. *J Allergy Clin Immunol* 2016; **137**: 390-99. 6 Künzli N, Kaiser R, Medina S, et al. Impacto en la salud pública de exteriores y contaminación del aire relacionada con el tráfico: una evaluación europea. *Lanceta* 2000; **356**: 795-801. 7 7 Kaye L, Theye B, Smeenk I, Gondalia R, Barrett MA, Stempel DA. Cambios en la adherencia a la medicación entre pacientes con asma y EPOC durante la pandemia de COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2020; publicado en línea el 3 de mayo. DOI: 10.1016/j.jaip.2020.04.053. 8 Nagakumar P, Gambir N, Sanghani N, et al. Papel de un paciente hospitalizado prolongado admisión al evaluar a niños con asma grave problemática. *Eur Respir J* 2018; **51**: 1701061.
- 9 Levy ML, Fleming L, Warner JO, Bush A. Atención de asma pediátrica en el Reino Unido: fragmentada y fatalmente fallida. *Br J Gen Pract* 2019; **69**: 405-06. 10 Pavord ID, Beasley R, Agustí A, et al. Después del asma: redefiniendo las vías respiratorias enfermedades *Lanceta* 2018; **391**: 350-400.