

**Tabla 5.1. Dosis equipotentes de los glucocorticoides inhalados habitualmente utilizados en los niños ( $\mu\text{g}/\text{día}$ )**

	Dosis bajas	Dosis medias	Dosis altas
<b>Budesónida</b>	$\leq 200$	201-400	$> 401$
<b>Fluticasona propionato</b>	$\leq 100$	101-250	$> 251$

Las dosis equipotenciales de GCI en el niño se muestran en la tabla 5.1

D

**Antagonistas de los receptores de los leucotrienos (ARLT).** Su eficacia está demostrada en el control del asma infantil, y aunque su capacidad antiinflamatoria y eficacia en estudios clínicos es menor que la de los GCI<sup>15,16</sup>, la efectividad mejora en ensayos en la vida real debido a su buen perfil de cumplimiento terapéutico<sup>17</sup>.

A

C

En niños atópicos menores de 3 años con sibilancias recurrentes se ha demostrado eficaz en reducir el número de episodios, mejorar la función pulmonar y disminuir el óxido nítrico exhalado<sup>18</sup>.

Su asociación con los GCI permite no incrementar la dosis de estos y mejorar el control de los síntomas<sup>19,20</sup>. Además, los ARLT podrían ser útiles para reducir el número de exacerbaciones inducidas por virus en niños con asma intermitente<sup>21</sup>.

B

Montelukast, en monoterapia o en combinación con GCI, es más eficaz que la administración del GCI solo o con agonistas  $\beta_2$ -adrenérgicos de acción larga (LABA), para prevenir la broncoconstricción inducida por el ejercicio en niños de 6 a 18 años<sup>22</sup>.

**Cromonas.** La eficacia del tratamiento a largo plazo no es superior a la del placebo, por lo que no se utilizan en población infantil<sup>23</sup>.

A

**Asociación de LABA y GCI.** Su utilización está autorizada por encima de los 4 años de edad. Es seguro si se administra asociado a un GCI y nunca en monoterapia<sup>24,25</sup>.

B

Un estudio demostró una disminución de las exacerbaciones y necesidad de glucocorticoides sistémicos en niños con formoterol/budesónida administrados en un solo inhalador, tanto como tratamiento de mantenimiento, como de alivio, (estrategia MART)<sup>26</sup>.

En dos estudios en niños con asma persistente no controlada con dosis bajas de CGI, añadir un LABA fue más efectivo en el control clínico y en la función pulmonar que doblar la dosis de CGI<sup>27,28</sup>. No obstante, hay que valorar la heterogeneidad de respuesta individual frente a GCI, ARLT y LABA<sup>29-31</sup>, por lo que es necesario monitorizar la respuesta al tratamiento en niños con asma no controlada con GCI.

B