

Además del control clínico y de la función pulmonar se ha propugnado evaluar el control de la inflamación mediante la medición de la FE_{NO} . Aunque puede ser de utilidad en algunos pacientes, su medición no parece que añada grandes beneficios al seguimiento y forma de manejo señalado previamente.

C

Teniendo en cuenta el control actual y el riesgo futuro, el asma se puede clasificar como bien controlada, parcialmente controlada o no controlada. Los criterios establecidos para definir el control varían de unas guías a otras. En la tabla 2.15 se pueden observar los propuestos por el consenso internacional pediátrico¹⁰⁶.

C

Tabla 2.15. Clasificación del control del asma en niños

		Nivel de control			
	Componente	Completo	Bueno	Parcial	Malo
Discapacidad	Síntomas diurnos	Ninguno	≤ 2/semana	> 2/semana	Continuos
	Síntomas nocturnos	Ninguno	≤ 1/mes	> 1/mes	Semanal
	Necesidad de medicación de alivio	Ninguna	≤ 2/semana	> 2/semana	Uso diario
	Limitación de actividades	Ninguna	Ninguna	Algunas	Importantes
	Función pulmonar: FEV ₁ , PEF (predicho o mejor valor personal)	> 80 %	≥80 %	60-80 %	< 60 %
Riesgo	Reagudizaciones (por año)	0	1	2	> 2
	Efectos secundarios de la medicación	Ninguno	Variable	Variable	Variable

FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo.

RECOMENDACIONES

- | | |
|---|-----------|
| 2.1. Los síntomas guía de sospecha de asma son sibilancias, disnea (o dificultad respiratoria), tos y opresión torácica, de intensidad y frecuencia variables. | R2 |
| 2.2. Se recomienda la espirometría como medida objetiva de afectación funcional para establecer el diagnóstico de asma del adulto y del niño (colaborador). | R2 |
| 2.3. Una espirometría forzada dentro de los valores de referencia y prueba broncodilatadora negativa, no excluye el diagnóstico de asma. | R2 |
| 2.4. Se recomienda realizar espirometrías periódicas a los niños asmáticos que precisan tratamiento continuo, al menos una vez al año. | R2 |