

# Asma infantil en Chile

**Pedro Astudillo**

Jefe Unidad de Salud Respiratoria, Ministerio de Salud  
Jefe Servicio de Pediatría, Clínica INDISA

## Resumen

En Chile, al igual que en el resto del mundo, el asma del niño presenta una alta y creciente prevalencia, y da cuenta de un importante número de consultas pediátricas en atención primaria y servicios de urgencia, constituyendo un importante problema de salud pública. Las normas chilenas clasifican el asma sobre la base de episodios y no de síntomas, lo que facilita su manejo programático. La reciente incorporación del asma infantil como tema GES, asegura cobertura de diagnóstico y tratamiento oportunos para todos los pacientes que lo requieren. El asma infantil en Chile ha tenido una progresiva reducción en su gravedad en los últimos años, cuya única explicación es la intervención sanitaria del Programa Nacional de IRA, con un óptimo manejo de las exacerbaciones y la incorporación precoz de corticoides tópicos en los lactantes portadores de obstrucción bronquial recurrente.

**Palabras Claves:** Asma, epidemiología, infancia, Chile.

## EPIDEMIOLOGÍA

Al igual que en el resto del mundo, en Chile el asma es la enfermedad crónica más frecuente de la niñez, la que más afecta la calidad de vida de quienes la padecen y la que más provoca ausentismo escolar. En nuestro país, su prevalencia acumulada es de entre el 9.7% y 16.5% en niños de 6-7 años y de 7.3% a 12.4% en los de 13-14 años<sup>(1)</sup>. Las consultas por obstrucción bronquial en atención primaria, constituyen el 23% de todas las atenciones de morbilidad en menores de 15 años<sup>(2)</sup> y según datos del Ministerio de Salud generan el 16% de todas las consultas en el grupo de 5 a 14 años<sup>(3)</sup> lo que ocasiona para el Sistema de Salud un significativo consumo de recursos. Por otra parte, es relevante el hecho de que en nuestro medio, al cumplir un año de edad, el 43.1% de los niños ha presentado sibilancias recurrentes (definidas como 3 o más episodios)<sup>(4)</sup>.

En el año 1993, el Ministerio de Salud realizó un estudio de carga de enfermedad, estimando los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA, también conocidos como DALY por su sigla en inglés), resultando ser el asma la sexta causa de pérdida de AVISA y la primera como enfermedad específica, pues las otras cinco que la superan son grupos de causas<sup>(5)</sup>. Según este estudio, el asma genera una pérdida anual de 55.118 años de vida ajustados por discapacidad. Se ha establecido que esta enfermedad ha ido en progresivo incremento, lo que se ha atribuido a distintos factores, de los cuáles en Chile es muy importante la contaminación del aire<sup>(6)</sup> tanto intra como extramuros, siendo esta última relevante en varias ciudades

del país, aunque la contaminación se ha asociado más a un incremento de las exacerbaciones que a la prevalencia del asma.

En Chile, el 60% del asma infantil es atópica, siendo no atópica el 40% restante<sup>(7)</sup> lo que lo diferencia de otros países en desarrollo como Perú, donde sólo el 23.9% del asma es atópica<sup>(8)</sup> y de países desarrollados, donde la mayor parte del asma es atópica: 81% en Finlandia<sup>(9)</sup> y 82% en Estados Unidos<sup>(10)</sup>. Esto es importante pues el asma no atópica ocasiona los principales problemas en el lactante y preescolar, siendo la atópica más grave en etapas posteriores de la vida<sup>(11)</sup>.

## CLASIFICACIÓN

Para su adecuado enfrentamiento como problema de salud pública, las Normas Técnicas del Ministerio de Salud de Chile, han decidido clasificar el asma según las recomendaciones del *International Pediatric Asthma Consensus Group*<sup>(12)</sup>, que establece la gravedad del asma según episodios, que es como se comporta el asma del niño y no según síntomas como lo hace GINA, que extrapola incorrectamente, según mi criterio, lo que ocurre en el asma del adulto. Así, la clasificación chilena, que constituye la base para elegir las opciones terapéuticas, separa el asma en episódica infrecuente, episódica frecuente y persistente severa.

Me parece que esta clasificación, elaborada sobre la base de los episodios y que efectivamente recoge la realidad del comportamiento del asma infantil, es la más útil en planes de Salud Pública, porque además permite orientar el nivel de atención en que se maneja cada paciente asmático según su severidad.

Correspondencia: Pedro Astudillo, Pediatra Broncopulmonar. Jefe Unidad de Salud Respiratoria, Ministerio de Salud. Jefe Servicio de Pediatría, Clínica INDISA. E-mail: [pedroastudillo@vtr.net](mailto:pedroastudillo@vtr.net)

### ASMA INFANTIL EN GES

Desde el presente año, el Ministerio de Salud ha incorporado el tema "Asma en el menor de 15 años" en las Garantías Explícitas en Salud (GES)<sup>(13)</sup>, lo que significa que todo paciente pediátrico con sospecha de asma tendrá derecho a diagnóstico dentro de los primeros veinte días de la sospecha y todo aquél que se diagnostique como asmático tendrá acceso a iniciar tratamiento en los primeros siete días. Habrá un máximo de treinta días para la derivación al nivel secundario en aquellos que lo requieran y quienes inicien su tratamiento en los distintos niveles de atención tendrán acceso a continuarlo, incluyendo exacerbaciones.

Estas garantías son válidas para el asma episódica frecuente, que se debe manejar en Atención Primaria y la persistente, que será de manejo del especialista, en el nivel secundario. Por su parte, el asma episódica infrecuente requiere sólo tratamiento de las exacerbaciones, que son cubiertas en atención primaria por el Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Las canastas de tratamiento incluyen como fármacos salbutamol y budesonida para el asma episódica, agregándose la combinación salmeterol más fluticasona en los casos de asma persistente, severa, siendo la primera vez que se dispone de este tipo de terapia en forma permanente y garantizada para toda la población pediátrica que lo requiera.

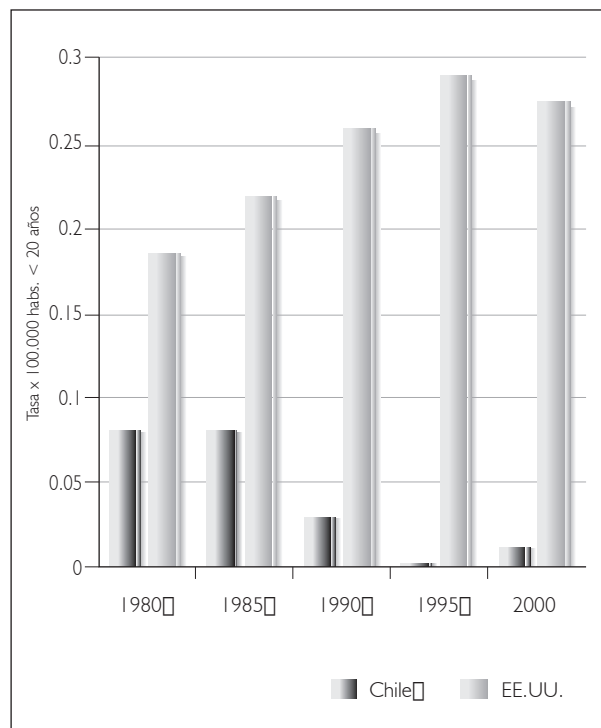
El hecho de tener al asma como garantía y poder manejarla en forma organizada y programática, también permitirá tener mejores registros de lo que pasa con el asma del niño en Chile, aspecto que sin duda redundará en un manejo cada vez más ordenado y eficiente y sabremos mejor lo que ocurre con nuestra comunidad de pacientes asmáticos. A partir de ahora, entonces, el asma tendrá recursos propios y no será subvencionada por el Programa IRA, como era hasta la fecha. Esto nos obligará a ser exigentes en el cumplimiento de los objetivos del tratamiento.

### CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DEL ASMA EN CHILE

Aunque el asma del niño en Chile presenta una prevalencia intermedia respecto de otros países<sup>(14)</sup>, es claro que su gravedad ha disminuido en los últimos 15 años. Mientras en el mundo aumenta la mortalidad por asma en menores de 20 años, en Chile ha ido en progresivo descenso, incrementándose la diferencia con países como Estados Unidos (Figura 1). Por su parte, las hospitalizaciones por asma en el niño son infrecuentes, dando cuenta sólo del 0,38% de los egresos en menores de 20 años y el 0,43% en menores de 10 años (calculado según datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Minsal). El ingreso a UCI por esta causa es excepcional y los clínicos hemos dejado de ver a los asmáticos severos que veíamos con frecuencia hace 15 o 20 años.

¿A qué se debe esta situación? Podríamos decir que el asma es menos grave en Chile porque el asma atópica es menos

Figura 1.- Mortalidad por asma en menores de 20 años en Chile y Estados Unidos



frecuente que en países desarrollados y eso supone una menor severidad, pero esta condición no tendría por qué haber cambiado en los últimos años. La única explicación posible es el óptimo manejo de las exacerbaciones en Salas de Hospitalización Abreviada y la incorporación precoz de corticoides tópicos en los lactantes portadores de obstrucción bronquial recurrente, aún sin la seguridad de que serán asmáticos, propuesta por el Programa IRA de Chile desde hace más de 15 años. Esto permite un mejor control de la inflamación y probablemente la prevención de la remodelación de la vía aérea, en especial considerando que ella se inicia en los primeros años de la vida.

### REFERENCIAS

- Mallol J, Cortez E, Amarales L et al. Prevalence of asthma in Chilean students. Descriptive study of 24470 children. ISAAC - Chile. Rev Med Chil 2000;128:279-285.
- Aranda C, Astudillo P, Mancilla P, Caussade S, Girardi G: Caracterización epidemiológica de las consultas pediátricas por causa respiratoria en atención primaria en Chile. OPS, Serie HCT/AIEPI-3E 1998;1:43-49.
- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Agudas, Programa IRA, Ministerio de Salud
- Mallol J, Andrade R, Auger F et al. Wheezing during the first year of life in infants from low-income population: a descriptive study. Allergol Immunopathol (Madr) 2005;33(5):257-63.
- Estudio Carga de Enfermedad, MINSAL 1996. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Disponible en: .
- Ostro BD, Eskeland GS, Sanchez JM, Feysioglu T. Air pollution and health effects: A study of medical visits among children in Santiago, Chile. Environ Health Perspect. 1999;107(1):69-73.
- Girardi G: Asma Atópica y Asma No Atópica: De la Epidemiología a la Clínica, Boletín de Neumología Pediátrica 2003;2:12-15.
- Penny ME, Murad S, Madrid SS et al. Respiratory symptoms, asthma, exercise test spirometry, and atopy in schoolchildren from a Lima shanty town. Thorax 2001;56:607-612.

9. Remes ST, Korppi M: Asthma and atopy in schoolchildren in a defined population. *Acta Paediatr* 1996;85(8):965-70.
10. Sporik R, Squillace SP, Ingram JM et al. Mite, cat, and cockroach exposure, allergen sensitisation, and asthma in children: a case-control study of three schools. 1999; *Acta Paediatr* 88(8):675-80.
11. Von Mutius E: The burden of childhood asthma. *Arch Dis Child* 2000; 82 (Suppl 1):ii2-ii5.
12. Warner JO, Naspitz CK. Third International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma. *Pediatr Pulmonol* 1998;25:1-17.
13. Decreto supremo N° 228 de 2005 del Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, publicado en el Diario Oficial el 30 de enero de 2006 y Resolución Exenta N° 58 de fecha 30 de enero de 2006 del Ministerio de Salud, disponible en: [http://www.minsal.cl/ci/reforma\\_salud/segundo\\_regimen\\_garantias\\_explicitas.pdf](http://www.minsal.cl/ci/reforma_salud/segundo_regimen_garantias_explicitas.pdf)
14. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Lancet* 1998;351(9111):1225-32.
15. Girardi G, Astudillo P, Zúñiga F. El Programa IRA en Chile: Hitos e Historia. *Rev Chil Pediatr* 2001;72(4):292-300.