

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Artículos Valorados Críticamente

Corticoides orales en exacerbaciones asmáticas: sin diferencias entre pautas

Gutiérrez Medina P¹, Ortega Páez E²

¹Pediatra. CS Entrevías. Madrid. España.

²Pediatra. CS Góngora. Distrito Granada-Metropolitano. Granada. España.

Correspondencia: Eduardo Ortega Páez: edortegap@gmail.com

Palabras clave en español: asma; dexametasona; prednisolona.

Palabras clave en inglés: asthma; dexamethasone; prednisolone.

Fecha de recepción: 15 de julio de 2026 • **Fecha de aceptación:** 30 de julio de 2026
Fecha de publicación del artículo: 9 de septiembre de 2026

Evid Pediatr. 2026;22:28.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Gutiérrez Medina P, Ortega Páez E. Corticoides orales en exacerbaciones asmáticas: sin diferencias entre pautas. Evid Pediatr. 2026;22:28.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2026;22:28>.
©2005-26 • ISSN: 1885-7388

Este es un artículo Open Access bajo la licencia
CC BY-NC-ND (Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Corticoides orales en exacerbaciones asmáticas: sin diferencias entre pautas

Gutiérrez Medina P¹, Ortega Páez E²

¹Pediatra. CS Entrevías. Madrid. España.

²Pediatra. CS Góngora. Distrito Granada-Metropolitano. Granada. España.

Correspondencia: Eduardo Ortega Páez: edortegap@gmail.com

Artículo original: Amagasa S, Utsumi S, Okajima K, Uematsu S. Oral systemic corticosteroids in children with acute asthma exacerbations: a systematic review and network meta-analysis. Arch Dis Child. 2025;110:824-31.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: en este metanálisis en red, no se observaron diferencias significativas en la eficacia de los regímenes de corticosteroides comúnmente utilizados para las exacerbaciones agudas del asma infantil. Pese a ello, proponen que la dexametasona oral en dosis única podría ser una alternativa aceptable a un tratamiento más prolongado con prednisolona.

Comentario de los revisores: el metanálisis en red sugiere que prednisolona (2,0 mg/kg/día, 5 días) sería preferible para evitar recaída y dexametasona (0,3 mg/kg/día, 1 día) para ingreso; debido a la alta imprecisión de las estimaciones del efecto, no podemos concluir con certeza que mayores dosis de prednisolona disminuyan el riesgo frente a un día de dexametasona. El tamaño del efecto no es posible valorarlo por falta de significación. Son necesarios estudios con mayor potencia para guiar las decisiones clínicas.

Palabras clave: asma; dexametasona; prednisolona.

Oral corticosteroids for asthma acute exacerbations: no differences among regimens

Authors' conclusions: in this network meta-analysis, no significant differences were observed in the efficacy of commonly used corticosteroid regimens for acute exacerbations of childhood asthma. Nevertheless, they suggest that short-term oral dexamethasone could be an acceptable alternative to longer-term treatment with prednisolone.

Reviewers' commentary: network meta-analysis results suggest that prednisolone (2.0 mg/kg/day for 5 days) is the preferred regimen for relapse, and dexamethasone (0.3 mg/kg/day for 1 day) for admission. However, given the substantial imprecision in effect estimates, it remains uncertain whether higher prednisolone doses reduce relapse or admission risks compared to one-day dexamethasone. The effect size remains unquantifiable due to statistical non-significance; thus, more powerful studies are needed to support clinical decisions.

Key words: asthma; dexamethasone; prednisolone.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: evaluar las diferencias de eficacia entre los regímenes de tratamiento con corticoides orales, en función de diferentes tipos, dosis administradas y duraciones, en las exacerbaciones de crisis asmáticas en población pediátrica.

Diseño: revisión sistemática y metanálisis en red (MAR) de ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

Fuentes de datos: búsqueda de ECA en cuatro bases de datos (Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, WHO's International Clinical Trials Platform, ClinicalTrials.gov) hasta el 24 de marzo de 2024. Los descriptores se

detallan en el anexo, entre otros: “asthma”, “pediatrics”, “child”, “infant”, “adolescent”, “dexamethasone”, “prednisone”, “prednisolone”, “methylprednisolone”, “randomized”, “randomized controlled trial”, “controlled clinical trial”, “placebo”, “comparative study”, “interventional”.

Selección de estudios: dos autores revisaron los títulos y resúmenes y resolvieron las discrepancias con un tercer revisor. Los criterios de inclusión y exclusión, resultados y periodos de seguimiento de cada ensayo se detallan en el material anexo. El análisis comparó simultáneamente seis pautas terapéuticas: dexametasona (DEXA) 0,3 mg/kg/día durante 1 día, DEXA 0,6 mg/kg/día durante 1 día, DEXA 0,6 mg/kg/día durante 2 días, prednisolona (PSL) 1,0 mg/kg/día durante 3 días, PSL 1,0-1,5 mg/kg/día durante 5 días y PSL 2,0 mg/kg/día durante 5 días.

Extracción de datos: los autores evaluaron de forma independiente la elegibilidad de los estudios y extrajeron los datos utilizando un formulario estandarizado. Las variables incluyeron características demográficas, gravedad del asma, detalles de la intervención, resultados y riesgo de sesgo. Se empleó un enfoque frecuentista mediante un metanálisis multivariado con un modelo de efectos aleatorios. El tamaño del efecto se expresa como riesgo relativo (RR) con intervalo de confianza del 95% (IC 95); se estimaron los *P*-score (valores de 0 a 1) para jerarquizar las distintas pautas. El sesgo de publicación se analizó con gráfico de embudo y la prueba de Egger para los análisis con al menos 10 estudios. Se realizó un estudio de sensibilidad incluyendo diferentes dosis y duración de los fármacos. La evaluación de la certeza de las estimaciones de la red se llevó a cabo con la aplicación web CINEMA, la cual se basa en los dominios del marco GRADE.

Resultados principales: de 3287 artículos, se incluyeron 15 en el análisis cualitativo y 11 en el MAR. El resultado primario fue la recaída a los 14 días (visita no planificada a urgencias o Atención Primaria). No se hallaron diferencias significativas en recaídas respecto a la duración: DEXA (0,6 mg/kg/día, 2 días) frente a PSL (1 a 1,5 mg/kg/día, 5 días) obtuvo un RR de recaída de 1,29 (IC 95: 0,84 a 1,98); sin embargo, DEXA (0,6 mg/kg/día, 2 días) frente a PSL (2 mg/kg/día, 5 días) obtuvo un RR de recaída de 0,60 (IC 95: 0,30 a 1,22). Tampoco respecto a la dosis: PSL (1 a 1,5 mg/kg/día, 5 días) frente a PSL (2 mg/kg/día, 5 días) obtuvo un RR de recaída de 0,47 (IC 95: 0,21 a 1,04). PSL (2 mg/kg/día, 5 días) muestra el mayor *P*-score (0,85) para recaída. Tampoco se encontraron diferencias en ingresos, obteniendo DEXA (0,3 mg/kg/día, 1 día) el mayor *P*-score (0,81). Respecto al riesgo de vómitos, DEXA (0,6 mg/kg/día, 2 días) redujo el riesgo frente a PSL (1 mg/kg/día, 5 días), RR 0,5 (IC 95: 0,29 a 0,89). El análisis cualitativo abarca el absentismo escolar y laboral y la mejoría en la escala *Pediatric Respiratory Assessment Measure* (PRAM).

Conclusión: este MAR no muestra diferencias significativas en la eficacia (medida en tasa de recaídas) entre los diversos regímenes orales de corticosteroides utilizados habitualmente para tratar exacerbaciones agudas de asma en niños.

Conflicto de intereses: no existe.

Fuente de financiación: no consta.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: las exacerbaciones de asma son un motivo de consulta frecuente en Pediatría hospitalaria y en Atención Primaria, habiéndose descrito desde un 5% hasta un 25% de recaídas¹. Existe cierta variabilidad respecto al tipo de corticoide, dosis, vía y duración que pueden ser empleados en el tratamiento inicial de la crisis de asma^{2,3}. Conocer si una de estas pautas disminuye el riesgo de recaída es importante para homogeneizar su uso, mejorando la atención y evolución de estos pacientes.

Validez: la población de estudio, los criterios de inclusión, la búsqueda bibliográfica y la evaluación de los estudios son adecuados. El análisis es adecuado para el diseño; se utilizó un modelo de efectos aleatorios, evaluando la transitividad (coherencia entre estudios) y la concordancia entre comparaciones directas e indirectas, aunque no se incluyeron todos los casos aleatorizados. Se estudió el sesgo de publicación y se realizó análisis de subgrupos. Se detectó un alto riesgo de sesgo en varios ensayos debido a problemas en la aleatorización y falta de datos, y la certeza de la evidencia se clasificó como baja o muy baja debido a la imprecisión de los resultados (muestras pequeñas e intervalos de confianza muy amplios). La principal debilidad metodológica es la ausencia de una metarregresión por edad. Al incluir a niños menores de dos años, cuya respuesta al tratamiento es muy variable respecto a los adolescentes, y no diferenciar los resultados por grupos etarios, se compromete el supuesto de transitividad. Además, el análisis del desenlace secundario de hospitalización presenta una topología de red abierta, sin bucles cerrados, lo que impide valorar adecuadamente la existencia de inconsistencia local. Por último, la “ausencia de diferencias” en las pautas podría deberse más a la imprecisión de los estudios primarios y al bajo número de eventos en algunas ramas de tratamiento que a una equivalencia real entre los tratamientos, lo cual genera intervalos de confianza amplios.

Importancia clínica: este MAR no halló diferencias significativas en la eficacia de los corticoides orales para exacerbaciones asmáticas infantiles, sin importar dosis, pauta o tipo, al igual que en metanálisis y revisiones sistemáticas previas³. Las evaluaciones cualitativas tampoco mostraron cambios relevantes en la puntuación PRAM ni en el impacto familiar. Por ello, sugieren la dexametasona oral a corto plazo al disminuir

el riesgo de vómitos, aunque solo en una de las comparaciones. El interés clínico de la medida de efecto principal no es crítico pero sí importante, pues trata de acortar los síntomas para ayudar al paciente y ahorrar costes sanitarios y sociales, aunque no realizan comparación directa de costes. El tamaño del efecto no es posible valorarlo por la falta de significación.

Aplicabilidad en la práctica clínica: dado que no se observan diferencias significativas y la certeza de la evidencia es baja o muy baja, no hay datos suficientes para optar por una pauta concreta, a pesar de las ventajas prácticas de una dosis única de DEXA. Serían necesarios ECA bien diseñados y con potencia suficiente para confirmarlo, así como estudios de coste-efectividad que evalúen si sería más eficiente y comparable con pautas habituales de PSL.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Qureshi F, Zaritsky A, Poirier MP. Comparative efficacy of oral dexamethasone versus oral prednisone in acute pediatric asthma. *J Pediatr*. 2001;139(1):20-6. <https://doi.org/10.1067/mpd.2001.115021>
2. Kirkland SW, Vandermeer B, Campbell S, Villa-Roel C, Newton A, Ducharme FM, et al. Evaluating the effectiveness of systemic corticosteroids to mitigate relapse in children assessed and treated for acute asthma: A network meta-analysis. *J Asthma*. 2019;56(5):522-33. <https://doi.org/10.1080/02770903.2018.1467444>
3. Dahan E, El Ghazal N, Nakanishi H, El Haddad J, Matar RH, Tosovic D, et al. Dexamethasone versus prednisone/prednisolone in the management of pediatric patients with acute asthmatic exacerbations: a systematic review and meta-analysis. *J Asthma*. 2023;60(8):1481-92. <https://doi.org/10.1080/02770903.2022.2155189>