

PROGRAMA AAP 2014

Actualización en Atención Primaria

ASMA-RINITIS



Dr. Enrique Mascarós Balaguer
Dr. Diego Agustín Vargas Ortega

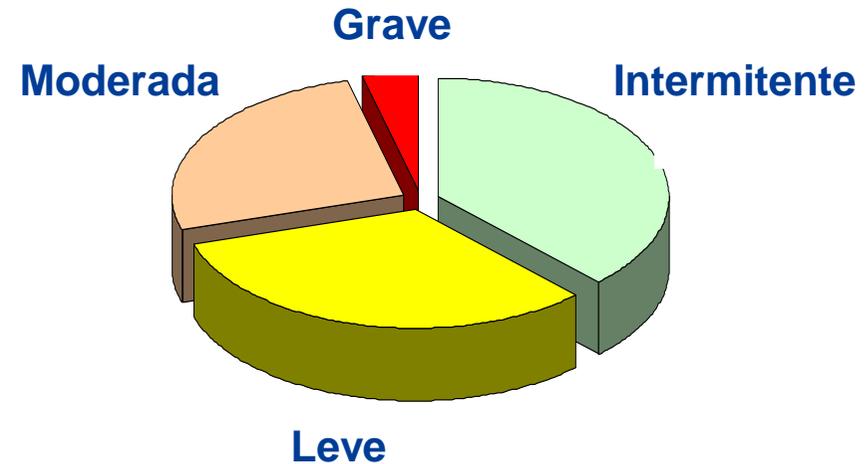
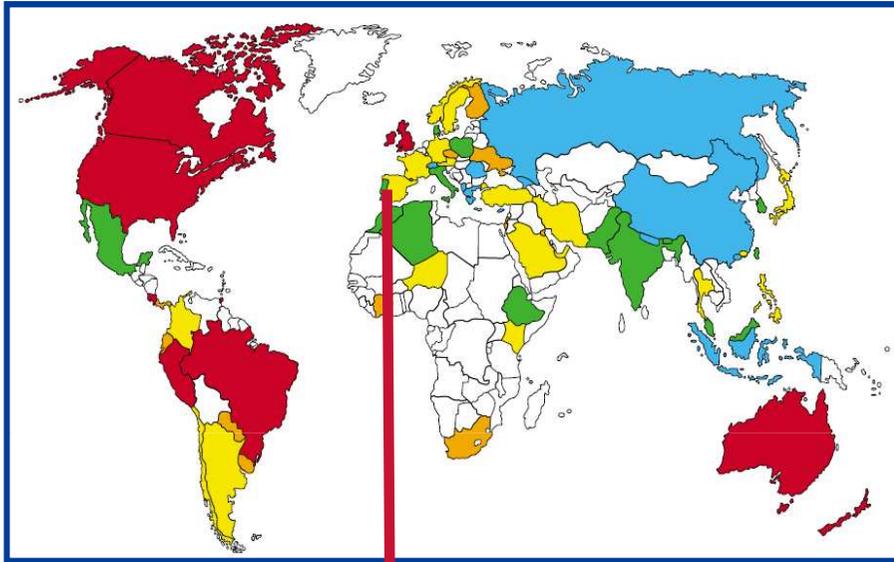
ASMA



Incidencia a nivel mundial¹



Clasificación según la gravedad²



La prevalencia en España se estima en un 4,9%



1. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 2009
2. Castillo J, et al. Med Clin (Barc) 2011; 136 (7): 284-289

Conocimiento de la Guía GEMA entre médicos y enfermeras

1.066 profesionales, 221 de Atención Primaria

El 76% opina que eran útiles y conocían GEMA



Atención Primaria

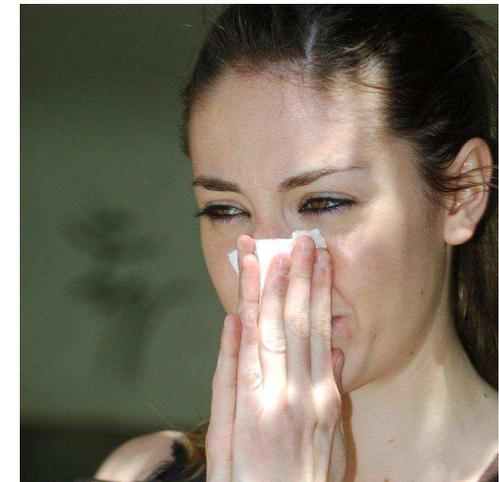
- **36% de los médicos eran “malos cumplidores” de la GEMA**
- **El análisis multivariante de los profesionales provenientes de las áreas centro y sur españolas están poco convencidos de la utilidad de las guías**
- **Los que no empleaban la espirometría se asociaron con un menor cumplimiento de la guía**

Plaza V, et al. Arch Bronconeumol 2008

Caso clínico (I)

Motivo de consulta

- **Mujer 26 años consulta por tos persistente desde hace más de 2 meses**
- **Tos es seca, de predominio nocturno e interfiere algo con sus actividades**
- **No ha mejorado con jarabes que ha comprado en farmacia**



Antecedentes:

- **No tiene alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos**
- **Rinitis que trata ella misma con descongestionantes**
- **Trabaja en escuela infantil como profesora**
- **No tiene animales domésticos**

Caso clínico (II)

Exploración

- Talla: 175 cm; peso: 68 kg
- AP: sibilancias espiratorias asiladas. No roncus
- AC: rítmica sin ruidos sobreañadidos
- SaO₂: 97% 90 lpm 15 rpm
- Rinoscopia anterior: mucosa azulada brillante edematizada



Tratamientos:

- Descongestionante nasal algunas noches
- Codeína en solución desde hace 2 semanas

Pruebas complementarias:

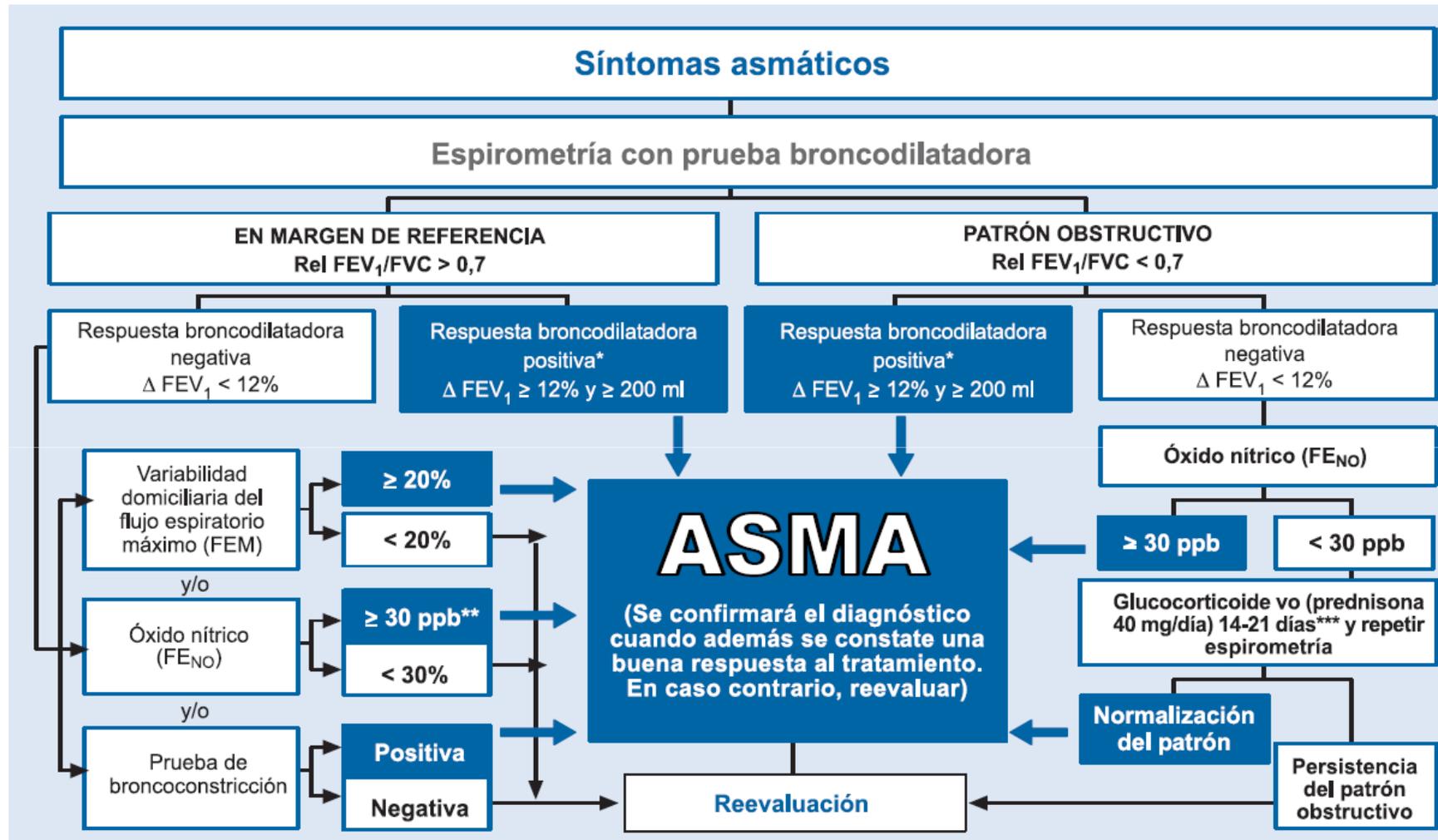


Pregunta 1

**En esta paciente sospechamos asma,
¿Qué prueba realizaríamos en primer lugar?**

- 1. Espirometría forzada**
- 2. Medición fracción óxido nítrico exhalado (FENO)**
- 3. Medición variabilidad del flujo espiratorio máximo (FEM)**
- 4. Espirometría forzada con prueba broncodilatadora**

Algoritmo para el diagnóstico del asma



*En niños, un incremento del 12% es suficiente para considerarla positiva aunque éste sea menor de 200 ml.

**En los casos en los que la prueba de broncoconstricción sea negativa debe considerarse el diagnóstico de bronquitis eosinofílica.

***Como alternativa pueden utilizarse glucocorticoides inhalados a dosis muy altas, 1.500-2.000 µg de fluticasona, en tres o cuatro tomas diarias, durante 2-8 semanas.

ASMA

Gravedad

- **Intermitente**
- **Persistente**
 - **Leve**
 - **Moderada**
 - **Grave**



Control

- **Bien controlada**
- **Parcialmente controlada**
- **Mal controlada**

Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 2009

Pregunta 2

¿Qué parámetro usamos para clasificar el control del asma que no usamos para la gravedad?

- 1. Síntomas diurnos o nocturnos**
- 2. Uso de medicación de rescate**
- 3. Función pulmonar**
- 4. Cuestionarios (ACT/ ACQ)**

ASMA

Gravedad

Se establece al inicio en función

- Situación clínica
- Situación funcional

Control

Evaluarse periódicamente

- Cuestionarios
- Marcadores biológicos y funcionales

Debe prevenir el riesgo de las agudizaciones



Clasificación Gravedad

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Síntomas diurnos	No (2 días o menos a la semana)	Más de dos días a la semana	Síntomas a diario	Síntomas continuos (varias veces al día)
Medicación de alivio (agonista beta-2 adrenérgico de acción corta)	No (dos días o menos/semana)	Más de dos días a la semana pero no a diario	Todos los días	Varias veces al día
Síntomas nocturnos	No más de dos veces al mes	Más de dos veces al mes	Más de una vez a la semana	Frecuentes
Limitación de la actividad	Ninguna	Algo	Bastante	Mucha
Función pulmonar (FEV1 o PEF) % teórico	> 80%	> 80%	> 60% - < 80%	≤60
Variabilidad	< 20%	>20%-30%	>30%	>30%
Exacerbaciones/año	Ninguna	Una o ninguna	Dos o más al año	Dos o más al año

Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 2009

Clasificación Control

	BIEN controlada (todos los siguientes)	PARCIALMENTE controlada (cualquier medida en cualquier semana)	MAL controlada
Síntomas diurnos	Ninguno o ≤ 2 días a la semana	> 2 días a la semana	Si ≥ 3 características de asma parcialmente controlada
Limitación de actividades	Ninguna	Cualquiera	
Síntomas Nocturnos / despertares	Ninguno	Cualquiera	
Necesidad medicación de alivio (rescate)	Ninguna o ≤ 2 días	> 2 días a la semana	
Función pulmonar - FEV1 - PEF	$> 80\%$ del valor teórico $> 80\%$ del mejor valor personal	$< 80\%$ del valor teórico $< 80\%$ del mejor valor personal	
Questionarios validados de síntomas: - ACT - ACQ	≥ 20 $\leq 0,75$	16-19 $\geq 1,5$	≤ 15 no aplicable
Exacerbaciones	Ninguna	≥ 1/año	≥ 1 en cualquier semana

Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 2009

Mujer de 26 años que consulta:

- Tos persistente desde hace más de 2 meses
- Síntomas nocturnos más de 2 veces por semana este mes
- Interfiere algo con sus actividades

Función pulmonar:

- Espirometría: FEV1/FVC:64% FEV1:85% FVC:90
- PBD positiva

Pregunta 3

**Según estos parámetros,
¿Qué gravedad presenta el asma de nuestra paciente?**

- 1. Intermitente**
- 2. Persistente leve**
- 3. Persistente moderado**
- 4. Persistente grave**

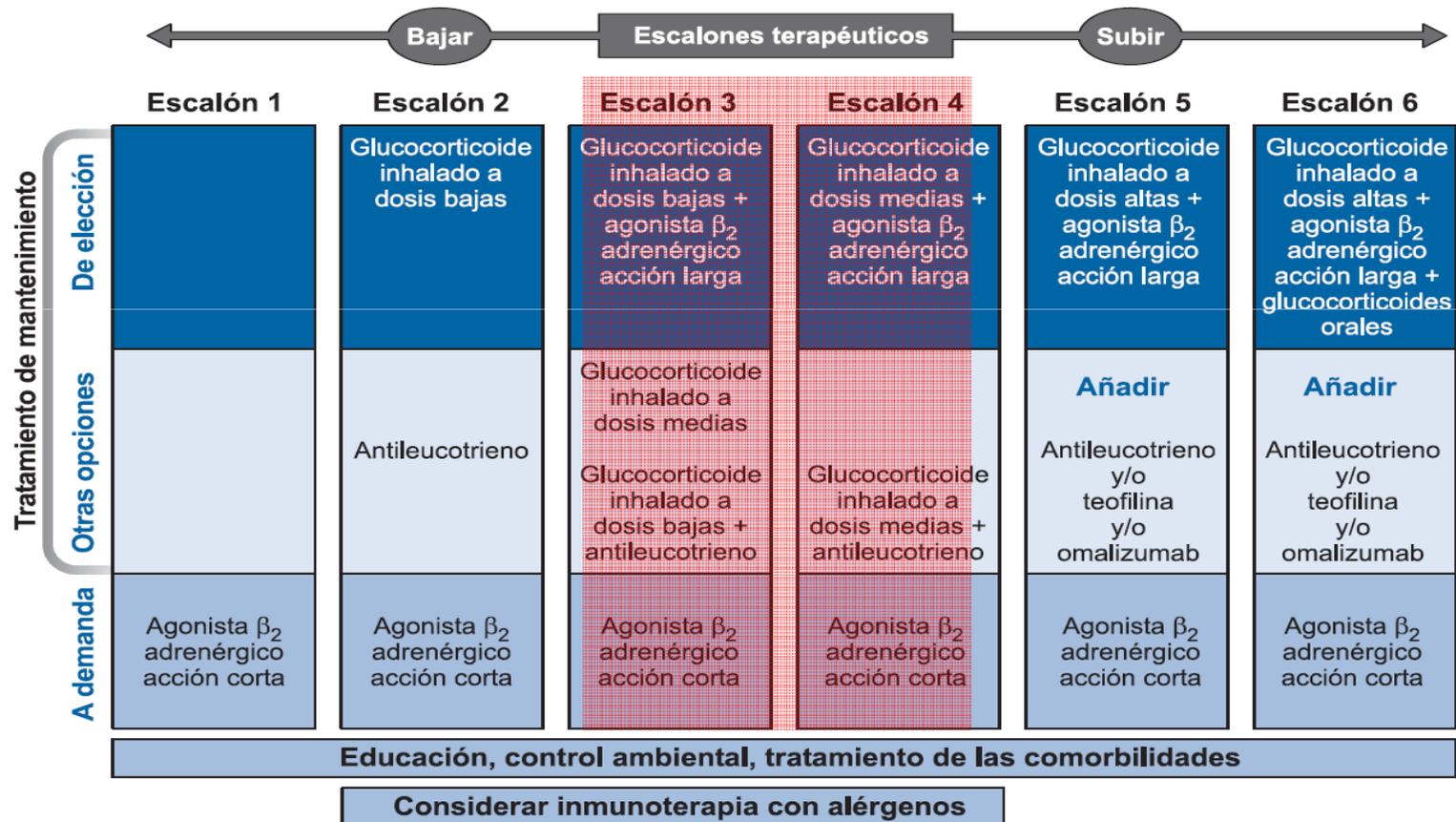
Clasificación Gravedad

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Síntomas diurnos	No (2 días o menos a la semana)	Más de dos días a la semana	Síntomas a diario	Síntomas continuos (varias veces al día)
Medicación de alivio (agonista beta-2 adrenérgico de acción corta)	No (dos días o menos/semana)	Más de dos días a la semana pero no a diario	Todos los días	Varias veces al día
Síntomas nocturnos	No más de dos veces al mes	Más de dos veces al mes	Más de una vez a la semana	Frecuentes
Limitación de la actividad	Ninguna	Algo	Bastante	Mucha
Función pulmonar (FEV1 o PEF) % teórico	> 80%	> 80%	> 60% - < 80%	≤60
Variabilidad	< 20%	> 20%-30%	>30%	>30%
Exacerbaciones/año	Ninguna	Una o ninguna	Dos o más al año	Dos o más al año

Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 2009

Tratamiento ASMA

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Necesidades mínimas de tratamiento para mantener el control	Escalón 1	Escalón 2	Escalón 3 ó Escalón 4	Escalón 5 ó Escalón 6



Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 2009

Pautamos β 2 adrenérgico acción corta a demanda y corticoide inhalado a dosis bajas con β 2 adrenérgico acción larga

Fármaco	Dosis Baja (mcg/día)	Dosis media (mcg/día)	Dosis alta (mcg/día)
Beclometasona dipropionato	200-500	501-1000	1001-2000
Budesonida	200-400	401-800	801-1600
Propionato Fluticasona	100-250	251-500	501-1000
Ciclesonida	80-160	161-320	321-1280
Mometasona	200-400	401-800	801-1200

- **Precisa salbutamol más de 2 días a la semana**
- **Medición FEM: 78% de su mejor valor personal**

Pregunta 4

¿Qué grado de control presenta nuestra paciente?

- 1. Asma control difícil**
- 2. Bien controlada**
- 3. Parcialmente controlada**
- 4. Mal controlada**

Clasificación Control

	BIEN controlada (todos los siguientes)	PARCIALMENTE controlada (cualquier medida en cualquier semana)	MAL controlada
Síntomas diurnos	Ninguno o ≤ 2 días a la semana	> 2 días a la semana	Si ≥ 3 características de asma parcialmente controlada
Limitación de actividades	Ninguna	Cualquiera	
Síntomas Nocturnos / despertares	Ninguno	Cualquiera	
Necesidad medicación de alivio (rescate)	Ninguna o ≤ 2 días	≥ 2 días a la semana	
Función pulmonar - FEV1 - PEF	$> 80\%$ del valor teórico $> 80\%$ del mejor valor personal	$< 80\%$ del valor teórico $< 80\%$ del mejor personal	
Questionarios validados de síntomas: - ACT - ACQ	≥ 20 $\leq 0,75$	16-19 $\geq 1,5$	≤ 15 no aplicable
Exacerbaciones	Ninguna	≥ 1 /año	≥ 1 en cualquier semana

Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 2009

Clasificación Control

1	<p>Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo le ha impedido el asma completar sus actividades habituales en el trabajo, en los estudios o en el hogar?</p> <p> 1 Siempre 2 Casi siempre 3 A veces 4 Pocas veces 5 Nunca </p>	PUNTUACIÓN <input style="width: 40px; height: 40px; border: 2px solid red;" type="text"/>
2	<p>Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha notado que le faltaba el aire?</p> <p> 1 Más de una vez al día 2 Una vez al día 3 De 3 a 6 veces por semana 4 1 ó 2 veces por semana 5 Nunca </p>	PUNTUACIÓN <input style="width: 40px; height: 40px; border: 2px solid red;" type="text"/>
3	<p>Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le han despertado por la noche o más temprano de lo habitual por la mañana sus síntomas de asma (sibilancias/pitidos, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor)?</p> <p> 1 4 noches o mas por semana 2 De 2 a 3 noches por semana 3 Una vez por semana 4 Una o dos Veces 5 Nunca </p>	PUNTUACIÓN <input style="width: 40px; height: 40px; border: 2px solid red;" type="text"/>
4	<p>Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha utilizado su inhalador de rescate (por ej. Salbutamol, Ventolin, Terbasmin)?</p> <p> 1 3 veces o mas al día 2 1 ó 2 veces al día 3 2 ó 3 veces por semana 4 Una vez por Semana o menos 5 Nunca </p>	PUNTUACIÓN <input style="width: 40px; height: 40px; border: 2px solid red;" type="text"/>
5	<p>¿Hasta qué punto diría que su asma ha estado controlada durante las últimas 4 semanas?</p> <p> 1 Nada controlada 2 Mal controlada 3 Algo controlada 4 Bien controlada 5 Totalmente controlada </p>	PUNTUACIÓN <input style="width: 40px; height: 40px; border: 2px solid red;" type="text"/>

ACT

- **25:** Control total
- **20-25:** Buen control
- **< 20:** Asma no controlada

Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113(1):59-65

Pregunta 5

Comprobamos que realiza correctamente la técnica de inhalación. ¿Cuál de estas comorbilidades crees que es la que más influye en el mal control de nuestra paciente?

- 1. Hipotiroidismo**
- 2. Asma laboral**
- 3. Rinitis alérgica**
- 4. Reflujo gastroesofágico**

Causas de falso “asma de control difícil”

- **Diagnóstico incorrecto de asma**
- **Existencia de comorbilidad con síntomas similares**
 - **Obstrucción de las vías aéreas superiores (disfunción cuerdas vocales, estenosis traqueales)**
 - **Síndrome ansiedad-hiperventilación**
 - **Hipertiroidismo**
 - **Nasosinupatía**
 - **Reflujo gastroesofágico**
 - **Bronquiectasias**
- **Factores agravantes no controlados**
 - **Exposición alérgenos (mascotas)**
 - **Asma ocupacional**
 - **Fármacos**
- **Incumplimiento terapéutico y técnica de inhalación**

Área de asma. SEPAR. Normativa Asma difícil. Arch Bronconeumol 2005

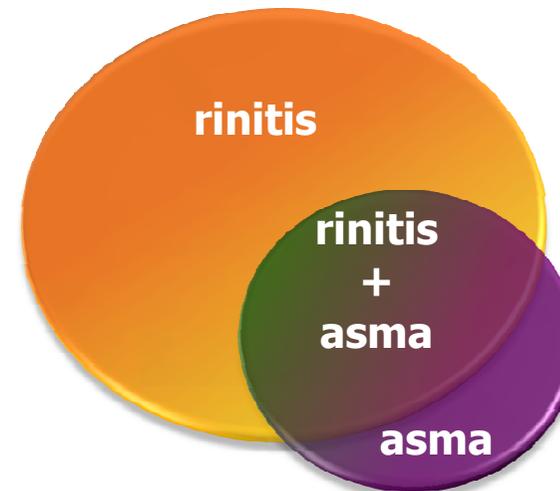
La mayoría de los pacientes con asma tienen rinitis alérgica (RA) concomitante¹

- **La RA afecta¹⁻³**

- Hasta el 20% de la población
- Hasta el 78% de los asmáticos

- **El asma afecta^{1,4}**

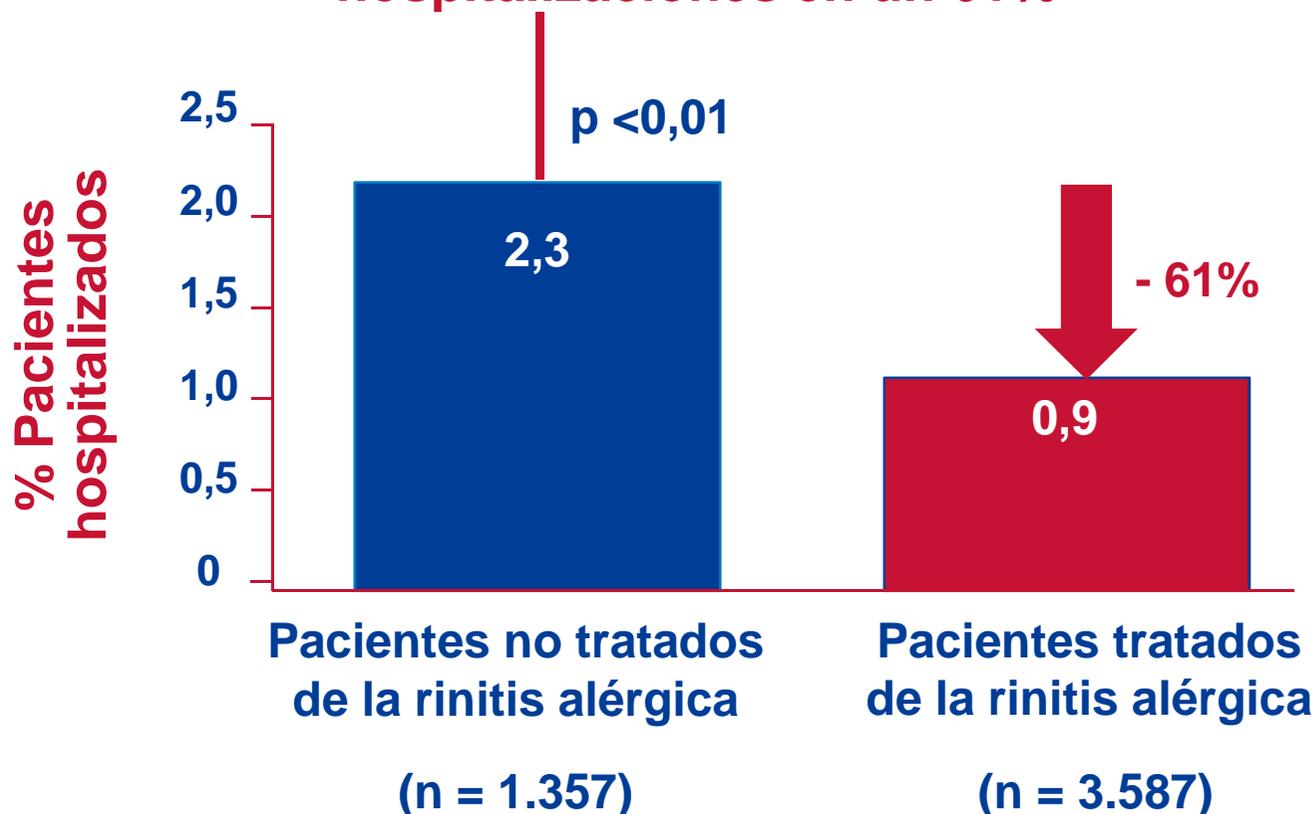
- Hasta al 5% de la población
- Hasta al 40% de los pacientes con RA



1. Bousquet J, et al. *Allergy* 2008; 63 (Suppl 86): 8-160. 2. Sibbald B, Rink E. *Thorax* 1991; 46 (12): 895-901
3. Leynaert B, et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;162 (4 Pt 1): 1391-1396. 4. Corren J. *J Allergy Clin Immunol* 1998;101 (2 Pt 2): s352-s356

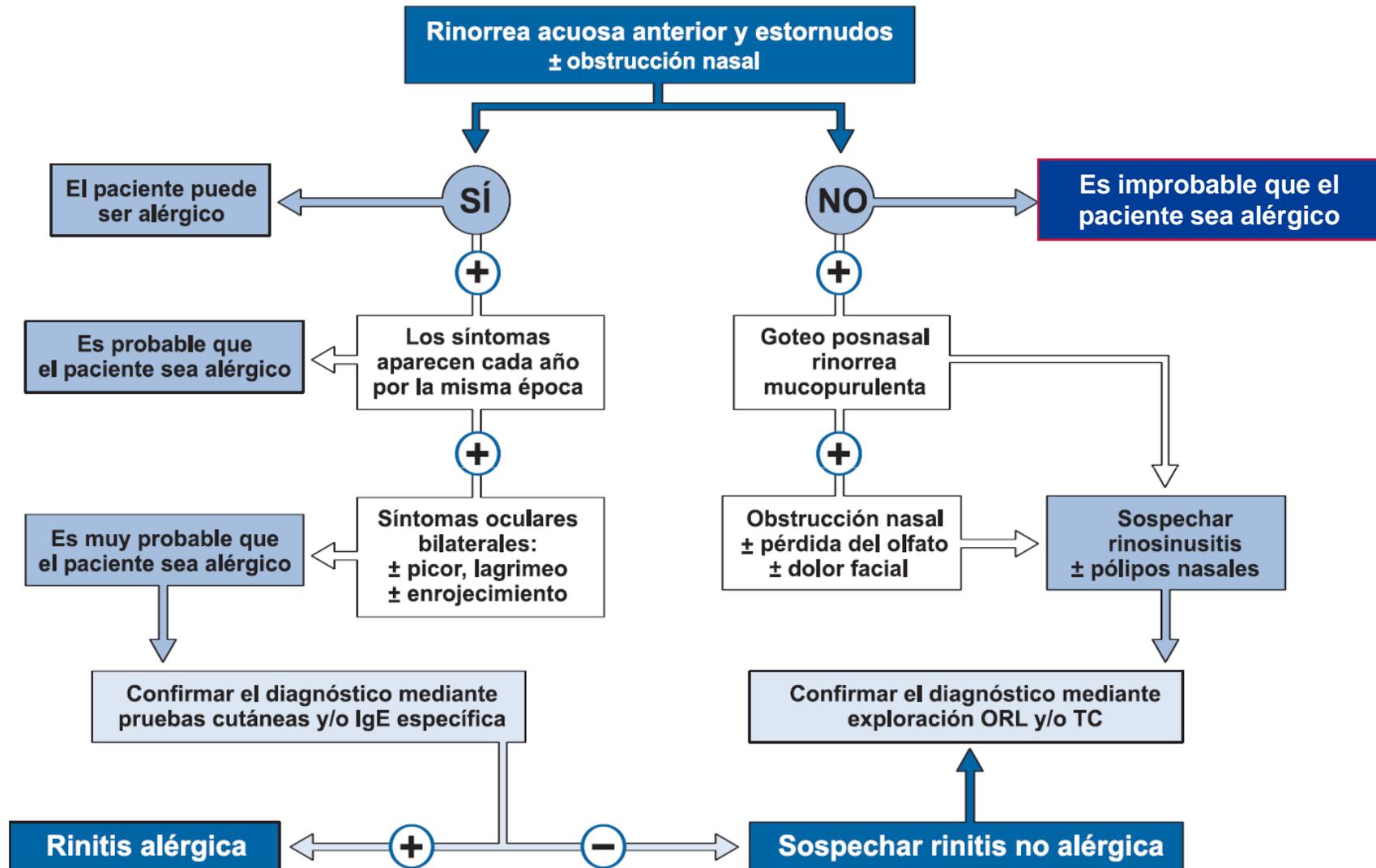
¿Qué podemos hacer para mejorar el control del asma? Diagnosticar y tratar la posible RA concomitante

Los pacientes asmáticos tratados de rinitis reducen el número de hospitalizaciones en un 61%¹



1. Crystal-Peters J, et al. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 109 (1): 57-62

Diagnóstico rinitis



Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 2009

Batería de aeroalérgenos

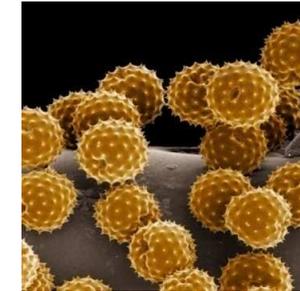
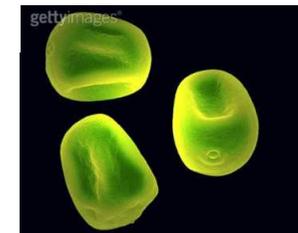


Tabla 2.3 Batería estándar* de aeroalérgenos empleados en las pruebas cutáneas de punción epidérmica o *prick*:

Acaros	<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> <i>Dermatophagoides farinae</i> <i>Leptoglyphus destructor</i>
Epitelios	Gato, perro
Cucarachas	<i>Blattella orientalis</i> <i>Blattella germanica</i>
Pólenes	Ciprés, plátano de sombra, olivo, mezcla de gramíneas, <i>Artemisia</i> , <i>Parietaria</i> , <i>Salsola</i>
Hongos	<i>Alternaria</i> , <i>Cladosporium</i> , <i>Aspergillus</i> , <i>Penicillium</i>

*Se pueden añadir otros alérgenos sospechosos, por historia clínica o por prevalencia geográfica (modificada de Heinzerling^[2]).



www.gemasma.com

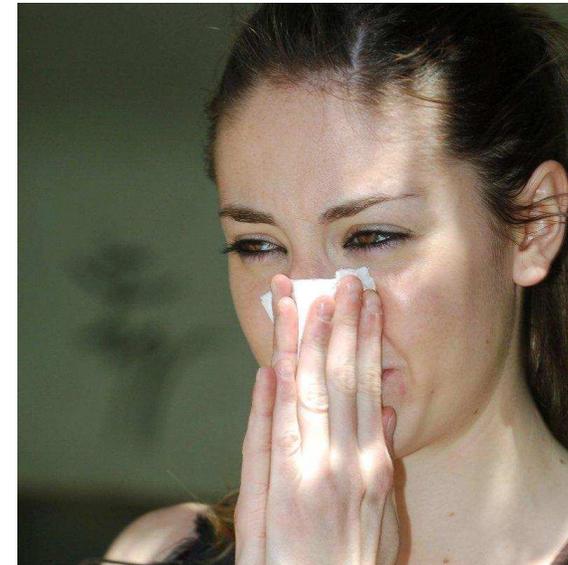
Prick test



- **Detecta IgE específica unida a mastocitos cutáneos**
- **Método de elección**
- **Buena sensibilidad**
- **Alto valor predictivo negativo**
- **Determina sensibilización, no enfermedad**
- **Considerar las variables que afectan a su valoración**
- **Interpretar siempre junto a la historia clínica**

**Nuestra paciente presentaba rinorrea
acuosa con estornudos y congestión nasal:**

- **Presente más de 4 días a la semana**
- **Durante las últimas 6 semanas**
- **No le permitían dormir bien**
- **No interferían en su trabajo**
- **IgE sérica total elevada**
- **Pruebas cutáneas positivas para D.Pteronyssinus y D.farinae**



Pregunta 6

¿Cómo clasificaríamos la rinitis de nuestra paciente?

- 1. Rinitis vasomotora**
- 2. Rinitis alérgica intermitente**
- 3. Rinitis alérgica persistente leve**
- 4. Rinitis alérgica persistente moderada**

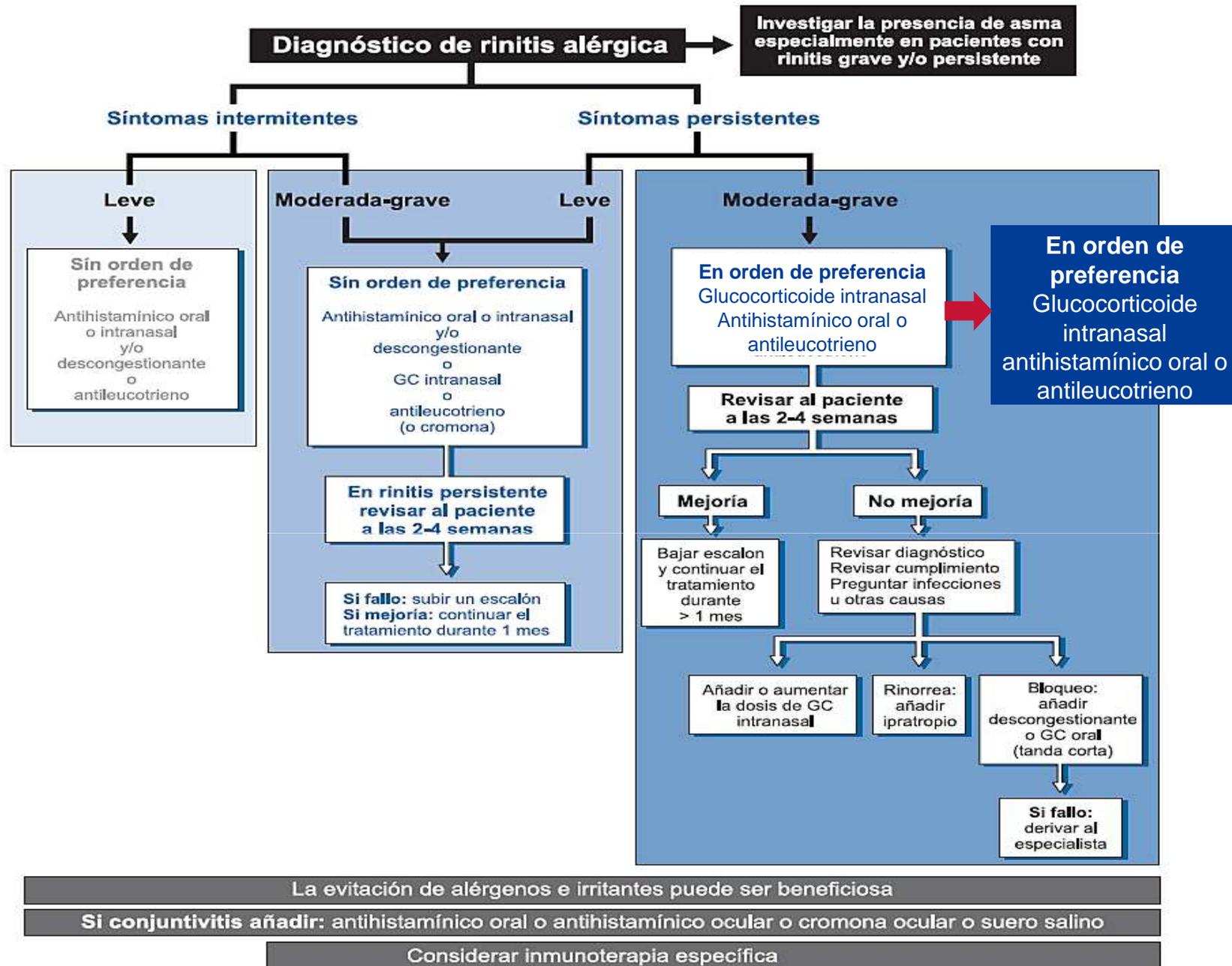
Diagnóstico rinitis alérgica



Pregunta 7

**Recordemos que se automedicaba con descongestionantes,
¿Cuál es el tratamiento recomendado para la rinitis persistente
moderada de nuestra paciente?**

- 1. Cambiaría descongestionante nasal por antihistamínico oral**
- 2. Cambiaría descongestionante nasal por corticoide intranasal**
- 3. Continuaría con el descongestionante nasal**
- 4. Añadiría montelukast**



Situación	Tratamiento
En todos los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas ambientales y evitación de alérgenos.
Rinitis leve o intermitente	<ul style="list-style-type: none"> • Antihistamínicos de segunda generación, orales (cetirizina, loratadina) o nasales (azelastina), de forma regular o a demanda* • O un corticoide nasal, de forma regular o a demanda*.
Rinitis moderada-severa Rinitis persistente	<ul style="list-style-type: none"> • Los corticoides nasales, utilizados de forma regular, son el tratamiento de elección. • Si intolerancia a corticoides nasales: antihistamínicos de segunda generación orales (cetirizina, loratadina, bilastina) o nasales (azelastina), generalmente de forma regular. • Si control insuficiente con corticoides nasales: asociar un antihistamínico de segunda generación oral o nasal, inicialmente de forma regular; una vez se alcanza la respuesta, pueden utilizarse a demanda.
Síntomas refractarios	<ul style="list-style-type: none"> • Reevaluar el diagnóstico y el cumplimiento del tratamiento. • En pacientes con alergia documentada a uno o a un espectro reducido de alérgenos y con control insuficiente con corticoides nasales y antihistamínicos, valorar individualmente el uso de la inmunoterapia, informando acerca de sus riesgos (especialmente con la itsc) y de los datos escasos sobre su eficacia (especialmente con la itsl).
Antes de la exposición predecible a un Alérgeno	<ul style="list-style-type: none"> • Antihistamínicos de segunda generación, orales (cetirizina, loratadina, bilastina) o nasales (azelastina), idealmente 2-5 horas antes de la exposición. • Para exposiciones prolongadas, administrarlos desde dos días antes hasta dos días después de la exposición.
Niños menores de 4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Irrigación nasal con suero fisiológico. • Si no es suficiente, comenzar con cromoglicato nasal (1-2 aplicaciones 4 veces al día). • En algunos casos, pueden ser necesarios los antihistamínicos (cetirizina y loratadina). • No utilizar antihistamínicos de primera generación.
Embarazo y lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoides nasales: de elección en rinitis moderada-severa. • Primer trimestre: si los síntomas son leves, el tratamiento más seguro es cromoglicato. • Entre los antihistamínicos orales, loratadina y cetirizina se consideran los más seguros. • No utilizar descongestionantes orales. • No iniciar inmunoterapia.

Infac. 2009; 17(4): 19-24

Efecto de los tratamientos en los síntomas de la rinitis

	Estornudos	Rinorrea	Obstrucción nasal	Prurito nasal	Síntomas oculares
Antihistamínico H1					
• Orales	++	++	+	+++	++
• Intranasales	++	++	+	++	0
• Oculares	0	0	0	0	+++
Corticoides intranasales	+++	+++	+++	++	++
Antileucotrienos	++	++	++	++	++
Cromonas					
• Intranasales	+	+	+	+	0
• Intraoculares	0	0	0	0	++
Descongestionantes					
• Intranasales	0	0	++++	0	0
• Orales	0	0	+	0	0
Anticolinérgicos	0	++	0	0	0

Rinitis. Tratamiento farmacológico

	Edad autorización En pediatría	Dosis usuales adultos y niños > 12 años
Corticoides nasales		
Budesonida	6 años	1-2 aplicaciones en cada fosa nasal una vez al día
Fluticasona propionato	4 años	
Fluticasona furoato	6 años	
Mometasona furoato	6 años	
Triamcinolona acetónido	6 años	
Antihistamínicos orales		
Cetirizina	12 meses	10 mg/día
Loratadina	2 años	
Otros		
Azelastina nasal	6 años	1 aplicación en cada fosa nasal dos veces al día
Montelukast oral	15 años	10 mg/día
Cromoglicato de sodio nasal	6 años	1 aplicación en cada fosa nasal 3-6 veces al día

Infac. 2009; 17(4): 19-24

Resolución caso clínico

Rinitis

- Educación
- Evitación alérgenos
- Furoato de fluticasona intranasal 27.5 mcg/pulverización, cada 24 horas (rinitis persistente moderada)
- Vacunación frente D. Pteronyssinus y D. farinie

Asma

- Educación
- Prevención exacerbaciones
- Medicación rescate: β 2 adrenérgico acción corta
- Salmeterol/Propionato de fluticasona 50/100 mcg cada 12h



Asma controlada

Conclusiones (asma)

- Control debe ser evaluado de forma periódica y el **tratamiento debe ajustarse** para alcanzar y mantener el control
- Necesidad de **medidas objetivas** para valorar el control
- Paciente con síntomas de asma: uso de **agonista β -adrenérgico de acción corta a demanda** para el alivio rápido de los mismos
- **Corticoides inhalados** son los tratamiento de elección en el asma persistente

Conclusiones (rinitis)

- **Importante asociación entre asma y rinitis**
- **Necesidad de tratar la rinitis para controlar el asma**
- **Clasificación rinitis según duración y gravedad**
- **Rinitis también es una enfermedad inflamatoria... tratamiento principal corticoides intranasales**
- **Preferible corticoides de baja biodisponibilidad sistémica**
- **Inmunoterapia pacientes seleccionados**



PROGRAMA **AAP** 2014