PROYECTO ERA

Enfermedad Respiratoria Alérgica: Facilitando la Atención Primaria

Coordinadores:

Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC)

Dr. D. Julio Delgado Romero y Dra. Dª. Ana Mª Navarro Pulido

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz y Dra. Dª. Ana Carmen Gil Adrados

SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria AP

Solicitada validación a la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN

seaic

A efectos de transparencia, le informamos que GSK ha colaborado en la financiación de la presente presentación. Su contenido refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de GSK. GSK recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias.

RECORRIDO

Diferentes fenotipos en asma y rinitis

Valoración clínica:

- del asma
- de la rinitis

Concepto de Vía única

Enfermedad respiratoria alérgica

Manejo práctico

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

Rinoconjuntivitis y Asma alérgicas según las guías de consenso actuales

Dr. D. José Tomás Gómez Sáenz y Dra. Dª. Ana Carmen Gil Adrados

Diferentes fenotipos en asma y rinitis

Concepto de Vía única

Valoración clínica:

- del asma
- de la rinitis

Enfermedad respiratoria alérgica

Manejo práctico

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

GEMA 4.3
GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA

FENOTIPOS DE ASMA EN EL ADULTO

Clínicos o fisiológicos	• **Asma grave.** • **Asma con exacerbaciones graves.** • **Asma refractaria al tratamiento,** sobre todo en pacientes sin alergia y asma corticodependiente. • **Asma de inicio precoz,** en menores de 12 años, que suele ser alérgica. • **Asma de inicio tardío,** sobre todo mujeres, se inicia en la edad adulta y suelen cursar sin alergia. • **Asma con limitación fija al flujo aéreo,** por remodelación bronquial; por síndrome de solapamiento asma y EPOC. • **Asma y obesidad,** con síntomas más graves.
Relacionados con desencadenantes	• **Asma alérgica,** por alérgenos ambientales u ocupacionales. • **Asma inducida por antinflamatorios no esteroideos (AINE).** • **Asma inducida por menstruación.** • **Asma inducida por ejercicio.**
Inflamatorios	• **Asma eosinofílica,** suele ser alérgica y tener buena respuesta a glucocorticoides inhalados, en general. • **Asma neutrofílica,** suele darse en pacientes con enfermedad grave, y exacerbaciones graves, con peor respuesta a glucocorticoides inhalados. • **Asma paucigranulocítica.**

Diagnóstico. En: Plaza V (Coord). GEMA[4.3]. Madrid: Luzán 5; 2018. p. 37-64.

FENOTIPOS EN PATOLOGÍA NASAL

Rinitis infecciosa	Rinosinusitis crónica	Rinitis alérgica	Rinitis alérgica local	Rinitis no alérgica eosinofílica (NARES)	Rinitis no alérgica
	• Subtipos con/sin PN				• inducida por fármacos • gustatoria • hormonal • del anciano • atrófica • idiopática

Papadopoulos NG. Allergy 2015; 70: 474-94

Diferentes fenotipos en asma y rinitis

Valoración clínica:

- **del asma**
- **de la rinitis**

Concepto de Vía única

Enfermedad respiratoria alérgica

Manejo práctico

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica: Facilitando la Atención Primaria

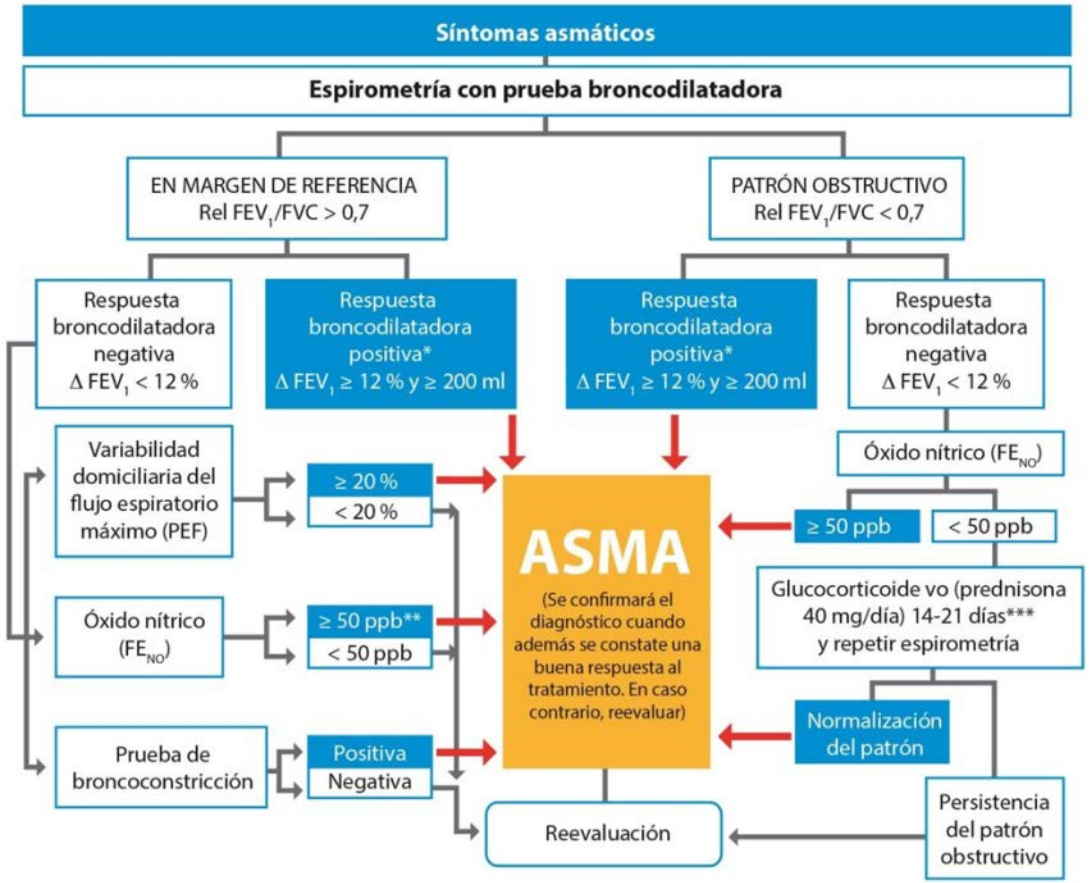
GEMA 4.3
GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA

DIAGNÓSTICO DE ASMA ALÉRGICA

Síntomas guía: Sibilantes, tos, disnea, opresión torácica.

- Variables en duración e intensidad
- Desencadenados por alérgenos (+/- infecciones virales, ejercicio, tabaco, etc.)
- Historia personal de atopia +/- historia familiar de asma/atopía.

Exploración Física:
Auscultación pulmonar (sibilantes) , rinoscopia anterior, piel y mucosas.

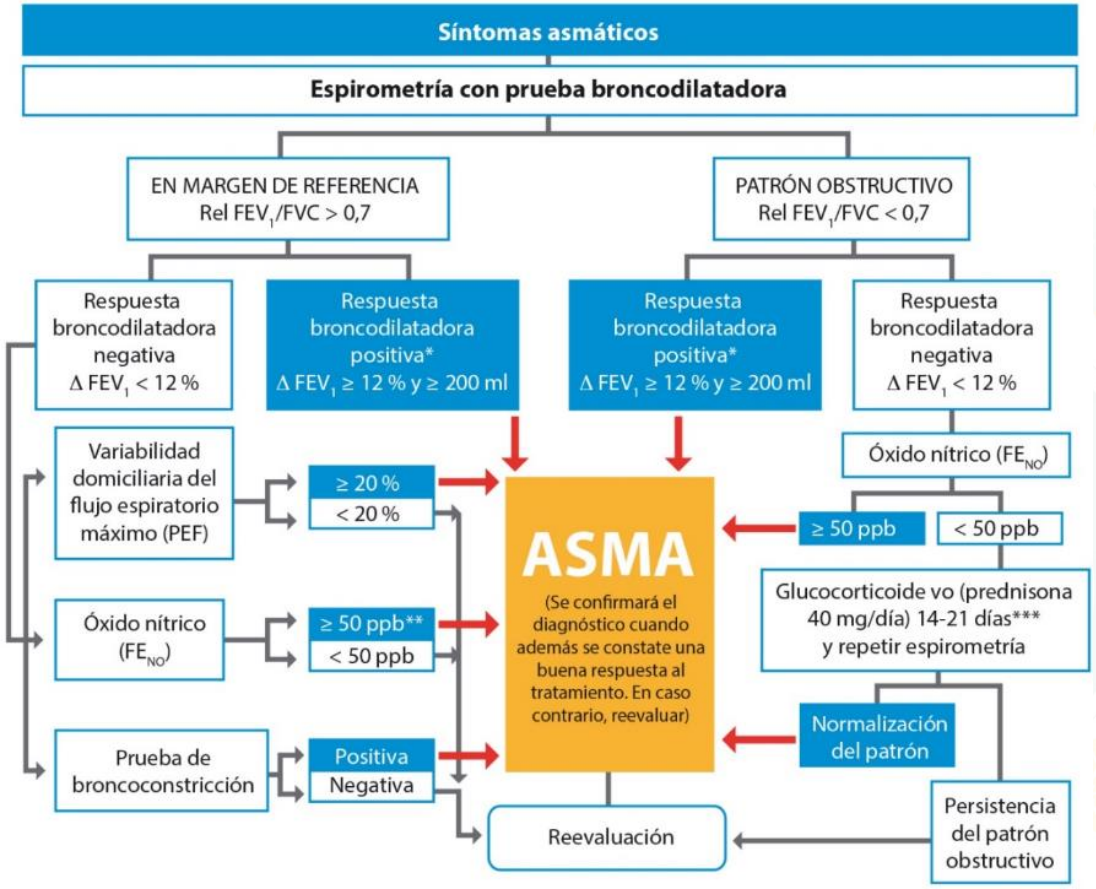


Diagnóstico. En: Plaza V (Coord). GEMA[4.3]. Madrid: Luzán 5; 2018. p. 37-64.

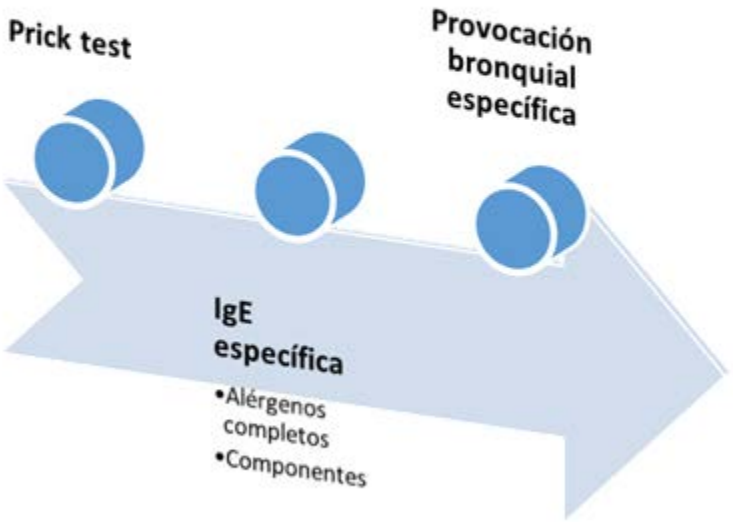
PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica: Facilitando la Atención Primaria

GEMA 4.3
GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE ASMA



*En niños un incremento del 12 % es suficiente para considerarla positiva aunque éste sea < 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 3 o 4 tomas diarias, durante 2-8 semanas.



Diagnóstico. En: Plaza V (Coord). GEMA[4.3]. Madrid: Luzán 5; 2018. p. 37-64.

1) Clasificación inicial en pacientes no diagnosticados. Gravedad

	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Síntomas diurnos	No (2 veces o menos a la semana)	Más de 2 veces a la semana	Síntomas a diario	Síntomas continuos (varias veces al día)
Medicación de alivio (agonista β_2-adrenérgico de acción corta)	No (2 veces o menos /semana)	Más de 2 veces a la semana pero no a diario	Todos los días	Varias veces al día
Síntomas nocturnos	No más de 2 veces al mes	Más de 2 veces al mes	Más de una vez a la semana	Frecuentes
Limitación de la actividad	Ninguna	Algo	Bastante	Mucha
Función pulmonar (FEV_1 o PEF) % teórico	> 80 %	> 80 %	> 60 % - < 80 %	≤ 60 %
Exacerbaciones	Ninguna	Una o ninguna al año	Dos o más al año	Dos o más al año

FEV_1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo.

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica: Facilitando la Atención Primaria

GEMA 4.3
GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA

2) Tratamiento según gravedad

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

Bajar ← **Escalones terapéuticos** → Subir*

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO	Escalón 1	Escalón 2	Escalón 3	Escalón 4	Escalón 5	Escalón 6
De elección		GCI a dosis bajas	GCI a dosis bajas + LABA	GCI a dosis medias + LABA	GCI a dosis altas + LABA	GCI a dosis altas + LABA + tiotropio o ARLT o teofilina
Otras opciones		ARLT	GCI a dosis medias		Si mal control añadir: - Tiotropio y/o - ALRT y/o - Teofilina	Si persiste mal control considerar: - Termoplastia y/o - Triamcinolona IM o Glucocorticoides VO
			GCI a dosis bajas + ARLT	GCI a dosis medias + ARLT	Si persiste mal control, se ha de considerar tratamiento por fenotipos: - Omalizumab: asma alérgica - Mepolizumab o reslizumab: asma eosinofílica de inicio tardío - Azitromicina: asma neutrofílica - Reducción ponderal: asma asociada a obesidad	
A demanda	SABA		SABA o GCI a dosis bajas + formoterol			

Educación, control ambiental, tratamiento de la rinitis y otras comorbilidades

Considerar inmunoterapia con alérgenos

*tras confirmar la correcta adhesión terapéutica y empleo del inhalador/es

3) Grado de control

	BIEN controlada (Todos los siguientes)	PARCIALMENTE controlada (Cualquier medida en cualquier semana)	MAL controlada
Síntomas diurnos	Ninguno o ≤ 2 veces a la semana	> 2 veces 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) (SABA)	Ninguna o ≤ 2 veces a la semana	> 2 veces a la semana	
Función pulmonar **– FEV_1** **– PEF**	> 80 % del valor teórico > 80 % del mejor valor personal	< 80 % del valor teórico < 80 % del mejor valor personal	
Exacerbaciones	Ninguna	≥ 1/año	≥ 1 en cualquier semana

FEV_1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; SABA: agonista β_2-adrenérgico de acción corta

4) Clasificación del asma en adultos. Gravedad

Tabla 2.12. Clasificación de la gravedad del asma cuando está bien controlada con el tratamiento (distribuido en escalones)

GRAVEDAD	INTERMITENTE	PERSISTENTE		
		Leve	Moderada	Grave
Necesidades mínimas de tratamiento para mantener el control	Escalón 1	Escalón 2	Escalón 3 o Escalón 4	Escalón 5 o Escalón 6

Diagnóstico. En: Plaza V (Coord). GEMA[4.3]. Madrid: Luzán 5; 2018. p. 37-64.

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

ACT

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?

PUNTUACIÓN

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Pocas veces
5. Nunca

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha notado que le faltaba el aire?

PUNTUACIÓN

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

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)?

PUNTUACIÓN

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

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha utilizado su inhalador de rescate (por ej. Salbutamol, Ventolin, Terbasmin)?

PUNTUACIÓN

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

¿Hasta qué punto diría que su asma ha estado controlada durante las últimas 4 semanas?

PUNTUACIÓN

1. **Nada controlada**
2. **Mal controlada**
3. **Algo controlada**
4. **Bien controlada**
5. **Totalmente controlada**

25: Control total

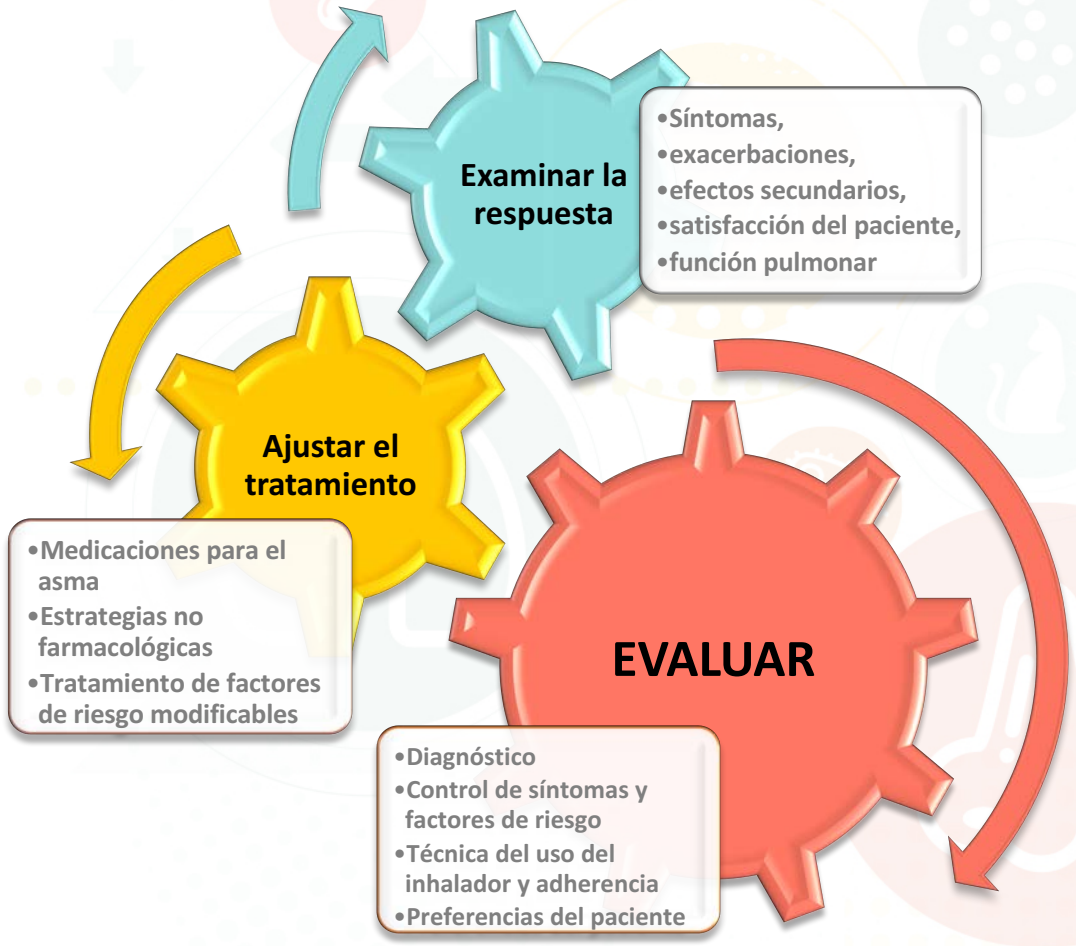
20-25: Buen control

< 20: Asma no controlada

Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, Murray JJ et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. J Allergy Clin Immunol. 2004 Jan;113(1):59-65.

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

MANEJO DEL ASMA BASADO EN EL CICLO DE CONTROL

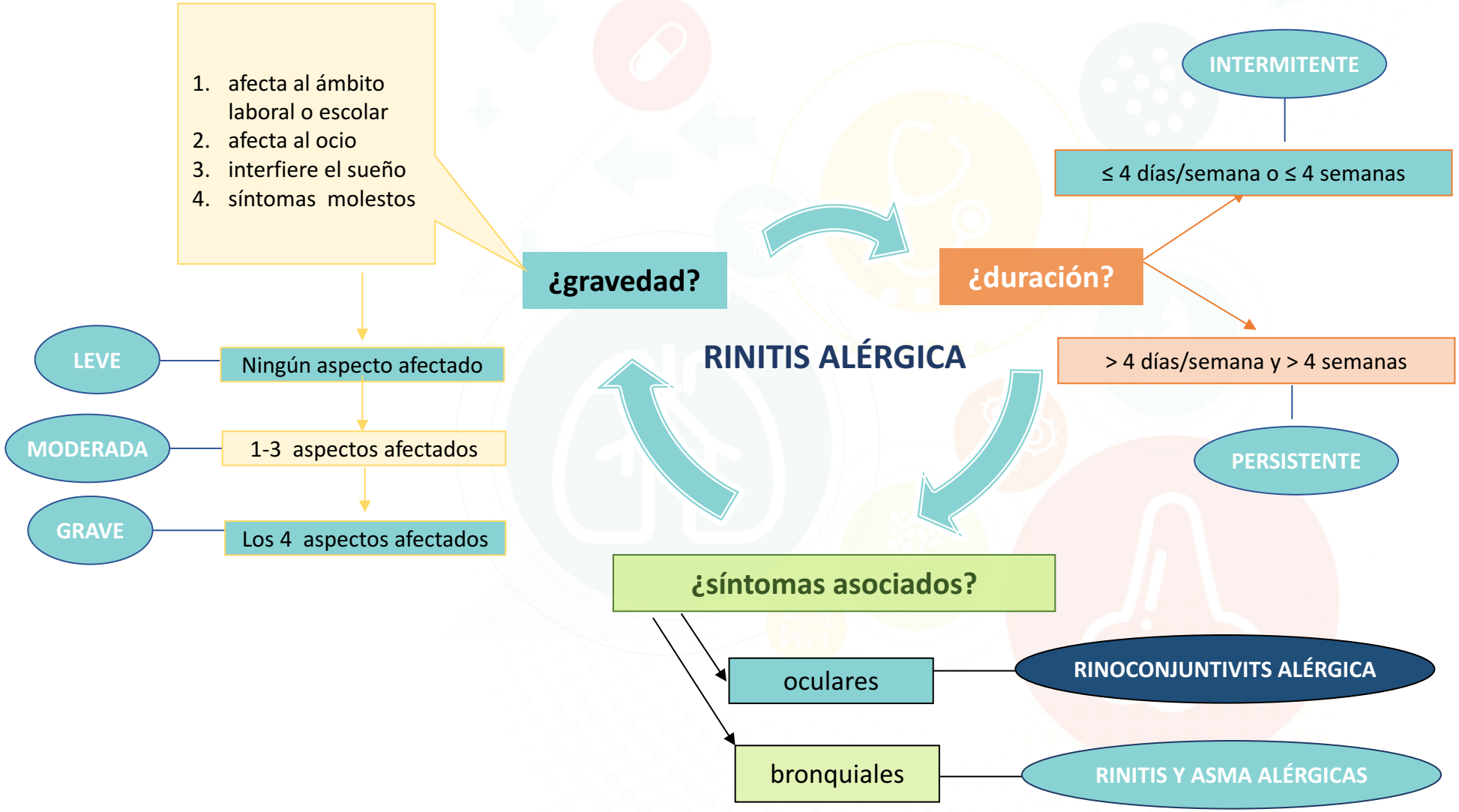


GINA 2017

Global Initiative for Asthma (GINA) 2017.
2017 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention.
http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica: Facilitando la Atención Primaria

VALORAR Y CLASIFICAR LA RINITIS ALÉRGICA



Navarro AM. Algoritmos diagnóstico-terapéuticos Rinitis alérgica. Inyección, S.L.U. Madrid, 2013.

DIAGNÓSTICO DE RINITIS ALÉRGICA

El diagnóstico de la rinitis es **fundamentalmente clínico.**

Hay datos clínicos con alto valor predictivo en el diagnóstico de sospecha de la **rinitis alérgica**:

- La historia familiar de alergia.
- La estacionalidad de los síntomas.
- La coincidencia de síntomas oculares y nasales.
- La relación con la exposición a aeroalérgenos.

En el **diagnóstico** de **rinitis alérgica, el estudio alergológico debe evaluar el grado de relevancia clínica de las sensibilizaciones a alérgenos encontradas**.

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

DIAGNÓSTICO ALERGOLÓGICO EN RINITIS

Prick test

IgE específica

- Alérgenos completos
- Componentes

Provocación nasal

Importancia de un diagnóstico etiológico precoz

Conocer el/los aeroalérgenos responsables

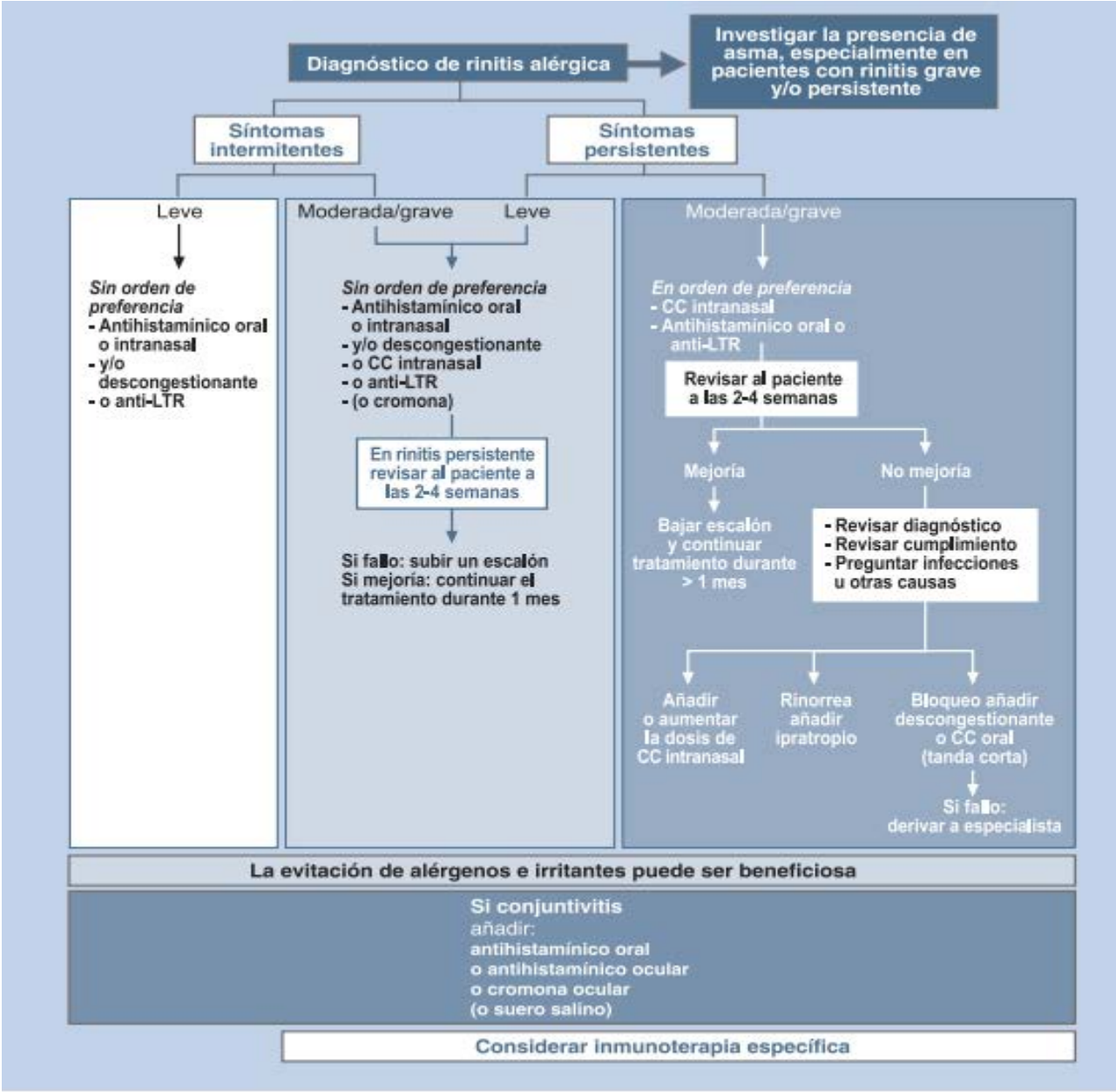
Posibilidad de evitación e inmunoterapia específica

Realizar tratamiento farmacológico preventivo en fechas y zonas de exposición

CONFOR Consenso de formación en rinitis. Valero A (ed). Madrid: Luzán 5 SA; 2012.

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica: Facilitando la Atención Primaria

TRATAMIENTO EN RINITIS ALÉRGICA



ALLERGIC RHINITIS AND ITS IMPACT ON ASTHMA™

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

ALGORITMO TERAPÉUTICO ESCALONADO PARA LA RA BASADO EN EL CONTROL

IMMUNOTHERAPY

ENVIRONMENTAL CONTROL			
CONTROL MEDICATIONSTEPS			
1	2	3	4(SPECIALIST CARE ONLY)
ONE OF: • Oral antihistamine • Intranasal antihistamine • Intranasal cromolyn/nedocromyl • Leukotriene receptor antagonist	ONE OF: • Intranasal corticosteroid ***(preferred)*** • Oral antihistamine • Intranasal antihistamine • Leukotriene receptor antagonist	• Combination of Intranasal corticosteroids WITH ONE OR MORE OF*: • Intranasal antihistamine • Oral antihistamine • Leukotriene receptor antagonist	CONSIDER OMALIZUMAB IN SEVERE RHINITIS WITH CONCURRENT ASTHMA (NOT APPROVED FOR RHINITIS ALONE) CONSIDER SURGICAL TREATMENT OF CONCURRENT PATHOLOGY
RESCUE MEDICATION			
• Decongestants (oral/intranasal) • Anticholinergics (Intranasal)			• Oral corticosteroids
Reassess diagnosis and/or adherence and evaluate potential comorbidities and/or anatomic abnormalities prior to considering step-up			

Papadopoulos NG. Allergy 2015; 70: 474-94

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

¿CÓMO VALORAR EL CONTROL EN RINITIS ALÉRGICA?

CONTROL ACTUAL

Síntomas

Calidad de vida

Gravedad

Exacerbaciones

RIESGO FUTURO

Desarrollo de asma

Demoly P. Clin Translational Allergy 2013; 3:1-7

CONTROL EN RINITIS ALÉRGICA

Rhinitis Control Assessment Test (RCAT)

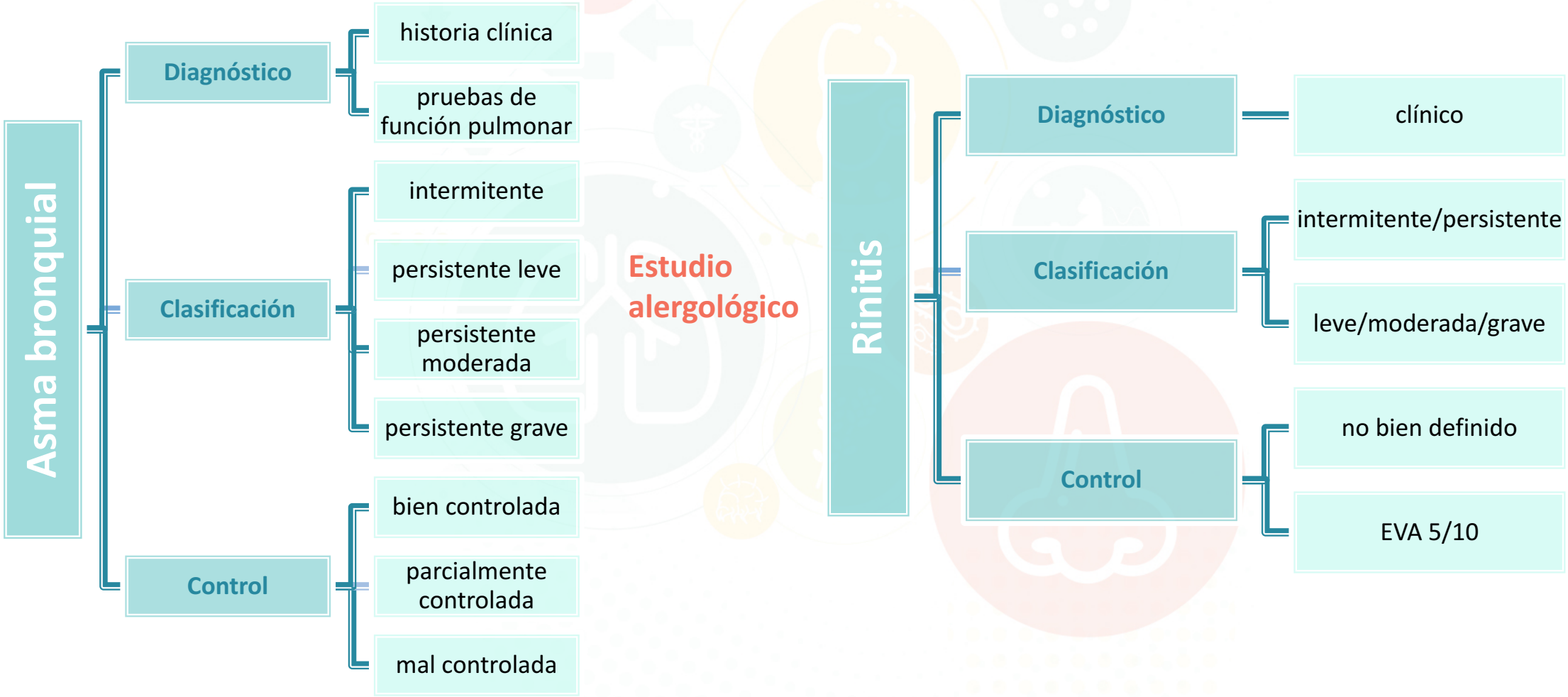
Allergic Rhinitis Control Test (ARCT)

ESCALA VISUAL ANALÓGICA 5/10

Nathan RA, et al. Patient 2010; 3:91–9.
Demoly P, et al. Clin Exp Allergy 2011; 41:860–8.
Bousquet PJ et al. JACI 2011; 126: 666-8

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

VALORACIÓN POR SEPARADO DE RINITIS Y ASMA ALÉRGICAS



PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

GUÍAS DE ASMA Y DE RINITIS

ASMA	Autor, año	Capítulo específico para rinitis
GEMA 4.3	Comité Ejecutivo de la GEMA, 2018	6. Rinitis y poliposis nasal
GINA Update 2017	Global Initiative for Asthma, 2017	Part D. Managing asthma with comorbidities and in special populations. Rhinitis, sinusitis and nasal polyps
British guideline on the management of asthma	British Thoracic Society, 2014	No
NAEPP	Expert Panel Report 3, 2007	Section 3, Component 3: Control of Environmental Factors and Comorbid Conditions That Affect Asthma. Comorbid Conditions. Rhinitis/Sinusitis

RINITIS	Autor, año	Capítulo específico para asma
Clinical practice guideline: allergic rhinitis.	Seidman MD, 2015	Statement 5. Chronic Conditions and Comorbidities
ARIA 2016: Care pathways implementing emerging technologies for predictive medicine in rhinitis and asthma across the life cycle	Bousquet J, 2016	No
The diagnosis and management of rhinitis. An updated practice parameter.	Wallace DV, 2008	Major comorbid conditions Asthma
BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis	Scadding GK, 2008	Co-morbid association Rhinitis and asthma – the link
Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update	Bousquet J, 2008	9. Links between rhinitis and asthma

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

Consenso Enfermedad Respiratoria Alérgica (ERA) y sus particularidades

Dr. D. Julio Delgado Romero y Dra. Dª. Ana Mª Navarro Pulido

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

Diferentes fenotipos en asma y rinitis

Concepto de Vía única

Valoración clínica:

- del asma
- de la rinitis

Enfermedad respiratoria alérgica

Manejo práctico

Importancia de la comorbilidad

RINITIS y asma alérgicas
POLIPOSIS NASOSINUSAL y asma

Eriksson J. Respir Med 2011; 105: 1611-21

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

VÍA RESPIRATORIA ÚNICA

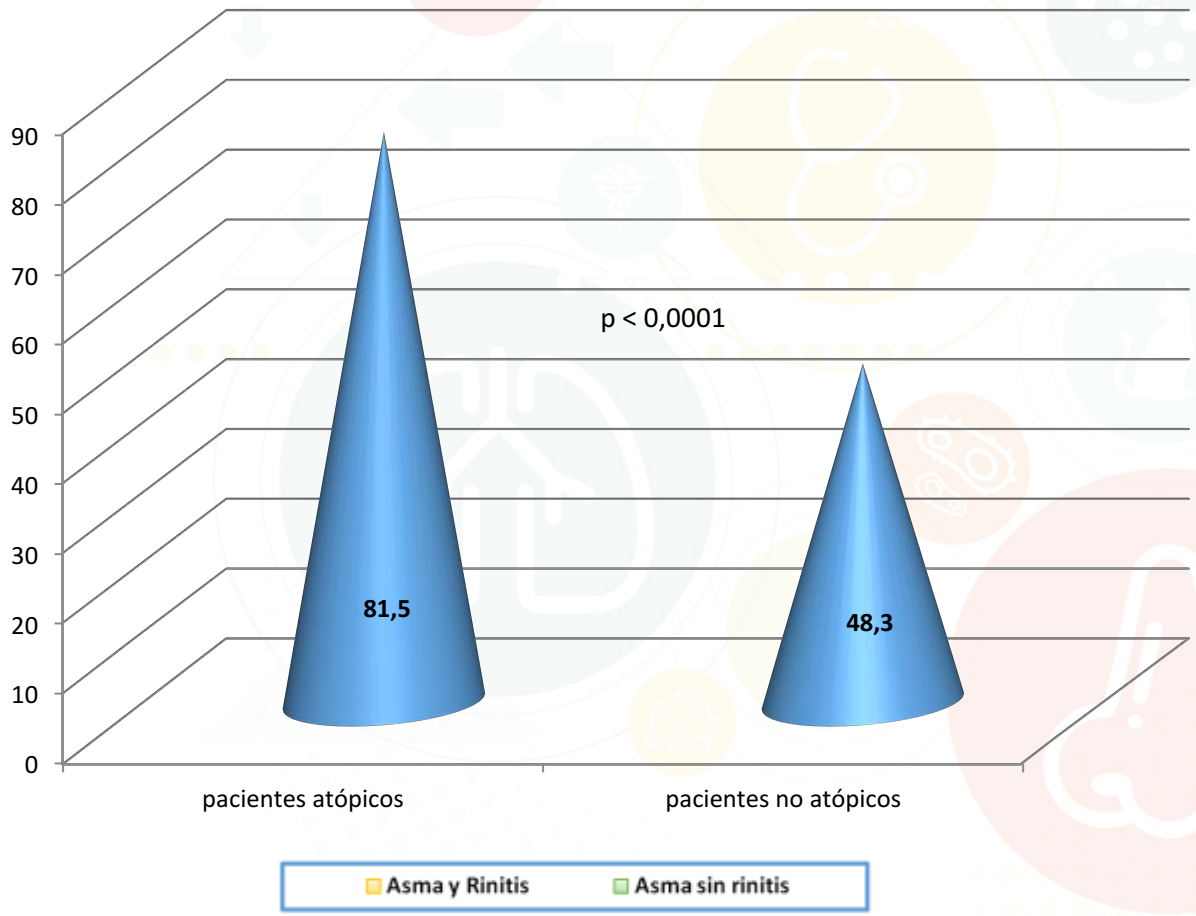
ALLERGIC RHINITIS AND ITS IMPACT ON ASTHMA

- Epidemiología
- Evolución e historia natural
- Fisiopatología
- Gravedad y control
- Terapéutica

"Una vía, una enfermedad"

Grossman J. Chest 1997; 111(suppl 2): 11-6s

RELACIÓN EPIDEMIOLÓGICA



Castillo JA, Navarro A, Quirce S, Molina J, García-Marcos L, Juliá B, Valero A, Mullol J. Prevalence and characteristics of rhinitis in adult asthmatic patients attending allergist, primary care and pulmonologist settings in Spain (AIR study). Med Clín (Barc). 2011 Mar 19;136(7) :284-9.

EVOLUCIÓN E HISTORIA NATURAL

La RA es un factor de riesgo para el desarrollo de asma

x 3 en niños
x 5 en adultos

Settipane RJ. Allergy Proc. 1994;15(1):21-5
van den Nieuwenhof L. Allergy. 2010;65(8):1049-55.).

La rinitis alérgica suele preceder al asma en los adolescentes y adultos

Linneberg A. Allergy. 2002;57(11):1048-52).

Rinitis persistente

Leynaert B. J Allergy Clin Immunol. 1999;104(2 Pt 1):301-4.)

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica: Facilitando la Atención Primaria

GEMA 4.3
GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA

Persistencia y gravedad

Tabla 1.2. Factores de riesgo para el desarrollo de asma

FACTORES DE RIESGO	CATEGORÍA DE LA EVIDENCIA	ASOCIACIÓN	TIPO DE ESTUDIO	REFERENCIA
FACTORES DEL HUESPED				
Atopia	B-C	OR 3,5 (2,3-5,3)	b	Arbes 2007[10]
Menarquia precoz	B-C	OR 2,79 (1,06-7,34)	b	Macsali 2011[21]
	B-C	OR 2,34 (1,19-4,59)	b	Al-Sahab 2011[22]
Obesidad	B-C	OR 0,9 (0,7-1,1)[13]	b	Sin 2002[23]
Hiperrespuesta bronquial	B-C	OR 4.2 (1.92-9.23)	b	Carey 1996[24]
Rinitis	B-C	OR 3.21 (2.21-4.71)	b	Guerra 2002[25]
	B-C	OR 4,16 (3,57-4,86)	b	Burgess 2007[26]
	B-C	RR 3,53 (2,11-5,91)	b	Shaaban 2008[425]
Rinosinusitis crónica	B-C	OR 3,48 (3,20-3,76)	b	Jarvis 2012[458]
FACTORES PERINATALES				
Prematuridad	A-B	OR 2,81 (2,52-3,12)1	a	Been 2014[27]
	A-B	OR 1,37 (1,17-1,62)2	a	Been 2014[27]
Ictericia neonatal	B-C	OR 1,64 (1,36-1,98)	b	Ku 2012[28]
Lactancia	B-C	OR 0,88 (0,82-0,95)12	b	Silvers 2012[29]
	A-B	OR 0,70 (0,60-0,81)12	a	Gdalevich 2001[30]
Cesárea	B-C	HR 1,52 (1,42-1,62)	b	Tollanes 2008[31]
Tabaco en gestación	B-C	OR 1,72 (1,11-2,67)	b	Strachan 1996[32]
	B-C	RR 8,8 (3,2-24)	b	Gilliland 2006[33]
	B-C	OR 1,87 (1,25-2,81)	b	Ehrlich 1996[34]
	B-C	OR 1,65 (1,18-2,31)	b	Neuman 2012[35]
FACTORES AMBIENTALES				
Aeroalérgenos	B-C	OR 0,68 (0,49-0,95)7, 12	b	Kerkhof 2009[36]
Alérgenos laborales	B-C	RR 2,2 (1,3-4,0)	b	Kogevinas 2007[429]
Infecciones respiratorias	B-C	OR 0,52 (0,29-0,92)9, 12	b	Illi 2001[37]
Tabaquismo	B-C	RR 3,9 (1,7-8,5)	b	Gilliland 2006[33]
	B-C	OR 2,98 (1,81-4,92)	c	Polosa 2008[38]
FÁRMACOS				
Antibióticos	B	OR 1,12 (0,88-1,42)10, 13	a	Marra 2006[39]
	A	OR 2,82 (2,07-3,85)11	a	Marra 2006[39]
	B-C	OR 1,75 (1,40-2,17)	b	Hoskin-Parr 2013[40]

CATEGORÍA DE LA EVIDENCIA: la tabla 0.1 recoge la categorización de la evidencia. ASOCIACIÓN: se indican los odds ratios (OR) con su intervalo de confianza del 95 % entre paréntesis. 1 Muy prematuros, 2 Moderadamente prematuros, 3 ingesta de vitamina E, 4 Ingesta de zinc, 5 Dieta mediterránea, 6 Exposición a perro, 7 Exposición a gato, 8 Vivir en granja, 9 Infección viral no respiratoria, 10 Estudios prospectivos, 11 Estudios retrospectivos, 12 Factor protector, 13 No asociación. TIPOS DE ESTUDIOS: a: metanálisis - revisión sistemática, b: estudio epidemiológico prospectivo grande, c: estudio epidemiológico retrospectivo grande.

FISIOPATOLOGÍA COMÚN

Sensibilización a aeroalérgenos

Inflamación bidireccional

Hiperrespuesta bronquial

Bousquet J, Khaltaev N, Cruz A.A, Denburg J, Fokkens W.J, Togias A et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008. Allergy. 2008; 63 (Suppl. 86) : 8–160.

GRAVEDAD Y CONTROL

La gravedad del asma y de la rinitis suelen ir en paralelo

http://www.gemasma.com/

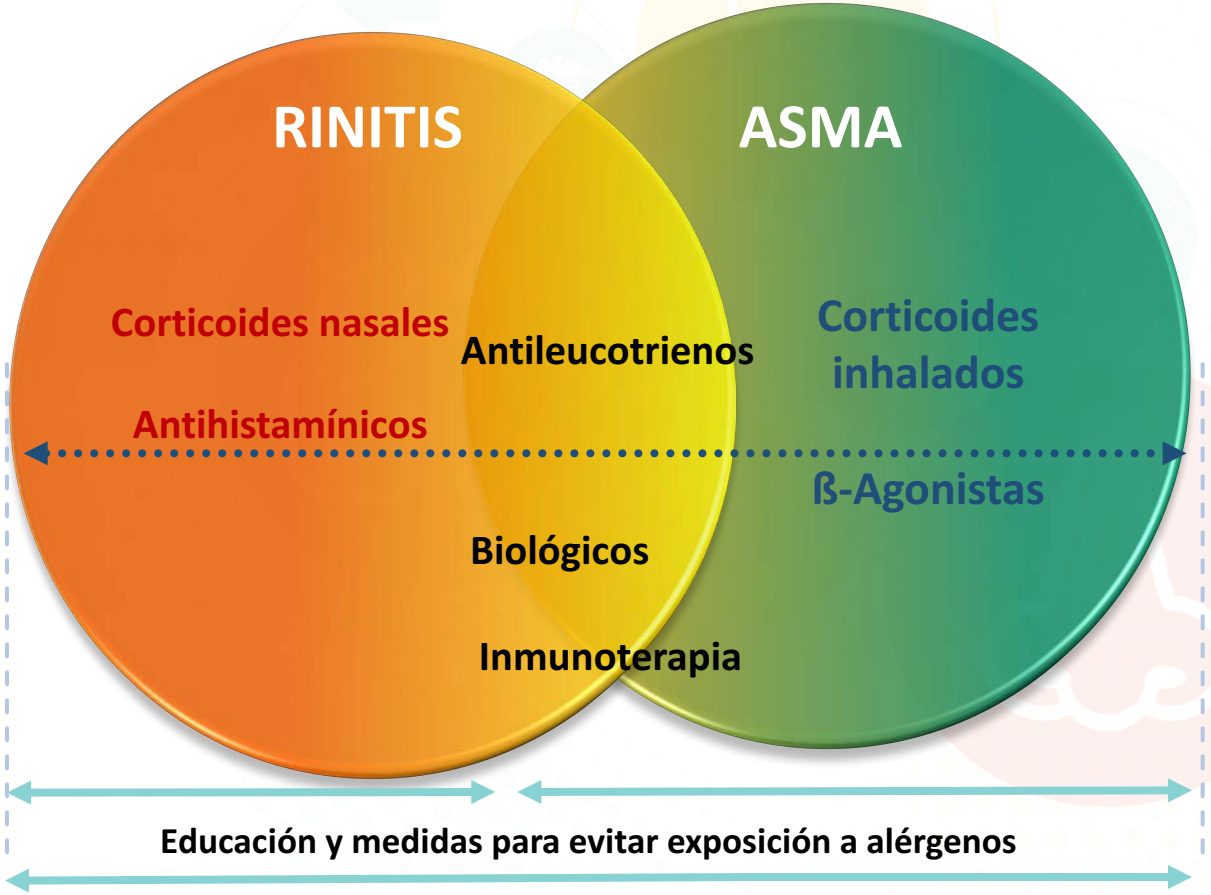
A mayor gravedad de la rinitis:

- Mayor prevalencia de asma ★
- Más difícil control ★
- Aumento de recursos sanitarios por asma ★

Belhassen M et al. Cost of perennial allergic rinitis and allergic asthma increase with severity and por disease control.
Allergy 2017; 72: 948-58

RELACIÓN TERAPÉUTICA:

Tratamiento integral de la rinitis-asma alérgicas



PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

GEMA 4.3
GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA

TRATAMIENTO DEL ASMA

Bajar ← Escalones terapéuticos → Subir*

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO	Escalón 1	Escalón 2	Escalón 3	Escalón 4	Escalón 5	Escalón 6
De elección		GCI a dosis bajas	GCI a dosis bajas + LABA	GCI a dosis medias + LABA	GCI a dosis altas + LABA	GCI a dosis altas + LABA + tiotropio o ARLT o teofilina
Otras opciones		ARLT	GCI a dosis medias GCI a dosis bajas + ARLT	GCI a dosis medias + ARLT	Si mal control añadir: - Tiotropio y/o - ALRT y/o - Teofilina Si persiste mal control considerar tratamiento por fenotipos: - Omalizumab: asma alérgica - Azitromicina: asma neutrofílica - Reducción ponderal: obesidad	Si persiste mal control considerar: - Termoplastia y/o - Triamcinolona IM o Glucocorticoides VO
A demanda	SABA		SABA o GCI a dosis bajas + formoterol			

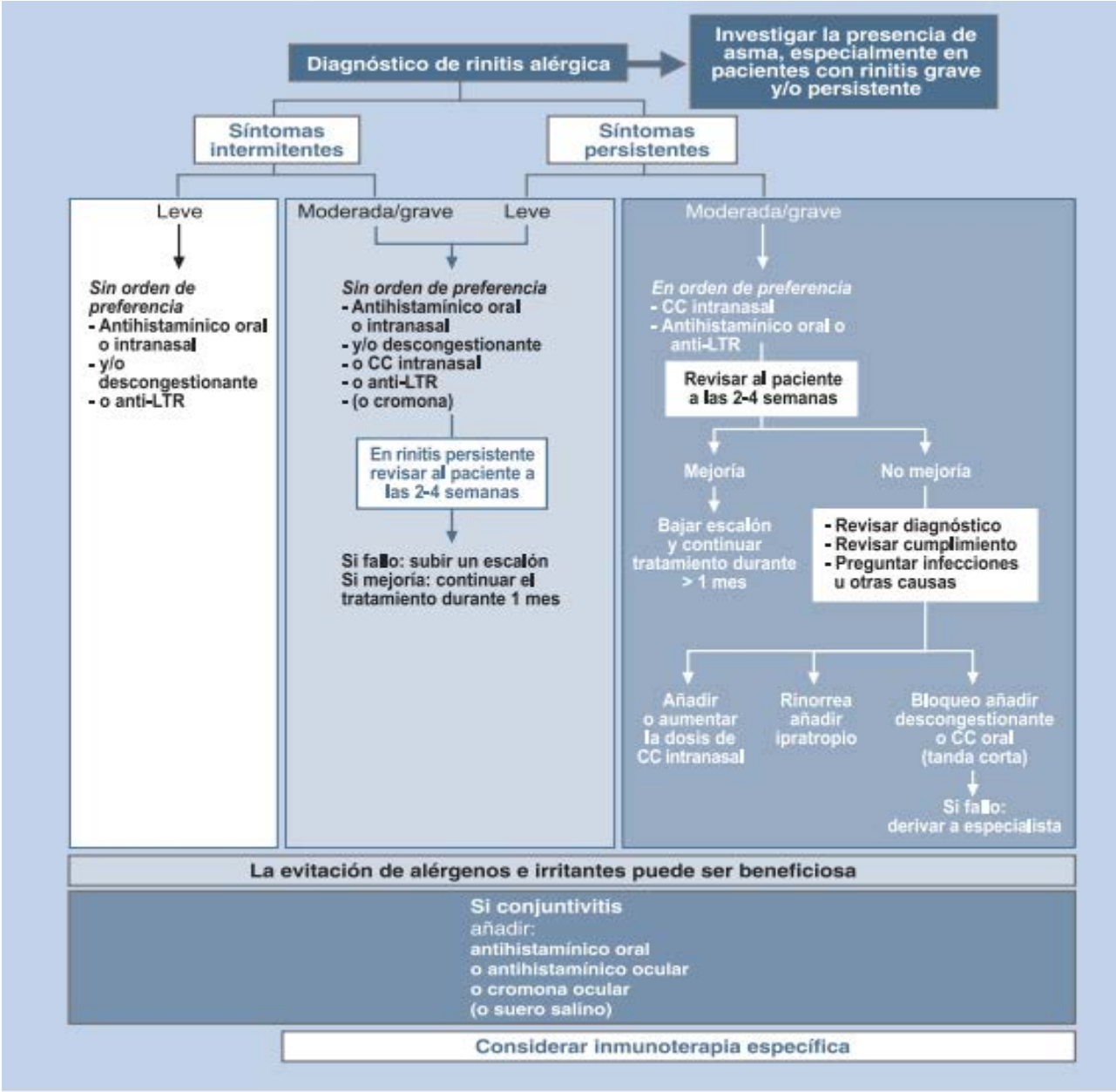
Educación, control ambiental, tratamiento de la rinitis y otras comorbilidades

Considerar inmunoterapia con alérgenos

*tras confirmar la correcta adhesión terapéutica y empleo del inhalador/es

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica: Facilitando la Atención Primaria

TRATAMIENTO EN RINITIS ALÉRGICA



ALLERGIC RHINITIS AND ITS IMPACT ON ASTHMA™

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

Diferentes fenotipos en asma y rinitis

Concepto de Vía única

Valoración clínica:

- del asma
- de la rinitis

Enfermedad respiratoria alérgica

Manejo práctico

ERA ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALÉRGICA

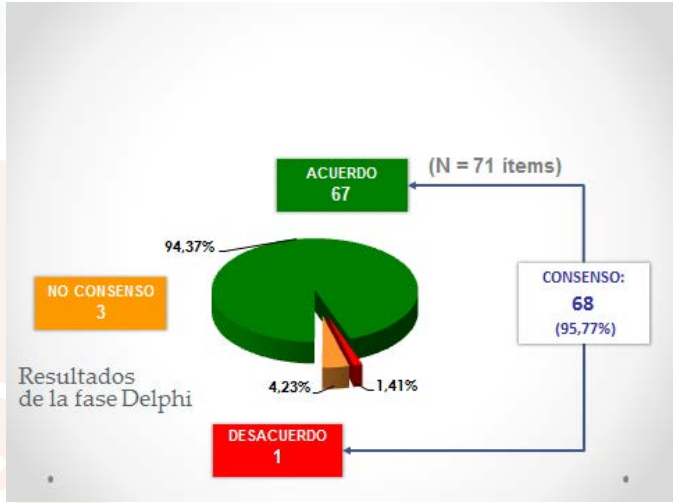
seaic

Miembros Comités Asma y Rinoconjuntivitis SEAIC 2010-14

Mª José Álvarez
Encarnación Antón
Pilar Barranco
Paloma Campo
Remedios Cárdenas
Carlos Colás
Ignacio Dávila
Alfonso del Cuvillo
Julio Delgado
Javier Domínguez
Mª Teresa Dordal
Beatriz Fernández
Mª José Giménez
Elisa Gómez

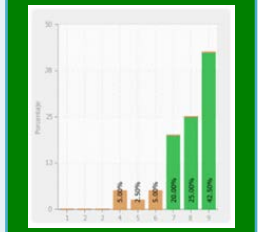
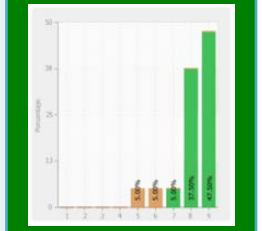
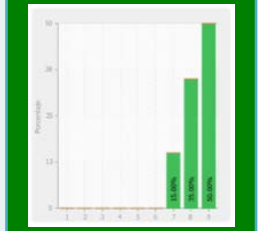
Mª Luisa González
Ruperto González
Valentina Gutiérrez
Javier Iglesias
Magdalena Lluch
Mª Aránzazu Martín
Víctor Matheu
Javier Montoro
Rosa Muñoz
Ana Navarro
José Mª Olaguibel
Mª Carmen Panizo
Antonio Parra
Mª José Pascual

Carmen Pérez
Santiago Quirce
Fernando Rodríguez
Mercedes Rodríguez
Carmen Rondón
Mª Cesárea Sánchez
Silvia Sánchez
Joaquín Sastre
Antonio Valero
Francisco Vega
Jose Mª Vega
Mª Esther Velázquez



PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

LIMITACIONES EN LA CLASIFICACIÓN

Nº	Ítem	Desacuerdo	No consenso	Acuerdo
36	La variabilidad de los síntomas en los pacientes con ERA dificulta frecuentemente su clasificación en los criterios propuestos por las guías de consenso.			
37	Las clasificaciones de las guías de consenso actuales están basadas en la valoración de la intensidad y de la frecuencia de los síntomas propios de la rinoconjuntivitis y del asma por separado y no valoran las particularidades que añaden las características de los alérgenos causantes.			
38	Además de la intensidad o de la duración, en la descripción de los síntomas de la ERA deberían considerarse también otros aspectos, como la frecuencia, la estacionalidad y la recurrencia de los síntomas en determinadas épocas.			

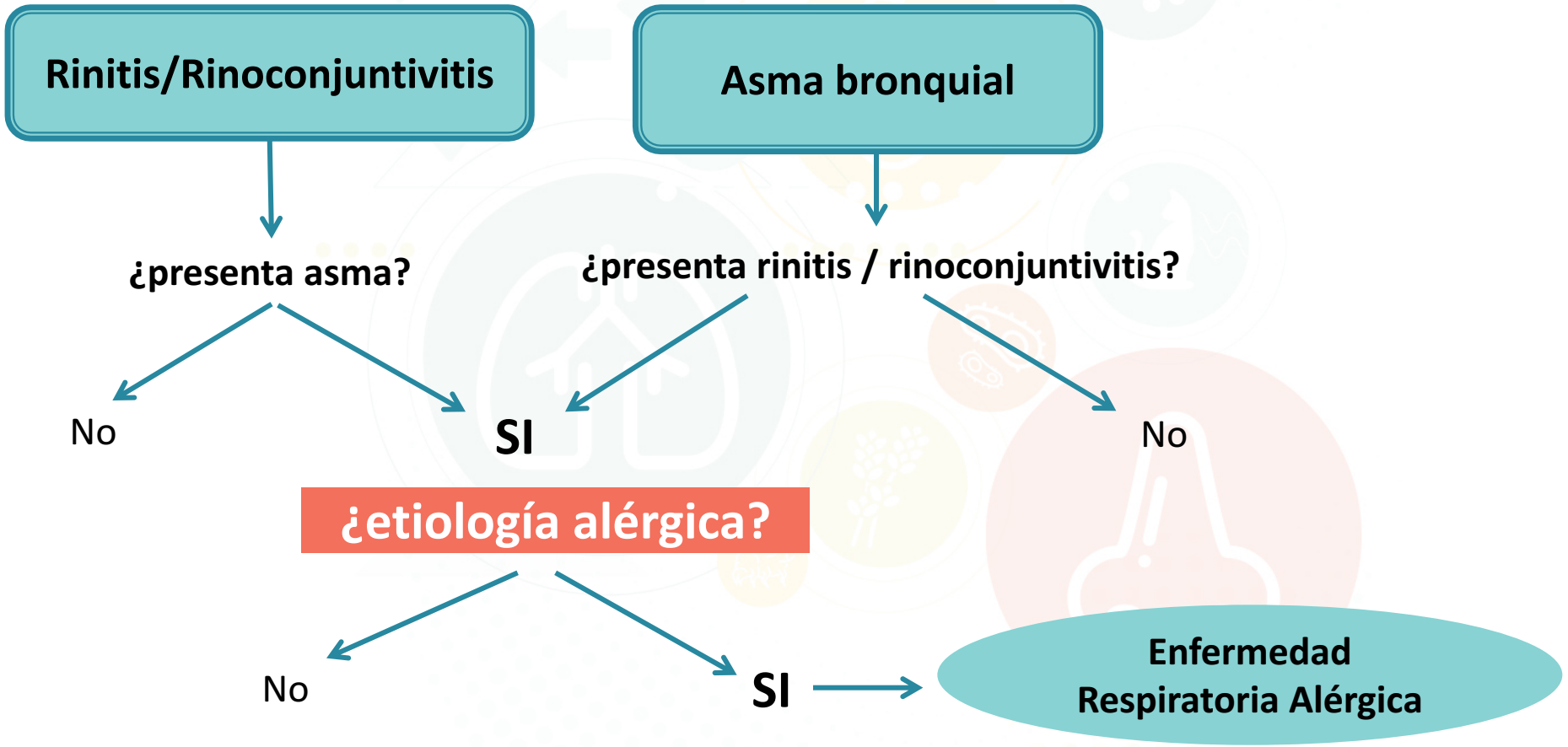
CONSENSO ERA

PROYECTO
ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica

La **enfermedad respiratoria alérgica** (ERA) es una alteración del estado de salud ocasionada por la generación de anticuerpos IgE frente a aeroalérgenos que conduce a diferentes manifestaciones clínicas en la vía respiratoria superior y/o inferior.

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

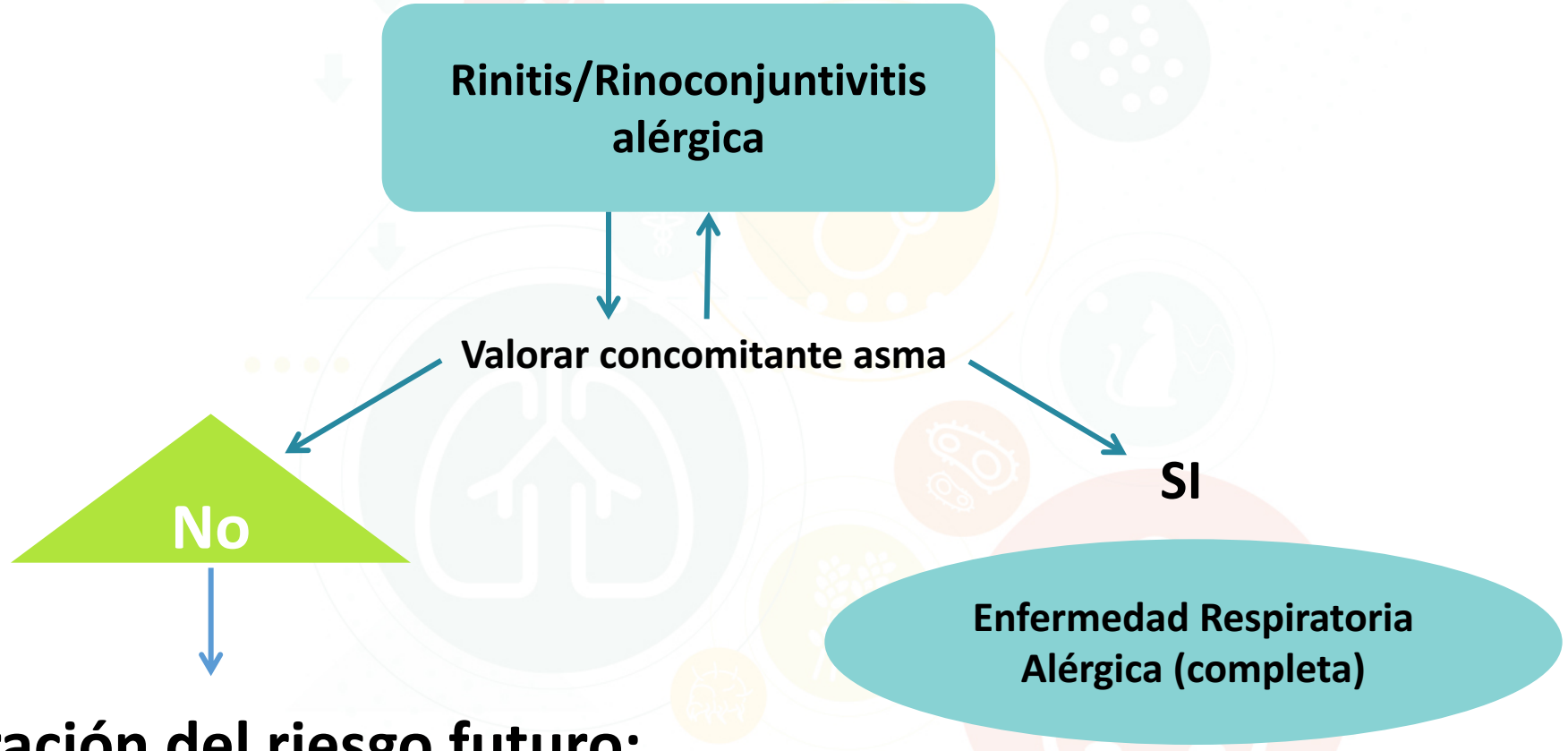
ALERGIA RESPIRATORIA



Rinconjuntivitis y Asma Bronquial alérgicas

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

ALERGIA RESPIRATORIA



Valoración del riesgo futuro: desarrollo de asma

Modificado de: Navarro AM, Delgado J, Muñoz-Cano RM, Dordal MT, Valero A, Quirce S; Behalf of the ARD Study Group.
Allergic respiratory disease (ARD), setting forth the basics: proposals of an expert consensus report. Clin Transl Allergy. 2017; 7:16.

El alérgeno como factor condicionante de la sintomatología clínica

ORIGINAL ARTICLE
Experimental Allergy and Immunology
WILEY Allergy

Allergic respiratory disease: Different allergens, different symptoms

A. Valero[1] | S. Quirce[2] | I. Dávila[3] | J. Delgado[4] | J. Domínguez-Ortega[2]

ALÉRGENOS ESTACIONALES:

- **Rinitis (intermitente, más grave)**
- **Conjuntivitis**
- **Largo tiempo de evolución para desarrollar asma, más leve**

→

ÁCAROS:

Rinitis

→

EPITELIOS:

Rinitis intermitente, Conjuntivitis

→

ALTERNARIA:

Asma de larga duración

Valero A et al. Allergy. 2017;72(9):1306-1316.

LOS DIFERENTES AEROALÉRGENOS NO PRODUCEN DE FORMA UNIFORME LOS MISMOS TIPOS O INTENSIDAD DE SÍNTOMAS

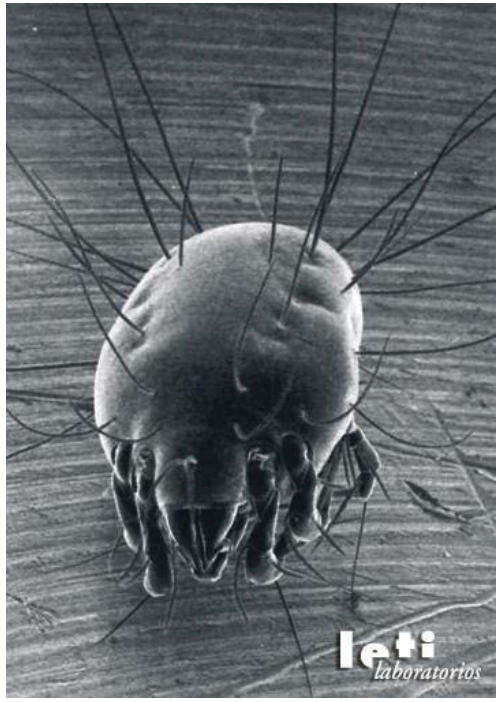
Rinitis persistente por ácaros

Rinitis alérgica por gramíneas (frecuente alergia a alimentos)

Domínguez-Ortega J et al. Allergol Immunopathol (Madr). 2014;42(1):11-18.
Valero A et al. Am J Rhinol Allergy. 2011 Jul-Aug;25(4):e123-8

Determinados alérgenos producen con más frecuencia síntomas en la vía respiratoria superior que en la inferior

- **Cupresáceas:** conjuntivitis
- ***L Destructor*:** asma



Ramirez DA . Journal of Allergy and Clinical Immunology. 1984; 73, 88-93.
Vidal C. J Investig Allergol Immunol Clin 2016; 26: 304-9.

olivo

Peor calidad de vida

asma/ácaros/niños

rinitis/polen/adultos

Edad

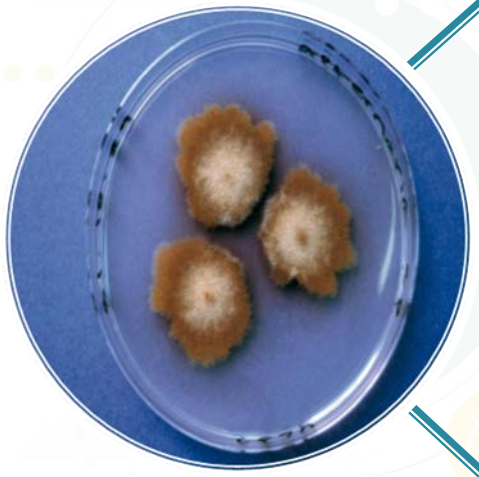
y

clínica

Delgado J. J Investig Allergol Clin Immunol. 2013; Vol. 23(5): 309-14.
Linneberg et al. Clin Mol Allergy. 2016; 14:12.
Warm K. J Allergy Clin Immunol. 2005; 136:1559-65.

Existen aeroalérgenos que se relacionan con…

Alternaria



- Formas de asma más grave
- Persistente
- Exacerbaciones y muerte por asma

Boulet L. Clin Exp Allergy. 2015; 45, 1647–53
Twaroch TE. Allergy Asthma Immunol Res. 2015; 7:205-20.
Serrano-Pariente J. Allergy 2015; 70: 1139-47

Journal of Asthma and Allergy

Dovepress
open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

Sensitization to *Aspergillus* species is associated with frequent exacerbations in severe asthma

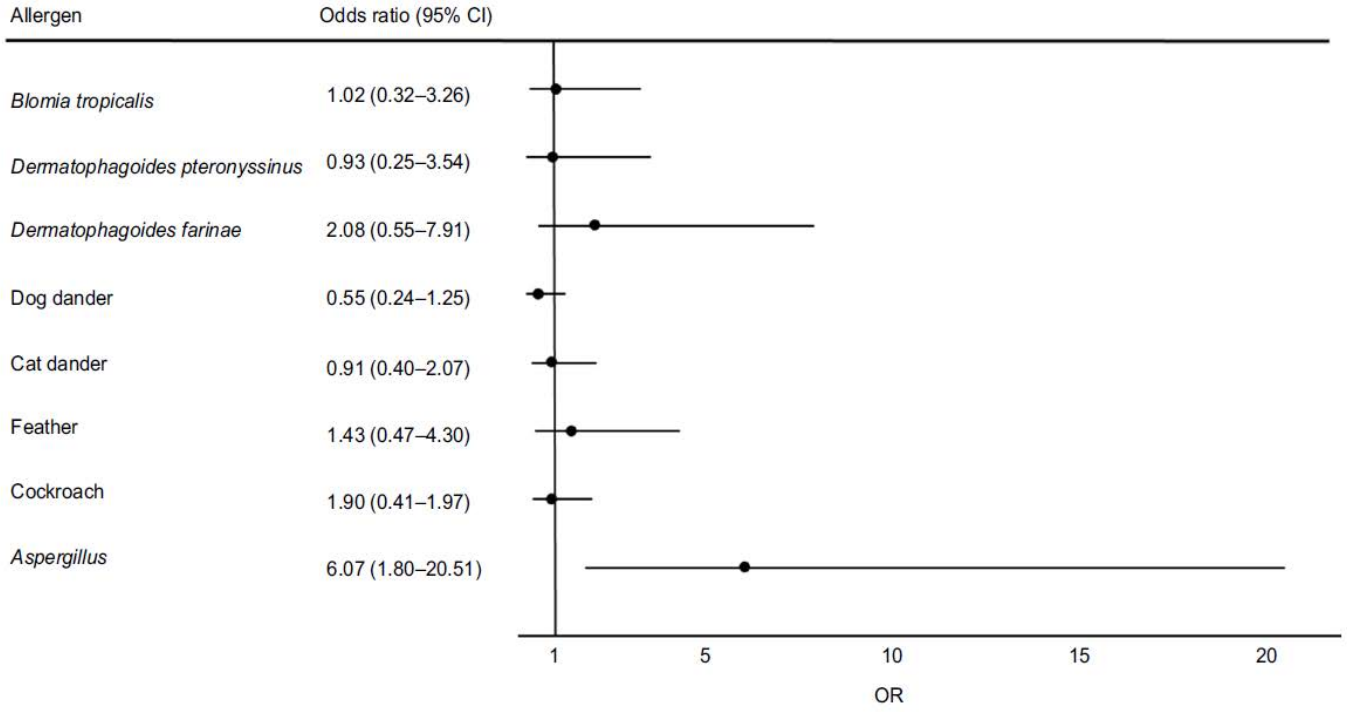


Figure 2 Multivariate analyses of allergen sensitization associated with indicators of uncontrolled asthma.
Note: Age, gender, ethnicity, body mass index, smoking history (active or ex-smoker) and all other allergens were included in the multivariate analyses.
Abbreviations: CI, confidence intervals; OR, odds ratio.

Goh KJ et al. J Asthma Allergy. 2017;10:131-140

Fuente: https://alergia.leti.com/es/aspergillus-fumigatus_9602

Distintos alérgenos modulan de forma diferente la respuesta alérgica

Provocación bronquial en 290 asmáticos alérgicos

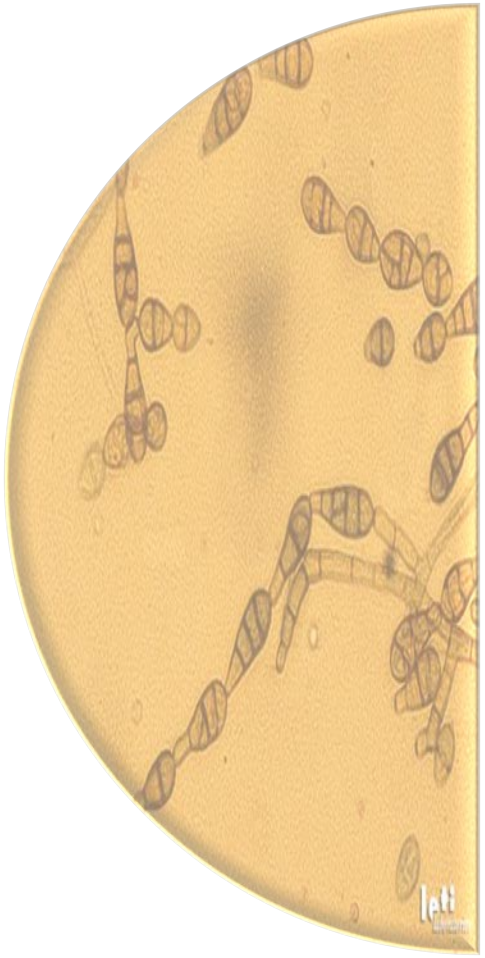
→ 87 respuesta inmediata

→ 203 respuesta dual

→ En alérgicos a ácaros se aprecia una respuesta tardía **más intensa** de forma significativa con respecto a epitelios y sobre todo a pólenes.

Boulet LP et al. Allergen-induced early and late asthmatic responses to inhaled seasonal and perennial allergens.
Clin Exp Allergy. 2015 Nov;45(11):1647-53

DIFERENTE PERFIL INMUNE



Los pacientes sensibilizados a hongos, con respecto a otros aeroalérgenos (**ácaros, gramíneas, gato**):

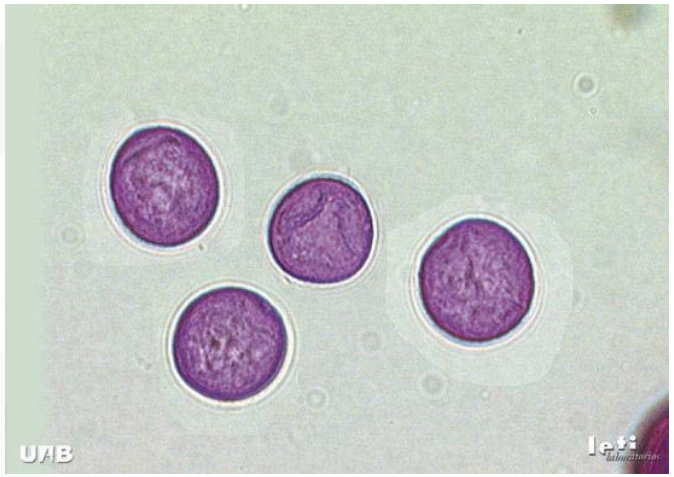
Menor nivel de citoquinas Th2

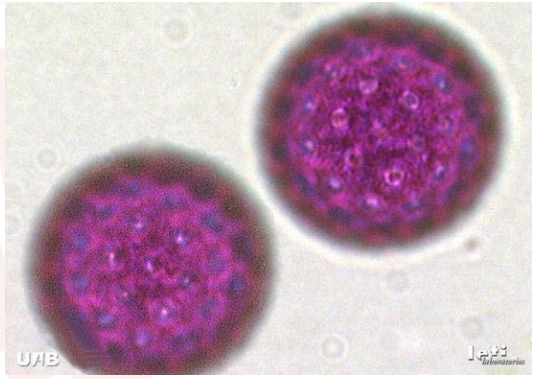
Mayor prevalencia de asma

Matheson MC et al. Allergy. 2016 71(12):1701-11

Polisensibilización

“relevancia clínica”





Migueres M. Clin Transl Allergy. 2014 1;4:16.

"PRESIÓN ALERGÉNICA" Y CONTROL

El **control de la ERA** varía de forma significativa en función de la intensidad y duración de la exposición al alérgeno responsable

Bousquet P-J et al. Geographical variation in the prevalence of positive skin tests to environmental aeroallergens in the European Community Respiratory Health Survey I. Allergy 2007;62:301–9.

PARTICULARIDADES DIAGNÓSTICAS

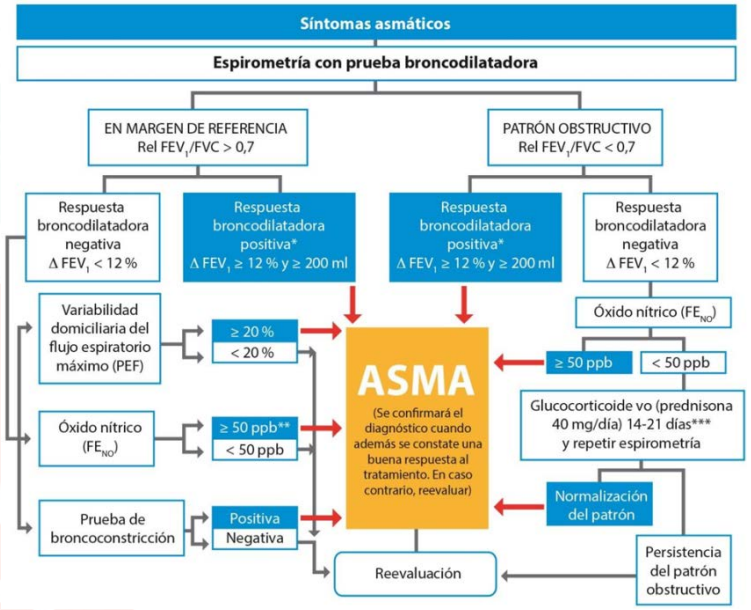
Un abordaje conjunto

+

Estudio alergológico útil fuera de la época sintomática

→

Sujetos con ERA con manifestaciones bronquiales pueden no cumplir criterios funcionales respiratorios e inflamatorios propios de asma bronquial en otras épocas del año distintas a la de exposición al alérgeno



Diagnóstico. En: Plaza V (Coord). GEMA[4.3]. Madrid: Luzán 5; 2018. p. 37-64.

PARTICULARIDADES TERAPÉUTICAS

Enfermedad Respiratoria Alérgica

1) Valorar los alérgenos relevantes

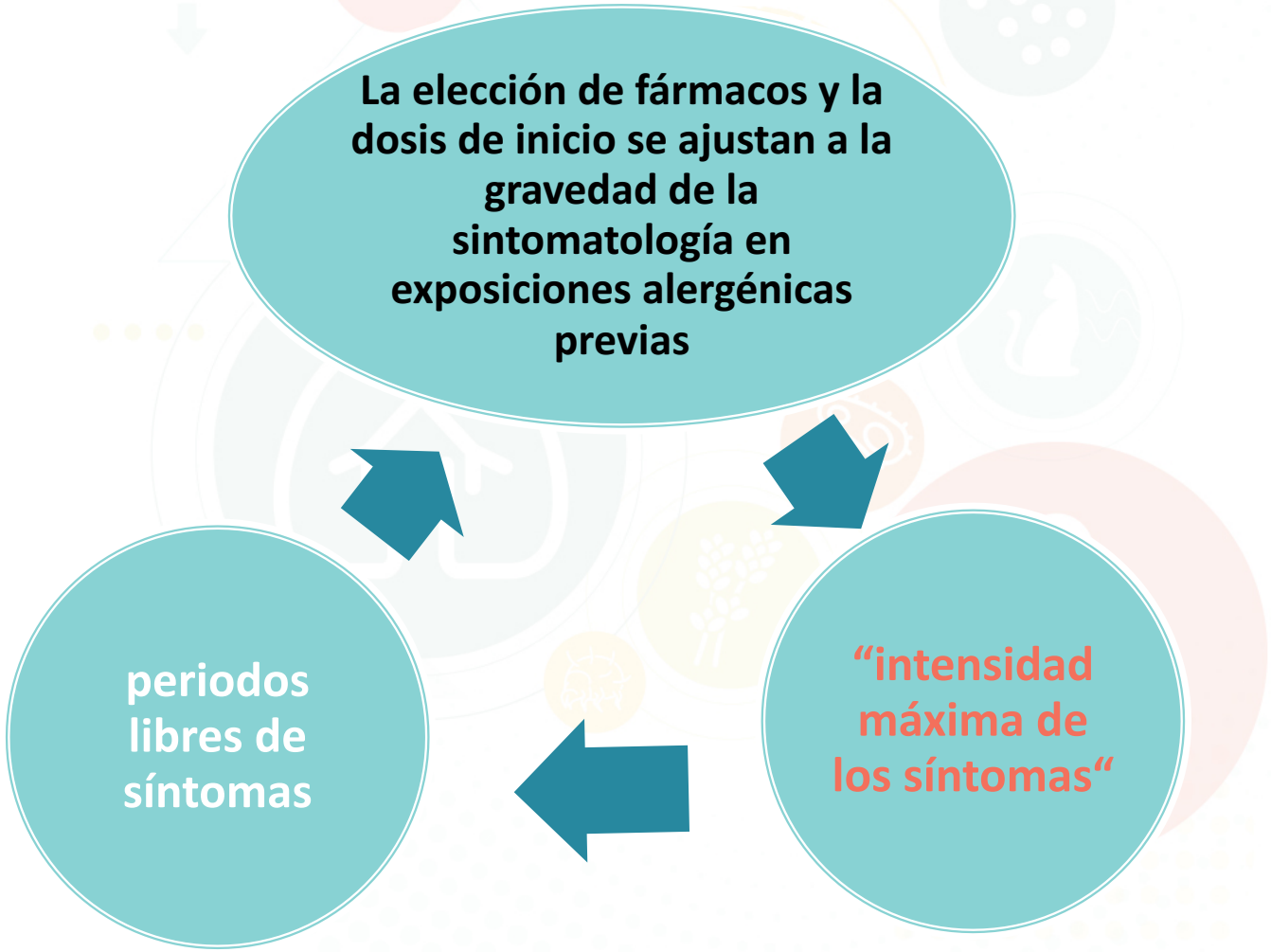
- Medidas de evitación
- Indicación de inmunoterapia específica
- Tiempo y duración del tratamiento farmacológico

2) Valorar la importancia de los síntomas nasoculares y bronquiales

Elección del tratamiento farmacológico:
según gravedad y/o control de los síntomas

Navarro AM, Delgado J, Muñoz-Cano RM, Dordal MT, Valero A, Quirce S; Behalf of the ARD Study Group.
Allergic respiratory disease (ARD), setting forth the basics: proposals of an expert consensus report. Clin Transl Allergy. 2017; 7:16.

PARTICULARIDADES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

ESTUDIO DELPHI ERA:
Tratamiento farmacológico

Nº	Ítem	Desacuerdo	No consenso	Acuerdo
58	**En pacientes que alcanzaron una gravedad importante en exposiciones alergénicas previas, el tratamiento farmacológico puede no seguir los escalones terapéuticos progresivamente crecientes recomendados por las guías de consenso y comenzar por un escalón terapéutico superior.**			
59	**Las dosis empleadas en el tratamiento farmacológico de los pacientes diagnosticados de ERA pueden ser superiores a las utilizadas habitualmente en otros tipos de pacientes no alérgicos.**			

INMUNOTERAPIA EN ALERGIA RESPIRATORIA

Allergy EUROPEAN JOURNAL OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY
EAACI
Allergy

REVIEW ARTICLE

Immunotherapy in allergic rhinitis and lower airway outcomes

V. Cardona[1,2], O. Luengo[1,2] & M. Labrador-Horrillo[1,2]

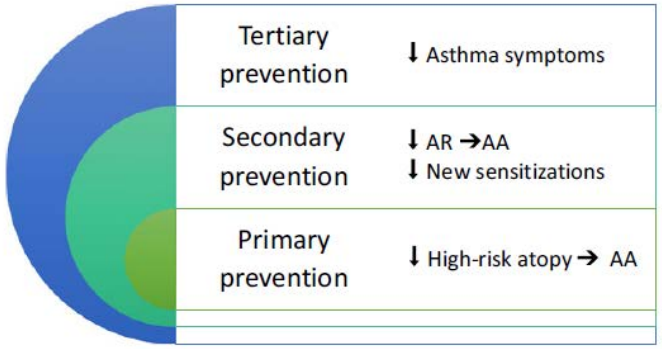


Figure 1 Effect of allergen immunotherapy in the prevention of allergic asthma. AA, allergic asthma; AR, allergic rhinitis.

Abstract

Allergic rhinitis and asthma constitute two clinical expressions of a single-condition, respiratory allergy. Allergen immunotherapy (AIT) is a form of treatment specifically aimed at modifying the response to sensitizing allergens. The inherent potential benefit of AIT is the simultaneous treatment of all clinical expressions of respiratory allergy. Current data support the effectiveness of subcutaneous and sublingual immunotherapy in rhinitis. Studies also provide proof for a beneficial effect in allergic asthma. Even more, substantial evidence points to the preventive effect on the progression from rhinitis to asthma. Despite the current knowledge on the basic mechanisms underlying the immunological effect of AIT is vast, the specific mechanisms for the preventive effect of primary sensitization or new sensitizations are poorly understood. This review aimed to provide a critical overview of the current knowledge on the effectiveness of AIT and its potential role in secondary prevention of respiratory allergy progression.

Cardona V et al. Allergy 2017;72: 35-42.

INMUNOTERAPIA EN LA ERA

La inmunoterapia puede prevenir el desarrollo de síntomas bronquiales en pacientes con rinoconjuntivitis alérgica

••A diferencia del tratamiento farmacológico, la inmunoterapia puede mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Beneficio del tratamiento con inmunoterapia para disminuir la intensidad de los síntomas, reducir el tratamiento farmacológico, mejorar en calidad de vida y disminuir la progresión de la enfermedad.

La inmunoterapia es más efectiva si se inicia en fases precoces de la ERA.

- No es necesario un fracaso terapéutico farmacológico para indicar el inicio de la inmunoterapia en la ERA.

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

A MODO DE RESUMEN…

"Vía respiratoria única"

"Una vía, una enfermedad"

"Enfermedad Respiratoria Alérgica"

Interrelación rinitis/asma

- Abordaje único
- Mejor control

+

Las connotaciones de los aeroalérgenos

→

Enfermedad respiratoria alérgica

Bousquet J. ARIA 2016: Care pathways implementing emerging technologies for predictive medicine in rhinitis and asthma across the life cycle. Clin Transl Allergy. 2016 Dec 30;6:47

Navarro *et al. Clin Transl Allergy (2017) 7:16*
DOI 10.1186/s13601-017-0150-2

Clinical and Translational Allergy

RESEARCH

Open Access

Allergic respiratory disease (ARD), setting forth the basics: proposals of an expert consensus report

Ana M. Navarro[1*], Julio Delgado[2], Rosa M. Muñoz-Cano[3], M. Teresa Dordal[4,5], Antonio Valero[3], Santiago Quirce[6] and Behalf of the ARD Study Group

Table 7 Allergic respiratory disease (ARD): key points

Allergic respiratory disease (ARD) includes patients with clinical manifestations of rhinoconjunctivitis and/or bronchial asthma of allergic etiology
The optimal approach to ARD involves the simultaneous assessment of the upper and lower respiratory tract, irrespective of whether there are symptoms at a given time in a given patient
The clinical features of patients with ARD depend (in part) on the allergen that caused the symptoms and the characteristics of the exposure
The causative allergens of ARD must play a greater role in the choice of treatment
Decisions on drug treatment in patients with ARD may be affected by the clinical severity of previous allergen exposures and not follow the phased strategy suggested by guidelines
Allergen immunotherapy is a comprehensive etiological approach that can modify ARD. Failure of drug therapy is not a prerequisite for allergen immunotherapy in ARD patients

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

ENFERMEDAD RESPIRATORIA ALÉRGICA:
más allá de la rinitis y el asma.

Bajo la denominación de enfermedad respiratoria alérgica (ERA), se incluyen los pacientes con manifestaciones clínicas de rinoconjuntivitis y/o asma bronquial de etiología alérgica.

- Un abordaje adecuado en un paciente con ERA implica una valoración de la afectación de la vía respiratoria superior e inferior, estén o no presentes clínicamente en un momento preciso en un sujeto determinado.
- Las particularidades clínicas de los pacientes con ERA dependen (en parte) del alérgeno desencadenante de los síntomas y de las características de la exposición.
- Los alérgenos causantes de la ERA deben tener mayor protagonismo en las decisiones terapéuticas en estos pacientes.
- El tratamiento farmacológico en los pacientes con ERA puede estar condicionado por la intensidad clínica de anteriores exposiciones alergénicas y no seguir la estrategia escalonada sugerida por las guías de consenso.
- La inmunoterapia con alérgenos ofrece un abordaje etiológico integral que puede modificar el pronóstico de la ERA y no debe condicionarse al fracaso del tratamiento farmacológico.

MANEJO PRÁCTICO

Diferentes fenotipos en asma y rinitis

Valoración clínica:

- del asma
- de la rinitis

Concepto de Vía única

Enfermedad respiratoria alérgica

Manejo práctico

DIAGNÓSTICO PRÁCTICO: Historia clínica

¿? Preguntas a considerar en un paciente diagnosticado de **RINITIS** para evaluar la presencia de **ASMA.**

Un porcentaje elevado de pacientes con rinitis presenta también asma bronquial. El diagnóstico y el tratamiento precoz de ambas enfermedades mejora su pronóstico.

Característicamente los síntomas de asma son variables, lo que hace necesario un interrogatorio específico y dirigido que sea capaz de descubrir síntomas de origen bronquial en pacientes diagnosticados de rinitis.

Aunque el diagnóstico definitivo de asma precisa demostrar una obstrucción bronquial reversible mediante pruebas funcionales respiratorias, la respuesta positiva a cualquiera de las siguientes preguntas alerta sobre la presencia de asma.

1. ¿Ha tenido el paciente **uno o varios episodios** recurrentes de sibilancias?
2. ¿Ha presentado problemas **de tos nocturna persistente (más de 2 semanas)** no relacionada con procesos infecciosos?
3. ¿Refiere episodios de **sibilantes, disnea o tos** después de realizar ejercicio, o con las emociones?
4. ¿Ha tenido el paciente **sibilantes, disnea, opresión torácica o tos** después de la exposición a alérgenos (polvo, animales, ambientes de humedad, salidas a parques o al campo), a irritantes (humos, contaminantes, niebla, olores fuertes), o en su entorno laboral?
5. ¿Los **cuadros catarrales** del paciente se complican con síntomas de **vías respiratorias** inferiores o persisten más de 10 días?
6. ¿Mejoran los **síntomas respiratorios** con un tratamiento antiasmático?

Recomendaciones de los Comités de Asma y Rinoconjuntivitis de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica

Avalado por seaic

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

DIAGNÓSTICO PRÁCTICO: Historia clínica

¿? Preguntas a considerar en un paciente diagnosticado de ASMA para evaluar la presencia de RINITIS.

La mayoría de pacientes con asma presentan también rinitis, a menudo acompañada de síntomas oculares (rinoconjuntivitis).

El diagnóstico y tratamiento conjuntos de asma y rinitis influyen de forma positiva en el control evolutivo de ambas entidades.

Los síntomas óculo-nasales pueden ser persistentes o intermitentes y presentarse de forma estacional o en cualquier época del año.

1. ¿Tiene síntomas o catarros nasales frecuentes que cursen sin fiebre y con: **congestión nasal y/o rinorrea acuosa y/o estornudos y/o picor**?
2. ¿Asocia síntomas oculares bilaterales: **picor, lagrimeo, enrojecimiento**?
3. ¿Los **síntomas interfieren** el sueño, las actividades profesionales/escolares, el ocio o son molestos?
4. ¿Ha **perdido** o ha **disminuido** su **sentido del olfato**?
5. ¿**Empeoran sus síntomas** en contacto con polvo, animales, en ambientes de humedad o con salidas a parques o al campo?
6. ¿**Aparecen o empeoran sus síntomas de asma** cuando presenta síntomas nasales más intensos?

Referencias:

1. GEMA 2009 (Guía Española del Manejo del Asma); Arch Bronconeumol 2009; 45 (Suple 7):1-35. www.gemasma.com. Fecha última de acceso: octubre 2011
2. GINA, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2009. Disponible en: www.ginasthma.org. Fecha última de acceso: octubre 2011
3. ARIA 2008. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). Allergy 2008; 86(63):8-160

ESP/SFC/0175/11

Recomendaciones de los Comités de Asma y Rinoconjuntivitis de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica

Avalado por seaic

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica: Facilitando la Atención Primaria

DIAGNÓSTICO PRÁCTICO: Función Pulmonar. Espirometría

Diagnóstico: Según los antecedentes, clínica y resultados espirométricos.

- 1º FEV_1 / FVC <70% → **OBSTRUCCIÓN**
- 2º FVC <80% → **RESTRICCIÓN**
- 3º FEV_1 → **Grado de Obstrucción**

1º **¿Es una curva ACEPTABLE?** (al menos 3 maniobras válidas).

2º **¿Es REPRODUCIBLE?** (al menos 2 reproducibles).

3º **Leer el Patrón Espirométrico** (1º el FEV_1 / FVC, 2º la FVC y 3ºel FEV_1)

Test Broncodilatación positivo

- **Reversibilidad ≥ 12%**

$$\frac{FEV_1post - FEV_1pre}{(FEV_1post + FEV_1pre)/2} \times 100$$

Y ADEMÁS…

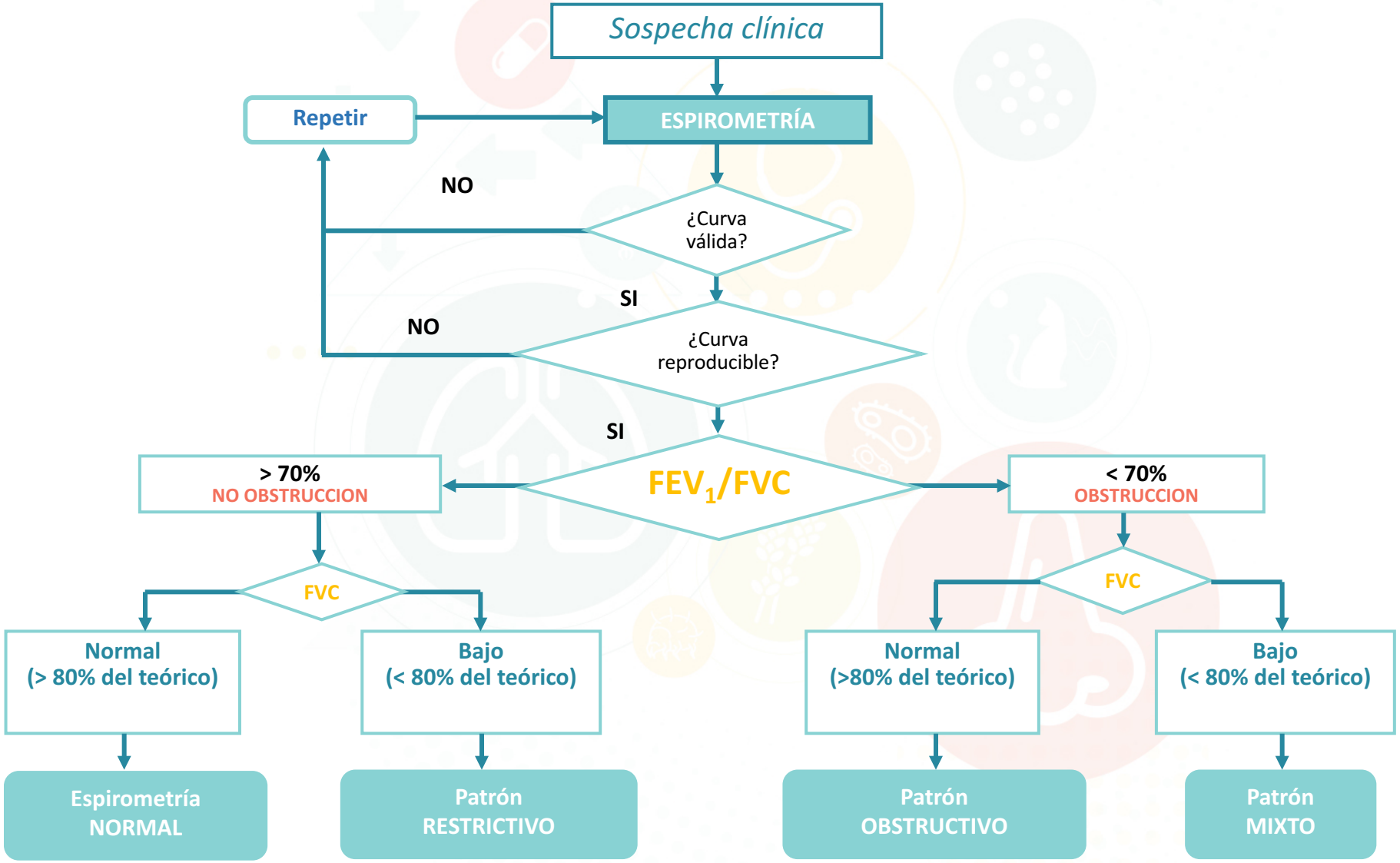
- **Incremento del FEV_1 >200 ml**

$$FEV_1post - FEV_1pre > 200\ ml$$

Fuente: Álvarez FJ, Balinchón V, Compán MV, et al. Documento de consenso sobre espirometrías en Andalucía. NEUMOSUR, SAMFyC y SEMERGEN-Andalucía; 2009.

PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica: Facilitando la Atención Primaria

DIAGNÓSTICO PRÁCTICO: Función Pulmonar. Espirometría



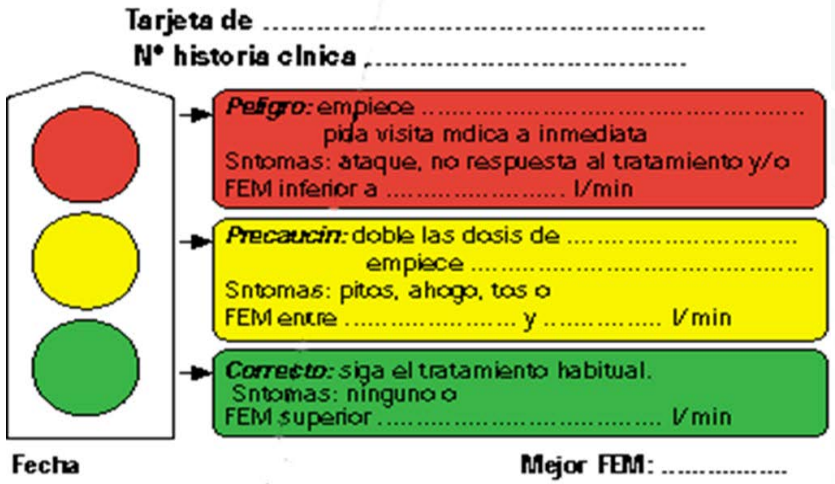
PROYECTO ERA
Enfermedad Respiratoria Alérgica:
Facilitando la Atención Primaria

DIAGNÓSTICO PRÁCTICO: PEF

Su medición es sencilla ,informa del grado de obstrucción bronquial.

Registro diario: observación de su evolución anotando síntomas y medicación utilizada.

Tres mediciones al día mañana y noche siempre antes de tomar cualquier inhalador. Si esta usando broncodilatador, puede comprobar su efecto haciendo una medida PEF antes y 10 min después de administrar tratamiento.



INDICACIONES

1) **Diagnostico de asma**
2) **Valoración gravedad y control**
3) Detección precoz de las agudizaciones **y su gravedad**
4) **Monitorización respuesta al tratamiento**
5) **Ayuda plan de autocontrol**
6) **Diagnóstico asma ocupacional**

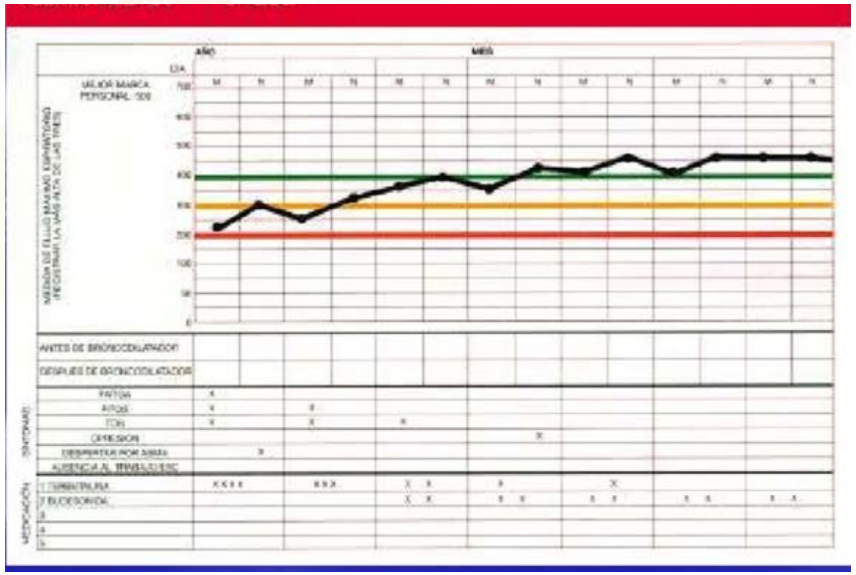


Figura 1. Registro del PEF

DIAGNÓSTICO PRÁCTICO: Estudio de alergia, cuándo y cómo

Indicado a cualquier edad, cuando la exposición a aeroalérgenos desencadena o empeora la sintomatología nasocular o bronquial.

Métodos diagnósticos:

- Prick y/o IgE específica: uso de alérgenos completos.
- IgE específica a componentes (diagnóstico molecular).
- Prueba de provocación nasal o conjuntival específicas.

Valorar la correlación entre la clínica y los resultados obtenidos

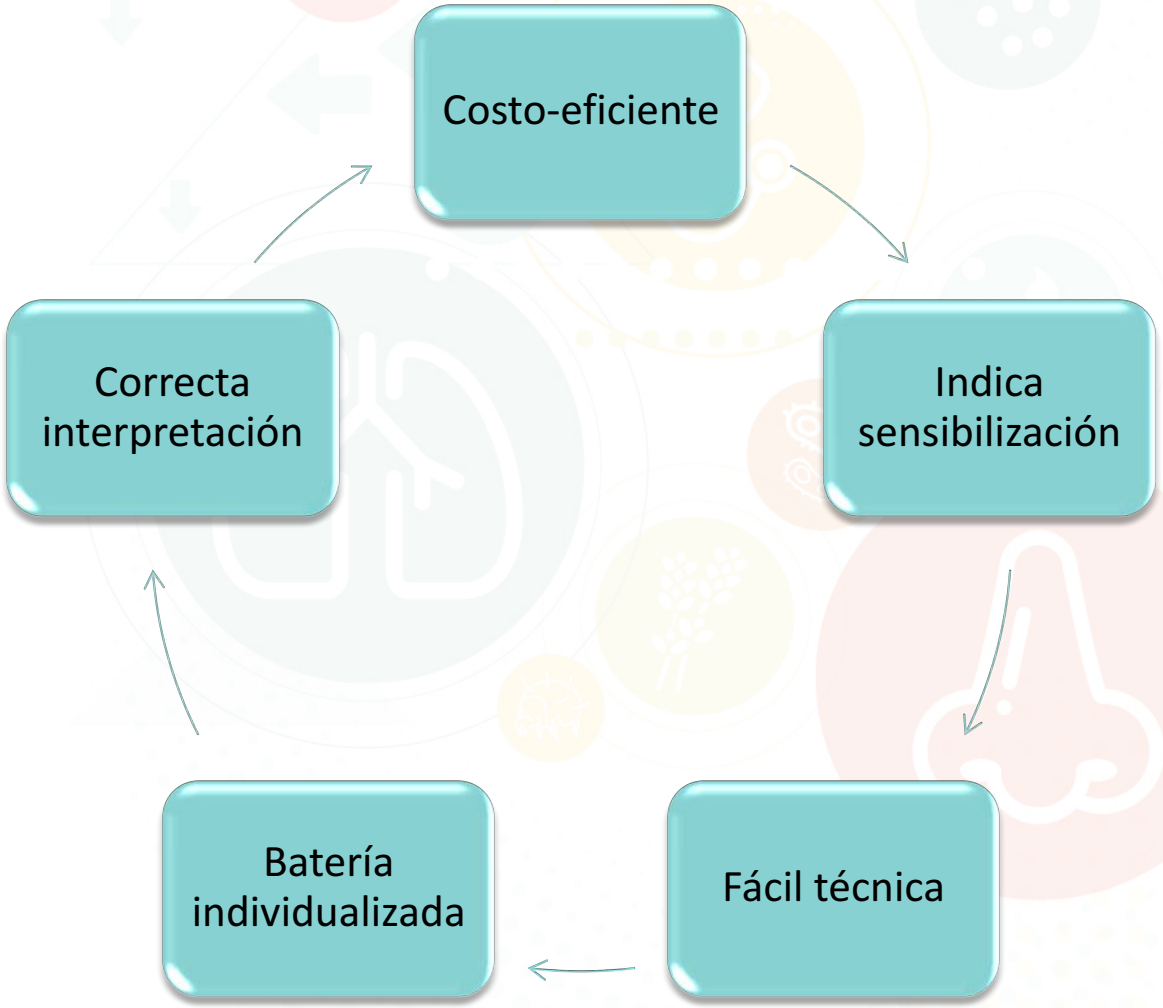
Agache I et al. In vivo diagnosis of allergic diseases-allergen provocation tests. Allergy 2015; 70:355-65.

DIAGNÓSTICO PRÁCTICO: PRUEBAS CUTÁNEAS INTRAEPIDÉRMICAS CON ALÉRGENOS INHALANTES

D pteronyssinus
D farinae
L destructor
G domesticus

Caballo
Perro
Gato

Alternaria
Cladosporium



Cupresus arizonica
Platano sombra
Gramíneas
Olivo
Parietaria
Salsola
Chenopodium
Artemisia

DIAGNÓSTICO PRÁCTICO: IgE ESPECÍFICA A ALÉRGENOS COMPLETOS

DIAGNÓSTICO PRÁCTICO: IgE ESPECÍFICA, DIAGNÓSTICO MOLECULAR

Der p 1, Der p 2
Phl p 1+5
Ole e 1
Can f 5
Alt a 1

Determinar el alérgeno predominante

MANEJO PRÁCTICO: CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Alergólogo

- La **rinitis alérgica leve** que responden bien al tratamiento puede ser tratada por atención primaria. Aunque un diagnostico etiológico precoz puede ofrecer la posibilidad de una cura.
- Cualquier **rinitis moderada-intensa** que no responda al tratamiento en un plazo máximo de 1 mes debe remitirse directamente al especialista para que éste determine de forma precisa la causa de la rinitis y los posibles factores agravantes, pueden beneficiarse con la inmunoterapia
- El alergólogo puede determinar la verdadera naturaleza alérgica de la rinitis y los alérgenos relevantes, en especial si tiene signos de afectación extranasal (asma, alergia alimentaria, eccema), mediada por IgE que están en mayor riesgo de reacciones fatales

ORL
OTROS

- Los síntomas como la rinorrea sanguinolenta purulenta, el dolor y la obstrucción nasal unilateral puede también ser signos de malignidad.
- El dolor nasal, congestión, hemorragias nasales, costras y deformidad nasal debido a un tabique perforado que puede ser uno de los primeros signos de sospecha de la granulomatosis de Wegener

MANEJO PRÁCTICO: CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Alergología:

- Relación con alérgenos, fármacos o laboral
- Si se asocia con asma
- Alteración en la calidad de vida
- Si presenta síntomas persistentes
- Escasa respuesta al tratamiento o tratamiento constante

ORL:

- Rinitis de rebote, anosmia o poliposis
- Rinitis unilateral o sanguinolenta
- Complicaciones de sinusitis , otitis…
- Corticoides orales > dos ciclos /año

Importancia de un diagnóstico etiológico precoz

Conocer el/los aeroalérgenos responsables

Posibilidad de evitación e inmunoterapia específica

Realizar tratamiento farmacológico preventivo en fechas y zonas de exposición

TRATAMIENTO PRÁCTICO: Particularidades alergológicas

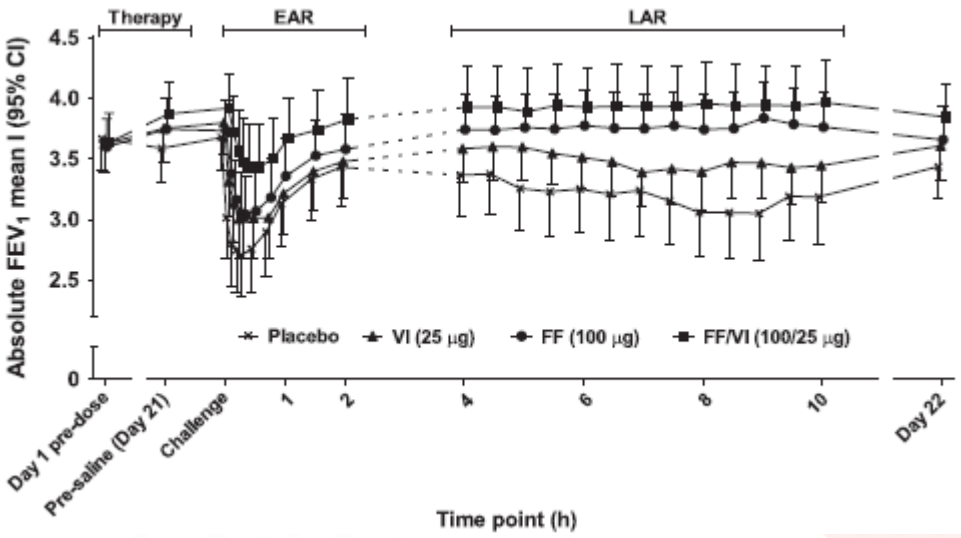
- Conocer los alérgenos más frecuentes en nuestro medio y sus particularidades
- Asma estacional. Valorar síntomas previos: intensidad máxima de síntomas
  - Tratamiento adecuado a intensidad máxima
  - No tratamiento escalonado
- Asmáticos Sensibles a Alternaria: valorar especialmente exacerbaciones.
- Reactividad cruzada: alergia respiratoria y alimentaria

TRATAMIENTO PRÁCTICO: Estudios de eficacia

Modulation of allergen-induced bronchoconstriction by fluticasone furoate and vilanterol alone or in combination

A. Oliver[1], L. Bjermer[2], D. Quinn[3], P. Saggu[4], P. Thomas[5], K. Yarnall[1,*] & J. Lötvall[6]

Allergy 2013; **68**: 1136–1142.



TRATAMIENTO PRÁCTICO: Estudios de vida real

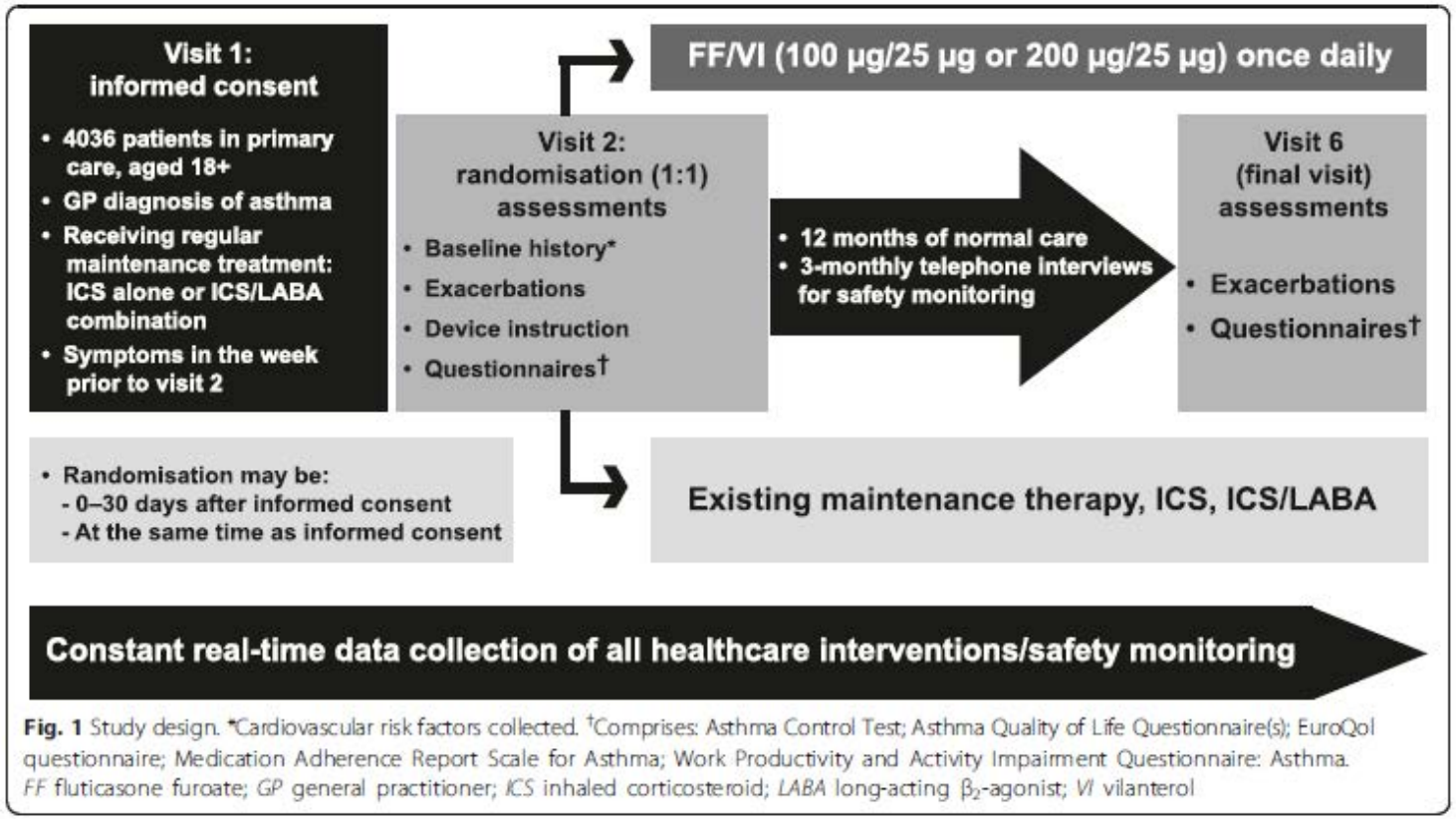


Fig. 1 Study design. *Cardiovascular risk factors collected. †Comprises: Asthma Control Test; Asthma Quality of Life Questionnaire(s); EuroQol questionnaire; Medication Adherence Report Scale for Asthma; Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire: Asthma. *FF* fluticasone furoate; *GP* general practitioner; *ICS* inhaled corticosteroid; *LABA* long-acting β_2-agonist; *VI* vilanterol

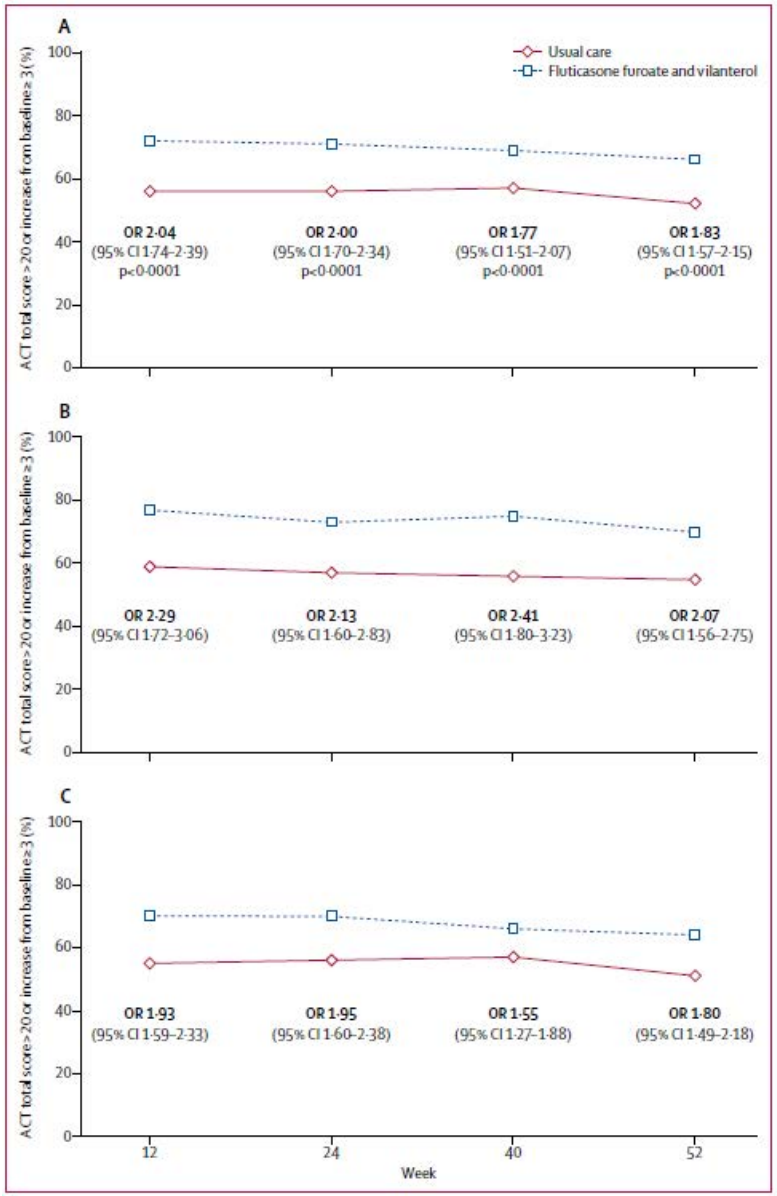
STUDY PROTOCOL — Open Access

The Salford Lung Study protocol: a pragmatic, randomised phase III real-world effectiveness trial in asthma

Ashley Woodcock[1*], Nawar Diar Bakerly[2], John P. New[2], J. Martin Gibson[2], Wei Wu[3], Jørgen Vestbo[1] and David Leather[4]

- 4233 iniciaron tratamiento
- 2114 con furoato de fluticasona y vilanterol
- 2119 atención habitual.

TRATAMIENTO PRÁCTICO: Estudios de vida real



Respuesta clínica de eficacia (ACT) : tratamiento habitual vs FF/Vilanterol

A: Todos los pacientes.

B: Pacientes en los que se consideró corticosteroides inhalados como tratamiento habitual.

C: Pacientes en los que se consideró la combinación de corticosteroides inhalados y un β-agonista de acción prolongada como tratamiento habitual.

TRATAMIENTO PRÁCTICO: Estudios de vida real

Effectiveness of fluticasone furoate plus vilanterol on asthma control in clinical practice: an open-label, parallel group, randomised controlled trial

Ashley Woodcock*, Jørgen Vestbo*, Nawar Diar Bakerly, John New, J Martin Gibson, Sheila McCorkindale, Rupert Jones, Susan Collier, James Lay-Flurrie, Lucy Frith, Loretta Jacques, Joanne L Fletcher, Catherine Harvey, Henrik Svedsater, David Leather, on behalf of the Salford Lung Study Investigators†

En pacientes con diagnóstico de asma sintomática y en tratamiento por médico de AP con un inhalador de mantenimiento, el inicio de un régimen de tratamiento de una combinación una vez al día de furoato de fluticasona y vilanterol mejoró el control del asma sin aumentar el riesgo de eventos adversos graves en comparación con la atención habitual optimizada.

Lancet. 2017 Nov 18;390(10109):2247-2255

MENSAJES PARA RECORDAR

- EL DIAGNÓSTICO DE LA ERA ES SOBRE TODO CLÍNICO
- ANTE UN DIAGNÓSTICO DE ASMA HAY QUE INVESTIGAR LA PRESENCIA DE RINITIS Y VICEVERSA
- ES RECOMENDABLE ESTUDIO ALERGOLÓGICO ANTE SOSPECHA DE ERA
- LA INMUNOTERAPIA:UN TRATAMIENTO ETIOLOGICO DE LOS PACIENTES CON ERA