

Tratamiento actual del asma

Guías y estrategias

Vicente Plaza

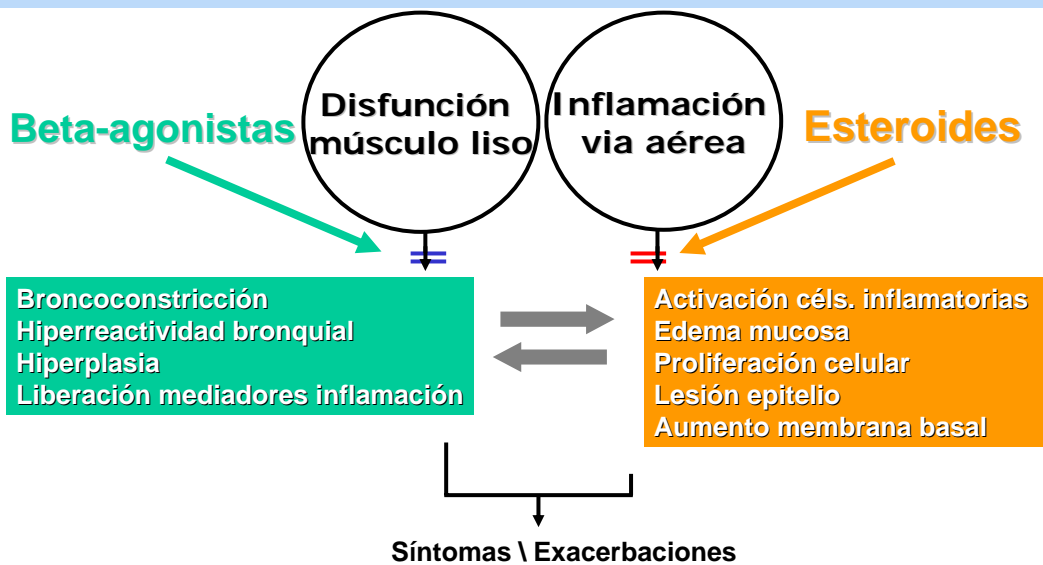
Servicio de Neumología.

Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona (España).

Noviembre 2005



esteroide + β_2 -adrenérgico




Razones

1. Eficacia clínica y funcional
2. Potenciación mutua receptores
3. Inhibición síntesis mediadores
4. Seguridad
5. Razones prácticas

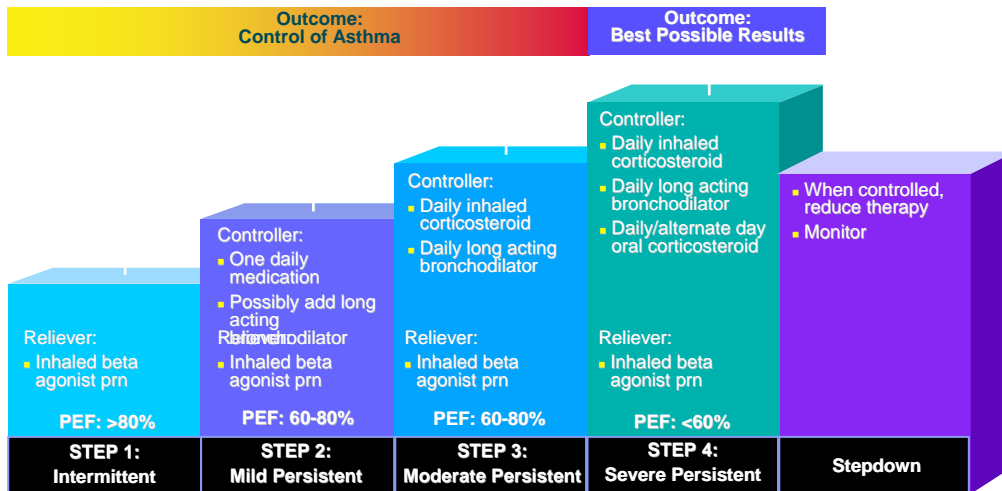
Tratamiento de mantenimiento



	AA β_2 -CD <i>inh</i>	Esteroides <i>inh</i>	AA β_2 -LD <i>inh</i>	ARLT <i>vo</i>	Esteroides <i>vo</i>
 Persistente Grave	a demanda	>1.000 $\mu\text{g}/\text{día}$	S=50-100 $\mu\text{g}/\text{día}$ F=9-36 $\mu\text{g}/\text{día}$	añadir si control insuficiente	añadir si control insuficiente ajustando a mínima dosis
Persistente Moderada	a demanda	200-1.000 $\mu\text{g}/\text{día}$	S=50-100 $\mu\text{g}/\text{día}$ F=9-36 $\mu\text{g}/\text{día}$	añadir si dosis \uparrow esteroides inh (>800 $\mu\text{g}/\text{día}$)	
Persistente Leve	a demanda	<500 $\mu\text{g}/\text{día}$		alternativa en algunos casos a esteroides inh	
Intermitente	a demanda				

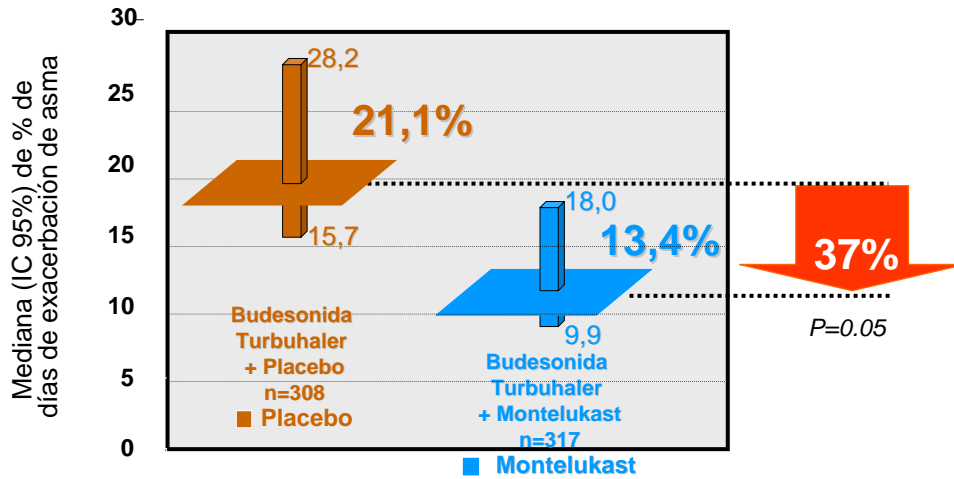
AA β_2 -CD = agonista adrenérgico- β corta duración (salbutamol ó terbutalina)
 AA β_2 -LD = agonista adrenérgico- β larga duración (S = salmeterol; F = formoterol)
 Esteroides inhalados: budesonida, beclometasona, fluticasona (a mitad de las dosis); Esteroides orales: prednisona, metilprednisolona, deflazacort
 ARLT = antagonista de los receptores de los leucotrienos (montelukast ó zafirlukast)

Stepwise Approach to Asthma Therapy



Estrategias

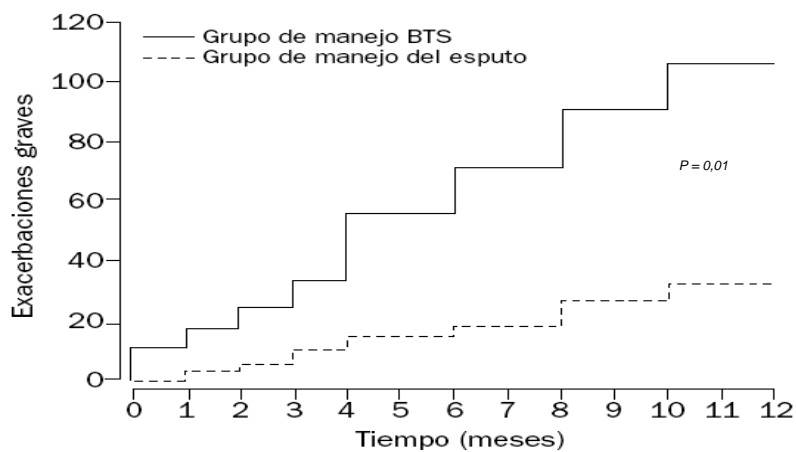
1. Tratamiento antiinflamatorio doble
2. Tratamientos según el tipo de control
3. Estrategia fija
4. Estrategia ajustable



1. Tratamiento antiinflamatorio doble

Tratamiento según control por inflamación

Green et al. Lancet 2002;360:1715-21



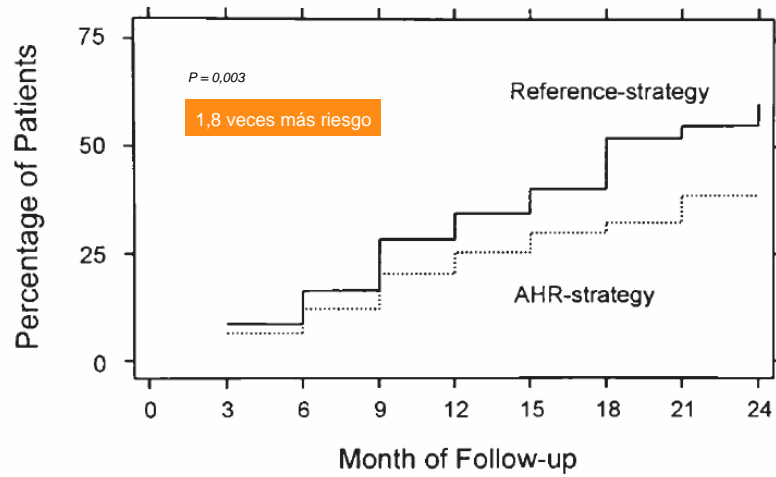
Número de exacerbaciones

Grupo BTS	0	12	19	26	35	59	75	93	109
Grupo esputo	0	1	4	7	12	17	21	30	35

2. Tratamientos según el tipo de control

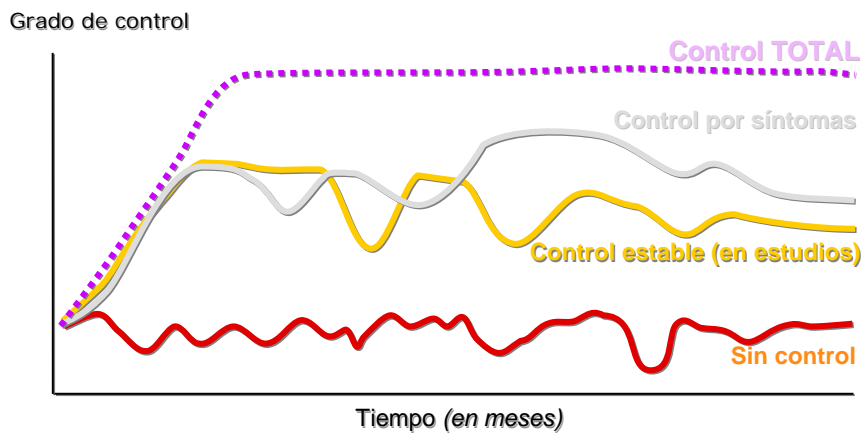
Tratamiento según control por HR Bronquial

Sont et al. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1043-51



2. Tratamientos según el tipo de control

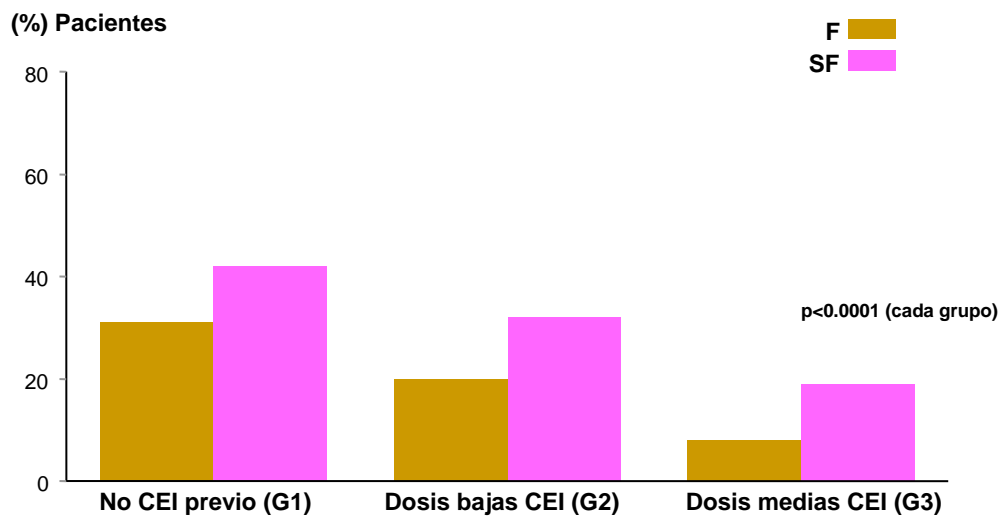
Estrategia fija fundamento



3. Estrategia fija



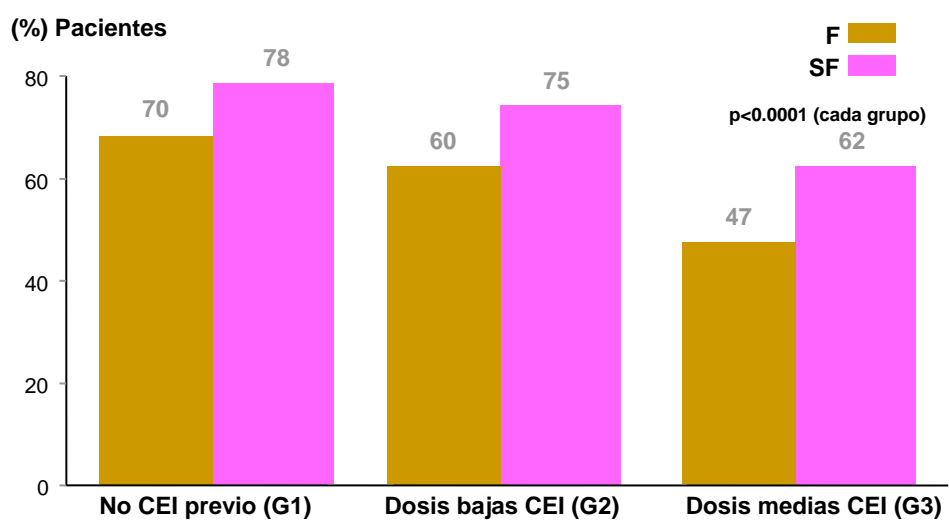
Bateman et al, Am J Respir Crit Care Med 2004; 170: 836-44



3. Estrategia fija

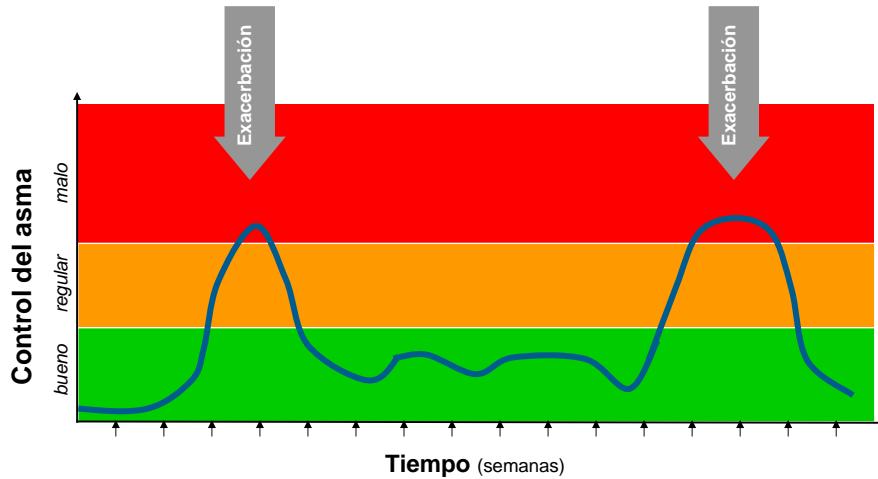


Bateman et al, Am J Respir Crit Care Med 2004; 170: 836-44



3. Estrategia fija

Estrategia ajustable fundamento

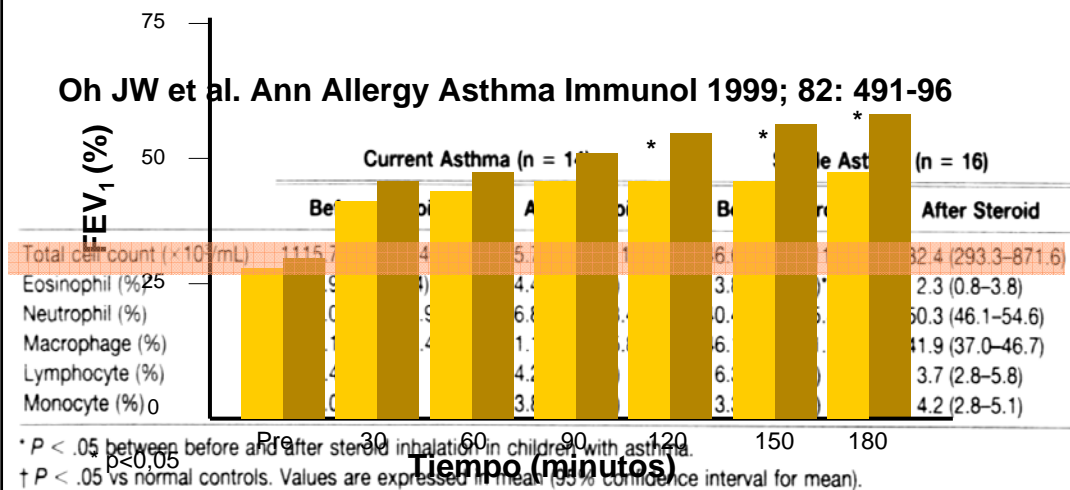


4. Estrategia ajustable

Estrategia ajustable fundamento

Rodrigo G y Rodrigo C. Am J Crit Care Med 1998;157:698-703

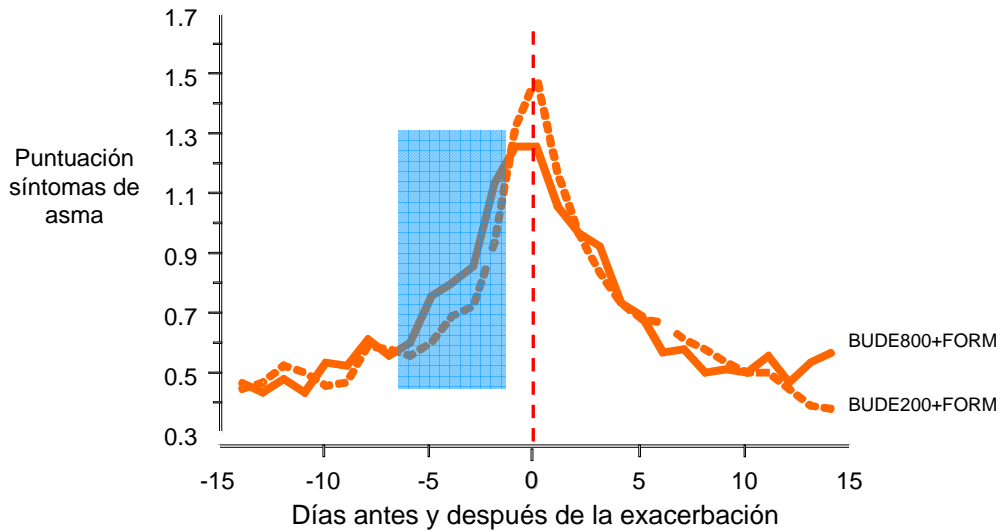
Oh JW et al. Ann Allergy Asthma Immunol 1999; 82: 491-96



4. Estrategia ajustable

Estrategia ajustable

Tattersfield et al. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160:594-9



4. Estrategia ajustable

Estudios SAM

autoregulación de la dosis

4 inhalaciones / 12 h



2 inhalaciones / 12 h



1 inhalación / 12 h

↓ **DOSIS SI** en semana previa:

- necesidad medicación rescate ≤ 2 días
- no hubo síntomas nocturnos

4 inhalaciones / 12 h
durante 14 días



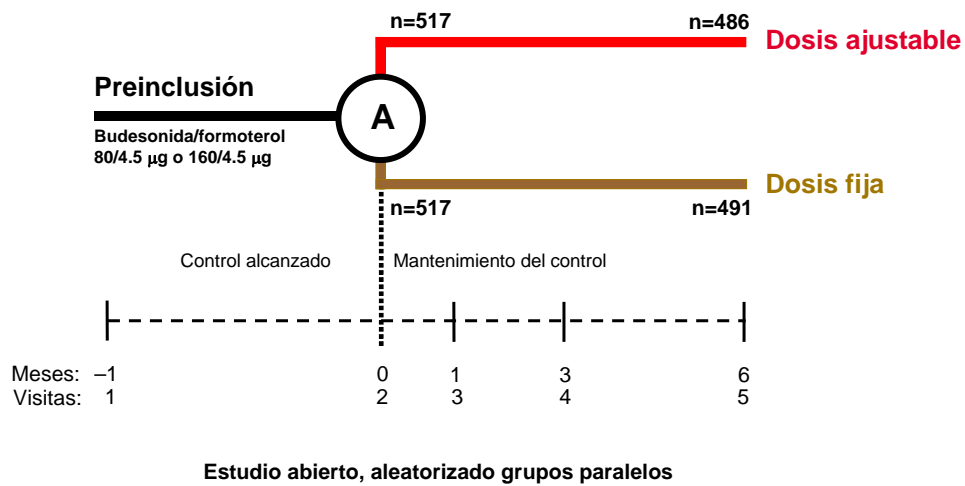
↑ **DOSIS SI** los 2 días previos:

- necesidad medicación rescate > 3 /día
- hubo síntomas nocturnos

4. Estrategia ajustable

Eficacia de la estrategia ajustable

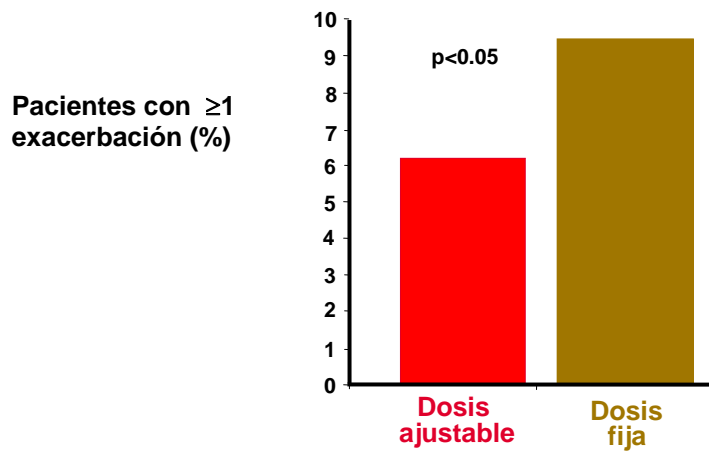
Diseño



Stallberg et al, Int J Clin Pract 2003;57:656-61

Eficacia de la estrategia ajustable

Resultados: variable principal

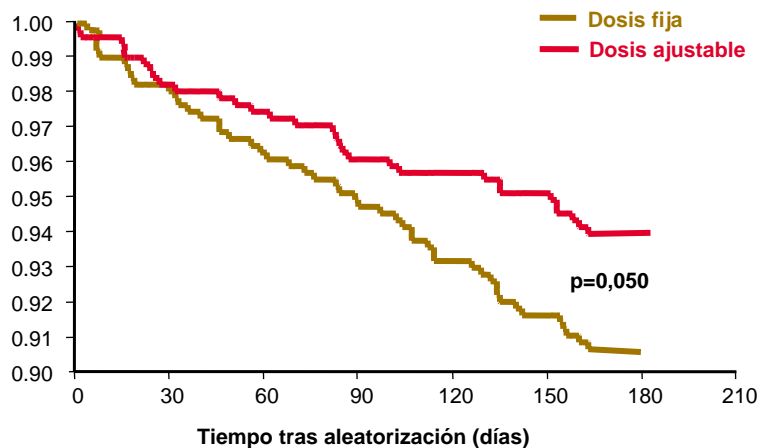


Stallberg et al, Int J Clin Pract 2003;57:656-61

Eficacia de la estrategia ajustable

Resultados: tiempo transcurrido hasta exacerbación

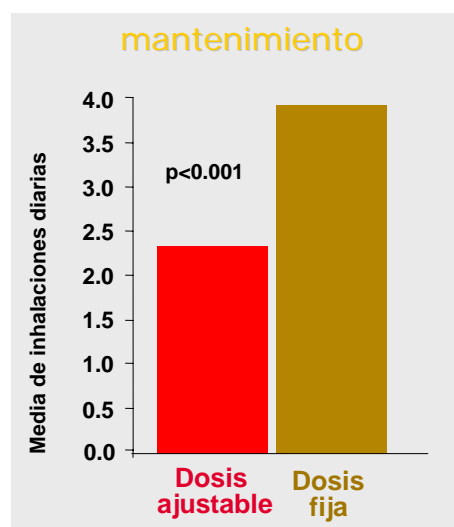
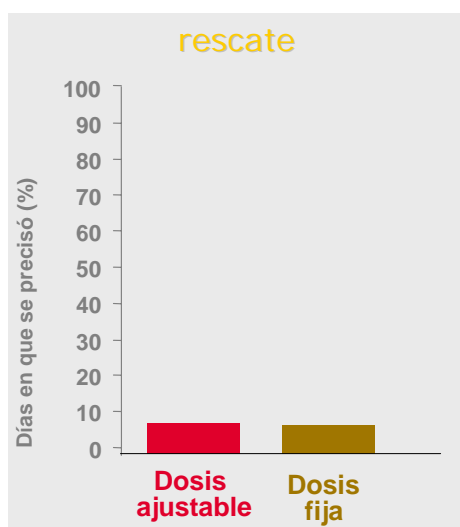
Fracción de pacientes sin exacerbaciones



Stallberg et al, Int J Clin Pract 2003;57:656-61

Eficacia de la estrategia ajustable

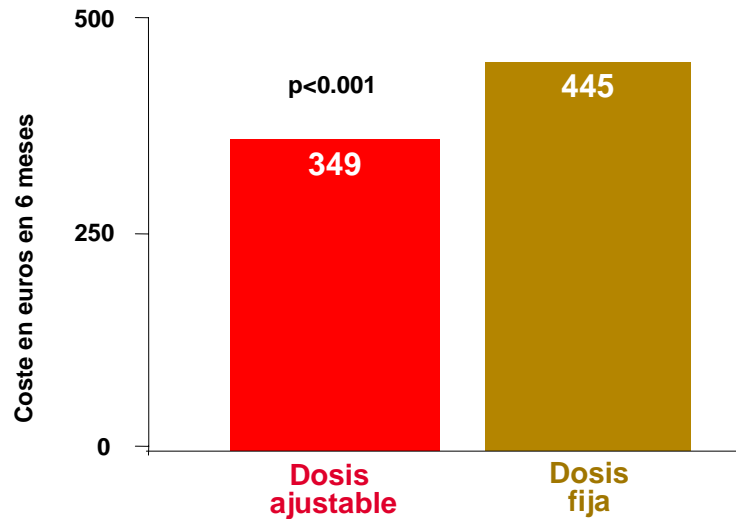
Resultados: necesidades de medicación



Stallberg et al, Int J Clin Pract 2003;57:656-61

Eficacia de la estrategia ajustable

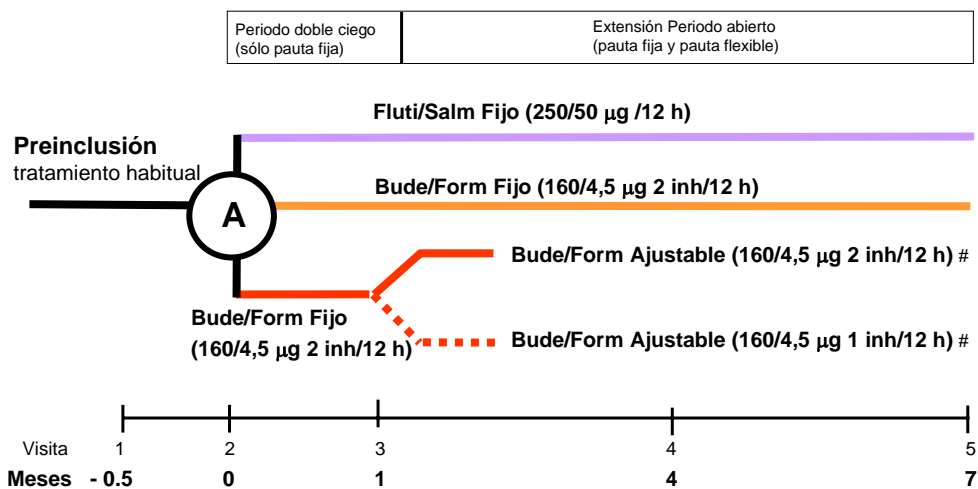
Resultados: costes



Stallberg et al, Int J Clin Pract 2003;57:656-61

Tratamiento ajustable (bude/form) vs fijo (fluti/salm)

Diseño del estudio



Aalbers R et al. Curr Med Res Opin 2004;20:225-40

Tratamiento ajustable (bude/form) vs fijo (fluti/salm)

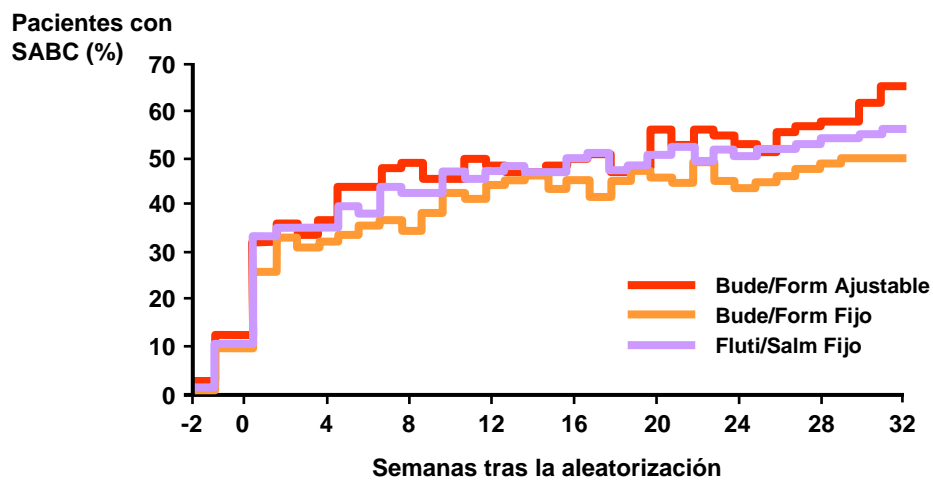
Definición semana de asma bien controlada (SABC)

- sin despertares nocturnos debido al asma
- sin exacerbaciones
- sin cambios en el tratamiento del asma por efectos 2^{os}
- y, al menos, 2 de las siguientes:
 - . síntomas de asma (puntuación >1) en ≤ 2 días
 - . ≤ 2 días de uso de medicación de alivio (máximo 4 veces/semana)
 - . PEF matutino $\geq 80\%$ del normal predicho, todos los días

Aalbers R et al. Curr Med Res Opin 2004;20:225-40

Tratamiento ajustable (bude/form) vs fijo (fluti/salm)

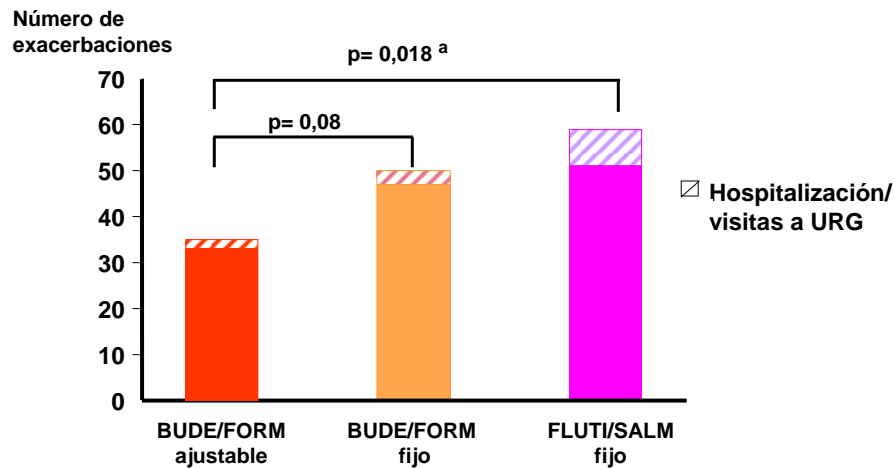
Resultados: variable principal (SABC)



Aalbers R et al. Curr Med Res Opin 2004;20:225-40

Tratamiento ajustable (bude/form) vs fijo (fluti/salm)

Resultados: n° exacerbaciones

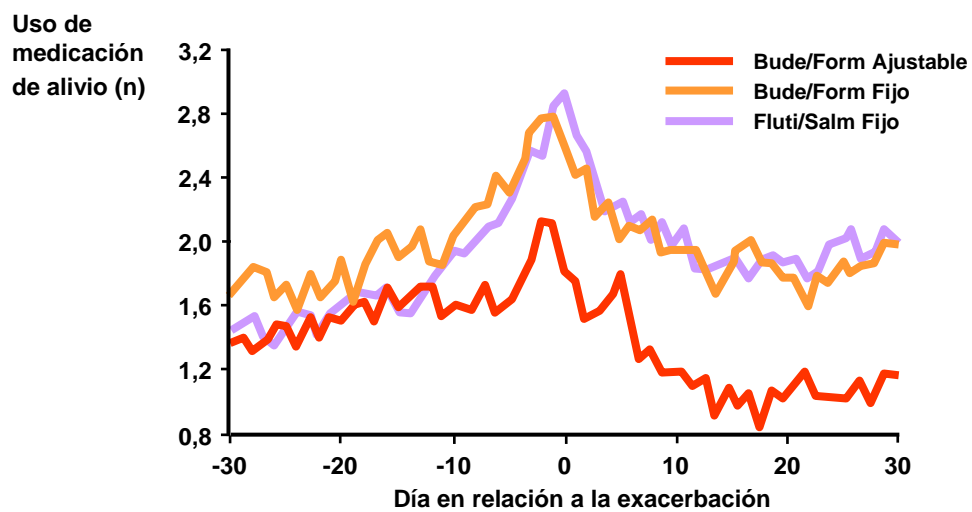


^a representa un 40% (IC 95%, 8 to 60%) menos de exacerbaciones respecto a Fluti/Salm

Aalbers R et al. Curr Med Res Opin 2004;20:225-40

Tratamiento ajustable (bude/form) vs fijo (fluti/salm)

Perfil de las exacerbaciones



Aalbers R et al. Curr Med Res Opin 2004;20:225-40

¿Se pueden comparar estos estudios entre sí?

	nº necesario pacientes tratados (NNT)
Dos antiinflamatorios vs uno (CASIOPEA)	13
Control por eosinófilos en esputo	5
Control por HRB	5
Estrategia flexible (SUND)	5
Estrategia flexible y con un solo inhalador (STAY)	5-10
Tratamiento estándar según guías (con educación)	22



tiene que alcanzarse lo más pronto posible y debe permitir realizar, tanto al adulto como al niño, todas las actividades cotidianas sin limitaciones, incluyendo las deportivas. Otros objetivos son prevenir la aparición de obstrucción crónica al flujo aéreo y reducir la mortalidad por asma. Para conseguir estos objetivos, se debe seguir una estrategia global e individualizada a largo plazo, basada en un tratamiento farmacológico óptimo ajustado con arreglo a la gravedad del asma, con el menor número de medicamentos y la menor dosis posible, junto con medidas de supervisión, de control ambiental y de educación del paciente y/o de su familia¹³⁹.