

Guía de Práctica Clínica sobre Asma

Resumen de recomendaciones



Osakidetza
Servicio vasco de salud



RESUMEN DE RECOMENDACIONES

HISTORIA NATURAL, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DEL ASMA

- C** Se recomienda la utilización del cuestionario EBS (Easy Breathing Survey) para el diagnóstico de asma en niños entre 6 meses y 18 años de edad.
- C** La respuesta positiva al EBS requiere la confirmación diagnóstica mediante exploraciones complementarias e historia clínica detallada. La respuesta negativa al EBS permite la exclusión de asma con seguridad.
- ✓ El diagnóstico de asma es fundamentalmente clínico y tiene que ser corroborado con pruebas objetivas de función pulmonar.
- C** Los antecedentes familiares de asma y atopia tienen que tenerse en cuenta en el diagnóstico de asma ante un paciente con síntomas sospechosos de asma.
- C** Ante un paciente con sospecha clínica de asma los antecedentes personales de enfermedades atópicas (dermatitis atópica, rinitis y alergia y/o sensibilización alimentaria) deben considerarse aunque su presencia aislada no asegura el diagnóstico.
- ✓ Deben realizarse estudios sobre el rendimiento de la combinación de estos rasgos de atopia con exploraciones complementarias y antecedentes familiares para aumentar su utilidad en el diagnóstico de asma, especialmente en los primeros años de vida.
- D** Es necesario trabajar en la elaboración de índices o escalas pronósticas o de riesgo validados en nuestra población que nos ayuden a identificar a aquellos pacientes con sibilancias en edades tempranas con mayor riesgo de desarrollar asma atópico.
- ✓ Hasta que se desarrollen estas escalas, recomendamos utilizar el índice de Castro-Rodriguez modificado, para intentar identificar qué pacientes tienen un mayor riesgo de desarrollar un asma atópica.
- C** La realización de la espirometría con test broncodilatador ayuda a confirmar el diagnóstico de asma en pacientes con síntomas sugestivos y aporta información sobre su gravedad. La normalidad de la espirometría en un paciente con sospecha clínica no excluye el diagnóstico y nos obliga a proseguir el estudio del paciente.
- ✓ Es importante utilizar normas estandarizadas para la realización correcta de la espirometría.

- ✓ En adultos se considera PBD positiva si el incremento en el FEV1 o FVC es $\geq 12\%$ y ≥ 200 ml en valor absoluto respecto al previo o del 9% respecto al teórico. En niños, se considera positivo un aumento del FEV1 del 12% respecto al previo o del 9% respecto al teórico.
- ✓ En caso de espirometría obstructiva con test broncodilatador negativo puede repetirse la exploración tras una prueba terapéutica con corticoides.
- C En los pacientes con sospecha clínica de asma y espirometría normal la siguiente prueba a realizar puede ser el estudio de la variabilidad del FEM.
- D La variabilidad del FEM considerada como una oscilación $\geq 20\%$ apoya el diagnóstico de asma.
- D La prueba de provocación con ejercicio puede ser considerada cuando el diagnóstico de asma no es claro en niños y adolescentes.
- D La radiografía de tórax no es una prueba de rutina en la evaluación del paciente con asma salvo en pacientes con síntomas atípicos o cuando sea necesario excluir otros diagnósticos.
- C El prick test, o en su defecto la determinación de IgE específica, debe realizarse en la evaluación del niño pequeño y escolar con sospecha de asma.
- C El resultado positivo del prick o de la IgE específica aumenta la sospecha de asma pero precisa de otras exploraciones para confirmar el diagnóstico.
- D El prick test y la determinación de IgE específica no son pruebas de rutina en la evaluación del paciente adulto con sospecha de asma.

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD

- D Es prioritario consensuar una clasificación de la gravedad del asma basada en la evidencia, debido a las repercusiones que tienen las diferentes clasificaciones actuales sobre la elección del tratamiento.
- D Hemos optado por considerar la clasificación de la GINA para valorar la gravedad inicial del asma (antes de introducir el tratamiento), ya que es la utilizada en ensayos clínicos relevantes como criterio de inclusión de los pacientes.
- D No obstante, en los niños, especialmente en los de menor edad o en los que permanecen asintomáticos entre las crisis, puede ser más útil clasificar el asma en episódica (ocasional o frecuente) o persistente, basada fundamentalmente en la frecuencia de los episodios de sibilancias.
- D Las clasificaciones de gravedad actuales tienen una utilidad muy limitada en el niño pequeño.

PREVENCIÓN DEL ASMA

- B** La lactancia materna debe aconsejarse a las mujeres por sus beneficios generales sobre la salud infantil, incluida la disminución en el desarrollo de sibilancias en el lactante. El efecto sobre el niño mayor es más controvertido.
- B** Las madres asmáticas deben recibir el mismo consejo que las mujeres en general en cuanto a la lactancia materna.
- B** Los padres fumadores deberían ser aconsejados sobre los peligros del tabaco en su salud y en la de sus niños y se debería ofrecer ayuda para el abandono del hábito tabáquico.
- ✓ Se debe recomendar abandonar el tabaco por los beneficios sobre la salud en general y porque además puede reducir la gravedad de asma. El tabaco puede reducir el efecto de los GCI.
- A** No se recomienda el uso de métodos químicos o físicos para la reducción de exposición a ácaros domésticos.
- B** Se puede recomendar paracetamol como analgésico y antipirético de elección para adultos con asma dada su relativamente baja incidencia de sensibilización.
- D** Los pacientes con asma con intolerancia conocida a AINE o que presenten cualquiera de las características clínicas de intolerancia a AINE (asma grave, poliposis nasal o rinosinusitis crónica) deberían tomar AINE sólo bajo rigurosa supervisión médica.
- D** Los pacientes con asma que usan habitualmente AINE pueden continuar tomándolos pero se les debe advertir que pueden desarrollar intolerancia en algún momento de su vida y que cualquier deterioro de la función pulmonar tras la toma de AINE debería requerir atención médica.
- ✓ Puesto que aspirina y AINE se dispensan a menudo sin receta, los profesionales sanitarios deben advertir a los pacientes con asma de la posibilidad de asma inducida por aspirina y AINE.
- A** Los AINE son seguros para su uso en niños con asma.
- A** No hay evidencias sólidas para apoyar la vacunación universal de la gripe en pacientes con asma.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ASMA

- D** Se recomienda tratar el asma leve intermitente con beta-adrenérgicos de corta duración a demanda.
- D** Los pacientes con asma intermitente pero con exacerbaciones graves o frecuentes pueden requerir tratamiento crónico con GCI.

- ✓ Son necesarios estudios que evalúen el impacto a largo plazo del tratamiento de fondo con GCI sobre el pronóstico de los pacientes con asma leve intermitente.
- A Los GCI son los fármacos preventivos de elección tanto en niños como en adultos.
- A Los GCI son el tratamiento de elección en lactantes y niños preescolares con diagnóstico médico de asma.
- A Todos los niños y adultos con asma leve persistente deben recibir GCI.
- A,B Se recomienda la introducción precoz (asma de menos de 2 años de evolución) del tratamiento con GCI en el asma leve persistente, tanto en niños como en adultos (A: adultos y niños a partir de 6 años, B: niños hasta los 6 años).
- D En el niño de cualquier edad que presenta episodios frecuentes de sibilancias (aunque no presente síntomas entre las crisis) debe valorarse la introducción de GCI.
- ✓ Es previsible que cuando se publiquen los resultados del estudio PEAK se modifique el grado o contenido de las recomendaciones de tratamiento con GCI en el niño pequeño. El estudio explorará si los niños de 2-3 años que han presentado más de tres episodios de sibilancias de duración superior a 24 horas en el último año y que tienen al menos un criterio de riesgo mayor o dos menores se benefician o no del tratamiento precoz con GCI (el estudio tiene una duración prevista de 3 años).
- A La mayor parte de los pacientes con asma leve a moderada pueden ser adecuadamente tratados con dosis bajas- moderadas de GCI.
- A Se asume equivalencia de dosis 1:1 entre budesonida y beclometasona y 1:2 con fluticasona.
- A Dosis de inicio: en adultos y niños que requieren GCI no se recomienda comenzar con dosis altas para reducirlas gradualmente. Se recomienda iniciar el tratamiento con GCI a dosis adecuada a la gravedad (habitualmente dosis bajas o moderadas).
- A Frecuencia de dosis: los adultos y niños mayores de 4-5 años con asma leve estable pueden ser tratados con un GCI en una dosis diaria. Los datos son más sólidos con budesonida. En pacientes con asma moderada hay más incertidumbre.
- ✓ Al pasar de dos administraciones diarias a una única, es necesario vigilar la respuesta para asegurarse de que el paciente sigue bien controlado.
- A En adultos y niños que requieren GCI se deben utilizar dosis bajas o moderadas. A las dosis recomendadas (dosis bajas o moderadas) los GCI son seguros, y el balance beneficio riesgo es favorable. El utilizar dosis elevadas confiere muy poco beneficio adicional, exponiendo a un riesgo innecesario de efectos adversos locales y sistémicos.

- ✓ Los médicos o enfermeras que realizan educación sanitaria a pacientes asmáticos deberían informar a los pacientes acerca del buen perfil de seguridad de los GCI y de la necesidad de utilizarlos a las dosis adecuadas y sin interrumpir el tratamiento.
- A Los GCI continúan siendo el tratamiento preventivo de elección tanto en niños como en adultos, ya que son más eficaces que las cromonas y los antileucotrienos.
- A Por su menor eficacia en comparación con los GCI, no se recomienda el uso de antileucotrienos en monoterapia de mantenimiento en niños y adultos.
- A No se recomienda el uso de cromonas en el asma, ya que tienen una eficacia muy limitada.
- A La inmunoterapia es más eficaz que placebo en mejorar los síntomas y disminuir las necesidades de medicación. No está establecida su eficacia frente a GCI y puede producir efectos adversos, por lo que no se recomienda su uso en monoterapia.
- A No se recomienda el uso de terapias alternativas, como la homeopatía, acupuntura, o las terapias manuales.
- A,B La terapia añadida de elección son los BALD (beta adrenérgicos de larga duración) (A: para adultos y B para niños).
- A,B En adultos y niños mal controlados a dosis bajas/moderadas de GCI, se recomienda añadir un BALD antes de aumentar la dosis de GCI. (A: para adultos y B para niños).
- ✓ Se podría considerar el uso de antileucotrienos en niños menores de 4 años insuficientemente controlados con GCI, ya que los BALD no tienen indicación aprobada en estos niños. No obstante, tampoco hay estudios con antileucotrienos como terapia añadida en niños pequeños.
- ✓ Se requieren estudios para establecer si los antileucotrienos proporcionan beneficio adicional como terapia añadida a GCI más BALD.
- ✓ En pacientes que no están adecuadamente controlados con dosis de 800mcg de GCI+BALD y antes de pasar a introducir un tercer fármaco o aumentar la dosis de GCI por encima de 800 mcg, valorar la introducción de formoterol-budesonida como medicación de rescate y de mantenimiento.
- A En pacientes con asma estable tratados con dosis moderadas-altas de GCI se recomienda intentar reducir la dosis hasta la dosis mínima efectiva.
- C El cese del tratamiento con GCI se asocia a empeoramiento del control del asma en bastantes pacientes.
- ✓ El tratamiento del asma es escalonado. Al igual que se sube de escalón cuando el control es insuficiente, es igualmente importante bajar de escalón para mantener un control adecuado con la mínima medicación efectiva.

- ✓ Para la reducción gradual del tratamiento se recomienda un periodo de estabilidad al menos de tres meses.
- ✓ Durante la reducción se debe valorar periódicamente (por ejemplo trimestralmente) el control de la enfermedad.
- A Para intervenir precozmente cuando los síntomas empeoran se recomienda utilizar planes de acción individualizados.
- A Doblar la dosis de GCI fuera del contexto de un plan de acción no se ha mostrado efectivo.
- ✓ Dentro de un plan de acción, se desconoce cuál es la intervención más adecuada para manejar el empeoramiento del asma (introducir corticoide oral, doblar dosis de GCI, cuadruplicar la dosis de GCI o aumentar la dosis de la combinación formoterol-budesonida), por lo que se recomienda individualizar el tratamiento en función de la medicación que esté recibiendo el paciente y de sus preferencias.
- D En la mujer asmática embarazada es más seguro el tratamiento del asma con fármacos que el padecer síntomas de asma y exacerbaciones.
- D La mujer asmática embarazada requiere un seguimiento estrecho, con visitas médicas regulares (cada 1-2 meses).
- C El asma en la mujer gestante debe tratarse con los mismos fármacos que se recomiendan para los asmáticos en general, tanto para el tratamiento de fondo como en las crisis de asma.
- D Las mujeres gestantes con asma inadecuadamente controlada deben derivarse al especialista.
- C La lactancia materna no contraindica los tratamientos habituales para el asma.
- ✓ Recordar a las mujeres asmáticas la importancia de mantener su tratamiento durante el embarazo.
- D En el adulto y el niño de 5 a 12 años, pMDI con cámara es tan eficaz como cualquier otro método de inhalación. La elección del dispositivo de inhalación se debe basar en la preferencia y habilidad de uso del paciente.
- D Para niños de 0-5 años, pMDI con cámara espaciadora es el método de elección, con mascarilla en menores de tres años.
- ✓ Los profesionales sanitarios deben enseñar a los pacientes a utilizar correctamente los inhaladores. Además, la técnica de inhalación debe ser valorada periódicamente.

CRISIS DE ASMA

- D** Se recomienda valorar la gravedad de la crisis en función de los signos clínicos, función pulmonar y saturación de oxígeno.
- C** Se recomienda el uso precoz de oxígeno cuando la saturación de oxígeno sea inferior al 92% de forma persistente, y en crisis moderadas-graves en ausencia de pulsoximetría.
- A** En la crisis de asma se recomienda el uso de beta-adrenérgicos de acción corta a altas dosis y administrados de forma precoz y repetida.
- A** Los corticoides orales se deben usar de forma precoz en las crisis de asma en niños y adultos.
- B** En adultos se recomienda 40-60 mg de prednisona durante 5-7 días para la mayor parte de las crisis.
- D** En crisis más graves pueden ser necesarios tratamientos más largos (10-14 días o hasta estabilización).
- D** En niños con crisis de asma leve a moderada las pautas cortas de CO son suficientes (ej. 3 días). Las crisis más graves requieren tratamientos más largos, como los adultos.
- B** En niños con crisis de asma la dosis recomendada es 1 mg/kg/día de prednisona o equipotente.
- A** No es necesario retirar la dosis gradualmente cuando se utilizan pautas cortas de corticoides orales.
- A** En niños y adultos con crisis moderada a grave se recomienda añadir ipratropio.
- ✓ En crisis moderadas-graves administrar el corticoide sistémico de forma precoz, junto con el beta-adrenérgico de corta duración y el oxígeno.
- ✓ Valorar la respuesta al CO a los 5-7 días en adultos y a los 3 días en niños.
- ✓ No hay evidencia concluyente para recomendar bromuro de ipratropio en las crisis más leves, ni en adultos ni en niños.

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA AL PACIENTE CON ASMA

- A** A los adultos, adolescentes y niños con asma se les debería ofrecer un programa educativo que incluya un plan de acción escrito, automonitorización y examen médico regular.
- A** En adultos, los programas de educación limitada para el asma que sólo proporcionan información, no reducen los ingresos, las visitas al médico o el uso de medicación para el asma, pero pueden ser importantes para mejorar la percepción de los síntomas por parte de los pacientes.

- A** Los planes de acción escritos individualizados pueden estar basados en la monitorización de síntomas, o bien, de FEM y síntomas.
- C** En niños, los planes de acción basados en medición de pico flujo podrían ser preferibles a los basados en síntomas.
- A** Los planes de acción individualizados deben estar basados en síntomas o en síntomas y FEM (utilizando el mejor FEM personal), usar de 2 a 4 niveles y con recomendaciones para el tratamiento de la exacerbaciones.
- ✓ Todos los pacientes con asma deberían tener un plan de acción escrito, priorizando aquellos con mal control de asma o con asma más grave o que han sufrido ingresos hospitalarios.

NIVELES DE EVIDENCIA

1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+
✓	Consenso del equipo redactor

ABREVIATURAS

AINE	Antiinflamatorio No Esteroideo	FVC	Capacidad Vital Forzada
BALD	Broncodilatador Beta-adrenergico de Larga Duración de acción	GINA	Global Initiativefor Asthma (iniciativa global para el asma)
EBS	Easy Breathing Survey	IgE	Inmunoglobulina E
FEM	Flujo Espiratorio Máximo	mcg	Microgramos
FEV 1	Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo	MDI	Inhalador con Cartucho Presurizado (pressurised metered dose inhaler)
GCI	Glucocorticoides inhalados	PBD	Prueba broncodilatadora