



GUÍA de Actuación Farmacéutica a pie de mostrador

Rinitis alérgica y asma

Avalado por:

SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

RINITIS ALÉRGICA Y ASMA

DIFERENCIACIÓN DE SÍNTOMAS

DIAGNÓSTICO Y CONTROL

MANEJO

ADHERENCIA Y SEGUIMIENTO

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

CONTROL Y PREVENCIÓN

BIBLIOGRAFÍA



GUÍA de Actuación Farmacéutica a pie de mostrador

Rinitis alérgica y asma

Coordinadora: Ana Mendoza Barbero

Farmacéutica comunitaria en Reus (Tarragona).
Miembro del Grupo de Trabajo de Respiratorio y Tabaquismo
de SEFAC

Autoras: Olga Deleito Molina

Farmacéutica comunitaria en Oviedo (Asturias).
Miembro de los Grupos de Trabajo de Indicación Farmacéutica
y Respiratorio y Tabaquismo de SEFAC

Silvana Arenas Jové

Farmacéutica comunitaria en Vilanova i la Geltrú (Barcelona).
Miembro de los Grupos de Trabajo de Enfermedades infecciosas
e Inmunología, Dolor y Respiratorio y Tabaquismo de SEFAC

Avalado por:

SEFAC

Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

RINITIS ALÉRGICA Y ASMA

DIFERENCIACIÓN DE SÍNTOMAS

DIAGNÓSTICO Y CONTROL

MANEJO

ADHERENCIA Y SEGUIMIENTO

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

CONTROL Y PREVENCIÓN

BIBLIOGRAFÍA

©

SEFAC

**Sociedad Española de Farmacia
Clínica, Familiar y Comunitaria**

P.º de las Delicias, 31 - Esc. Izda. 4.º Dcha.
28045 Madrid

©

IMC INTERNATIONAL
MARKETING &
COMMUNICATION, S.A.

Alberto Alcocer 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-7867-945-4
Depósito Legal: M-25556-2022

Ni los propietarios del copyright, ni el patrocinador pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

Esta publicación debe citarse de la siguiente forma: Mendoza A, Deleito O, Arenas S. Guía de actuación farmacéutica a pie de mostrador: rinitis alérgica y asma. Madrid: SEFAC; 2022.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

RINITIS ALÉRGICA Y ASMA

DIFERENCIACIÓN DE SÍNTOMAS

DIAGNÓSTICO Y CONTROL

MANEJO

ADHERENCIA Y SEGUIMIENTO

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

CONTROL Y PREVENCIÓN

BIBLIOGRAFÍA

Índice

• Introducción	5
– Rinitis: definición y prevalencia	5
– Asma: definición y prevalencia	6
• La rinitis alérgica y el asma	7
• La farmacia comunitaria en la diferenciación con otros síntomas menores	10
• Diagnóstico y control de la rinitis alérgica y el asma	12
– Diagnóstico y control de la rinitis alérgica	12
– Diagnóstico y control del asma	13
• Manejo desde la farmacia comunitaria. Consejos farmacéuticos en indicación farmacéutica y dispensación	15
– Tratamiento de la rinitis alérgica	15
– Tratamiento del asma	18
• Adherencia y seguimiento del asma y de la rinitis alérgica. Uso racional del medicamento	21
• Papel de la farmacia comunitaria en los pacientes no diagnosticados o con mal control. Criterios de derivación al médico	23
• Herramientas para el control y la prevención	24
– Rinitis	24
– Asma	24
Bibliografía	25

Introducción

Tanto la rinitis alérgica (RA) como el asma son dos problemas de salud pública con una alta prevalencia en España y que, además, frecuentemente coexisten en el mismo individuo. Estas enfermedades representan una enorme carga asociada con los costes personales, médicos y sociales, así como con un deterioro de la productividad laboral¹.

Según el estudio ARAPOC realizado en Aragón, el 58 % de la población general presentaba síntomas respiratorios². El ambiente que nos rodea y el aire que respiramos es un importante factor que influye sobre la salud (figura 1).

Figura 1. Posibles factores desencadenantes de provocar una reacción alérgica que podemos encontrar en el ámbito que nos rodea



Elaboración propia.

Rinitis: definición y prevalencia

La rinitis es un proceso inflamatorio de la mucosa nasal caracterizado por los siguientes síntomas: rinorrea, estornudos, taponamiento o congestión nasal y/o picor de la nariz. Los síntomas oculares como rinoconjuntivitis pueden estar asociados, pero con menor frecuencia^{3,4}.

Según su etiología, dentro de la rinitis se engloban distintos fenotipos³:

- ▶ **Infeciosa:** vírica o bacteriana.
- ▶ **No infecciosa:**
 - **Alérgica/alérgica local:** intermitente/persistente, estacional/perenne, ocupacional y leve/moderada/grave.
 - **No alérgica:** rinitis ocupacional, rinitis inducida por medicamentos, rinitis medicamentosa, rinitis gustatoria, rinitis hormonal, rinopatía reactiva (hiperactividad nasal/antigua rinitis vasomotora), rinitis seca/atrófica/ocena y rinitis idiopática³.

La RA afecta a un 22-41 % de la población europea, siendo un motivo muy frecuente de consulta tanto en Atención Primaria como en consultas de Alergología. A dicha elevada prevalencia se asocian importantes costes económicos³.

En relación a la gravedad de la RA, aproximadamente el 8 % de los pacientes en nuestro país sufre una rinitis categorizada como grave, más del 60 % presentaría una de tipo moderada persistente y en un 30 % se clasificaría como leve⁴.

Asma: definición y prevalencia

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, donde participan distintas células y mediadores de la inflamación, condicionada por factores genéticos, cursando con una hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, bien sea por el efecto de medicamentos o de forma espontánea³. Los síntomas más característicos del asma son las sibilancias, tos y apnea (falta de aire).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en el año 2019 el asma afectó a 262 millones de personas y causó 461.000 muertes⁵. El estudio ISAAC español, realizado en niños de entre 6 y 7 años y adolescentes de entre 13 y 14 años, mostró cifras de prevalencia del 10,4 y el 15,3 %, respectivamente⁶. La prevalencia del asma sigue aumentando cada año. En adultos, la prevalencia del asma se reduce al 5 % de la población.

La rinitis alérgica y el asma

La World Allergy Organization define la RA como “trastorno sintomático de la mucosa nasal como resultado de una reacción inflamatoria mediada por inmunoglobulina E tras exposición a un alérgeno”⁴. Los síntomas deben estar presentes al menos 2 días o más consecutivos con una duración mínima de 1 hora la mayoría de los días.

Los síntomas más frecuentes son rinorrea, congestión nasal, picor o prurito nasal que pueden mejorar espontáneamente o con tratamiento.

Los estudios epidemiológicos muestran consistentemente que la RA y el asma coexisten en un 80 % de los pacientes⁴. Al menos el 75 % de los pacientes asmáticos se queja de padecer rinitis y el 20-30 % de personas con rinitis padece asma⁷.

La RA es un factor de riesgo para el asma, y se puede asociar a un mal control de esta, por lo que es importante preguntar la sintomatología, la evolución y la duración de los síntomas, siendo de gran importancia manejar las comorbilidades de la RA y del asma⁸.

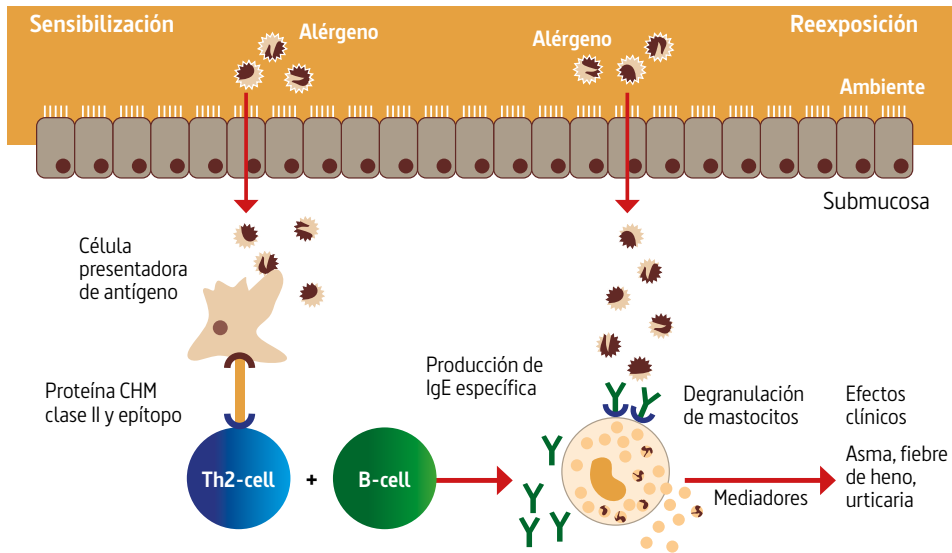
Los mecanismos de la interrelación de la rinitis y el asma no están claros, pero influye el hecho de que compartan el mismo epitelio pseudoestratificado columnar ciliado, el infiltrado inflamatorio es similar y los mismos mediadores inflamatorios⁴. No obstante, la magnitud de la inflamación puede ser diferente.

Hay muchas similitudes entre la nariz y la mucosa bronquial, siendo la principal diferencia la mayor presencia vascular de la nariz, lo cual explica la obstrucción como síntoma de la RA. En el caso de los bronquios, el músculo liso explica el broncoespasmo manifestado en el asma. Las vías respiratorias superiores e inferiores también pueden estar afectadas por un proceso inflamatorio común mediado por la IgE⁸.

Las enfermedades alérgicas se definen como reacciones patológicas del sistema inmune ante sustancias inocuas a las que se expone normalmente el ser humano. Mientras que algunas sustancias involucran fundamentalmente a las reacciones de hipersensibilidad, la mayoría de las reacciones alérgicas a sustancias inhaladas o ingeridas son reacciones de hipersensibilidad mediadas por la IgE (figura 2). De estas últimas, las

principales son el asma bronquial, la rinitis, la conjuntivitis, las reacciones alérgicas a ciertos alimentos o medicamentos, a picaduras de algunos insectos y otras reacciones a diversas sustancias⁹.

Figura 2. Mecanismo inmunológico en la enfermedad alérgica mediada por IgE



Tomada de la referencia 9.

Cuando el individuo entra en contacto con el alérgeno, se produce el proceso de sensibilización. El alérgeno es presentado a las células Th2 a través de las células presentadoras de antígenos. En ese momento, las células Th2 pueden evolucionar selectivamente hacia la activación de las células B que producen IgE específica al antígeno en cuestión. La próxima exposición del mismo individuo al mismo antígeno provoca una respuesta aguda que es desencadenada por una reacción cruzada al unirse el antígeno a los anticuerpos específicos creados en la fase inicial.

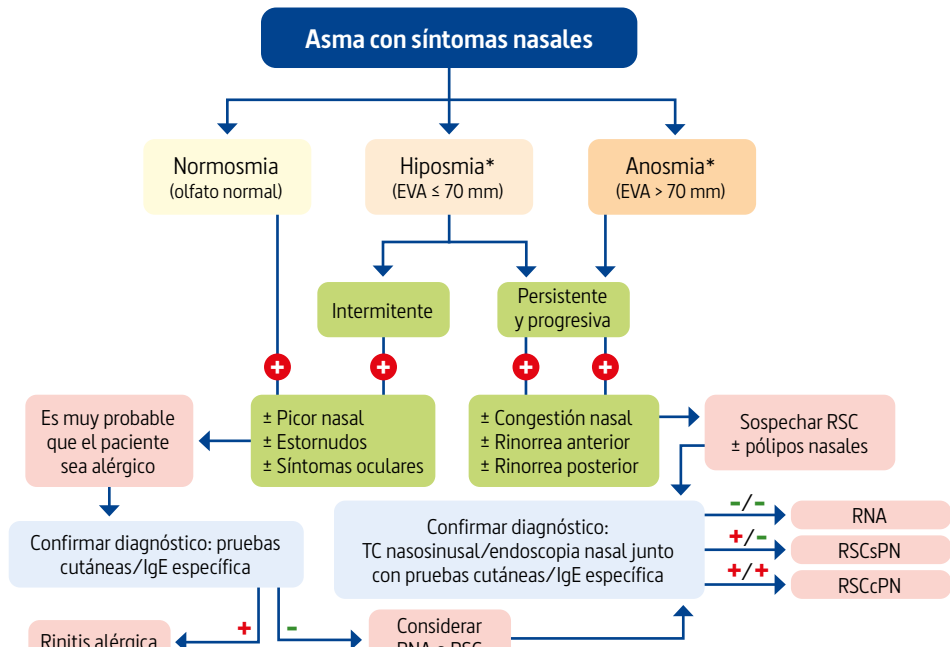
Según algunos estudios, la asociación con asma sería mayor en los casos con una RA más grave y duradera, por ello se presentan un mayor número de sensibilizadores y valores más elevados de IgE específica cuando existen diversas enfermedades alérgicas asociadas (rinitis, conjuntivitis, dermatitis)¹⁰.

En la enfermedad alérgica respiratoria destaca la propagación sistémica de la respuesta inflamatoria eosinofílica bidireccional entre la mucosa nasal y bronquial⁴.

Son muchos los factores comunes entre ambas patologías, tanto en el aspecto epidemiológico como en el fisiopatológico, lo cual ha llevado a considerarlas diferentes manifestaciones de una única entidad de la vía respiratoria. La vía respiratoria, desde la nariz hasta el bronquio, constituye una unidad anatómica y funcional. Existen abundantes pruebas científicas de que el asma y la rinitis/rinosinusitis comparten una epidemiología, una clínica y un mecanismo inflamatorio comunes e interrelacionados. Todas estas pruebas han llevado al concepto de “vía respiratoria única” (*united airway disease, UAD*)¹⁰.

Debido a las similitudes entre ambas patologías, existen algoritmos que nos permiten poder discriminar determinadas patologías secundarias; es decir, si un paciente asmático que presenta síntomas nasales tiene síntomas alérgicos característicos como el picor de nariz, estornudos, síntomas oculares, etc., cabe sospechar que el mismo paciente esté teniendo una RA¹⁰ (figura 3).

Figura 3. Algoritmo de diagnóstico para discriminar entre rinitis y rinoconjuntivitis crónica en pacientes asmáticos basado en la pérdida de olfato



* Ante una hiposmia/anosmia siempre deben descartarse primero otras causas frecuentes, tales como un traumatismo craneoencefálico (p.ej., accidente) o una viriasis (p.ej., resfriado común o gripe).

EVA: evaluación analógica visual; RNA: rinitis no alérgica; RSCcPN: rinosinusitis con pólipos nasales; RSCsPN: rinosinusitis crónica sin pólipos nasales.

Tomada de la referencia 10.

La farmacia comunitaria en la diferenciación con otros síntomas menores

Diferenciar la RA de otros procesos puede resultar difícil en algunas ocasiones. Los síntomas que sugieren RA son: rinorrea anterior acuosa, estornudos, obstrucción nasal, picor nasal y conjuntivitis. De estos, se deben dar dos o más síntomas durante más de 1 hora la mayoría de los días⁷.

Puesto que la RA y el asma pueden encontrarse de forma frecuente en el mismo paciente, sería interesante poder diferenciar los síntomas que caracterizan de forma más clara el asma, que son: sibilancias, disnea o dificultad respiratoria, tos, opresión torácica. Estos síntomas suelen ser de predominio nocturno y suelen estar provocados por el contacto con distintos desencadenantes (alérgenos, humo del tabaco, ejercicio, infecciones víricas, etc.). Además, existe relación con la estacionalidad y antecedentes de atopia.

A pesar de todo ello, ninguno de los síntomas o signos son específicos del asma, e incluso, pueden aparecer varios a la vez o, en el caso de que exista un buen control de la enfermedad, no aparecer ninguno.

Al inicio, el asma suele aparecer de forma aguda, por lo que es necesario realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades.

Por ello, en la tabla 1 podemos ver las diferencias entre las enfermedades respiratorias más comunes que vemos en la farmacia comunitaria, para así poder hacer una diferenciación entre ellas y dar la recomendación más adecuada.

Muchos pacientes con RA no saben que la padecen y, por lo tanto, no han consultado nunca al médico; algunos pacientes se automedican para paliar los síntomas. El farmacéutico comunitario debe actuar de una manera protocolizada en indicación farmacéutica y dispensación¹¹.

Es necesario ofrecer recomendaciones para incrementar la seguridad del paciente: reconocer que se trata de una RA y su gravedad; realizar seguimiento farmacoterapéutico y valorar posibles derivaciones al médico; proponer medidas preventivas; dispensar tratamiento de indicación farmacéutica; educación al paciente; derivación al médico; comprobar y educar en la técnica inhalatoria, adherencia al tratamiento¹⁻⁷. Asimismo, se podría detectar asma no diagnosticada o mal controlada.

Tabla 1. Diferenciación de síntomas entre asma, rinitis alérgica, resfriado, gripe y coronavirus

SÍNTOMAS	Asma	Rinitis alérgica	Resfriado	Gripe	Coronavirus
Conjuntivitis	Raro	Frecuente	A veces	Raro	Frecuente
Pérdida de olfato	No	A veces	A veces	Raro	A veces
Pérdida de gusto	No	Raro	Raro	Raro	A veces
Congestión nasal o goteo	No	Frecuente	Frecuente	A veces	A veces
Estornudos	No	Frecuente	Frecuente	A veces	A veces
Náuseas/ diarrea/ vómitos	No	No	No	A veces	A veces
Erupción cutánea	No	Frecuente	No	Raro	A veces
Escalofríos	No	No	No	A veces	A veces
Duración de los síntomas	Desaparecen o mejoran con el inhalador de rescate	Días/semanas	< 14 días	7-14 días	7-25 días
Tos	Sí, seca, que puede convertirse en productiva	A veces	A veces	Frecuente	Frecuente
Mucosidad	No	Abundante, transparente goteo	Amarilla-verdosa, espesa	Amarilla-verdosa, espesa	No
Sonidos pulmonares	Pitidos	Normales	Normales	Ocasionalmente pitidos u otros, suelen ser normales	Burbujeo
Picor	No	Nariz y ojos	Nariz (leve)	No	No
Fiebre	No	No	A veces, < 38,5 °C	Frecuente > 38 °C	Frecuente (puede ser muy alta)
Fatiga/ cansancio	No	A veces	A veces	Frecuente	Frecuente
Dificultad para respirar	Sí	No Frecuente asma alérgica	No	No en leves, en graves sí	No en leves Frecuente en moderados o graves
Dolor garganta	No	No	Frecuente	A veces	Frecuente
Dolor pecho	Sí, como si tuviese un peso encima	No	No	No	Sí
Dolor muscular	No	No	No	Frecuente	Frecuente
Dolor cabeza	No	Raro	Raro	Frecuente	Frecuente
Dolor abdominal	No	No	No	No	Sí
Malestar general	No	No	Ocasional	Frecuente	Ocasional

Elaboración propia. Modificada de la referencia 12.

Diagnóstico y control de la rinitis alérgica y el asma

Diagnóstico y control de la rinitis alérgica

La historia familiar de alergia, la estacionalidad de los síntomas, la coincidencia de unos y otros (oculares y nasales) y su relación con la exposición a alérgenos son datos clínicos con un alto valor predictivo en el diagnóstico de sospecha de la RA.

Criterios fenotípicos

Existen diversas clasificaciones basadas en etiología, patogenia, asociación con fármacos, etc, pero nos centraremos en la clasificación propuesta por la guía ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*)⁷:

- ▶ **Según duración:** número de días a la semana con síntomas y número de semanas consecutivas sintomáticas: si en los dos criterios es ≤ 4 , se clasifica como intermitente; si es > 4 , se clasifica como persistente.
- ▶ **Según gravedad** (impacto en la calidad de vida): leve, moderada y grave. Para incluirla en una u otra categoría se valoran cuatro ítems: alteración del sueño; afectación de las actividades cotidianas, de ocio o deportivas; afectación del rendimiento escolar o laboral; molestia de los síntomas.

Si ningún ítem está presente, se clasifica como **leve**; entre uno y tres ítems, como **moderada**; y con los cuatro ítems, como **grave**.

Otro criterio que se puede utilizar para la clasificación es según el tipo de alérgenos desencadenantes³: **estacional** (exteriores como pólenes y esporas de hongos fundamentalmente); **perenne**: interiores como los ácaros del polvo, insectos, epitelios de animales u otras esporas de hongos.

En los últimos años, y de forma similar a lo establecido en el asma, se ha propuesto evaluar el control de la rinitis mediante cuestionarios validados, como el *Rhinitis Control Assessment Test* (RCAT), o utilizando una escala visual analógica, disponible como aplicaciones para dispositivos móviles.

Criterios endotípicos

Se caracteriza por una inflamación eosinofílica mediada por anticuerpos IgE que se desencadena debido a una exposición a alérgenos ambientales. La sintomatología es secun-

daria a una reacción inmunitaria de hipersensibilidad tipo 1 frente a alérgenos mediada por IgE (figura 2). Esta reacción consta de dos etapas: de sensibilización (fase inicial, donde se generan anticuerpos IgE frente al alérgeno) y clínica (fase en la que se producen los síntomas tras exposiciones repetidas).

Pruebas para el diagnóstico de la rinitis

- ▶ *Skin Prick-test* o punción intraepidérmica con extractos alérgicos estandarizados.
- ▶ Determinación de IgE específica sérica frente a alérgenos.
- ▶ Prueba de provocación nasal específica con alérgenos.

Otras pruebas complementarias:

- ▶ Valoración objetiva de la obstrucción: rinometría acústica, rinomanometría anterior activa, medición del flujo máximo inspiratorio nasal.
- ▶ Valoración de la inflamación nasal: óxido nítrico nasal (ONn), citología nasal, biopsia.
- ▶ Valoración del olfato mediante olfatometría.

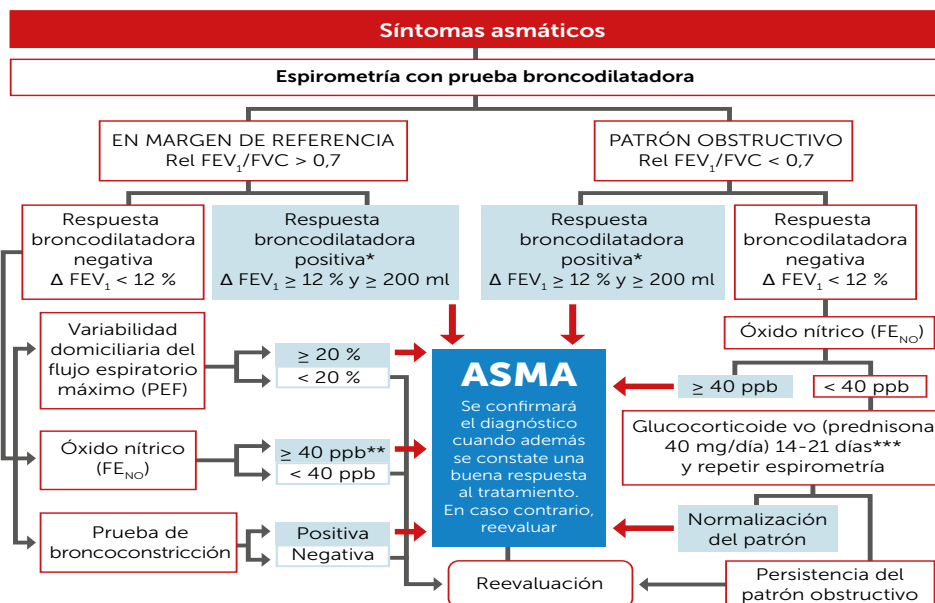
Diagnóstico y control del asma

La prueba diagnóstica por excelencia para el diagnóstico del asma es la espirometría. Aun así, en ocasiones, la exploración no resulta diagnóstica, por lo que se recomienda utilizar otras pruebas diagnósticas complementarias, como se puede observar en el algoritmo de la figura 4³.

Para evaluar el control de los pacientes asmáticos, en Atención Primaria se usa frecuentemente el *Asthma Control Test* (ACT)¹³, que es un test rápido de 5 ítems en donde sumaremos la puntuación final y, en caso de obtener una puntuación menor o igual a 19, es posible que el paciente no tenga controlada su asma, debiendo ser derivado al médico para revisión. Existe una variante del ACT para menores de 12 años³.

Cuando el farmacéutico comunitario detecta un paciente que presenta un sobreuso de agonistas beta2 adrenérgicos de acción corta (SABA) o usa el tratamiento de rescate más de dos veces al mes debe iniciar conversaciones sobre ese exceso de confianza en el uso de los SABA que dirige al paciente hacia un empeoramiento de sus síntomas y a una peor calidad de vida. Al mismo tiempo, se deberá confirmar que el paciente esté tomando su tratamiento de mantenimiento (los corticoides inhalados, CI) para el control de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida. En el caso de que detectemos que el paciente no tiene un tratamiento de base pautado o que está agudizado por el sobreuso de SABA, deberemos derivarle al MAP para la valoración del paciente. Para el sobreuso de SABA puede ayudarse de la regla del asma, herramienta diseñada por el proyecto internacional *Asthma Right Care*, liderado por el *International Primary Care Respiratory Group* (IPCRG) (figura 5)¹⁴.

Figura 4. Algoritmo diagnóstico de asma en el adulto



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

Tomada de la referencia 3.

Figura 5. La Regla del Asma

REGLA DEL ASMA

Preguntas para que el clínico se haga a sí mismo y a una persona con asma

1. Usando esta regla, ¿Cuánto agonista beta₂ de corta acción (SABA), también conocido como inhalador de rescate/salbutamol cree que es necesario que una persona tome en un año, ¿semana día para pensar que es necesaria una revisión? ¿Por qué?

	Incremento de uso SABA - dosis estándar: 2 puffs cada vez											
Número de envases SABA/año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Dosis de SABA/año	200	400	600	800	1000	1200	1400	1600	1800	2000	2200	2400
Dosis de SABA/semana	4	8	12	15	19	23	27	31	35	39	42	46
Dosis de SABA/día	<1	1	2	2	3	>3	4	>4	5	6	>6	7
Síntomas												

Sugerencia: Trate de hacer esta pregunta a una persona con asma después de formular la siguiente pregunta ACT™:

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha utilizado su inhalador de rescate o medicación nebulizada?

3 o más veces por día	1 o 2 veces por día	2 o 3 veces por semana	≤ 1 vez por semana	Nunca
-----------------------	---------------------	------------------------	--------------------	-------

(www.nhp.org/provider/asthma/Survey_ACT_adult_EN.pdf)

Tomada de la referencia 14.



Como ya hemos comentado a lo largo de la guía, las medidas preventivas son una parte importante en el control de las patologías y no debemos olvidarnos de ellas.

Manejo desde la farmacia comunitaria. Consejos farmacéuticos en indicación farmacéutica y dispensación

Tratamiento de la rinitis alérgica

Tratamiento farmacológico de la rinitis alérgica³

Tabla 2. Grupos terapéuticos y principios activos utilizados en el tratamiento de la rinitis alérgica

Tipo	Principios activos
Antihistamínicos H ₁ de segunda generación (vía oral)	Bilastina, cetirizina , desloratadina, ebastina , fexofenadina , levocetirizina, loratadina , mizolastina y rupatadina
Antihistamínicos H ₁ tópicos intranasales (vía tópica)	Azelastina, emedastina, epinastina, levocabastina y olopatadina
Glucocorticoide intranasal (GCIN) (vía tópica)	Budesonida, ciclesonida, fluticasona , mometasona y triamcinolona
Combinación de antihistamínicos y corticoides (vía tópica)	Propionato de fluticasona y azelastina Furoato de mometasona y olopatadina
Antileucotrienos (vía oral)	Montelukast
Descongestionantes (vía oral e intranasales)	Efedrina, fenilefrina , nefazolina, oximetazolina , xilometazolina , tramazolina , nafazolina
Descongestionantes oculares (vía oftálmica)	Fenilefrina , nafazolina , tetrizolina
Glucocorticoides (vía oral y parenteral)	Prednisona, metilprednisolona, dexametasona, deflazacort
Cromonas intranasales (vía nasal)	Cromoglicato y nedocromil
Anticolinérgicos intranasales (vía nasal)	Bromuro de ipratropio
Combinación de antihistamínicos y descongestivos (vía oral)	Ebastina/pseudoefedrina , cetirizina/pseudoefedrina , loratadina/pseudoefedrina

Se indican en negrita aquellos principios activos con presentación sin necesidad de prescripción médica.

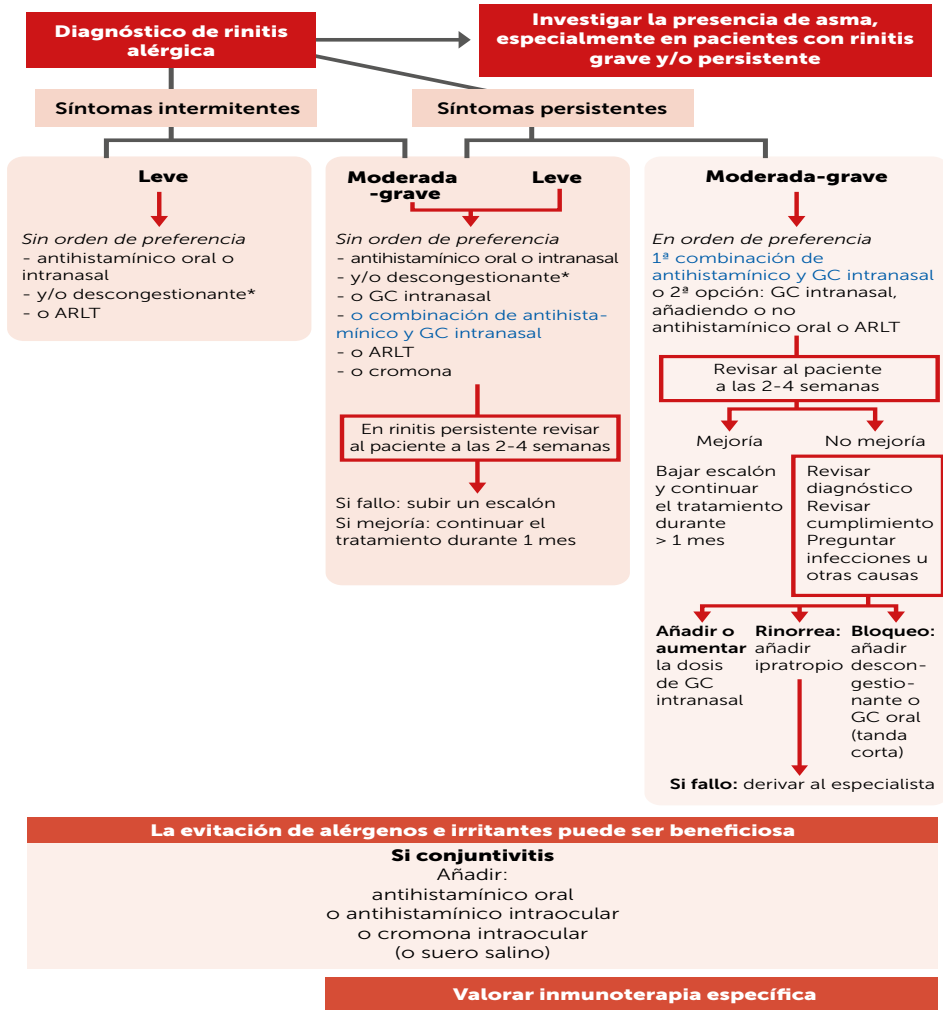
Elaboración propia a partir de la referencia 3.

Inmunoterapia con alérgenos: eficaz y coste-efectiva en el tratamiento de la RA causada por pólenes y ácaros, tanto en adultos como en niños. Puede alterar el curso natural de la enfermedad alérgica respiratoria, disminuyendo la frecuencia de aparición de asma y previniendo nuevas sensibilizaciones, y es eficaz para tratar conjuntamente los síntomas del asma y la rinitis.

Síntomas de la RA y efectividad relativa de diferentes medicamentos:

Se debe tener en cuenta en la indicación farmacéutica que los vasoconstrictores tópicos estimulan los receptores alfa-adrenérgicos, produciendo vasoconstricción y, por tanto, disminuyendo la hinchazón de la mucosa. Con el uso repetido o prolongado se produce una congestión de rebote que conduce al paciente a aumentar la dosis y frecuencia del uso del vasoconstrictor. Por eso, durante la dispensación, es importante recordarle al paciente que no se recomienda su uso durante más de 3-5 días¹⁵.

Figura 6. Algoritmo de tratamiento de la rinitis alérgica



ARLT: antagonista de los receptores de los leucotrienos; GC: glucocorticoides.

* En periodos de tiempo cortos, habitualmente menos de 5 días.

Tomada de la referencia 3.

Tabla 3. Síntomas de la rinitis alérgica y efectividad relativa de diferentes grupos farmacológicos

	Estornudos	Rinorrea	Congestión nasal	Picor nasal	Síntomas oculares
Antihistamínicos H₁					
Oral	++	++	+	+++	++
Intranasal	++	++	+	++	0
Colirios	0	0	0	0	+++
Corticosteroides					
Intranasales	+++	+++	++	++	++
Cromonas					
Intranasales	+	+	+	+	0
Colirios	0	0	0	0	+
Descongestionantes					
Intranasales	0	0	++++	0	0
Oral	0	0	+	0	0
Anticolinérgicos	0			0	0
Antileucotrienos	0			0	++
Esteroides intranasales y antihistamínicos H₁ intranasales	+++	+++	+++	+++	+++

Tomada de la referencia 1.

Tratamiento no farmacológico de la rinitis alérgica

- ▶ Educación al paciente¹⁶:
 - Evitar exposición al agente causante, en la medida de lo posible.
 - Es importante mantener una alimentación equilibrada, ingiriendo abundantes líquidos, que previenen la sequedad de las mucosas de las vías respiratorias.
 - Moderar la ingesta de alcohol, que produce mayor sequedad de mucosas.
 - Extremar las condiciones higiénicas de la vivienda y seguir normas ambientales con el fin de evitar el contacto con el agente causal: humo, moquetas, polvo, peluches, etc.
 - Evitar el consumo de tabaco y también la exposición a su humo, ya que son factores de riesgo en el desarrollo de rinitis. También a otros contaminantes, como el humo de los coches.
 - Es recomendable no permanecer en lugares cerrados o mal ventilados y evitar los cambios bruscos de temperatura, evitando la exposición directa a calefacciones o aires acondicionados.

- Mantener una humedad adecuada del ambiente, excepto si es alérgico a hongos.
 - Intentar evitar el contacto con *sprays*, perfumes, olores fuertes, etc. u otros factores desencadenantes. Si no, usar mascarilla.
 - Puede resultar de gran ayuda realizar lavados frecuentes con agua de mar o con soluciones salinas fisiológicas.
 - Se aconseja realizar vahos de manera periódica.
 - Utilizar pomadas de vaselina o pomadas intranasales hidratantes para suavizar la mucosa nasal y aislarla de alérgenos.
- ▶ Evitar o minimizar el contacto con alérgenos:
- **Ácaros:** evitar objetos susceptibles de acumular polvo (alfombras, moquetas, cuadros...), sistema de limpieza húmedo o con filtros, fundas antiácaros para colchón y almohada.
 - **Animales:** evitar mascotas en el domicilio y, si no es posible, intentar reducir zonas de convivencia.
 - **Pólenes:** evitar ejercicio al aire libre en época de polinización y mantener ventanas cerradas.

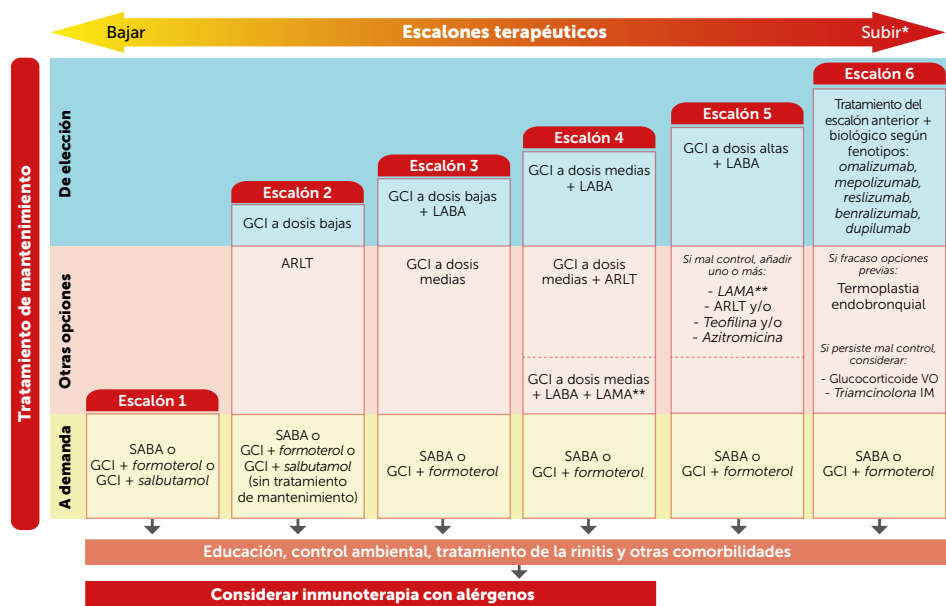
Tratamiento del asma

Tratamiento farmacológico del asma

El tratamiento del asma depende de la gravedad de la patología en cada momento. Normalmente se pautará un tratamiento base, que será el que controle la enfermedad, y se suele añadir un tratamiento “de rescate” para los momentos de agudización. Si la enfermedad está bien controlada, no deberá ser necesario el uso del inhalador de rescate, mientras que, en el caso de usarse, las nuevas guías no recomiendan más de dos usos al mes, y en estos casos se deberá revisar la medicación de tratamiento que use el paciente porque no está funcionando (o la técnica, la adherencia...).

Ante un paciente con prescripción de un inhalador, es importante realizar una intervención, ya que tendremos que asegurar y afianzar varios aspectos: lo primero es seguir el procedimiento del servicio de dispensación¹¹ (saber si el paciente sabe para qué patología le han mandado el tratamiento, si sabe en qué consiste dicha patología, etc.). Otro punto importante es revisar con el paciente la técnica inhalatoria y que entienda cuál es el problema sanitario que está padeciendo para un mejor control de su enfermedad, ya que sigue las recomendaciones tanto higiénico-dietéticas y consigue una mejor adherencia al tratamiento farmacológico.

Figura 7. Escalones terapéuticos del tratamiento de mantenimiento del asma en el adulto



* Tras confirmar la correcta adhesión terapéutica y empleo de inhalador/es; ** LAMA: tiotropio o glicopirronio.

ARLT: antagonista de los receptores de los leucotrienos; GCI: glucocorticoide inhalado; LABA: agonista beta2 adrenérgico de acción prolongada; SABA: agonista beta2 adrenérgico de acción corta.

Tomada de la referencia 3.

Al realizar la dispensación, se debe confirmar el correcto uso de los inhaladores, que se sigan las pautas prescritas por el médico, revisar la técnica inhalatoria... realizando una intervención en aquellos casos en los cuales el paciente refiere no usar su tratamiento de mantenimiento, alegando diversas causas (desconocimiento, motivo económico, no notan mejoría cuando lo usan...).

Tratamiento no farmacológico del asma

El principal tratamiento no farmacológico que puede realizar un paciente asmático es llevar a cabo un buen control de su patología, evitar los agentes desencadenantes de las crisis asmáticas y tener precauciones con determinadas sustancias, como el ácido acetilsalicílico (AAS) y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE), betabloqueantes (carvedilol, atenolol, nebivolol, propranolol...) u otras sustancias, como cocaína, dipiridamol, heroína, hidrocortisona, nitrofurantoína, propafenona, protamina, vimblastina, entre otros.

Dentro de todas las actuaciones que podríamos enumerar en relación al tratamiento no farmacológico del asma bronquial caben destacar¹⁷.

- ▶ Evitar el tabaco u otros irritantes o desencadenantes.
- ▶ Tomar medidas de control ambiental, como pueden ser evitar sitios con mucha contaminación, irritantes, lugares húmedos o con aire muy frío; evitar alérgenos con una buena higiene de la ropa de cama, evitando alfombras, peluches o cualquier lugar donde puedan permanecer; controlar, en la medida de lo posible, los factores ocupacionales.
- ▶ Evitar fármacos, como los betabloqueantes, el AAS o los AINE.
- ▶ Tener especial precaución en infecciones, especialmente las virales.
- ▶ Controlar el reflujo gastroesofágico.
- ▶ Controlar el ejercicio prolongado o intenso.
- ▶ Pueden ayudar la fisioterapia y la rehabilitación.
- ▶ En caso necesario, acudir a un soporte psicológico.
- ▶ Mantener una alimentación equilibrada.

Adherencia y seguimiento del asma y de la rinitis alérgica. Uso racional del medicamento

La OMS define la adherencia “como el grado en el que la conducta del paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por el profesional sanitario”¹⁸.

Inicialmente se hablaba de cumplimiento, ya que hacía referencia al modelo paternalista del médico y a su deseo de que el paciente cumpliera con sus órdenes respecto al tratamiento médico. Esto hacía que el paciente tuviese un papel pasivo, en el que él no era partícipe de la decisión. El concepto de adherencia terapéutica de la OMS hace que el paciente tome un papel activo y que de forma voluntaria se adhiera a las recomendaciones dadas por el médico, en función de sus propias creencias y percepciones de su enfermedad y tratamiento.

La falta de adherencia es un problema importante, ya que está directamente relacionada con la efectividad de los tratamientos. Por ello es muy importante actuar desde la farmacia comunitaria para mejorar esta adherencia.

Técnicas para mejorar la adherencia:

- ▶ **Conductuales:** recordatorios o ayudas de memoria, el uso de alarmas que recuerden la hora de la toma, Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) o Tratamiento con Observación Directa (TOD).
- ▶ **Educativas:** técnicas didácticas para que el paciente conozca más su enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia y así tenga una actitud más positiva frente a la medicación.
- ▶ **Apoyo social y familiar:** buen soporte social e implicación de la familia en la enfermedad y la medicación¹⁸.

En la RA, al ser una enfermedad crónica, se debe hacer especial hincapié en que el seguimiento del tratamiento lo realice correctamente, así como en la aplicación de medidas higiénico-dietéticas.

Tanto en la primera dispensación como en futuras, debería comprobarse que el paciente tiene claro cómo se usan los diferentes dispositivos intranasales y/o inhalados y revisar o comprobar que realiza correctamente su aplicación.

El 50 % de los pacientes asmáticos no están diagnosticados¹⁹. De los que sí lo están, entre el 60-70 % no están bien controlados^{20,21}.

Cuando el paciente ya es diagnosticado de asma se implanta un tratamiento que le ayude a controlar la sintomatología, pero, además, se buscará evitar que se produzcan exacerbaciones, para lo cual es muy importante tener una buena adherencia al tratamiento obteniendo un buen control del asma.

Diversos estudios^{20,22} muestran que los propios pacientes se consideran bien controlados a pesar de referenciar múltiple sintomatología con una alta frecuencia, por ello, se hace evidente que el paciente debe ser educado en cuanto a su patología. En el momento en el que el paciente está bien controlado, este dejará de padecer ningún síntoma, a no ser que sufra alguna exacerbación puntual.

Para poder comprobar la adherencia en la farmacia comunitaria podemos usar, entre otros, el test de Morisky-Green, pero en el caso de los inhaladores tenemos otros test que también son muy rápidos y eficaces. El más usado es el Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI), del cual podemos encontrar una versión con 10 ítems, que nos permite identificar pacientes poco adherentes, y con la versión de 12 ítems nos orienta sobre el patrón de incumplimiento. Se encuentra disponible en <https://www.taitest.com>.

Todo paciente diagnosticado de asma debe tener un plan de acción en asma personalizado, en donde el médico indicará al paciente por escrito los pasos a seguir, qué medicación tomar (con la pauta completa) en caso que se encuentre bien, si nota que su asma empeora o en caso de urgencia médica. Cuando acudan a la farmacia comunitaria, este es otro punto que debemos trabajar con el paciente, para que sepa detectar algún agravamiento de su patología y cómo debe actuar en cada caso.

El seguimiento del paciente con enfermedad respiratoria que debemos realizar desde la farmacia comunitaria incluye confirmar que el paciente usa sus inhaladores de tratamiento según su prescripción, y, en caso que tenga pautado algún inhalador de rescate, no abuse de ellos. Para ello debemos realizar una correcta dispensación.

Otro punto importante, y en el cual debemos formarnos todos los profesionales sanitarios, es en la revisión de la técnica inhalatoria, ya que se sabe que los pacientes van acumulando errores con el uso de la misma, por lo que dicha técnica debe ser revisada con el paciente. Por ello, tenemos que revisar la técnica en cada dispensación, para evitar fallos con los dispositivos.

Papel de la farmacia comunitaria en los pacientes no diagnosticados o con mal control. Criterios de derivación al médico

El farmacéutico comunitario es un profesional sanitario clave para la detección de los pacientes con patologías respiratorias que realizan un mal uso de su tratamiento de rescate, pudiendo detectar pacientes en monoterapia con SABA, e incluso revisar si el paciente está tomando su tratamiento de mantenimiento según prescripción médica. Cuando se detecta un problema en la adherencia a los tratamientos se dan las pautas oportunas para solventar dicha falta de adherencia, y cuando el paciente presenta un mal control de la patología se derivará a su MAP.

De igual modo, se debe estar alerta cuando un paciente demanda de manera abusiva cierto tipo de medicamentos, incluidos los tratamientos que no precisan prescripción, ya que puede producirse un agravamiento del síntoma que refieran, como ocurre en el caso del abuso de los vasoconstrictores, produciendo el efecto rebote, o incluso, enmascarando algún problema de salud, como puede ser el caso de un antitusígeno, y que el paciente padezca asma sin saberlo.

Se debe recomendar a los pacientes con asma no diagnosticada o con asma no controlada que consulten a su médico para una evaluación adecuada. Esto es particularmente importante en los niños.

Preguntas clave ⁷	Situaciones de derivación médica ^{7, 15}
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es tu síntoma más importante? • ¿Has sido diagnosticado de rinitis alérgica, asma? • ¿Durante cuánto tiempo has tenido estos síntomas? • ¿Tienes los síntomas siempre o van y vienen? • ¿Crees que hay alguna cosa que los provoca? • ¿Notas que te falta el aire o sibilancias? • ¿Te duele el oído o la cara? Otitis o sinusitis... • ¿Tienes algún síntoma en los ojos? • ¿Hay alguna persona en tu familia con alguna alergia? • ¿Has tomado alguna medicación para estos síntomas? • ¿Tomas alguna otra medicación? ¿Tienes alguna otra enfermedad? 	<ul style="list-style-type: none"> • Niños < 12 años. • Embarazadas y mujeres lactantes. • Síntomas como: obstrucción unilateral, anosmia, congestión nasal sin rinorrea, secreción mucosa amarilla o verde, rinorrea posterior, epistaxis recurrentes. • Rinitis grave persistente. • Síntomas de asma no diagnosticada. • Síntomas de asma no controlada. • Dolor de oído. • No respuesta al tratamiento. • Efectos adversos del tratamiento.

Herramientas para el control y la prevención

Rinitis

- ▶ *App*: Polen REA. Centro Coordinador Nacional de la Red Española de Aero-biología. App para Android (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.innovatech.rea&hl=es>) o para iOS (<https://apps.apple.com/es/app/polen-rea/id1111710676>). Esta *app* muestra cada semana una actualización con toda la información polínica por regiones, tanto actual como la previsión para días posteriores. Además, también nos muestra mapas con las regiones, con colores que indican el nivel de concentración de polen en el ambiente.
- ▶ Información para pacientes. SEFAC. Disponible en: <https://www.sefac.org/documentos/para-pacientes>.
- ▶ Información para pacientes. SEMFYC. Disponible en: <https://www.semfyc.es/pacientes>.
- ▶ Mapa de alerta de los niveles de polen en España. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Disponible en: <https://www.polenes.com/home>.
- ▶ Test sobre rinitis alérgica: ¿cuánto sabes? American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (AAAAI). Disponible en: <https://www.aaaai.org/global/spanish-materials/conditions-treatments/allergies/rhinitis/allergic-rhinitis-quiz>.

Asma

- ▶ *Apps*: Vik Asma, para ayudar en el manejo del asma; GEMA inhaladores, para el uso de los inhaladores; QuitNow, para ayudar en la cesación tabáquica.
- ▶ Plataforma Sefac Expert®: están disponibles documentos de ayuda y vídeos de todas las técnicas de inhalación en función del dispositivo.
- ▶ Test: TAI y ACT.

La mejor herramienta es el conocimiento, tanto de los propios profesionales sanitarios como de los pacientes, ya que, como hemos podido comprobar en un estudio español sobre los conocimientos que tienen los farmacéuticos comunitarios respecto al asma, tan solo el 30 % contestaron correctamente sobre el control del asma y un 48 % sobre el tratamiento²³.

Bibliografía

1. Bosnic-Anticevich S, Costa E, Menditto E, Lourenço O, Novellino E, Bialek S, et al. ARIA pharmacy 2018 “Allergic rhinitis care pathways for community pharmacy”. *Allergy*. 2019;74(7):1219-36.
2. Bruscas Aljarde MJ, Naberan Toña K, Lambán Sánchez MT, Bello Dronda S. Estudio ARAPOC: prevalencia de síntomas respiratorios y enfermedad obstructiva crónica en población general. *Aten Primaria*. 2015;47(6):336-43.
3. Guía Española para el Manejo del Asma. GEMA 5.2. [Acceso 20 de mayo de 2022]. Disponible en: www.gemasma.com.
4. Flor X, Álvarez S (coords.). Guía Asma Grap. Grupo de Respiratorio en Atención Primaria. 2020. [Acceso 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.sociedadgrap.com/BIBLIOTECA>.
5. World Health Organization. Asthma. [Acceso 30 de agosto de 2022] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.
6. Bercedo Sanz A, Martínez-Torres A, González Díaz C, López-Silvarrey Varela A, Pellegrini Belinchón FJ, Aguinaga-Ontoso I, et al. Prevalencia y evolución temporal de síntomas de asma en España. Estudio Global Asthma Network (GAN). *An Pediatr*. 2022 (en prensa).
7. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N (eds.). ARIA in the pharmacy: management of allergic rhinitis symptoms in the pharmacy. *Allergy* 2004;59(4):373-87.
8. Martín AJ, Martínez E, Romero E, García MD. Rinitis. Guía clínica Fisterra. Madrid: Elsevier España SLU; 2022. [Acceso 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://fisterra.com/guias-clinicas/rinitis>.
9. Vennera MA, Picado C. Patologías mediadas por la inmunoglobulina E: de la inmunoglobulina E al omalizumab. *Inmunología*. 2012;31(4):119-26. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-inmunologia-322-articulo-patologias-mediadas-por-inmunoglobulina-e-S0213962612000868>.
10. Castillo Vizuete JA, Sastre J, Cuvillo Bernal A, Picado C, Martínez Moragón E, Ignacio García JM, et al. Asthma, rhinitis and nasal polyp multimorbidities. *Arch Bronconeumol (Engl Ed)*. 2019;55(3):146-55.
11. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019.
12. Plaza Zamora J, Estrada Riobobos G, Gómez Martínez JC, Baixauli Fernández VJ, Molinero Crespo A, Satué de Velasco E, et al. Síntomas menores y COVID-19. Protocolo de actuación en farmacia comunitaria. Madrid: Ed. Sefac; 2020.
13. Rodríguez-Marino J, Caballero García M, Llanos Tejada F. Adherence to treatment and level of control among asthma patients at a Lima hospital. *Horiz Med*. 2021;21(2):e1341.
14. Williams S. Asthma Right Care. *General Practice Nursing (GPN)*, 2021; 7(2):12-15. [Acceso 30 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.ipcr.org/sites/ipcr.org/files/content/attachments/2021-06-30/General%20Practice%20Nursing%20-%20Asthma%20Right%20Care%20article%20-%20Spanish.pdf>.
15. Faus Dáder MJ, Gómez Martínez J, Martínez Martínez F, Amador Fernández N, Amariles Muñóz P, Baixauli Fernández V, et al. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de derivación al Médico en Síntomas Menores. 1.ª ed. Granada: Editorial Técnica Avicam; 2018.
16. Ficha de recomendaciones para el paciente con rinitis. SEFAC. Actualizada en septiembre de 2021. Disponible en: https://www.sefac.org/system/files/2022-09/SEF_Ficha%20IndicaPro_Rinitis_2021_SMC.pdf.
17. Ficha de recomendaciones para el paciente asmático. SEFAC. Actualizada en abril de 2020. Disponible en: https://www.sefac.org/system/files/2020-04/SEF_FichaAsma_abril2020_v.pdf.

18. Murillo Fernández L, García Zaragoza E, Gil Gilbau M, Prats Mas R, Salas Ibáñez L, Vergoñós Tomàs A. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento. Madrid: Ed. Sefac; 2021.
19. Kavanagh J, Jackson DJ, Kent BD. Over- and under-diagnosis in asthma. *Breathe (Sheff)*. 2019 Mar;15(1):e20-e27. [Acceso 30 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481983>.
20. Calvo E, Trigueros JA, López A, Sánchez G. Control del asma en pacientes que acuden a consulta de atención primaria en España (estudio ACTIS). *Aten Primaria*. 2017;49(10):586-92.
21. Olaquibel JM, Quirce S, Juliá B, Fernández C, Fortuna AM, Molina J, et al. Measurement of asthma control according to Global Initiative for Asthma guidelines: a comparison with the Asthma Control Questionnaire. *Respir Res*. 2012;13(1):50.
22. Maspero JF, Jardim JR, Aranda A, Tassinari P, Gonzalez-Diaz S, Sansores R, Moreno-Cantu JJ, Fish J. Perspectivas, actitudes y percepciones sobre el asma y su tratamiento: hallazgos de una encuesta multinacional de pacientes de América Latina. *World Allergy Organ J*. 2013; 6(1):1.
23. Deleito O, Moranta F, Plaza FJ. Conocimiento del farmacéutico comunitario sobre el asma y el control del paciente asmático. *Farmacéuticos comunitarios*. 2022;14(2):1-10.

Patrocinado por:



GRUPO
MENARINI

www.menarini.es

ESIB121036 SEP'22

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

RINITIS ALÉRGICA Y ASMA

DIFERENCIACIÓN DE SÍNTOMAS

DIAGNÓSTICO Y CONTROL

MANEJO

ADHERENCIA Y SEGUIMIENTO

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

CONTROL Y PREVENCIÓN

BIBLIOGRAFÍA