

# Tarjeta de Seguridad del Corticoide inhalado para pacientes EPOC del “IPCRG COPD Right Care”

Los corticoides inhalados son una medicación necesaria para los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Se le ha entregado esta información porque su dosis o la dosis que se le ha recomendado está clasificada como **dosis alta de corticoides**. Los corticoides inhalados actúan disminuyendo la inflamación de las vías aéreas. Generalmente son seguros y no producen efectos secundarios graves si se usan a dosis bajas o medias.

La EPOC incluye distintas patologías respiratorias. Existen 3 fenotipos de pacientes EPOC que tienen síntomas y tratamientos similares. Todo paciente EPOC tiene un grado de disnea (dificultad respiratoria o falta de aire) que puede variar cada día o empeorar cuando hay una exacerbación o agudización de la enfermedad. Mientras algunos pacientes producen más secreciones que otros, la tos se presenta como un problema generalizado. Además, la disnea suele estar presente de alguna manera en la mayoría de los pacientes con EPOC.

Estos son los 3 fenotipos de pacientes EPOC con síntomas y tratamientos similares:

1. **Asma crónico:** Pacientes que han vivido con asma gran parte de su vida y a medida que se van haciendo mayores la mejoría de la obstrucción no es completa con los inhaladores habituales por lo que **necesitarán tomar corticoides inhalados diariamente**. Una pequeña parte de los pacientes asmáticos, en algún momento de su vida, necesitarán una **alta dosis** de corticoides.
2. **Bronquitis crónica:** Son pacientes con una importante inflamación de las vías aéreas que se traduce en producción de moco y tos.
3. **Enfisema:** Pacientes con vías aéreas frágiles y permanentemente dañadas, lo que les dificulta la respiración.

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Actualmente estoy tomando:

1.  inhalaciones  veces al día

2.  inhalaciones  veces al día

Si pMDI: ¿utiliza cámara espaciadora?  Si  No

Tengo riesgo de sufrir una insuficiencia suprarrenal secundaria cuando esté enfermo que podría requerir el uso de corticoesteroides.

Médico:

Nº de contacto:

Debe ser completado por un médico.  
 Por favor despegue la tarjeta.

Algunos pacientes con EPOC son más propensos a presentar exacerbaciones frecuentes o agudización de sus síntomas. Alrededor de una cuarta parte de los pacientes con EPOC presentan reagudizaciones frecuentes ( 2 ó más por año ) o empeoran necesitando hospitalización. **Estos pacientes pueden beneficiarse al tomar corticoides inhalados diariamente.**

En el caso de bronquitis crónica y enfisema, la mayoría de pacientes **no se benefician de los corticoides inhalados diariamente** y hay algunos riesgos asociados al tomarlos.

Los corticoides inhalados pueden causar efectos secundarios locales como dolor de garganta, afonía o micosis oral (aparición de manchas blancas en la boca y la lengua). El riesgo de estos efectos secundarios puede reducirse utilizando una cámara espaciadora con su inhalador pMDI y enjugándose la boca con agua ( escupiéndola después) tras cada uso del inhalador. El uso prolongado de corticoides inhalados puede dar lugar a que la piel sea más fina y aparezcan hematomas, sobre todo en pacientes mayores. Raramente, nuestro propio cuerpo puede reducir temporalmente la producción de corticoides cuando estamos estresados o durante una enfermedad grave, infección o cirugía.

**Es importante que NO deje de utilizar sus medicamentos con corticoides inhalados de forma repentina si ha estado tomando este medicamento durante más de 3 semanas.**

Si enferma por cualquier motivo, asegúrese de comunicar al personal médico que le atiende que está tomando dosis altas de corticoides inhalados, ya que es posible que necesite corticoides adicionales. Lo ideal es llevar en todo momento la tarjeta de seguridad adjunta a esta hoja informativa y enseñársela a su equipo médico. En la siguiente tarjeta de seguridad se registran los corticoides inhalados y nasales que toma actualmente.

Si presenta alguno de los siguientes síntomas: fatiga, debilidad muscular, pérdida de apetito, pérdida de peso, mareos, náuseas sin causa aparente, vómitos y diarrea, acuda a su médico ya que pueden estar relacionados con el corticoide inhalado que está tomando. No deje de tomarlo de forma brusca. Si nunca ha tenido varicela, debe evitar el contacto directo con personas que tengan varicela o herpes zoster. Si entra en contacto con alguien con estas condiciones consulte a su médico urgentemente.

---

Created and designed by IPCRG [www.ipcrg.org](http://www.ipcrg.org). COPD Right Care is an IPCRG initiative.  
Boehringer Ingelheim has supported the development of this tool. <https://www.ipcrg.org/copdrighthouse>

# Corticoides inhalados en pacientes EPOC:

## Guía de prescripción de corticoides para sanitarios

1. Los corticoides inhalados (CI) se consideran generalmente seguros cuando se usan en dosis bajas. Pero cuando se usan dosis altas durante largos periodos de tiempo existe un riesgo de efectos secundarios sistémicos. Todas las guías clínicas insisten en la importancia de prescribir la menor dosis efectiva en nuestros pacientes.
2. Los efectos secundarios sistémicos de los corticoides son bien conocidos. Altas dosis de corticoides inhalados se asocian con la clínica de supresión adrenal (*Arch Intern Med.* 1999; 159:941-955), alto riesgo de neumonía grave en pacientes con EPOC (*Arch Intern Med.* 2009;169:219-29), aumento del riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (*Am J Med.* 2010;123:1001-6), y puede aumentar el riesgo de fracturas (*Thorax* 2011;66:699-708). Se recomienda encarecidamente que todos los pacientes con dosis altas de CI >1000 microgramos de equivalencia BDP al día, deben conocer los potenciales riesgos de una supresión adrenal y se les debe dar la tarjeta de seguridad de corticoides.
3. Los pacientes que además de CI usen corticoides nasales deben ser instruidos del potencial total de corticoides diarios. Aquellos pacientes con dosis inhaladas entre 800-1000 microgramos de equivalencia BDP al día deben tener la tarjeta de seguridad, especialmente si se toman corticoides adicionales.
4. Estudios clínicos de terapia combinada en EPOC demuestran que tanto **la budesonida 400 mcg, una inhalación dos veces al día** (*Eur Respir J* 2003; 22:912-919, *Eur Respir J* 2003; 21: 74-81) con una equivalencia BDP de 800 microgramos diarios y **fluticasona propionato 500 mcg, 1 inhalación dos veces al día** (*N Engl J Med* 2007; 356:775-789, *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:19-26) con una equivalencia BDP de 2000 microgramos diarios, son igualmente efectivos reduciendo la frecuencia de las exacerbaciones y mejorando la calidad de vida en aquellos pacientes que tengan 2 o más exacerbaciones al año. La dosis y el tipo de CI podría tener efecto en el riesgo de efectos secundarios a largo plazo. La elección del mismo debe ser consensuada con el paciente.
5. A dosis equipotentes no hay diferencia en la seguridad de diferentes corticoides. Por ejemplo, la budesonida es casi equipotente a la BDP. En cambio la fluticasona, mometasona e inhaladores de partículas ultrafinas BDP HFA son casi el doble de potentes que los inhaladores BDP estándar.
6. **Antes de aumentar la dosis del corticoide inhalado:**
  1. Comprobar la técnica inhalatoria. Una técnica inhalatoria pobre, especialmente con inhaladores pMDI es muy común y suele inducir a error. Mejorar el transporte de los CI a los pulmones puede ser más efectivo que aumentar la dosis. Por lo tanto es obligatorio comprobar la técnica inhalatoria y corregir los posibles errores. Se debe utilizar pMDI con cámara espaciadora, el uso de las mismas puede doblar la cantidad de medicamento que llega al pulmón. (*Br J Clin Pharmacol.* 1998;46:45-8, *Clin Pharmacokinet.* 2004;43:349-60). Es importante recetar la cámara que sea compatible con el inhalador del paciente.
  2. Cuando manejemos pacientes con patrón mixto EPOC-asma, debemos tener en cuenta que para la mayoría de los pacientes, un aumento de la dosis de corticoides por encima de 800 microgramos al día, no mejorará el control del asma.

## ¿Cuándo se debe dar una tarjeta de seguridad de corticoides inhalados?

Corticoide inhalado	Nombre del inhalador	Dosis por inhalación	Beclometasona Dipropionato (BDP) equivalencia <800mcg
Dipropionato de Beclometasona/Formoterol	Foster	100/6	
Budesonida/Formoterol	Symbicort 100	100/6	
Budesonida/Formoterol	Symbicort 200	200/6	
Fluticasona/Salmeterol	Seretide 50	50/25	
Fluticasona/Salmeterol	Seretide100 Accuhaler	100/50	
Corticoide inhalado	Nombre inhalador	Dosis por inhalación	BDP Equivalencia 800–1000mcg
Dipropionato de Beclometasona /Formoterol	Foster	100/6	
Budesonida/Formoterol	Symbicort 200	200/6	
Budesonida/Formoterol	Symbicort 400	400/12	
Fluticasona/Salmeterol	Seretide125	125/25	
Fluticasona/Salmeterol	Seretide250 Accuhaler	250/50	
Corticoide inhalado	Nombre del inhalador	Dosis por inhalación	BDP Equivalencia >1000mcg
Budesonida/Formoterol	Symbicort 200	200/6	
Budesonida/Formoterol	Symbicort 400	400/12	
Fluticasona/Salmeterol	Seretide 250	250/25	
Fluticasona/Salmeterol	Seretide500 Accuhaler	500/50	