ASTHMA RIGHT CARE

AN IPCRG INITIATIVE

Asma de difícil control Desktop Helper No2 (Biologicos)

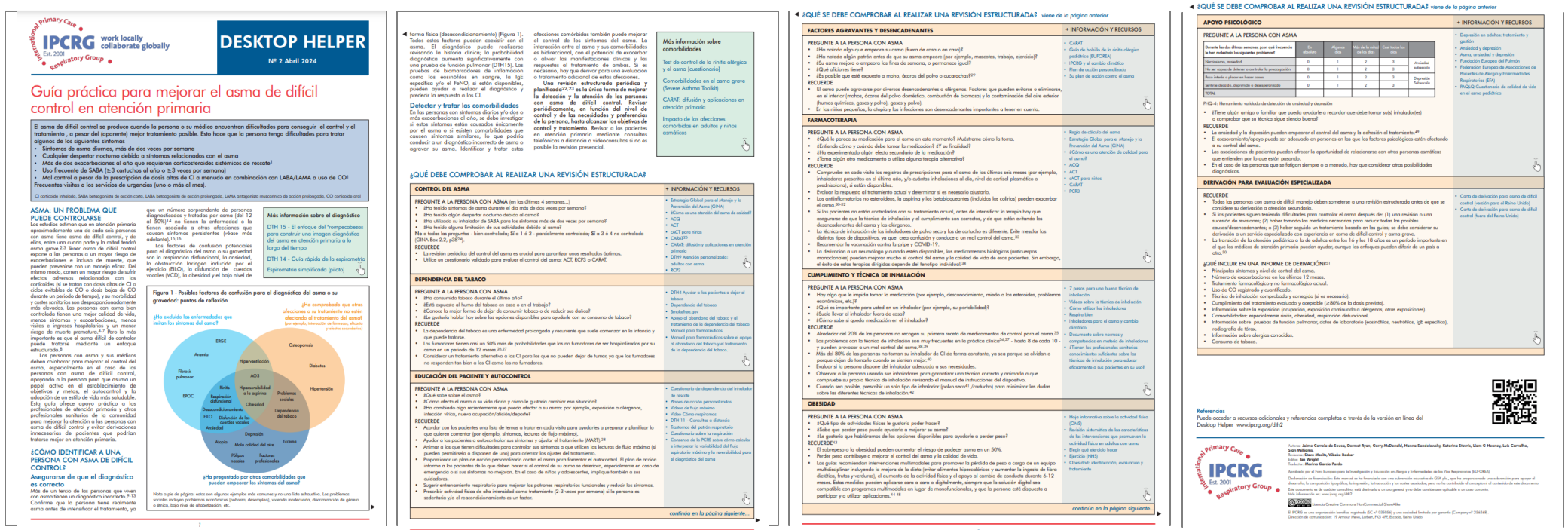
Caso clínico 2: Bernadette

Profesor Liam Heaney & Garry McDonald

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

International Primary Care Respiratory Group IPCRG Est. 2001 work locally collaborate globally

El desktop-helper



DESKTOP HELPER
Nº 2 Abril 2024

Guía práctica para mejorar el asma de difícil control en atención primaria

¿Cómo identifical al paciente con asma de difícil control?
¿Que hay que valorar en una revision estructurada?
¿Cuándo derivar para valoración especialista?

Según el Desktop Helper (DTH) nº 2 de IPCRG (International Primary Care Respiratory Group)
https://www.ipcrg.org/dth2

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

E desktop-helper

ASTHMA RIGHT CARE
AN IPCRG INITIATIVE

International Primary Care Respiratory Group
IPCRG Est. 2001
work locally collaborate globally

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Objetivos didácticos

¿Qué es el asma de difícil control?	Identificar en su cupo a los pacientes con dificultades para controlar su asma
Factores de confusión	Comprender que existen factores de confusion que pueden enmascarar el diagnóstico y la gravedad del asma.
Riesgos del descontrol del asma y su manejo	El asma no controlada comporta mayor riesgo de exacerbación, ingresos y muerte. El uso inadecuado de CI a dosis altas o de corticoides orales también conlleva riesgos.
Revisión estructurada	Una revision estructurada y programada de forma periódica es la única forma de mejorar la detección y Cuidado de las personas con asma de difícil control.
Cuándo derivar	En qué momento derivar, qué hacer antes de derivar y qué debe incluir el informe de derivación.

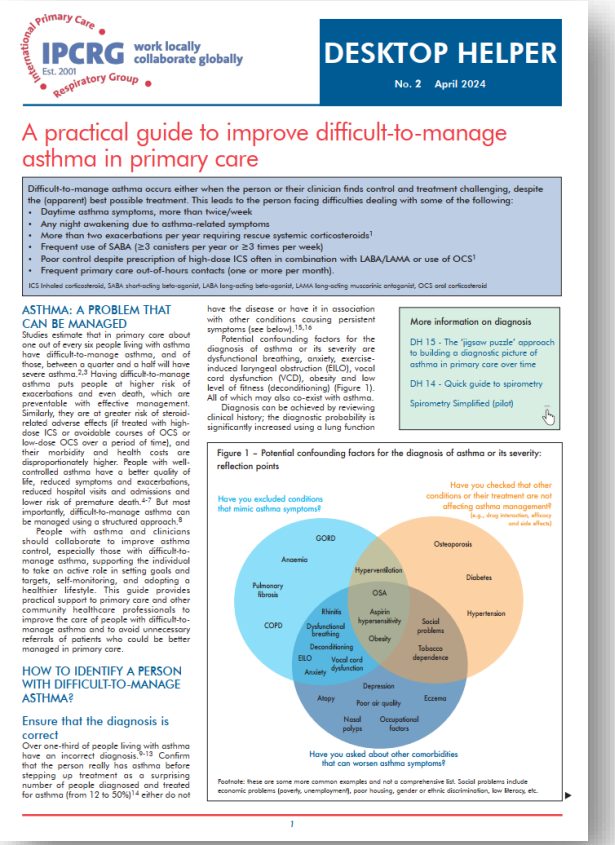
GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Desktop Helper Nº2: Asma de difícil control

ASTHMA RIGHT CARE
AN IPCRG INITIATIVE

¿Qué valorar durante la reevisión estructurada?

- El Control del asma
- La dependencia al tabaco
- Educación y automanejo del paciente
- Factores agravantes y desencadenantes
- Tratamiento farmacolócigo
- Cumplimiento terapéutico y técnica inhalatoria
- Obesidad
- Apoyo psicológico
- Derivación a un especialista



International Primary Care Respiratory Group
IPCRG Est. 2001 work locally collaborate globally

DESKTOP HELPER
No. 2 April 2024

A practical guide to improve difficult-to-manage asthma in primary care

Difficult-to-manage asthma occurs either when the person or their clinician finds control and treatment challenging, despite the (apparent) best possible treatment. This leads to the person facing difficulties dealing with some of the following:

- Daytime asthma symptoms, more than twice/week
- Any night awakening due to asthma-related symptoms
- More than two exacerbations per year requiring rescue systemic corticosteroids[1]
- Frequent use of SABA (≥3 canisters per year or ≥3 times per week)
- Poor control despite prescription of high-dose ICS often in combination with LABA/LAMA or use of OCS[1]
- Frequent primary care out-of-hours contacts (one or more per month).

ICS Inhaled corticosteroid, SABA short-acting beta-agonist, LABA long-acting beta-agonist, LAMA long-acting muscarinic antagonist, OCS oral corticosteroid

ASTHMA: A PROBLEM THAT CAN BE MANAGED

Studies estimate that in primary care about one out of every six people living with asthma have difficult-to-manage asthma, and of those, between a quarter and a half will have severe asthma.[2,3] Having difficult-to-manage asthma puts people at higher risk of exacerbations and even death, which are preventable with effective management. Similarly, they are at greater risk of steroid-related adverse effects (if treated with high-dose ICS or avoidable courses of OCS or low-dose OCS over a period of time), and their morbidity and health costs are disproportionately higher. People with well-controlled asthma have a better quality of life, reduced symptoms and exacerbations, reduced hospital visits and admissions and lower risk of premature death.[4-7] But most importantly, difficult-to-manage asthma can be managed using a structured approach.[8]

People with asthma and clinicians should collaborate to improve asthma control, especially those with difficult-to-manage asthma, supporting the individual to take an active role in setting goals and targets, self-monitoring, and adapting a healthier lifestyle. This guide provides practical support to primary care and other community healthcare professionals to improve the care of people with difficult-to-manage asthma and to avoid unnecessary referrals of patients who could be better managed in primary care.

HOW TO IDENTIFY A PERSON WITH DIFFICULT-TO-MANAGE ASTHMA?

Ensure that the diagnosis is correct

Over one-third of people living with asthma have an incorrect diagnosis.[9-13] Confirm that the person really has asthma before stepping up treatment as a surprising number of people diagnosed and treated for asthma (from 12 to 50%)[14] either do not have the disease or have it in association with other conditions causing persistent symptoms (see below).[15,16]

Potential confounding factors for the diagnosis of asthma or its severity are dysfunctional breathing, anxiety, exercise-induced laryngeal obstruction (EILO), vocal cord dysfunction (VCD), obesity and low level of fitness (deconditioning) (Figure 1). All of which may also co-exist with asthma.

Diagnosis can be achieved by reviewing clinical history; the diagnostic probability is significantly increased using a lung function

More information on diagnosis

DH 15 - The "jigsaw puzzle" approach to building a diagnostic picture of asthma in primary care over time

DH 14 - Quick guide to spirometry

Spirometry Simplified (pilot)

Figure 1 – Potential confounding factors for the diagnosis of asthma or its severity: reflection points

Have you excluded conditions that mimic asthma symptoms?

Have you checked that other conditions or their treatment are not affecting asthma management? (e.g., drug interaction, efficacy and side effects)

GORD, Anaemia, Pulmonary fibrosis, COPD, Hyperventilation, OSA, Rhinitis, Aspirin hypersensitivity, Dysfunctional breathing, Deconditioning, EILO, Vocal cord dysfunction, Anxiety, Obesity, Depression, Atopy, Poor air quality, Eczema, Nasal polyps, Occupational factors, Osteoporosis, Diabetes, Hypertension, Social problems, Tobacco dependence

Have you asked about other comorbidities that can worsen asthma symptoms?

Footnote: these are some more common examples and not a comprehensive list. Social problems include economic problems (poverty, unemployment), poor housing, gender or ethnic discrimination, low literacy, etc.

1

International Primary Care Respiratory Group
IPCRG Est. 2001 work locally collaborate globally

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Bernadette

- Mujer de 42 años
- Diagnosticada de asma en 1999 en otra consulta
- No fumadora
- Peso 90kg, Talla 154cm, IMC 38
- Recién inscrita en nuesto cupo. Se ha mudado por cambio de trabajo
- Antes era autónoma en tecnología. Ahora trabaja por cuenta ajenacon contrato indefinido.

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Bernadette – Presentación

- Como paciente nueva en el cupo solicitamos revision anual del asma.
- Había solicitado varias renovaciones de su medicación para el asma.
- Hay que confirmar el diagnóstico y el tratamiento adecuado, identificar desencadenantes, tratar sus inquietudes en función de su s conocimientos.
- Su mayor inquietud es poder controlar bien el asma, porque antes era autónoma pero ahora que tiene un contrato no quiere perder el trabajo.

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Bernadette – Antecedentes

- El año pasado 3 ingresos hospitalarios, uno de ellos en la UCI que requirió intubación.
- 6 tandas de corticoide oral en 6 meses. Por persistencia de síntomas incapacitantes.
- Usa SABA a demanda, 4-5 veces al día. Pasa mala noche casi todas las noches
- Historia de anafilaxia. Sin causa identificada
- Eccema atópico y rhinitis alérgica desde la infancia.
- Pólipos nasales. Polipectomías recurrentes. La última interveción hace 2 años.

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Bernadette – Tratamiento actual

- Corticoide inhalado [altas dosis]/LABA
- LAMA
- Corticoide nasal tópico en spray nasal
- SABA a demanda
- Antileucotrieno
- Teofilina de liberación prolongada.
- prednisolone oral 7.5 mg

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Exploración física

- Peso = 90 kg; talla 154 cm , IMC = 38
- ACQ-6 = 3.8, ACT = 12
- FeNO = 52ppb
- Espirometría FEV_1 1.65L 62%
- Valoración de su técnica inhalatoria, se corrigen errores menores.
- Actualmente tiene síntomas

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Diagnóstico

ASTHMA RIGHT CARE
AN IPCRG INITIATIVE

- Síntomas diurnos, más de dos veces/semana
- Síntomas nocturnos
- Más de dos exacerbaciones al año que requirieron corticoide oral.
- Uso frecuente de SABA (≥3 cartuchos al año o ≥3 veces a la semana)
- Mal control pese al tratamiento con dosis altas de corticoide inhalado en combinación con LABA y a menudo LAMA y uso de corticoides orales
- Frecuentes visitas a urgencias (al menos una al mes)

ASMA GRAVE

Venkatesan P. 2023 GINA report for asthma. Lancet Respir Med. 2023 Jul;11(7):589. doi: 10.1016/S2213-2600(23)00230-8.

International Primary Care Respiratory Group IPCRG Est. 2001 work locally collaborate globally

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Fenotipos del asma grave

ASTHMA RIGHT CARE
AN IPCRG INITIATIVE

Tipo 2

- Inicio temprano
- Eosinofílico
- Inicio tardío

Biomarcadores

- Th2
- IgE
- Eosinófilos
- FeNO

No Tipo 2

- Obeidad
- Neutrofílico

Biomarcadores

- IL-8
- Neutrófilos
- IL-17

International Primary Care Respiratory Group
IPCRG Est. 2001
work locally collaborate globally

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Manejo

- En el momento de la consulta la paciente estaba sintomática. Recibió una pauta corta de prednisolona 40mg diarios durante 5 días.
- En la cita de control al cabo de un mes se realizaron más pruebas y se valoró la derivación a nivel secundario.
  - La IgE epecífica(o RAST) fue positive a los ácaros domésticos, epitelio animal y a un conjunto de alimentos
  - FeNO 34ppb
  - Peak Flow (asintomática) 490L/min, Plan de acción por escrit
  - Eosinófilos = 120 cel/µL . Previo:620 cells/µL cuando no tomaba corticoide oral
  - Espirometría FEV_1 2.10L (79%), FVC de 3.04L (94%), ratio 0.69
  - ACQ-6 = 3.2 (de 3.8), ACT = 14 (de 12)

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Educación y toma conjunta de decisiones

ASTHMA RIGHT CARE
AN IPCRG INITIATIVE

- La paciente es una mujer inteligente y formada que entiende que las crisis de asma la llevan a ingresar y, lo más importante para ella, le impiden ir a trabajar.
- Le molesta haber ganado peso a causa de las tandas de corticoide oral. Conoce los riesgos de los corticoides orales a largo plazo y entiende que no son la panacea para el asma.
- Sus objetivos personales son evitar el hospital, estar asintomática, perder peso, vover a estar en forma y poder disfrutar de su nuevo buen trabajo en el campo de la tecnología.
- Ahora, ella misma,también forma parte de su propio cuidado, plenamente colaboradora.

International Primary Care Respiratory Group
IPCRG Est. 2001
work locally collaborate globally

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Todavía no está completamente controlada. ¿Qué hacemos?

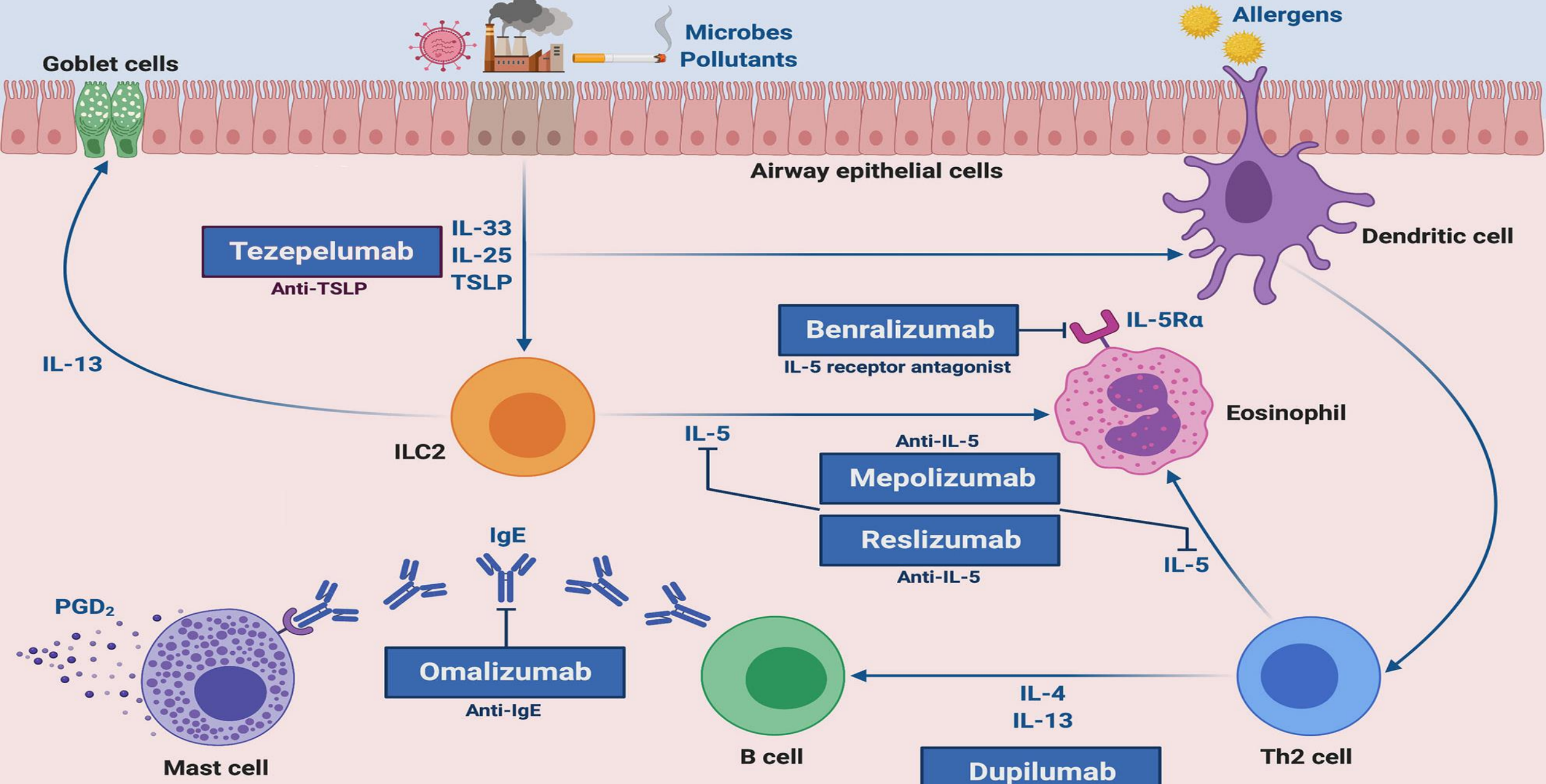
- Evitar potenciales desencadenantes
- Mejorar la técnica inhalatoria
- Mejorar el tratamiento farmacológico
- Colaboración plena
- Derivación a un centro especialista
- Valorar tratamiento biológico

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Diana de los biológicos

OMAlizumab	Inhibe el enlace del anticuerpo IgE con sus receptores.
MEPOlizumab	Inhibe el receptor de la IL-5 α en los eosinófilos
RESlizumab	Inhibe el receptor de la IL-5 α en los eosinófilos
BENRAlizumab	inhibe el receptor de la IL5 en eosinófilos, basófilos y mastocitos
DUPIlumab	Bloquea la respuesta inducida por citocinas de la IL-4 e IL-13, Tambien de las citoquinas proinflamatorias, quimioquinas e IgE
TEZEpelumab	Inhibe la “alarmina” TSLP que inhibe la iniciación de la cascada inflamatoria de la respuesta immune T2, tanto por la vía innata (ILC2) como de la adquirida (via Th2) y probablemente de la vía neutrofílica no T2 (via IL-17)

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

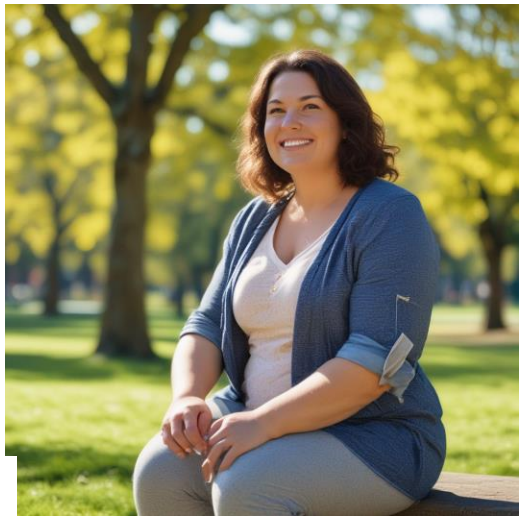


Adapted from:
Pelaia C, Crimi C, Vatrella A, Tinello C, Terracciano R and Pelaia G (2020)
Molecular Targets for Biological Therapies of Severe Asthma. Front. Immunol. 11:603312.
doi: 10.3389/fimmu.2020.603312

Revisión

- El nuevo lugar de trabajo de la paciente está medioambientalmente controlado, con filtros HEPA en los aires acondicionados. Su nueva casa está fuera de la ciudad con buena calidad del aire.

- El centro de referencia respondió que podia ser una buena candidata para tratamiento biológico y, tras una consulta con ella para explicárselo está en lista de espera.
- 3 meses después del inicio del tratamiento biológico
  - FeNO 23 ppb (con dosis bajas de corticoide inhalado)
  - Eosinófilos 35 cells/µL
  - FEV_1 2.28 (86%), FVC 3.2 (99%), ratio 0.71



GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

Resumen

ASTHMA RIGHT CARE
AN IPCRG INITIATIVE

- Es importante entender que a pesar de la mejor técnica inhalatoria, dosis máxima de corticoide inhalado y buen cumplimiento, siempre habrá un porcentaje de pacientes que sigan sin estar bien controlados. Estos son los candidatos ideales para remitir a un centro especializado para valorar tratamiento biológico.

- Derivar a un paciente a un centro especializado no es un fracaso terapéutico.De todos modos, antes de plantearse una derivación hay que asegurarse de haber hecho todo lo que podemos hacer en atención primaria.

- La derivación debe hacerse en tiempo y forma; no demasiado pronto antes de hacer lo básico ni demasiado tarde para que el paciente no pueda beneficiarse debido a que su enfermedad se haya hecho irreversible.

International Primary Care Respiratory Group
IPCRG Est. 2001 work locally collaborate globally

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

ASTHMA RIGHT CARE
AN IPCRG INITIATIVE

Demasiado pronto

A tiempo

Demasiado tarde

International Primary Care Respiratory Group
IPCRG Est. 2001
work locally collaborate globally

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.

El desktop-helper

ASTHMA RIGHT CARE
AN IPCRG INITIATIVE

International Primary Care Respiratory Group
IPCRG Est. 2001
work locally collaborate globally

GSK ha patrocinado el desarrollo de este caso mediante una beca educativa pero no ha participado en su contenido.