

FORMULARIO SOBRE INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN RINITIS ALÉRGICA. AÑO 2011.

La **rinitis alérgica** es una enfermedad crónica altamente prevalente entre los niños y adolescentes cuya incidencia está en aumento. Afecta de manera muy relevante a la calidad de vida, así como al rendimiento escolar de los niños y además es un factor de riesgo de desarrollar asma. Se estima que entre un 80-90% de los asmáticos tienen rinitis y hasta un 30%-50% de los pacientes con rinitis persistente desarrollan asma.

Entre los tratamientos farmacológicos de esta patología se incluyen varios fármacos siendo los más relevantes los corticosteroides tópicos intranasales y los antagonistas H₁ (antihistamínicos) tópicos intranasales y orales. Tras la valoración de los grupos terapéuticos más utilizados en el tratamiento de la rinitis alérgica en pediatría se ha decidido incorporar dos indicadores que valoran la calidad en la prescripción de este grupo de fármacos en el ámbito de Atención Primaria en Pediatría y que serán incluidos en el Índice Sintético de 2012.

Con el objetivo de difundir las principales evidencias científicas y recomendaciones de tratamiento en esta patología, se ha elaborado un **módulo de formación on-line sobre el tratamiento de la rinitis alérgica en pediatría**, que está disponible en la plataforma de formación, situada en el Portal de Sanidad <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cursosformacion>.

Los objetivos de este formulario son fundamentalmente incitar a la reflexión sobre la selección farmacoterapéutica en la rinitis alérgica infantil, basada en las recomendaciones de referencia, así como familiarizarse con los indicadores que se incluirán en Índice Sintético de 2012.

La cumplimentación y envío de este formulario antes del 11 de marzo del 2012 tendrá una **bonificación de 4 puntos en la incentivación individual de médicos pediatras de AP para el año 2011**.

Ejercicio 1

El objetivo terapéutico principal en la rinitis alérgica es restablecer la calidad de vida del niño mediante el control de la sintomatología y la recuperación de la función nasal. Como tratamiento no farmacológico se consideran las medidas de control ambiental que evitan la exposición a alérgenos y a contaminantes irritantes (humo de tabaco). Sin embargo, en la mayoría de los casos, estas medidas no son suficientes y los niños requieren tratamiento farmacológico.

Los **corticoides tópicos nasales son el tratamiento de elección en la rinitis alérgica**. Son más eficaces que los antihistamínicos para controlar síntomas como la rinorrea, los estornudos y especialmente la obstrucción nasal. En las rinitis leves o intermitentes, que no cursan con obstrucción nasal, los antihistamínicos orales también pueden ser una buena opción terapéutica.

Consulta el módulo on-line de rinitis alérgica en pediatría y marca la opción que **NO** es correcta en relación a su tratamiento:

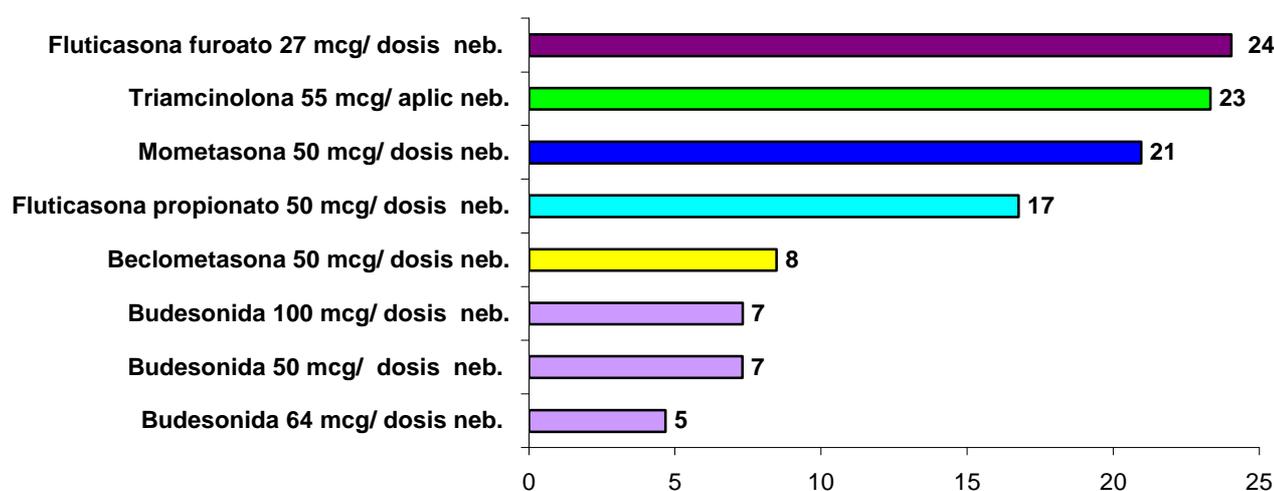
- Los antihistamínicos orales y nasales son menos eficaces que los corticoides nasales para reducir la obstrucción nasal. De ahí que solo estén recomendados en las rinitis alérgicas leves.
- Los corticoides nasales no deben usarse a demanda. Su máxima eficacia se consigue cuando se administran de forma pautada durante 2-4 semanas.
- El niño alérgico y su familia deben ser adecuadamente instruidos en medidas básicas de control ambiental que deben mantenerse incluso con el tratamiento farmacológico.
- Se ha comprobado que los corticoides nasales producen retraso del crecimiento debido a su absorción sistémica, lo cual es una importante limitación para usarlos en niños.
- Los lavados nasales con suero salino siempre están recomendados. Ayudan a reducir la congestión, la mucosidad y aumentan la biodisponibilidad de la medicación si se realizan justo antes de su aplicación.

Ejercicio 2

En el tratamiento de la rinitis alérgica no hay evidencias de que unos corticoides nasales sean superiores a otros en eficacia. En cuanto a su seguridad, en los estudios realizados en niños con corticoides nasales no se ha encontrado ningún efecto adverso relevante a las dosis recomendadas. El único corticoide tópico nasal que se ha asociado con problemas de crecimiento en niños es beclometasona, y solo en un estudio a dosis superiores a las recomendadas. No obstante, aunque los datos respecto a beclometasona son poco consistentes se recomienda que en los tratamientos de larga duración se utilicen las otras alternativas disponibles. También se recomienda monitorizar el crecimiento especialmente en niños que utilicen corticoides por otras vías, el efecto puede ser aditivo.

En cuanto a la selección de principio activo hay que tener en cuenta que **budesonida constituye la opción más coste-efectiva** y por su repercusión económica debería ser el tratamiento de elección en la rinitis alérgica.

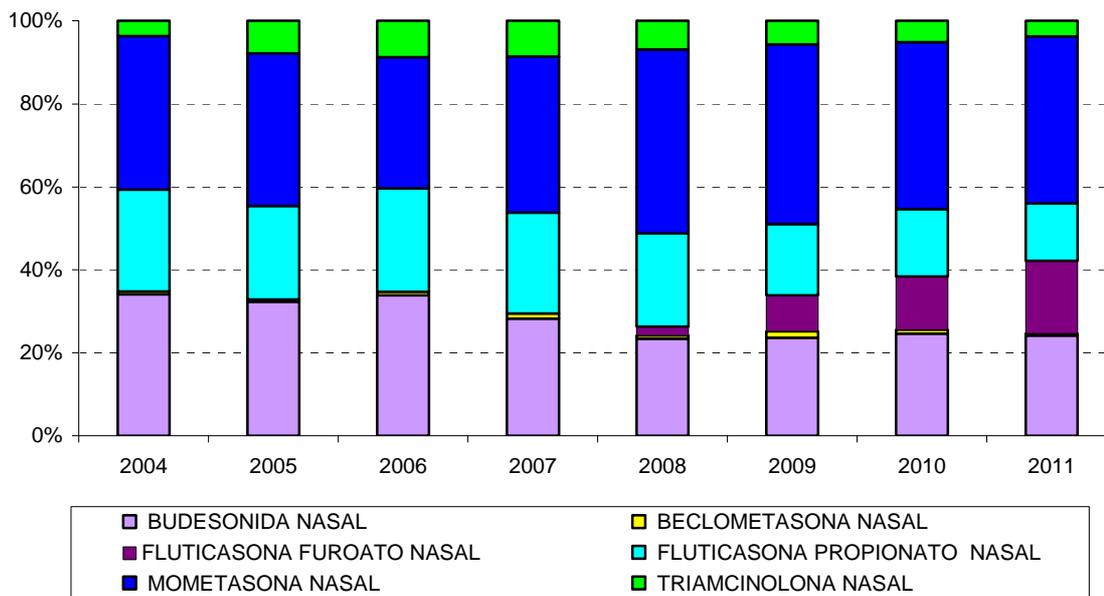
Coste tratamiento corticoides nasales/3 meses (PVP €)



Fuente remedios diciembre 2011

Los datos de prescripción de corticoides intranasales en nuestra comunidad revelan que actualmente el fármaco más consumido es mometasona seguido de fluticasona (furoato o propionato). Budesonida siendo el fármaco de menor coste, ocupa el tercer lugar.

Evolución del consumo mensual medio de corticoides nasales en pediatría (envases)



Según tu opinión ¿por qué crees que mometasona y fluticasona, fármacos de elevado coste son los más prescritos? (Opción de respuesta múltiple).

- a) Disponen de presentaciones más cómodas y de fácil manejo.
- b) Por la presión comercial existente sobre estos principios activos, en especial sobre el más nuevo furoato de fluticasona.
- c) No encuentro ninguna justificación dado que no existen diferencias de eficacia ni de seguridad entre los distintos corticoides nasales a las dosis recomendadas. Considero que se prescriben indistintamente.
- d) Se piensa que mometasona y fluticasona son más seguros que el resto.
- e) Por desconocimiento, no sabía que budesonida era el tratamiento de elección.
- f) Me parece difícil cambiar mi prescripción pues en gran medida está condicionada por la prescripción inducida.

En el año 2012 se ha introducido un nuevo indicador de calidad de prescripción en rinitis alérgica que valora la proporción de prescripción de budesonida nasal respecto al conjunto de corticoides intranasales. Se denomina % budesonida nasal (% BUD nas).

Según tu perfil de prescripción ¿qué valor crees que habrías tenido en este indicador durante el período ene-nov 2011?

- a) < 20 %
- b) 20-30 %
- c) 30-40 %
- d) > 40 %

Ejercicio 3

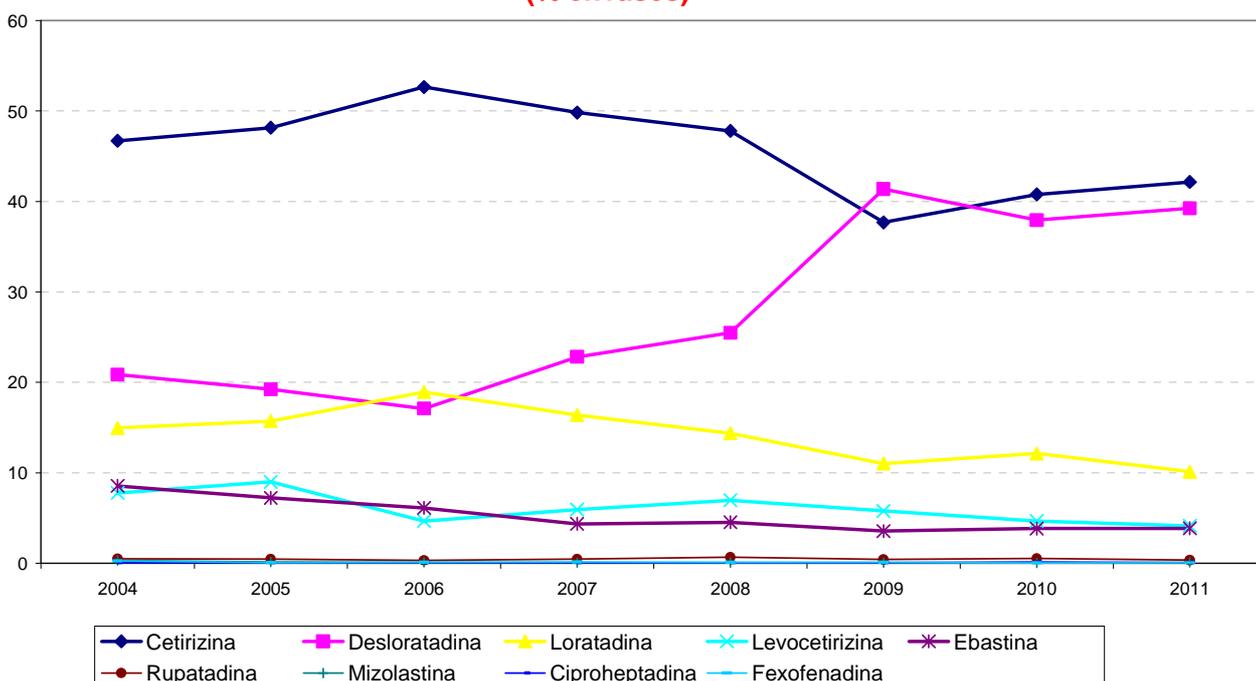
Los antihistamínicos H1 orales mejoran los síntomas de la fase inmediata de la rinitis alérgica como la rinorrea, los estornudos, el picor nasal y los síntomas oculares, pero son menos eficaces en la obstrucción nasal que los corticoides. En la rinitis moderada y/o persistente se consideran tratamiento de segunda línea, mientras que en la rinitis intermitente o leve son una opción de tratamiento más, al mismo nivel que los corticoides nasales. Los antihistamínicos H1 nasales son eficaces a nivel local pero no tanto en la sensación de taponamiento ni tampoco mejoran los síntomas en otras localizaciones como faringe, ojos, etc. Presentan la ventaja de su comienzo de acción rápido (menos de 15 minutos), pueden administrarse a demanda pero su uso no está recomendado como terapia de mantenimiento.

Los **antihistamínicos orales recomendados** son los **no sedantes** que son mucho más selectivos por los receptores H1 periféricos y no tanto por los receptores colinérgicos e histaminérgicos del sistema nervioso central. Esta selectividad reduce considerablemente las reacciones adversas, sobre todo los efectos sedantes pero siguen proporcionando un alivio eficaz de los síntomas alérgicos. Se incluyen: cetirizina, ebastina, loratadina, levocetirizina, desloratadina y otros.

En cuanto a la selección de antihistamínicos H1 no hay evidencias constatadas de que unos sean superiores a otros. Las pequeñas variaciones en sus características farmacocinéticas, como velocidad de absorción o semivida de eliminación, no son relevantes clínicamente.

En el siguiente gráfico que representa el perfil de prescripción de antihistamínicos en Castilla y León se observa que la prescripción de desloratadina está al mismo nivel que la de cetirizina a pesar de tener un coste entre 3 y 4 veces superior a cetirizina. Si desglosamos el consumo global de desloratadina por presentaciones nos encontramos que hay una elevada utilización de los comprimidos bucodispersables en pediatría (67%) que según su ficha técnica solo están autorizados para adultos y niños a partir de 12 años. Hay que señalar que estos comprimidos no aportan ninguna ventaja de biodisponibilidad ni farmacocinética frente a los comprimidos normales o la solución. Su uso podría ser ventajoso en niños con dificultad para tragar, lo cual es poco frecuente entre los niños mayores de 12 años, y además para esos casos ya se dispone de las soluciones.

Evolución del consumo medio anual de antihistamínicos en pediatría (% envases)



El indicador de calidad de prescripción relacionado con la selección de antihistamínicos consiste en valorar el porcentaje de cetirizina + loratadina en relación al conjunto de de antihistamínicos orales. Se denomina % de antihistamínicos H1 seleccionados (% ANTI-H1 selec).

¿Qué opinión te merece este indicador?

- a) Me parece bien, para promover una prescripción más eficiente.
- b) No veo el interés, no creo que sea muy relevante prescribir un antihistamínico u otro en cuanto a impacto económico. No creo que sea muy relevante para nuestro Servicio de Salud.
- c) Me parecen bien el indicador, pero los objetivos fijados deberían ser fácilmente alcanzables.
- d) Me parece bien el indicador pero no estoy de acuerdo con los principios activos incluidos en el numerador del mismo.
- e) Considero que el valor de este indicador estará muy influenciado por la prescripción inducida.

Según tu perfil de prescripción ¿qué valor crees que habrías tenido en este indicador durante el periodo ene-nov 2011?

- a) < 40 %
- b) 40-50 %
- c) 50-60 %
- d) > 60 %