

GEMA5.0

GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA

NOVEDADES DE LA GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA

Con el patrocinio de



Disponible para descarga en:

www.iMundi.es

La primera versión de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) data del año 2003. Aunque cada año la GEMA es actualizada para incorporar pequeñas novedades, cada 5 o 6 años es renovada por completo, con una profunda revisión de conceptos y enunciados. Coincidiendo con el Día Mundial del Asma 2020 (el primer martes de mayo), la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) presentó la versión 5.0 de la GEMA. En esta última edición han participado 17 sociedades científicas: 15 españolas y, por primera vez, la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT) y la *Sociedade Portuguesa de Pneumologia* (SPP).

Algunas de las novedades más importantes que incluye la GEMA 5.0 se detallan a continuación.

Diagnóstico del asma

- El punto de corte para definir si los niveles de la FE_{NO} son elevados o no se ha reducido de 50 a 40 ppb.
- Desaparece la clasificación de la gravedad del asma antes de que el paciente sea tratado, pero permanece la clasificación de la gravedad cuando la enfermedad está bien controlada con el tratamiento para comprobar cuáles son las necesidades terapéuticas mínimas para mantener el control.

Tratamiento de mantenimiento del asma

- Se mantiene el esquema de tratamiento de mantenimiento basado en escalones terapéuticos. Los cambios más importantes se han producido en el escalón 1 y 2 (asma leve) y en los escalones 5 y 6 (asma grave) (**figura 3.2 de la guía GEMA 5.0**).
- En los escalones 1 y 2 se mantiene el uso de los agonistas β_2 adrenérgicos de acción corta (SABA) como tratamiento de alivio a demanda, pero acotando su uso en monoterapia a no más de dos veces al mes, a pacientes que se mantienen asintomáticos entre episodios, que tienen una función pulmonar normal y que no hayan tenido exacerbaciones en el año anterior. Se puede emplear también la asociación de *budesónida/formoterol* o la asociación *salbutamol/dipropionato de beclometasona* (DPBM) a demanda. Sin embargo, estas indicaciones no están consideradas en la ficha técnica de los medicamentos. Además, no existen estudios que hayan analizado su coste-beneficio a demanda. Sería la primera vez que se propone el uso de estas combinaciones como medicación de alivio (**tabla 3.4 de la guía GEMA 5.0**).
- Entre los escalones 5 y 6 se ha aclarado el uso de los agentes biológicos, los cuales se han restringido al escalón 6 según el fenotipo asmático. En ambos escalones se mantiene como medicación de alivio el uso de SABA en monoterapia o la combinación de GCI (*budesónida* o *beclometasona*) con *formoterol*.
- La consideración de la inmunoterapia con alérgenos se amplía incluyendo el escalón 1.

Tabla 3.4. Propiedades aerodinámicas proporcionadas por los inhaladores (basado en parte en Giner 2013)⁹⁶

	Depósito pulmonar (%)		Depósito orofaríngeo (%)		DMMA (μm)
	<i>In vivo</i>	<i>In vitro</i>	<i>In vivo</i>	<i>In vitro</i>	
pMDI					
- pMDI convencional	7,8-34	-	53,9-82,2	-	1,4-8
- pMDI convencional + cámara inhalación	11,2-68,3	-	31,2	40	2-3,2
- pMDI autodisparo	50-60	-	30	-	-
- Modulite [®]	31-34	-	33-58	-	1-2
- Alvesco [®]	50-52	-	32,9	-	-
BAI					
- k-haler [®]	44,7 ⁹⁷	-	23-30	-	-
SMI					
- Respi [®]	40-53	-	19,3-39	-	-
DPI (por orden alfabético)					
- Accuhaler [®]	7,6-18	15-30	-	-	3,5
- Aerolizer [®]	13-20	21,7-28	73	-	1,9-7,9
- Breezhaler [®]	36	39	-	45	2,8
- Easyhaler [®]	18,5-31	29	-	-	2,2-3,0 ⁹⁸
- Ellipta [®]	-	-	-	-	2-4,8
- Genuair [®]	30,1	-	54,7	-	-
- Handihaler [®]	17,8	17,3-22	-	71	3,9
- Inhalador Ingelheim [®]	16	-	59	-	-
- Nexthaler [®]	56	-	43	-	1,4-1,5
- Spinhaler [®]	11,5	-	30,9	-	-
- Turbuhaler [®]	14,2-38	28	53-71,6	57,3-69,3	1,7-5,4
- Twisthaler [®]	36-37	-	-	-	2-2,2

DMMA: diámetro de la mediana de la masa aerodinámica; BAI: inhalador activado por la inspiración; DPI: inhalador de polvo seco; pMDI: inhalador presurizado de dosis medida; SMI: inhalador de nube de vapor suave. La comparación de los valores mostrados entre los diferentes dispositivos debe ser tomada con cautela, dados los diferentes métodos y fármacos empleados en su determinación, y en los estudios en humanos por haberse realizado en diversas condiciones clínicas (sanos y enfermos con diferentes procesos y niveles de gravedad), flujos inspiratorios y edades.

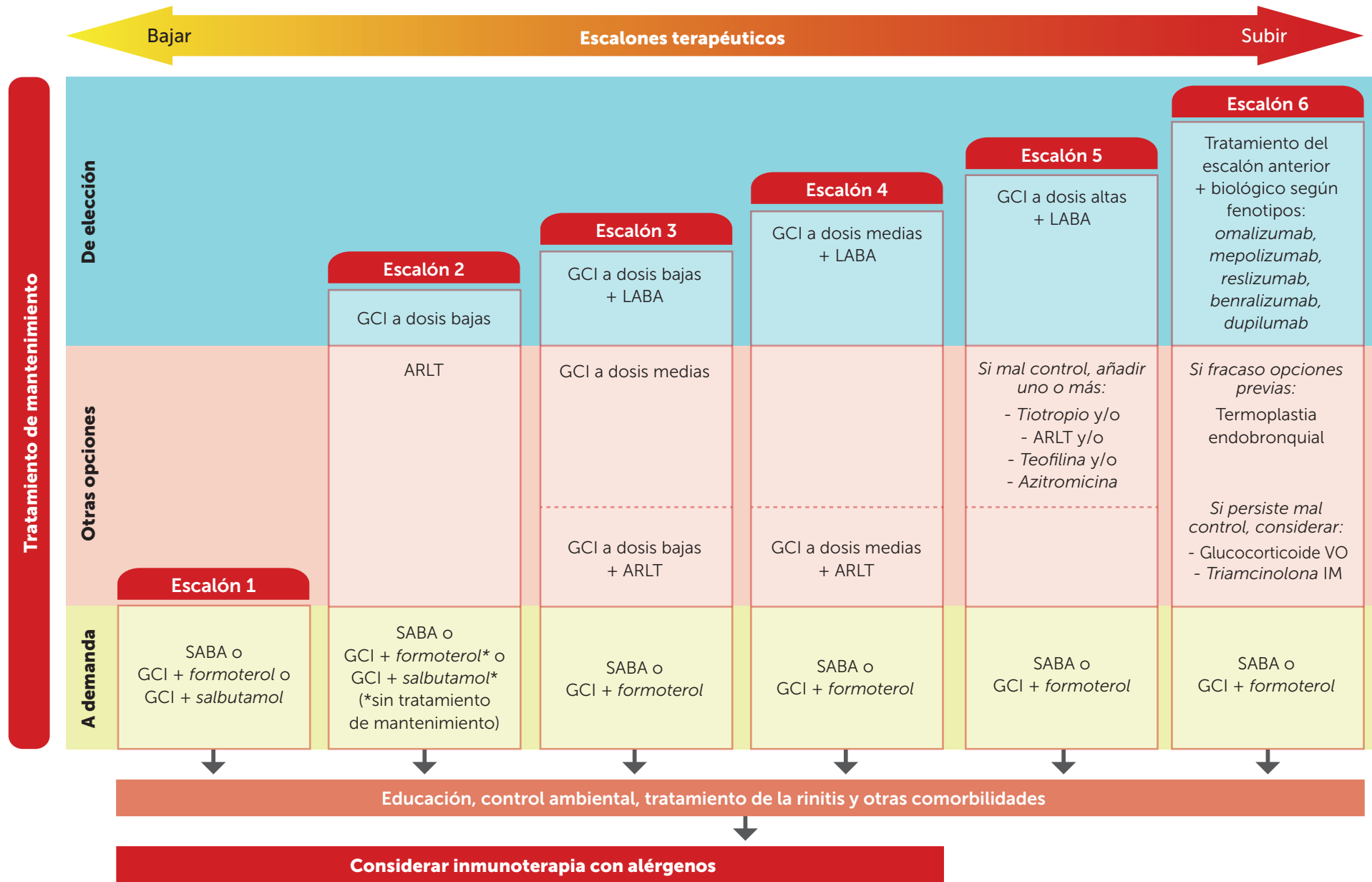


FIGURA 3.2. Escalones terapéuticos del tratamiento de mantenimiento del asma del adulto.

ARLT: antagonista de los receptores de los leucotrienos; GCI: glucocorticoide inhalado, LABA: agonista β_2 adrenérgico de acción prolongada; SABA: agonista β_2 adrenérgico de acción corta.

Manejo del asma infantil

- A pesar de su controversia, se ha añadido la definición de asma en los menores de 3 años, destacando que su diagnóstico en este grupo de edad ha de ser probabilístico aumentando la sospecha, si presenta atopia.
- Se ha incluido un algoritmo de diagnóstico propio para la edad pediátrica (**figura 2.2 de la guía GEMA 5.0**), un nuevo cuestionario para evaluar el control del asma en niños, un nuevo esquema terapéutico basado en 6 escalones (**figura 5.1 de la guía GEMA 5.0**), destacando la importancia de la educación sanitaria, así como un nuevo diagrama de evaluación escalonada del asma grave no controlada.

Redefinición de los fenotipos de asma grave

- Se ha modificado la clasificación de los fenotipos del asma grave no controlada, considerando sus implicaciones terapéuticas o pronósticas. De esta forma, la GEMA ahora considera: asma alérgico T2, asma eosinofílico T2 y asma no T2.

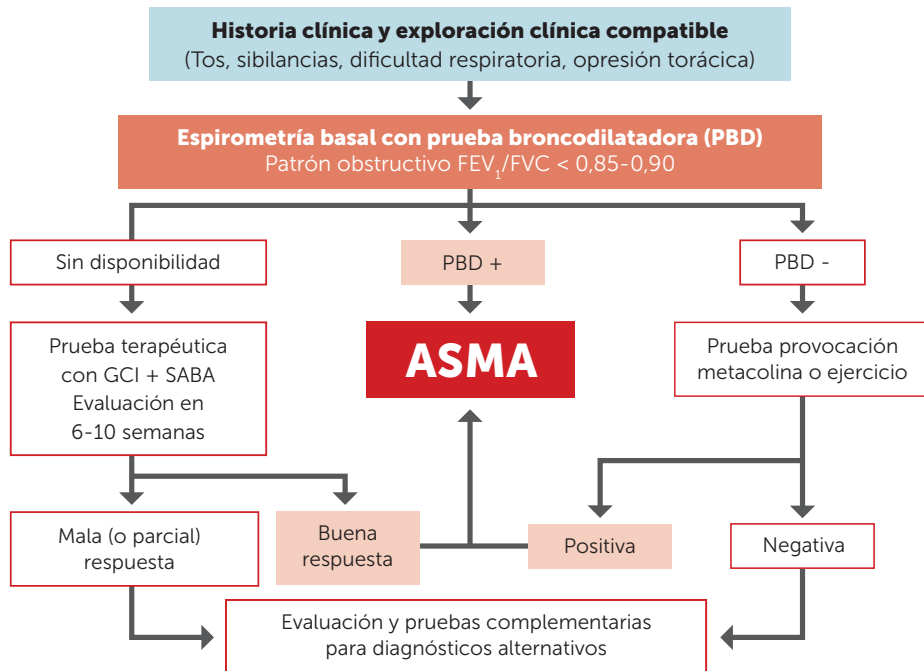


FIGURA 2.2. Algoritmo de diagnóstico de asma en niños.
 Prueba broncodilatadora (PBD) positiva: incremento del FEV₁ >12 % con respecto al valor basal.

Tratamiento de asma grave no controlada

- Dentro de las enfermedades que podrían simular un asma grave no controlada, se ha destacado la enfermedad nasosinusal.
- Se ha actualizado la lista de tratamientos biológicos aprobados actualmente para el asma grave no controlada.
- Se ha creado un algoritmo terapéutico del asma grave no controlada según los nuevos fenotipos propuestos: asma T2 y asma no T2 (**figura 7.2 de la guía GEMA 5.0**).

Circunstancias especiales

- Se ha añadido un apartado específico sobre cómo actuar ante la pandemia del virus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19, indicando qué fármacos empleados en el tratamiento del asma pueden interactuar con los fármacos que se están estudiando o empleado contra este virus.

	Tratamiento escalonado	Tratamiento de mantenimiento		MEDICACIÓN DE RESCATE
		> 3-4 años	< 3-4 años	
Evaluación de la adhesión y de la técnica inhalatoria	1	Sin medicación de control		BRONCODILADOR DE ACCIÓN CORTA A DEMANDA
	2	GCI dosis bajas	GCI dosis bajas	
Control ambiental	3	GCI dosis medias o GCI dosis baja + LABA o GCI dosis baja + ARLT	GCI dosis medias o GCI dosis bajas + ARLT	
	4	GCI dosis medias + LABA o GCI dosis media + ARLT	GCI dosis medias + ARLT	
Evaluar comorbilidades	Control en el Hospital			
	5	GCI dosis altas + LABA Si no control añadir: ARLT, tiotropio, teofilina	GCI a dosis altas + ARLT Si no control considerar añadir: LABA**, macrólidos, tiotropio**, GC oral	
	6	GCI dosis altas + LABA + omalizumab*, mepolizumab*, alternativa: GC oral		

FIGURA 5.1. Tratamiento escalonado del asma en la edad pediátrica en función del nivel de control.

GCI: glucocorticoides inhalados; ARLT: antileucotrienos; LABA: agonista β₂ adrenérgico de larga duración; GC: glucocorticoide; *: a partir de 6 años; **: Fuera de indicación.

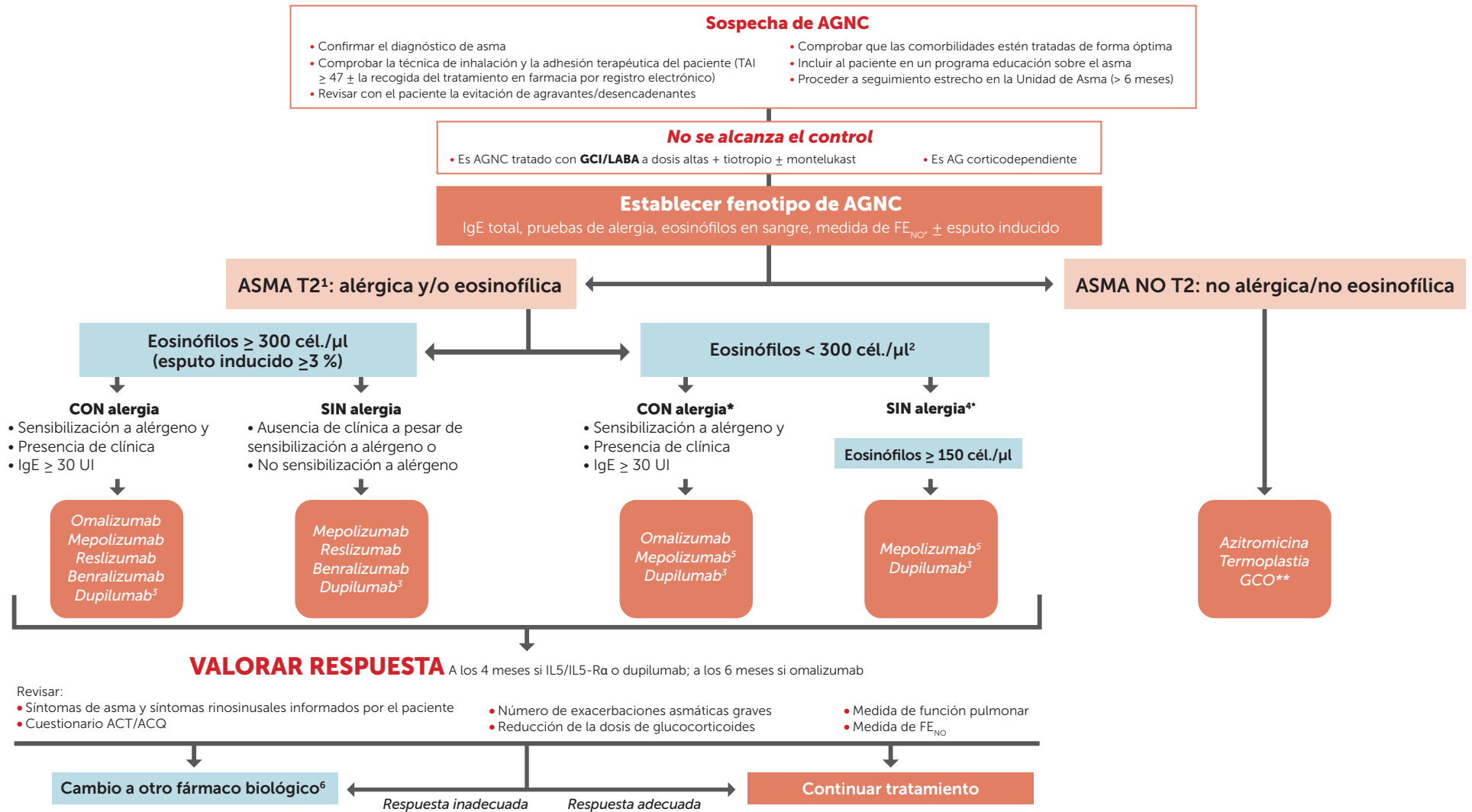


FIGURA 7.2. Tratamiento del AGNC según fenotipo inflamatorio.

AGNC: asma grave no controlada; AG: asma grave; GCO: glucocorticoides orales; TAI: Test de Adhesión a Inhaladores; GCI: glucocorticoides inhalados; LABA: broncodilatadores de larga duración; ACT: Test de Control del Asma; ACQ: Cuestionario de Control del Asma. ¹Se suele caracterizar por niveles de eosinófilos o FE_{NO} elevados y puede acompañarse de atopia (GINA). ²Tener en cuenta que en pacientes tratados con glucocorticoides el nivel de eosinófilos puede ser muy bajo. ³Dupilumab tiene indicación si eosinófilos $> 300/\mu$ l y/o FE_{NO} ≥ 50 ppb y entre 150-300 eosinófilos y FE_{NO} > 25 ppb. Considerar al menos tres medidas de FE_{NO}. ⁴Puede valorarse uso compasivo de omalizumab si los niveles de IgE ≥ 30 U/l y los de eosinófilos < 150 cel./ μ l. ⁵Mepolizumab indicado en pacientes con ≥ 150 eos / μ l si existen valores históricos de ≥ 300 eos / μ l. ⁶En el asma T2 se puede optar por azitromicina en caso de no respuesta a monoclonales, intolerancia o reacciones alérgicas a éstos; agonista β 2: adrenérgico de acción prolongada.* En pacientes con < 300 eosinófilos/ μ l se puede considerar benralizumab como posible tratamiento alternativo, en especial si están en tratamiento con GCO. ** Última opción terapéutica en casos de necesidad por la situación clínica del paciente y a la mínima dosis posible.

Con el patrocinio de



Disponible para descarga en:

www.iMundi.es