

El asma y la EPOC son dos enfermedades respiratorias, que presentan diferencias de concepto, clínicas, diagnósticas y, por tanto, terapéuticas.

1. Diferencias en la definición

EPOC	ASMA
<p>La actualización más reciente de la <i>Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GOLD_2023)</i> define <i>la EPOC</i> como una enfermedad caracterizada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Síntomas respiratorios persistentes (p. ej., disnea, tos, producción de esputo) y – Limitación del flujo de aire derivada de anomalías alveolares o de las vías respiratorias causadas por <i>exposición a partículas o gases nocivos</i> (p. ej., humo de tabaco, combustible de biomasa, contaminación del aire, exposición en el lugar de trabajo). Además de la exposición ambiental, se reconoce actualmente la importancia de los factores del huésped (p. ej., anomalías genéticas, desarrollo pulmonar anormal, envejecimiento acelerado) que predisponen a ciertas personas a desarrollar EPOC. 	<p>La Iniciativa Global para el Asma (GINA 2022) define el <i>asma</i> como una enfermedad heterogénea, con muchas variaciones, que típicamente se caracteriza por una inflamación crónica de las vías respiratorias. Esta patología tiene dos características principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Antecedentes de síntomas respiratorios, como sibilancias, falta de aire, opresión en el pecho y tos, <i>que pueden variar en intensidad y con el tiempo</i>. Y – Limitación variable del flujo de aire espiratorio (<i>dificultad para expulsar el aire de los pulmones</i>), <i>debido a broncoconstricción (estrechamiento de las vías respiratorias), engrosamiento de las paredes de las vías respiratorias y aumento de la mucosidad. En el asma de larga duración la limitación puede hacerse persistente.</i> <p>Factores que pueden</p>

	<p>empeorar o desencadenar los síntomas de asma: <i>infecciones virales, alérgenos en casa o en el trabajo (Ej: ácaros, polen, cucarachas), humo del tabaco, el ejercicio y el estrés. Estas respuestas son más probables en asma no controlado.</i></p>
--	--

2. Diferencias en los objetivos y en la evaluación (GOLD_2023; GINA 2022)

EPOC	ASMA
<p>Los objetivos de la evaluación de la EPOC son:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Determinar la gravedad de la limitación del flujo aéreo.</i> – <i>Valorar el Impacto de la enfermedad en el estado de salud del paciente y</i> – <i>Medir/monitorizar el riesgo de eventos futuros (exacerbaciones, ingresos hospitalarios, muerte).</i> <p>Para alcanzar estos objetivos, en la evaluación de la EPOC hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – La presencia e intensidad de la anomalía espirométrica. – La naturaleza y magnitud de los síntomas actuales del paciente. – Los antecedentes de exacerbaciones moderadas y graves. 	<p>Los objetivos para lograr un buen control del asma requieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Evitar síntomas molestos</i> durante el día y la noche. – <i>Necesitar poca o ninguna medicación de rescate.</i> – Llevar una <i>vida productiva y físicamente activa.</i> – Tener una <i>función pulmonar normal o casi normal.</i> – <i>Evitar las crisis</i> (exacerbaciones o ataques) asmáticas graves. <p>Para alcanzar esos objetivos, hay que tener en cuenta las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Control del asma*: <i>control de síntomas y factores de riesgo (para prevenir crisis).</i> – Comorbilidades asociadas o concomitantes: RSC, ERGE, obesidad, AOS, depresión, ansiedad. – Aspectos relacionados con el tratamiento: técnica de inhalación, adherencia al tratamiento, plan de acción por escrito, efectos secundarios del tratamiento.

<ul style="list-style-type: none"> – La presencia de comorbilidades (ya que pueden influir en la mortalidad y en las hospitalizaciones de forma independiente): enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico, osteoporosis, depresión, ansiedad y cáncer de pulmón. 	<ul style="list-style-type: none"> – Factores de riesgo para una evolución desfavorable del asma: – Factores de riesgo que contribuyen a desarrollar una limitación del flujo de aire persistente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Antecedentes: parto prematuro, bajo peso al nacer, hipersecreción mucosa crónica. ○ Medicamentos: <i>uso excesivo de SABA**; CSI inadecuadamente o no prescritos</i> con antecedentes de exacerbación grave; <i>poca adherencia; técnica de inhalación incorrecta.</i> ○ Exposiciones: <i>humo del tabaco, sustancias químicas nocivas, exposiciones ocupacionales.</i> ○ Función pulmonar: <i>FEV₁ bajo, sobre todo si es < 60% del valor predicho; alta respuesta a los broncodilatadores.</i> ○ Marcadores inflamatorios (tipo 2): <i>eosinofilia en esputo y sangre; FeNO alto (a pesar del tratamiento con CSI).</i> – Factores de riesgo para efectos secundarios con la medicación: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Uso frecuente de CSO, uso de CSI a dosis altas; uso de ICYP450.</i>
---	--

CSI: corticoides inhalados; SABA: broncodilatadores de acción corta; CSO: corticosteroides orales; FeNO: óxido nítrico exhalado; FEV₁: volumen espiratorio forzado en 1 segundo; ICYP450: inhibidores del citocromo p450; RSC: rinosinusitis crónica; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; AOS: apnea obstructiva del sueño; FEV₁: volumen espiratorio forzado en 1 segundo;

*Control del asma: es el grado en el que se observan los efectos del asma en el paciente o que han sido reducidos o eliminados por el tratamiento. Se clasifica como: bien controlado, parcialmente controlado o no controlado. **Uso excesivo de SABA: (≥3 inhaladores de 200 dosis/año; la mortalidad aumenta si se usa ≥1 inhalador/mes).

3. Diferencias en el establecimiento del diagnóstico (GOLD_2023; GINA 2022)

EPOC	ASMA
<p>Considerar EPOC ante un paciente con <i>disnea, tos crónica, producción de esputo, antecedentes de infecciones recurrentes del tracto respiratorio inferior y/o antecedentes de exposición a factores de riesgo de la enfermedad.</i></p> <p>Se precisa espirometría para establecer el diagnóstico; la presencia de FEV₁/FVC posbroncodilatador <0,70 confirma una limitación persistente del flujo aéreo.</p> <p>El impacto de la EPOC en un paciente individual combina la <i>evaluación sintomática con la clasificación espirométrica del paciente y/o el riesgo de exacerbaciones.</i> Sin embargo, la herramienta de evaluación ABCD* presentó <i>limitaciones importantes.</i> Por esta razón, <u>GOLD 2023 reduce la evaluación ABCD y une los grupos C y D en el llamado grupo E.</u></p> <p>En la evaluación combinada de la EPOC:</p> <p>Se deberá realizar una espirometría, para determinar la <i>gravedad de la limitación del flujo aéreo (el grado espirométrico),</i> basada en el FEV₁ posbroncodilatador:</p> <ul style="list-style-type: none"> – GOLD 1: Leve: FEV₁ ≥80% del valor esperado. – GOLD 2: Moderada: 50% ≤ FEV₁ < 50% del valor esperado. – GOLD 3: Grave: 30% ≤ FEV₁ < 50% del valor esperado. 	<p>Antecedentes de síntomas respiratorios variables: En general, en los asmáticos se manifiesta más de un síntoma. Aparecen de forma variable a lo largo del tiempo y varían en intensidad. Suelen aparecer o empeorar por la noche o al despertar. Suelen ser desencadenados por el ejercicio, la risa, los alérgenos o el aire frío.</p> <p>Evidencia de una limitación variable del flujo de aire espiratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cuando el FEV₁ es bajo, especialmente cuando es < 60% del valor predicho el cociente FEV₁/FVC está por debajo del límite inferior de lo normal. – La variación de la función pulmonar es mayor que en las personas sanas. Se considera que existe variabilidad si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Existe respuesta significativa o reversibilidad a los broncodilatadores: El FEV₁ aumenta en > 200 ml y > 12% del valor prebroncodilatador, después de inhalar un broncodilatador. ○ El FEV₁ aumenta en > 12% y en 200 ml con respecto a los valores basales, <i>después de 4 semanas de tratamiento antiinflamatorio</i>‡ (con

<p>– GOLD 4: Muy grave: $\leq FEV_1 < 30\%$ del valor esperado.</p> <p>Cuestionarios para evaluar la disnea o los síntomas en EPOC[£]:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cuestionario que valora la disnea: <i>mMRC</i>. – Cuestionarios que valoran los síntomas: <i>CAT</i> y <i>CCQ</i>. 	<p>excepción de la existencia de infecciones respiratorias).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La variabilidad diurna del <i>PEF</i> $> 10\%$. <p>Se debe evaluar el control de los síntomas del asma mediante <i>cuestionarios (ACT y ACQ)</i>[¶].</p> <p>Según la evaluación del control de los síntomas el asma se clasifica en: bien controlado, parcialmente controlado y no controlado.</p>
---	---

FEV₁: volumen espiratorio forzado en 1 segundo (cantidad de aire exhalado en el primer segundo después de una inhalación máxima); el valor normal es $\geq 80\%$; **FVC**: capacidad vital forzada; **PEF**: flujo espiratorio pico (flujo instantáneo máximo de la maniobra de la FVC); se expresa en litros; **mMRC**: escala modificada del British Medical Research Council; **CAT**: Cuestionario de evaluación de la EPOC (Test de impacto de la EPOC y calidad de vida); **CCQ**: Cuestionario clínico de la EPOC; **ACT**: test de control de asma (para > 12 años); **ACQ**: Cuestionario de control de asma.

***Evaluación ABCD**: incorporó los resultados relatados por el paciente y destacó la prevención de las exacerbaciones en el tratamiento de la EPOC; sin embargo, no ha funcionado mejor que los grados espirométricos para la *predicción de la mortalidad u otros resultados relevantes de la EPOC*. Además, los resultados del grupo "D" se valoraron según dos parámetros: función pulmonar y/o antecedentes de exacerbaciones, que originaron debate y confusión. Por tanto, se llegó a la conclusión que la *espirometría*, en combinación con *los síntomas del paciente y la historia clínica de exacerbaciones moderadas y graves*, se debe seguir considerando una prioridad para el diagnóstico, pronóstico y la valoración de otras consideraciones terapéuticas. **GOLD 2023 reduce la evaluación ABCD y une los grupos C y D en el llamado grupo E.**

£ Cuestionarios para la evaluación de la disnea en la EPOC: *Cuestionario Modificado del British Medical Council (mMRC)* o de los síntomas, que se pueden medir con la *Prueba de Evaluación la EPOC (CAT)* y el *Cuestionario de Control de la EPOC (CCQ)*.

¥Respuesta del PEF después de 4 semanas de tratamiento antiinflamatorio: Podría no producirse reversibilidad con broncodilatadores durante exacerbaciones graves o infecciones virales.

¶ Cuestionarios para la evaluación del control de los síntomas del asma: se utilizan **cuestionarios** como el *Test de Control del asma (ACT)* y el *Cuestionario el Control del Asma (ACQ)*.

4. Diferencias en el tratamiento (GOLD_2023; GINA 2022)

EPOC	ASMA
<p>El tratamiento farmacológico inicial se debe establecer según el número de exacerbaciones moderadas o con ingreso hospitalario y teniendo en cuenta las <i>puntuaciones de los cuestionarios mMRC y CAT</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo A, (0-1 exacerbaciones moderadas (sin ingreso hospitalario), mMRC 0-1, CAT <10): Un broncodilatador. - Grupo B (0-1 exacerbaciones moderadas (sin ingreso hospitalario), mMRC ≥2, CAT ≥10): LABA + LAMA^Ω - Grupo E (≥2 exacerbaciones moderadas o ≥1 que lleve a un ingreso hospitalario): <ul style="list-style-type: none"> ▪ LABA + LAMA^Ω ▪ LABA + LAMA + CSI^Ω (si eosinófilos sanguíneos ≥300). <p>En pacientes que desarrollan más exacerbaciones con terapia LABA + LAMA, la respuesta del contaje de eosinófilos < 100 eosinófilos/μl, se puede utilizar para predecir una <i>baja probabilidad de una respuesta beneficiosa de CSI</i>. Hay dos alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si eosinófilos en sangre ≥ 100 células/μl: escalada a LABA/LAM/CSI, ya que se considera que existe una respuesta beneficiosa con la adición de CSI. - Si eosinófilos < 100 células/μl: se añade roflumilast o azitromicina. <p>Son preferentes los LABA y los LAMA a</p>	<p>Después de establecer el diagnóstico del asma, para tener un asma controlado, se debe iniciar tratamiento con CSI tan pronto como sea posible *.</p> <p>GINA ya no recomienda el tratamiento con SABA solo**, sin estar asociados a CSI.</p> <p>GINA recomienda en asma tratamiento controlador y de rescate preferente que contenga CSI para <i>reducir el riesgo de exacerbaciones graves y controlar los síntomas</i>. El tratamiento será <i>personalizado y se establecerá según unos pasos o escalones (1-5)</i>. También se puede considerar un tratamiento controlador y de rescate alternativo.</p> <p>La mayoría de los pacientes no necesitan más que un CSI a dosis bajas.</p> <p>El tratamiento controlador y de rescate preferente:</p> <p><u>Tratamiento controlador preferente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasos 1-2: CSI/FM, en dosis bajas, según sea necesario, para alivio de los síntomas[£]. ▪ Paso 3 CSI /FM de

los fármacos de acción corta, *excepto en los pacientes con disnea ocasional* (Nivel de evidencia A), *o en caso de alivio inmediato de síntomas en pacientes ya tratados con terapia de mantenimiento con broncodilatadores de acción prolongada.*

El tratamiento puede iniciarse con un solo broncodilatador de acción prolongada o con doble terapia broncodilatadora de acción prolongada (si existe **disnea persistente**) (Nivel de evidencia A).

Son preferentes los **broncodilatadores inhalados** a los broncodilatadores orales (Nivel de evidencia A).

No se recomienda **monoterapia con CSI** a largo plazo (Nivel de evidencia A).

No se recomienda el uso de una combinación **LABA + CSI** en EPOC. En caso de no respuesta a la combinación LABA + LAMA, se recomienda añadir un CSI y la opción a considerar ya es la triple terapia, LABA+LAMA+CSI, que ha demostrado ser superior a LABA+CSI y se puede administrar con inhalador único o múltiple.

Sin embargo, **si los pacientes con EPOC tienen síntomas de asma**, en este caso, el tratamiento debe contener siempre un CSI.

No se recomienda un tratamiento a largo plazo con **corticoides orales** (Nivel de evidencia A).

Puede considerarse tratamiento a largo plazo con CSI en asociación con LABA en pacientes con antecedentes de

mantenimiento y rescate a dosis bajas (MART).

- **Paso 4:** CSI/FM de mantenimiento y rescate a dosis intermedias.
- **Paso 5:** Adicionar LAMA. Derivar para evaluación del fenotipo y tratamiento complementario[¥].

Tratamiento de rescate preferente: CSI/FM a dosis bajas, según sea necesario.

Tratamiento controlador y de rescate alternativo

(antes de considerar un régimen con SABA de rescate, verificar la probabilidad de que el paciente cumple con el controlador diario):

- **Paso 1:** Tomar CSI siempre que se tome SABA.
- **Paso 2:** CSI de mantenimiento a dosis bajas.
- **Paso 3:** CSI/LABA de mantenimiento a dosis bajas, con SABA, según sea necesario.
- **Paso 4:** CSI/LABA de mantenimiento a dosis intermedias/altas con SABA, según sea necesario.
- **Paso 5:** Adicionar LAMA. Derivar para evaluación del fenotipo. Considerar CSI/LABA de mantenimiento a dosis altas, anti-IgE, anti-IL5/5R, anti-IL4R, tezepelumab (anti-TSLP) [¶].

exacerbaciones (Nivel de evidencia A).

En pacientes con *limitación grave o muy grave del flujo aéreo, bronquitis crónica y exacerbaciones*, puede considerarse la adición de un **IPDE4** al tratamiento con broncodilatadores de acción prolongada con o sin **CSI** (Nivel de evidencia B).

Solo se recomienda el uso de **mucolíticos antioxidantes** en *ciertos pacientes seleccionados* (nivel de evidencia A).

No se recomienda el uso de **antitusivos** (Nivel de evidencia C).

Los **CSI** a largo plazo en EPOC pueden causar **neumonías**, por lo que en EPOC solo se considerarán como terapia inicial, si superan los beneficios a los riesgos.

SABA: agonistas β_2 de acción corta; **CSI**: corticoides inhalados; **FM**: formoterol; **LAMA**: antimuscarínicos de larga duración; **anti-IgE**: antiinmunoglobulina E (omalizumab); **anti-IL5/5R**: anti-interleucina 5-5R; **anti-IL4R**: anti-interleucina 4R; **IPDE4**: inhibidor de la difosfodiesterasas tipo 4; **mMRC**: escala modificada del British Medical Research Council; **CAT**: Cuestionario de evaluación de la EPOC (Test de impacto de la EPOC y calidad de vida);

* **ASMA**: Tratamiento inicial con **CSI**, tan pronto como sea posible, porque:

- Los pacientes con asma, incluso leve, pueden tener exacerbaciones graves.
- Dosis bajas de **CSI** reducen notablemente las hospitalizaciones y la muerte.
- Son muy efectivos para prevenir exacerbaciones graves, reducir los síntomas, mejorar la función pulmonar y prevenir la broncoconstricción inducida por el ejercicio.
- El tratamiento temprano con **CSI** a dosis bajas se asocia a una mejor función pulmonar que si los síntomas han estado presentes durante más de 2-4 años.
- Los pacientes que no toman **CSI** y presentan una exacerbación grave tienen una función pulmonar menor a largo plazo que los que habían iniciado tratamiento con **CSI**.

** **ASMA**: Existe fuerte evidencia de que la monoterapia con **SABA**:

- No protege a los pacientes con exacerbaciones graves, aunque proporciona alivio de los síntomas del asma a corto plazo
- El uso regular o frecuente de **SABA** aumenta el riesgo de exacerbaciones.

£ **ASMA**: Tratamiento controlador en pasos 1-2 en asma con **CSI**. Las opciones son:

- **CSI-formoterol**, en dosis bajas, según sea necesario (preferente). El uso de **CSI/FM** como rescate reduce el riesgo de exacerbaciones en comparación con el uso de un **SABA** de rescate.
- **CSI en dosis bajas habituales, más SABA**, según sea necesario.

‡ ASMA: Paso 5: Derivar para evaluación fenotípica y tratamiento complementario: Adicionar un anticolinérgico o antimuscarínico de acción larga (LAMA) para pacientes mayores de 18 años (tiotropio para pacientes ≥ 6 años) en inhaladores separados o combinados; considerar CSI/FM de mantenimiento a dosis altas; anti-IgE (omalizumab SC, ≥ 6 años), anti-IL5 (mepolizumab SC, ≥ 6 años o reslizumab IV, ≥ 18 años) o anti-IL5R (benralizumab SC, ≥ 12 años), anti-IL4R (dupilumab SC, ≥ 12 años), anti-TSLP (tezepelumab SC, ≥ 12 años).

Ω La terapia inhaladora con un solo inhalador puede ser más conveniente y efectiva que con múltiples inhaladores.

⊐ Tezepelumab: Este fármaco está autorizado, pero está pendiente de financiación y comercialización.

Diferencias en los tratamientos en asma y en EPOC (tratamiento de inicio)

Tratamiento de inicio de la EPOC (según exacerbaciones moderadas o con ingreso hospitalario) (según grupos de pacientes: A, B y E y cuestionarios mMRC y CAT)		Tratamiento preferente del Asma (en escalones o pasos)		
≥ 2 exacerbaciones moderadas o ≥ 1 exacerbación con ingreso hospitalario	Grupo E LABA + LAMA* Considerar LABA + LAMA + CSI* (si Eo ≥ 300)	Tratamiento o Controlador	Pasos 1 - 2	CSI-FM, a dosis bajas, según sea necesario
	0 o 1 exacerbación moderada (sin llegar a un ingreso hospitalario)		Grupo A (mMRC 0-1; CAT < 10) Un broncodilatador	Paso 3
Grupo B (mMRC ≥ 2 ; CAT ≥ 10) LABA + LAMA*			Paso 4	CSI-FM, a dosis intermedias
			Paso 5	Complemento con LAMA. Derivación para evaluación del fenotipo. Considerar CSI-FM a dosis altas, AcMo
		Tratamiento o de rescate	CSI-FM, a dosis bajas, según se precise	

Fuente: **GINA 2022**; **GOLD 2023**. CSI: corticosteroides inhalados; FM: formoterol; LABA: β -2 adrenérgicos de acción larga; LAMA: antimuscarínicos de acción larga; Eeos: eosinófilos sanguíneo.; AcMo: anticuerpos monoclonales anti-IgE, anti-IL5/5R, anti-IL 4R; mMRC: Cuestionario Modificado del British Medical Research Council; CAT: COPD Assessment Test (Test de Valoración de la EPOC).

*El uso de la terapia inhalada en un solo dispositivo puede ser más conveniente y efectiva que la utilización de varios inhaladores.

Factores para considerar cuando se inicia tratamiento con CSI

(tener en cuenta que el escenario es diferente cuando se considera la retirada del CSI)

Uso fuertemente a favor	Uso moderadamente a favor	Uso en contra
<ul style="list-style-type: none"> - Historia de ingreso (s) por exacerbaciones de EPOC* - ≥ 2 exacerbaciones/año* - Eosinófilos sanguíneos ≥ 300 células/μl - Historia de asma concomitante 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 exacerbación moderada/año* - Eosinófilos sanguíneos 100-300 células/μl 	<ul style="list-style-type: none"> - Eventos de neumonía repetidos - Eosinófilos sanguíneos $< 100/\mu$l - Historia de infección por micobacterias

Tomada y Adaptada de ERS 2019: [European Respiratory Journal 52 \(6\) 1801219](https://doi.org/10.1183/13993003.01219); DOI:10.1183/13993003.01219 *A pesar de terapia apropiada de mantenimiento con broncodilatadores de larga duración *Hay que tener en cuenta que los eosinófilos en sangre deben verse como un continuo; los valores citados representan puntos de corte aproximados; es probable que los recuentos de eosinófilos fluctúen.

Aspectos relevantes para destacar

- Tanto en EPOC como en asma los pacientes presentan síntomas respiratorios, **persistentes** en EPOC y de **naturaleza variable** en asma.
- En el caso de EPOC el factor etiológico más habitual es el tabaco; en asma además del humo del tabaco los síntomas aparecen o empeoran también con las infecciones virales, los alérgenos, el estrés.
- En ambas patologías el objetivo es **evitar crisis y tener calidad de vida**. En asma es fundamental usar poca o ninguna medicación de rescate y evitar síntomas diurnos o nocturnos, y en EPOC, determinar la gravedad y establecer su impacto.
- En ambas patologías se considera relevante el antecedente de haber tenido **exacerbaciones moderadas y graves** y la presencia de **comorbilidades** específicas de cada una de ellas.
- La **espirometría** es el diagnóstico fundamental:
- **Las diferencias más relevantes en el tratamiento son:**
 - EPOC:** se establece en función de las exacerbaciones y la disnea fundamentalmente:
 - Son preferentes los **LABA y los LAMA** a los fármacos de acción corta.
 - Solo se utiliza **CSI** en asociación en triple terapia con LABA/LAMA (LABA/LAMA/CSI), en pacientes Grupo E, con eosinófilos sanguíneos ≥ 300 células/ μ l.
 - **No** se recomienda **monoterapia** con corticosteroides inhalados - **CSI-** por la posible aparición de **neumonías**.
 - **No** se recomienda tampoco una terapia a largo plazo con **corticosteroides orales -CSO-**.
 - **No** se recomienda el uso de una combinación **LABA + CSI**.

- *No se utilizan los anticuerpos monoclonales en EPOC, que sí son utilizados en asma grave en pacientes seleccionados.*

Asma: el tratamiento según escalones o pasos de acuerdo con la valoración del control de la gravedad:

- *El tratamiento controlador y de rescate preferido debe contener corticosteroides inhalados (CSI).*
- *En todos los escalones, tanto de mantenimiento como de rescate: CSI en asociación formoterol (CSI/FM).
Las dosis de CSI se irán subiendo según se ascienda en los escalones (bajas en el escalón 3, intermedias en el 4 y altas en el 5); dichas dosis también se irán disminuyendo si se desciende de escalón.*
- *En la vía alternativa de tratamiento se puede utilizar cualquier otro LABA.*
- *Los anticuerpos monoclonales, se recomiendan después de evaluación fenotípica, como tratamiento complementario, en el escalón 5*
- *Solo se contempla la adición de un anticolinérgico o antimuscarínico de acción larga (LAMA) en el asma grave, en el escalón 5, para pacientes mayores de 18 años (tiotropio, para pacientes ≥ 6 años) en inhaladores separados o combinados.*
- *No se recomienda el uso de SABA solo; se recomienda asociar SABA (en caso de utilizarlo) con CSI.*

Autora: M^a Rosa Miranda Hidalgo¹

Revisoras: Judit Ceruelo Bermejo¹, M^a Ana Prado Prieto² y M^a Luisa Moreno Hernández¹

1 Dirección Técnica de Farmacia

2 Farmacéutica de Atención Primaria de Valladolid Este