



CARTA AL EDITOR

A propósito del tratamiento con corticoides inhalados en la crisis de asma

About the treatment with inhaled corticosteroids in asthma exacerbation

Sr. Editor:

El manejo del asma en atención primaria vuelve a estar de actualidad. Recientemente, miembros del grupo de respiratorio GRAP han publicado un artículo en su revista que describe la situación actual sobre el manejo del asma en atención primaria¹. Según los firmantes, en menos del 50% de los centros participantes se utiliza como referencia la guía española del asma GEMA². Quizás por ello, esta sociedad también ha editado recientemente su propia guía: la ASMAgrap³. Se trata de un documento extenso (192 páginas en la versión de formato pdf), redactado en su totalidad por profesionales de atención primaria, cuyo objetivo fundamental es «intentar mejorar el *infra diagnóstico*, y poder hacer un mejor control y ampliar el abordaje global en nuestros pacientes con asma».

Además de las guías GEMA5.0 y ASMAgrap, los profesionales de nuestro entorno pueden consultar al menos otras 2 guías actualizadas recientemente: la guía internacional GINA⁴ y la elaborada por la CAMFiC⁵. En general, todas ellas proponen recomendaciones similares, cuando no idénticas. Una coincidencia lógica en las guías autóctonas si tenemos en cuenta que comparten muchos de sus autores. Sin embargo, en el apartado del manejo farmacológico de las agudizaciones se advierten ciertas diferencias, que no pasan desapercibidas para los interesados por la enfermedad respiratoria en general y/o el asma, en particular.

Se entiende por crisis de asma, el episodio de empeoramiento de la situación clínica basal que requiere la administración de un tratamiento específico^{3,4}. Su intensidad puede oscilar desde muy leve, con síntomas prácticamente indetectables, hasta muy grave, con compromiso

vital inminente. Por eso, el objetivo inmediato del tratamiento es revertir la crisis lo antes posible. El manejo farmacológico no depende del lugar donde se atiende el paciente, sino de la gravedad de la situación. Habitualmente incluye broncodilatadores inhalados como agonistas-beta2-adrenérgicos (salbutamol o terbutalina) o anticolinérgicos (ipratropio) y glucocorticoides orales o inhalados²⁻⁵. En la *tabla 1* se muestra la pauta propuesta por estas guías.

Respecto al uso de broncodilatadores, las indicaciones son similares. Se recomienda salbutamol, preferente administrado como pMDI con cámara de inhalación, antes que nebulización, ya que presenta una eficacia clínica similar con una menor dosis²⁻⁴. El ipratropio puede añadirse para aliviar la sintomatología en las crisis moderadas-graves. El uso combinado de broncodilatadores se asocia con menos hospitalizaciones, en comparación con la monoterapia⁴.

Por su parte, los glucocorticoides aceleran la resolución de las exacerbaciones y su uso precoz se ha asociado con una reducción de ingresos hospitalarios. Por eso se recomienda administrarlos durante la primera hora (a ser posible) y en todas las crisis de asma, salvo en las más leves. La dosis más recomendada es de 40-50 mg de prednisona, pero la ideal no está bien definida. La vía oral es siempre de elección, ya que es tan eficaz como la intravenosa²⁻⁴. Sin embargo, la utilidad de la vía inhalatoria es más controvertida, particularmente en lo que se refiere a la administración conjunta con glucocorticoides sistémicos⁴. Mientras la guía CAMFiC los indica desde un inicio, ya en las crisis leves, la GEMA5.0 los propone en las moderadas-graves, y la GINA-2020 y la ASMAgrap los reservan para las más graves. El último monográfico sobre uso racional del medicamento de la revista *Actualización en Medicina de Familia (AMF)*, ni si quiera los tiene en cuenta⁶. En cualquier caso, esta discordancia entre guías, sin una justificación aparente más allá del criterio de los autores, podría inducir cierta confusión a la hora de decidir el tratamiento más adecuado para el manejo de las crisis de asma en atención primaria. Quizás, en un futuro, sus autores habituales puedan encontrar un espacio común donde unificar el criterio.

Tabla 1 Comparación de las recomendaciones para manejo farmacológico en las crisis de asma según algunas guías clínicas de aplicación en atención primaria

ASMAgrap ³	GINA ⁴	GEMA5.0 ²	CAMFIC ⁵
Crisis leve (PEF >70%) ●BD: Salbutamol o terbutalina pMDI/Cln, de 2-8 inh, hasta 3 tandas en la 1ª hora ●GC: Prednisona 30-50 mg VO en caso de que no se presente mejoría inicial o crisis previas que los hayan requerido Crisis moderada (PEF 50-70%) ●BD: Salbutamol o terbutalina pMDI/Cln 4-10 inh, hasta 3 tandas en la 1ª hora ●Si precisa después de salbutamol, ipratropio pMDI/Cln 4-8 inh ●GC: Prednisona 30-50 mg VO Crisis grave (PEF <50%) ●BD: Salbutamol + ipratropio pMDI/Cln, 4-8 inh c/10-15 min durante 1ª hora: en caso de hipoxia NEB 2,5 mg + 0,5 mg (respectivamente), hasta 3 veces en una hora ●GC: Prednisona 30-50 mg VO o hidrocortisona 100-200 mg EV ●Budesonida NEB 0,5 mg, sólo si el paciente no responde al tratamiento BD	Crisis leve-moderada (PEF >50%) ●BD: Salbutamol pMDI/Cln, de 4-10 inh c/20 min durante una hora ●Considerar la necesidad de ipratropio, pMDI/Cln 4-8 inh ●GC: Prednisona VO 40-50 mg, dosis ajustada al peso Crisis grave (PEF <50%) ●BD: Salbutamol + ipratropio, considere administrar NEB. ●GC sistémicos: Prednisona VO, dosis ajustada al peso, o hidrocortisona 200 mg EV ●Considerar la necesidad de GC inhalados, altas dosis NEB	Crisis leve (PEF o FEV1 ≥ 70%) ●BD: Salbutamol pMDI/Cln, de 2-4 inh, c/20 min durante la 1ª hora Crisis moderada-grave (PEF o FEV1 <70%) ●BD: Salbutamol + ipratropio pMDI/Cln, 4-8 inh c/10-15 min durante 1ª hora, o NEB 2,5 mg + 0,5 mg (respectivamente), c/20 min durante 1ª hora ●GC: Prednisona 50 mg VO o hidrocortisona 200 mg EV ●Propionato de fluticasona pMDI/Cln 4 inh c/10-15 min, o Budesonida pMDI/Cln 4 inh c/10-15 min o NEB 0,5 mg, c/20 min durante 1ª hora	Crisis leve (PEF >80%) ●BD: Salbutamol pMDI/Cln, de 2-4 inh c/20 min (hasta 3 tandas en una hora) ●GC: Fluticasona pMDI/Cln 2 inhó budesonida pMDI/Cln 4 inh c/20 min (hasta 3 tandas en una hora) Crisis moderada (PEF 60-80%) Añadir: ●BD: ipratropio pMDI/Cln 4-8 inh (hasta 3 veces en 1 hora) ●GC: Prednisona 40-60 mg VO o dosis equivalente Crisis grave (PEF <60%) Añadir: ●BD: ipratropio pMDI/Cln 4-8 inh (hasta 3 veces en 1 hora) ●GC: Prednisona 40-60 mg VO o hidrocortisona 100-200 mg EV

BD: broncodilatador;EV: vía endovenosa;FEV1: volumen forzado en el primer segundo;GC: glucocorticoide; NEB: nebulizado;PEF: flujo espiratorio máximo; pMDI/Cln: inhalador en cartucho presurizado administrado con cámara de inhalación; VO: vía oral.

Bibliografía

- Molina J, Mascarós E, Ocaña D, Simonet P, Campo S. Recursos asistenciales en atención primaria para manejo del asma: proyecto Asmabarómetro. *Aten Primaria*. 2020;52:258-66.
- Plaza V. Guía española para el manejo del asma. GEMA5.0 Madrid: Luzán5; 2020 [consultado 1 Ene 2021] Disponible en: <https://issuu.com/separ/docs/gema.5.0.2020...2.?fr=sYzRiZDE2Njc2Ng>.
- Flor X, Álvarez S. (coord). Guía ASMAgrap 2020. Grupo de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP). Barcelona: Ed. Euromedice; 2020 [consultado 1 Ene 2021] Disponible en: https://issuu.com/respiratoriograp/docs/guia_grap.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Update 2020 [consultado 1 Ene 2021] Disponible en: www.ginasthma.org.
- Membres del Grup de Respiratori de la CAMFiC. Guia pràctica per al maneig de l'asma. CAMFIC: Barcelona, 2019 [consultado 1 Ene 2021] Disponible en: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_11124.pdf.
- Asma. Crisis asmática. AMF. 2020;16:601 [consultado 1 Ene 2021] Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/revistas_ver.php.

Francisco Martín-Luján^{a,*}, Antoni Santigosa-Ayala^b
y Jordi Daniel-Díez^c

^a CAP Sant Pere de Reus, Institut Català de la Salut, Reus,
Tarragona, España

^b CAP Sant Salvador, Institut Català de la Salut, Tarragona,
España

^c CAP Salou, Institut Català de la Salut, Salou, Tarragona,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmartin.tgn.ics@gencat.cat
(F. Martín-Luján).