XVII JORNADA RESPIRATORI

Actualització Asma/EPOC

José Paredes

Metge de Medicina Familiar i Comunitària

EAP Breda – Hostalric

Coordinador del GdT GERMIAP

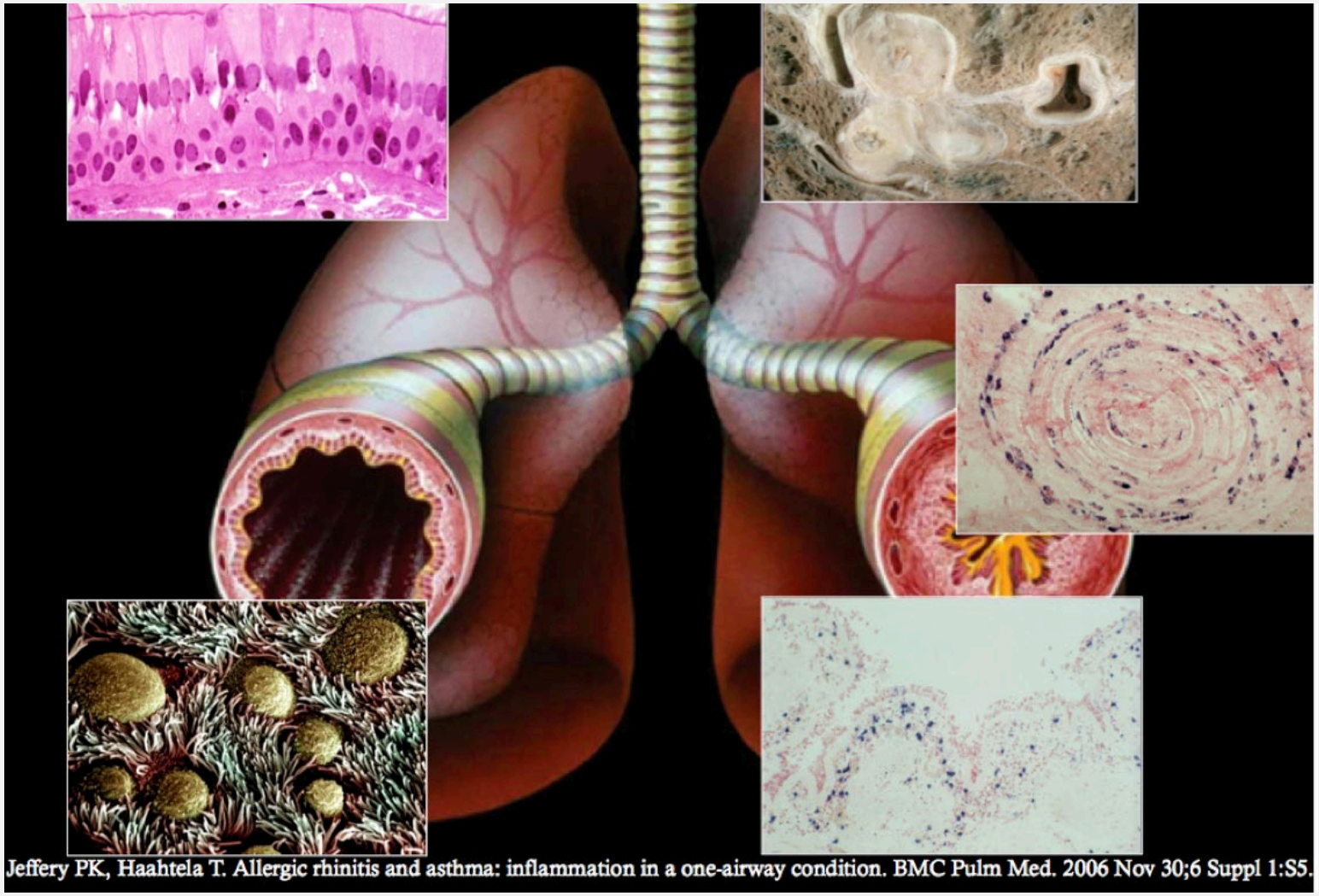
Girona, 24 d'octubre de 2025

INDEX ASMA 25

- GINA 2025
- Definición
- Diagnóstico
- Control y seguimiento
- Tratamiento
- Crisis asmática

Definición

- Enfermedad heterogénea, usualmente caracterizada por inflamación crónica de la vía aérea y definida por historia de síntomas respiratorios, tales como silibancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho, que varían en el tiempo e intensidad, juntos con flujo de aire espiratorio variable.



Jeffery PK, Haahtela T. Allergic rhinitis and asthma: inflammation in a one-airway condition. BMC Pulm Med. 2006 Nov 30;6 Suppl 1:S5.

GINA 2025

-BIOMARCADORES

Recuento eosinófilos en sangre
Fracción exalada de óxido nítirico (FeNO)
Inmunoglobulina E (IgE) total en suero
IgE especifica para alergenos

-DIAGNÓSTICO

Flujo espiratorio variable ….no “limitación..”

-TRATAMIENTO

De rescate se prioriza ICS-formeterol (y en general ICS + SABA …)
Si necesita ICS-LABA en alta dosis, limitar su uso a 3-6 meses siempre que sea posible

- ASMA + EPOC
  - Desaparece el concepto “overlap”

PASO 1
DIAGNOSTICAR

Diagnóstico

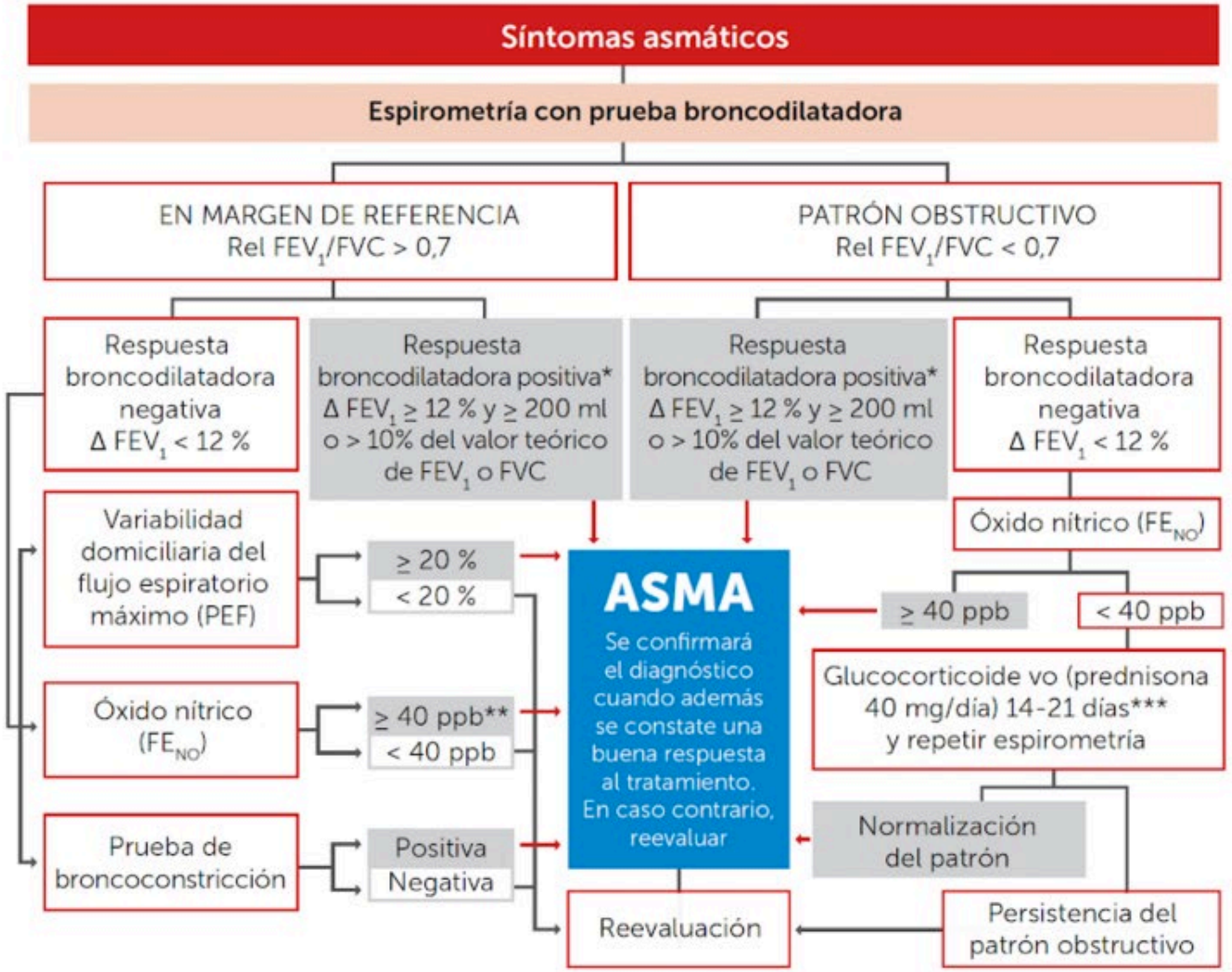


FIGURA 2.1. Algoritmo diagnóstico.

GEMA 5.5

Seguimiento y control

-uso de inhaladores

- ACT

- Peak flow

Control del asma: herramientas

Asma Control Test™

1. En las últimas **4 semanas**, ¿cuánto tiempo le ha impedido su **asma** hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?

Siempre	La mayoría del tiempo	Algo del tiempo	Un poco del tiempo	Nunca
1	2	3	4	5

2. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia le ha faltado el aire?

Más de una vez al día	Una vez al día	De 3 a 6 veces por semana	Una o dos veces por semana	Nunca
1	2	3	4	5

3. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia sus síntomas del **asma** (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?

4 o más noches por semana	De 2 a 3 noches por semana	Una vez por semana	Una o dos veces	Nunca
1	2	3	4	5

4. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?

3 o más veces al día	1 ó 2 veces al día	2 ó 3 veces por semana	Una vez por semana o menos	Nunca
1	2	3	4	5

5. ¿Cómo evaluaría el control de su **asma** durante las **últimas 4 semanas**?

No controlada en absoluto	Mal controlada	Algo controlada	Bien controlada	Completamente controlada
1	2	3	4	5

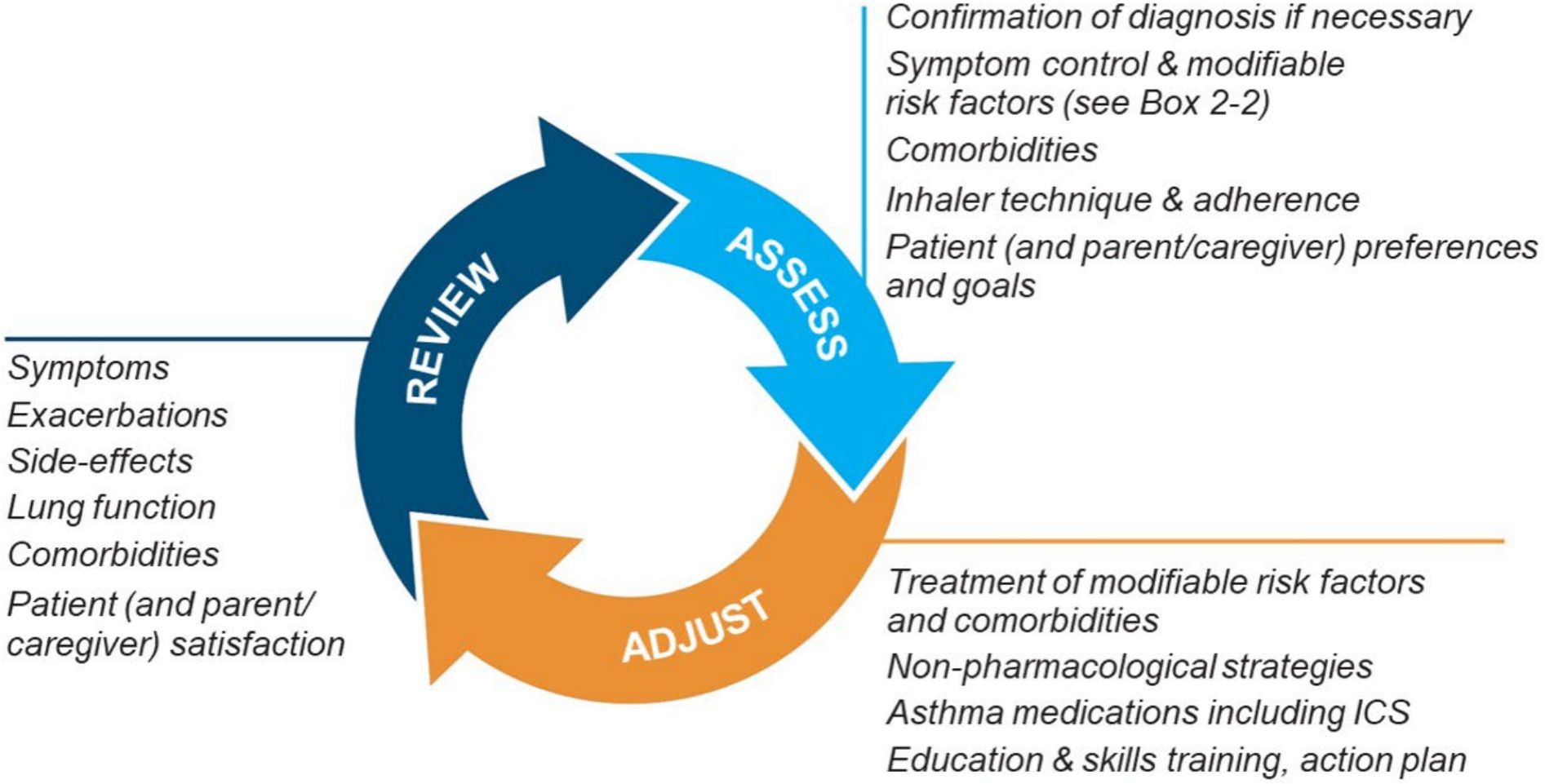
≥ 20: bien controlada	19-16: parcialmente controlada	≤ 15: mal controlada

Tabla 2.6. Clasificación del control del asma en adultos

	Bien controlada *(Todos los siguientes)*	Parcialmente controlada *(Cualquier medida en cualquier semana)*	Mal controlada
Síntomas diurnos	Ninguno o ≤ 2 días al mes	> 2 días al mes	Si ≥ 3 características de asma parcialmente controlada
Limitación de actividades	Ninguna	Cualquiera	
Síntomas nocturnos/ despertares	Ninguno	Cualquiera	
Necesidad medicación de alivio (rescate) (agonista β_2 adrenérgico de acción corta)	Ninguna o ≤ 2 días al mes	> 2 días al mes	
Función pulmonar			
FEV_1	≥ 80% del valor teórico o Z-score ≥ -1,64	< 80% del valor teórico o Z-score < -1,64	
PEF	≥ 80 % del mejor valor personal	< 80 % del mejor valor personal	
Exacerbaciones	Ninguna	≥ 1/año	

FEV_1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo.

Asthma treatment is not 'set and forget', and not just medications



© Global Initiative for Asthma, www.ginasthma.org

Seguimiento y control

Eligiendo el inhalador adecuado

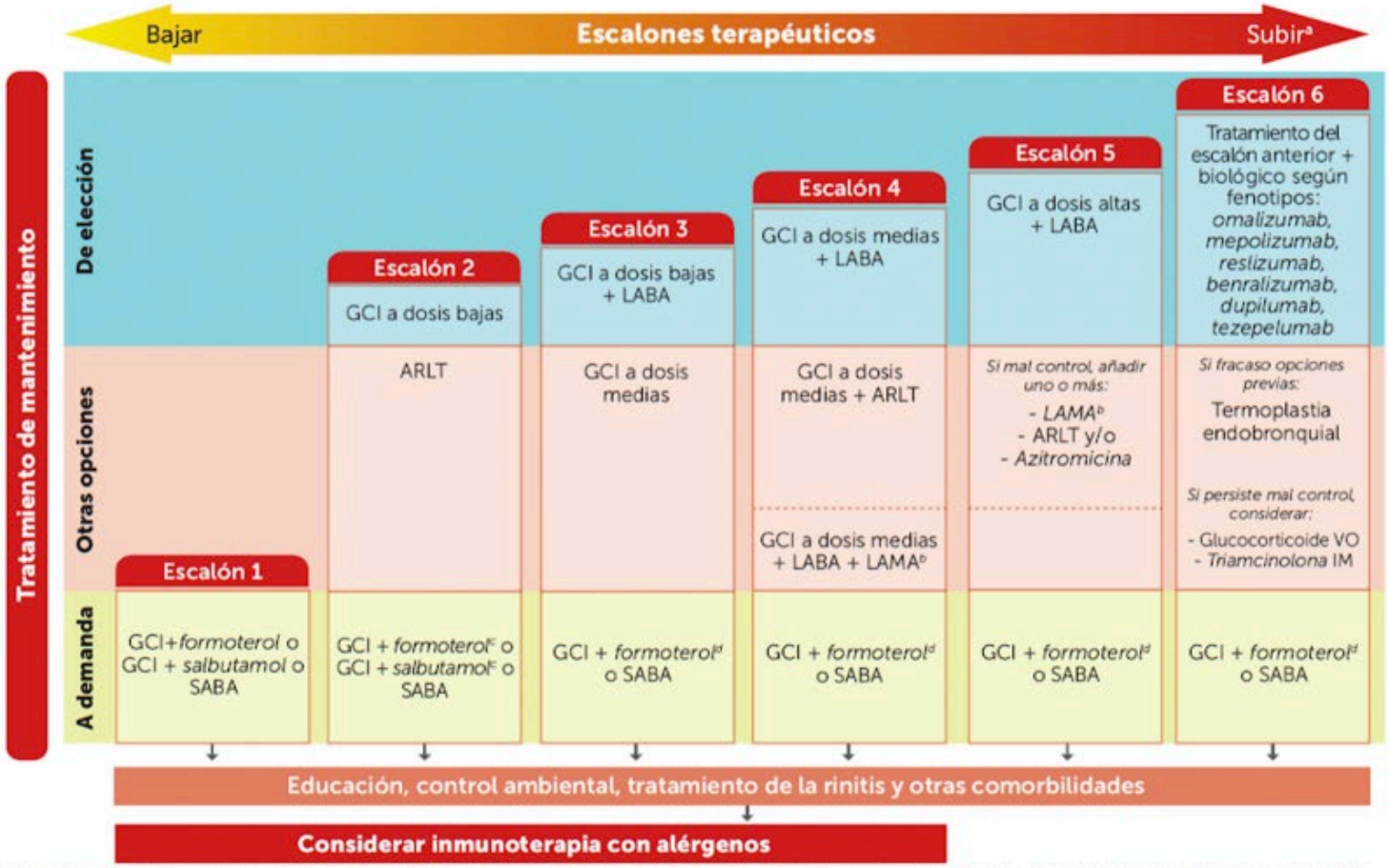
Paciente consciente, con capacidad para inspirar

Flujo inspiratorio suficiente		Flujo inspiratorio insuficiente	
Buena coordinación	Mala coordinación	Buena coordinación	Mala coordinación
DPI, MDI, SMI	**DPI,** MDI + cámara SMI + cámara	MDI, SMI	MDI + cámara, SMI + cámara, nebulizador

MDI: *pressured metered dose inhaler.*
DPI: *dry powder inhalers.*
SMI: *soft mist inhaler.*

Seguimiento y control

Tratamiento



[a]Tras confirmar la correcta adhesión terapéutica y empleo del inhalador/es. [b]LAMA: tiotropio o glicopirronio. [c]Sin tratamiento de mantenimiento. [d]Se puede utilizar GCI + formoterol a demanda cuando también se utilice esta combinación de mantenimiento.

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.

GEMA5.5

TRACK 1: PREFERRED CONTROLLER and RELIEVER
Using ICS-formoterol as the reliever* reduces the risk of exacerbations compared with using a SABA reliever, and is a simpler regimen

STEPS 1 – 2
As-needed-only low dose ICS-formoterol*

STEP 3
Low dose maintenance ICS-formoterol

STEP 4
Medium dose maintenance ICS-formoterol

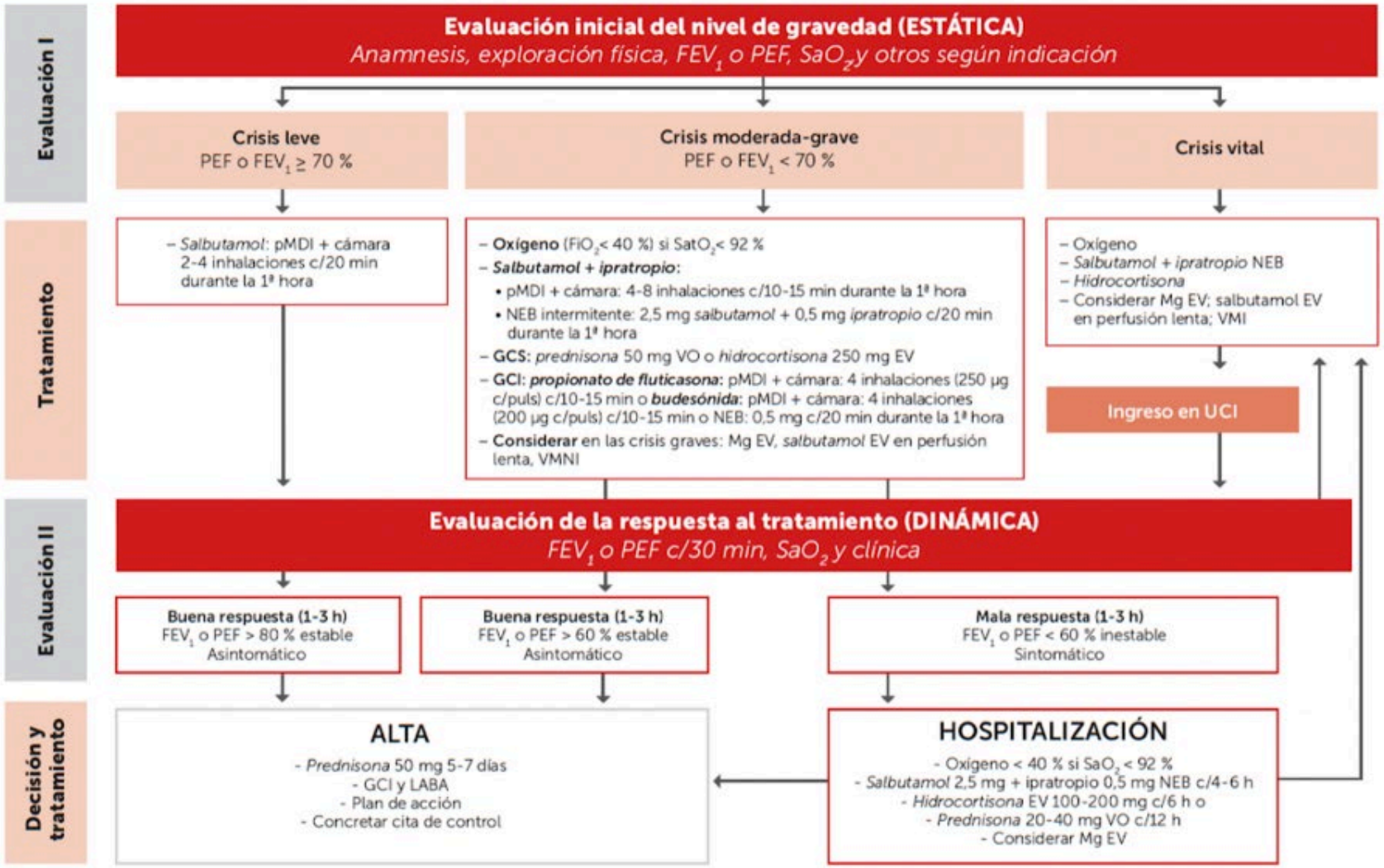
STEP 5
Add-on LAMA
Refer for assessment of phenotype. Consider high dose maintenance ICS-formoterol, ± anti-IgE, anti-IL5/5R, anti-IL4Rα, anti-TSLP

RELIEVER: As-needed low-dose ICS-formoterol*

*Anti-inflammatory reliever

© Global Initiative for Asthma 2024, www.ginasthma.org

Manejo crisis asmática



GEMA 5.5

EPOC 2025

41%

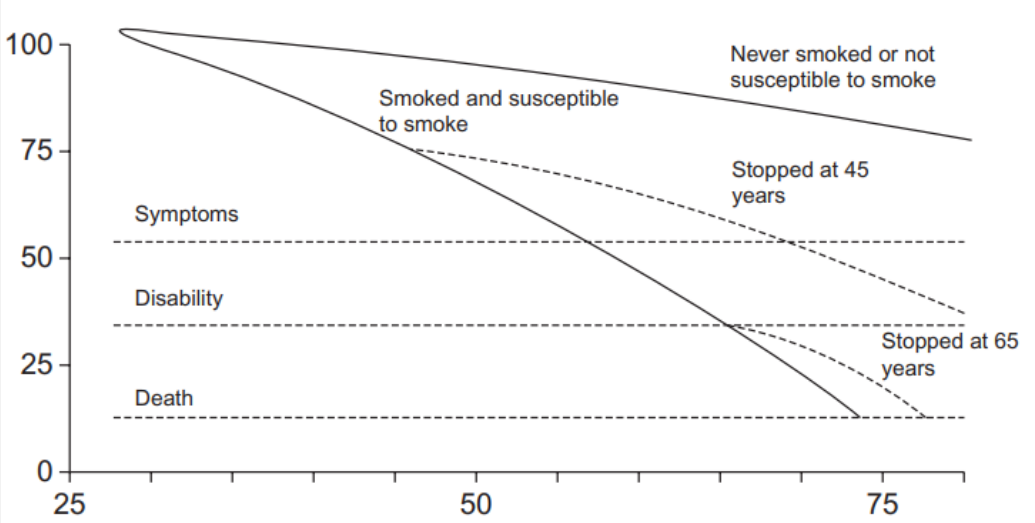
de los pacientes EPOC siguen fumando.

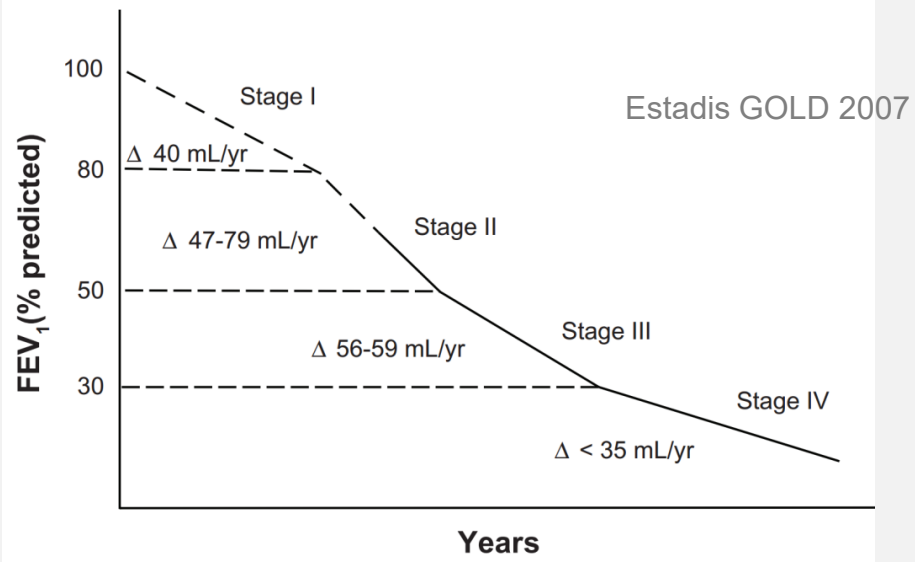
Alfageme I, de Lucas P, Ancochea J, Miravitlles M, Soler-Cataluña JJ, García-Río F, Casanova C, Rodríguez González-Moro JM, Cosío BG, Sánchez G, Soriano JB. 10 Years After EPISCAN: A New Study on the Prevalence of COPD in Spain -A Summary of the EPISCAN II Protocol. Arch Bronconeumol (Engl Ed). 2019 Jan;55(1):38-47. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2018.05.011. Epub 2018 Jul 7. PMID: 30612602.

INDEX EPOC 25

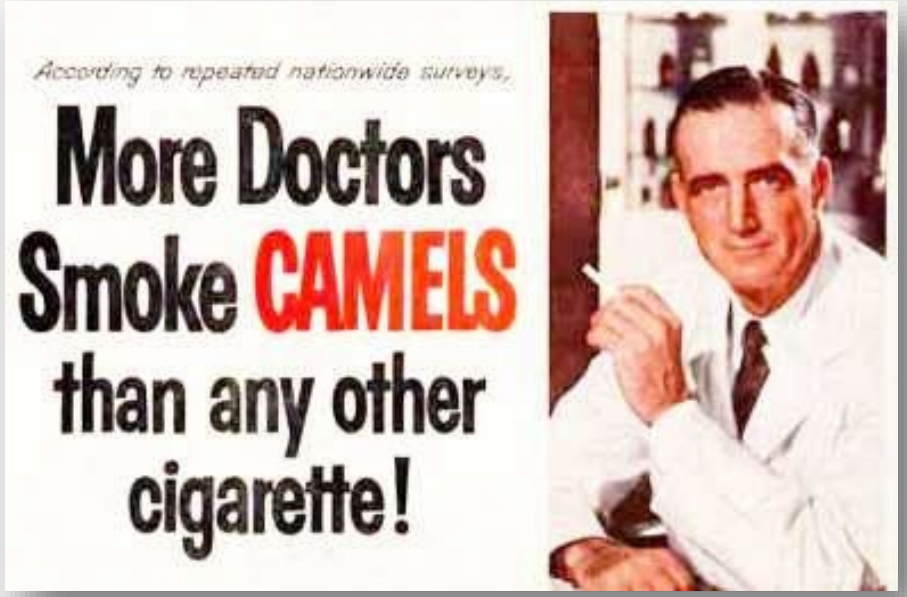
- Definición
- Diagnóstico
- Clasificación
- Control y seguimiento
- Tratamiento
- Exacerbaciones
- Novedades

La taxa de deteriorament de la funció pulmonar no és constant llarg del temps





- **Deixar de fumar** atès que frena de manera molt important la caiguda del FEV1 ha demostrat ser la forma més eficaç de modificar de manera substancial l'evolució clínica de la malaltia i precoçment.
- Afegir tractament amb BD si el pacient presenta clínica que valorarem amb l'escala de la dispnea i el qüestionari CAT


According to repeated nationwide surveys,
More Doctors Smoke CAMELS than any other cigarette!

Viceroys FILTER the Smoke!
As your Dentist, I would recommend VICEROYS
VICEROY

Be Happy-GO LUCKY!
Buy the Lucky carton-today!

20,679* Physicians say "LUCKIES are less irritating"
"It's toasted"
Your Throat Protection against irritation against cough
LUCKY STRIKE

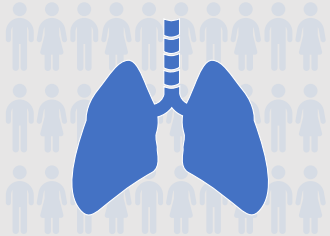
"Give your throat a vacation...
Smoke a FRESH cigarette"
CAMELS

EPOC GOLD 2025

- *“La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una afección pulmonar heterogénea que se caracteriza por síntomas respiratorios crónicos (disnea, tos, producción de esputo, exacerbaciones) debidos a anomalías de las vías respiratorias (bronquitis, bronquiolitis) y/o de los alvéolos (enfisema) que provocan una obstrucción persistente, a menudo progresiva, del flujo de aire.”* [1]

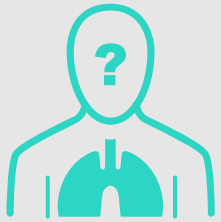
Datos de la EPOC a nivel mundial[1]

~384 millones de personas tienen EPOC en todo el mundo[2]



1 de cada 5 pacientes muere en el plazo de **1 año** desde su primera exacerbación grave[4]*

La **EPOC** es la **tercera causa principal de muerte** a nivel mundial[1]



Se estima que **más de la mitad** de los pacientes con EPOC puede **no estar diagnosticado**[3]

~3 millones de personas **mueren** de EPOC cada año, lo que representa **el 6 % de todas las muertes a nivel mundial**[2]

*al. PLoS One 2014;9:e114866

Diagnostic. Sospita Clínica

La sospita d'MPOC s'ha d'establir en persones majors de 35 anys amb exposició a factors de risc, principalment al tabac, i que presentin símptomes respiratoris:

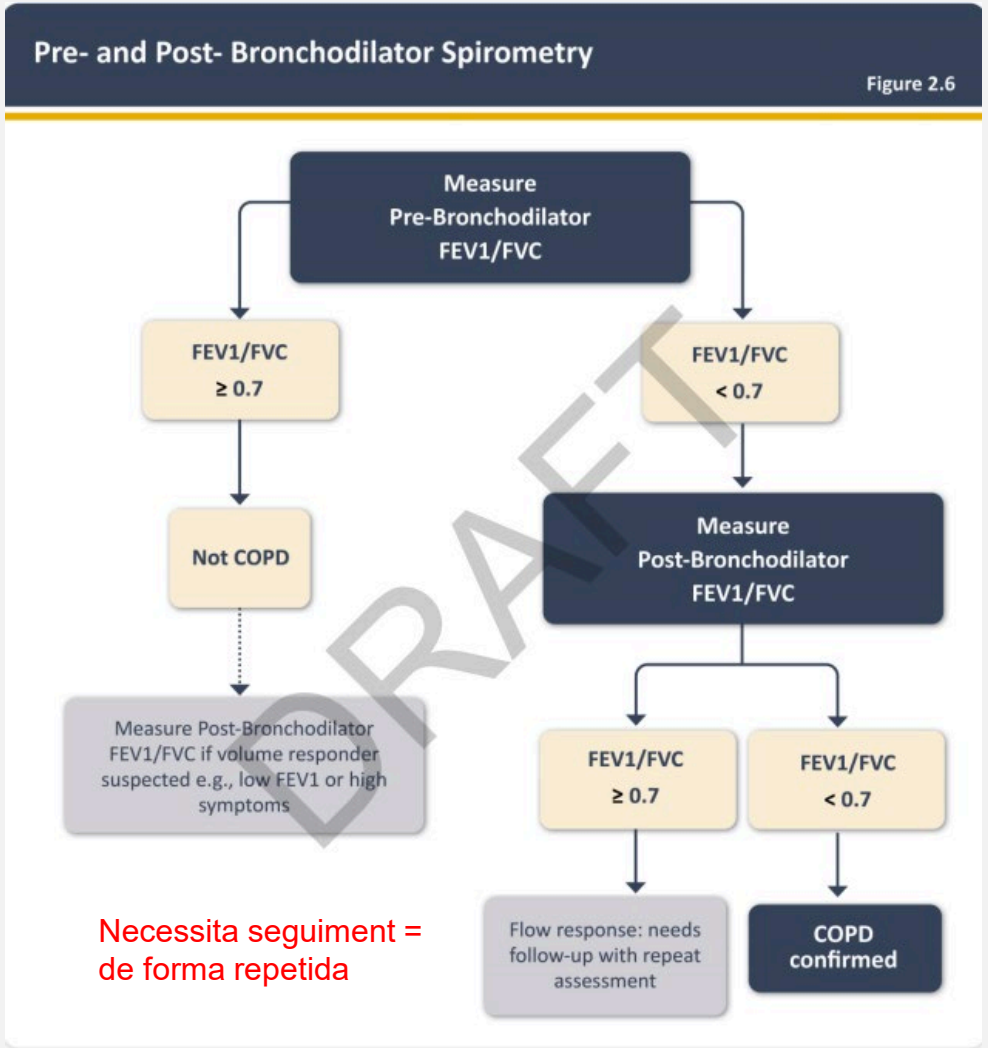
- Edat > 35 anys
- Historia de tabaquisme 10 o més paquets/any
- Exposició a factors de risc: Tabaquisme, factors ambientals o factors de l'hoste
- Dispnea
- Tos crònica, amb o sense expectoració

Es pot iniciar tractament simptomàtic tot esperant confirmar diagnòstic

ESPIROMETRIA

Diagnostico de EPOC

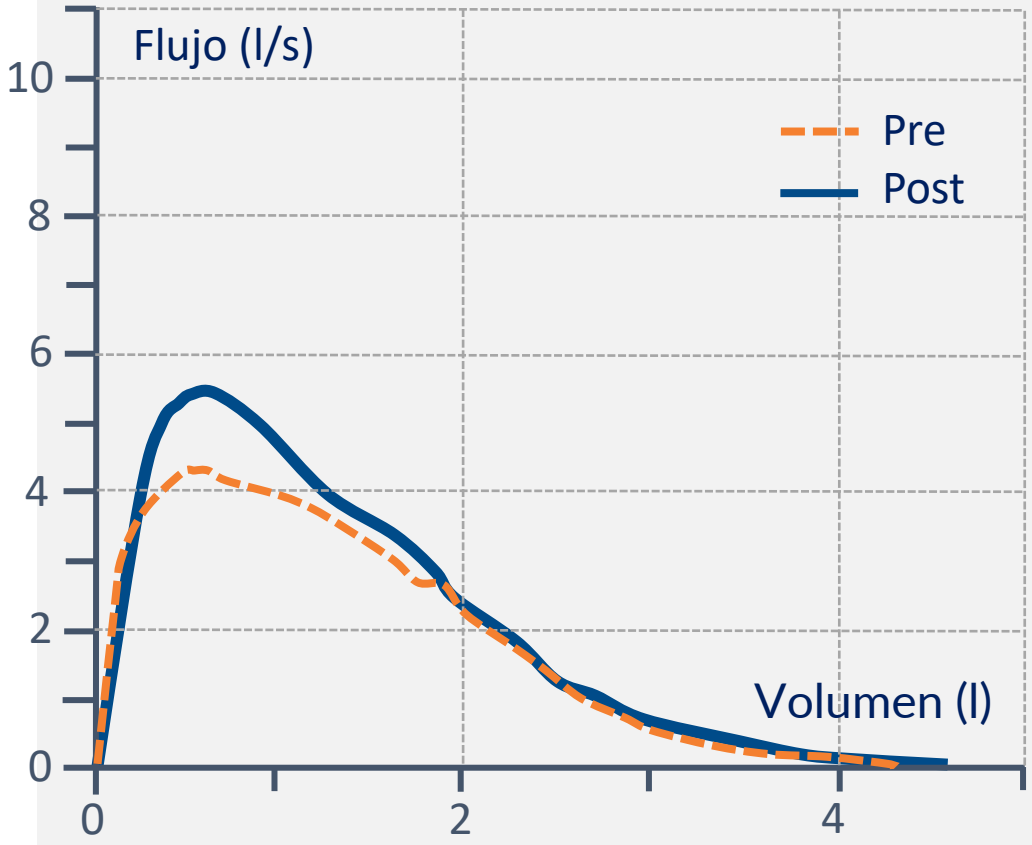
GOLD.2025

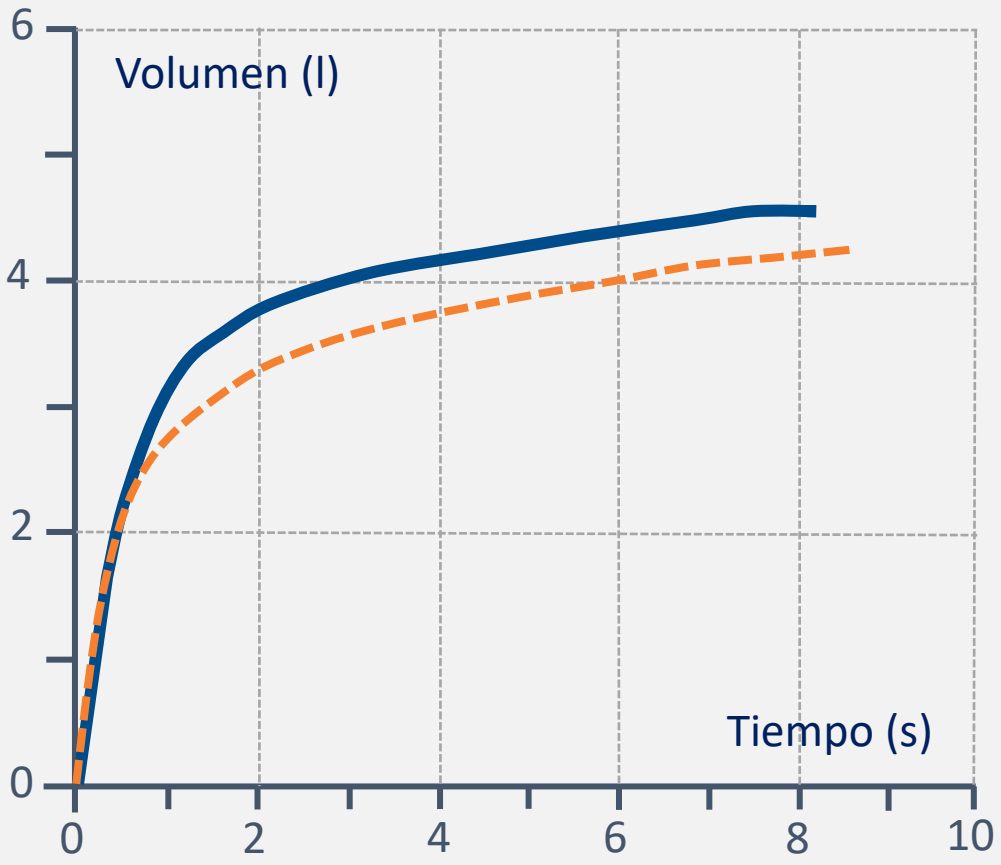


Necessita seguiment = de forma repetida

2024,2025 Global Initiative for Chronic obstructive Lung Disease, Inc

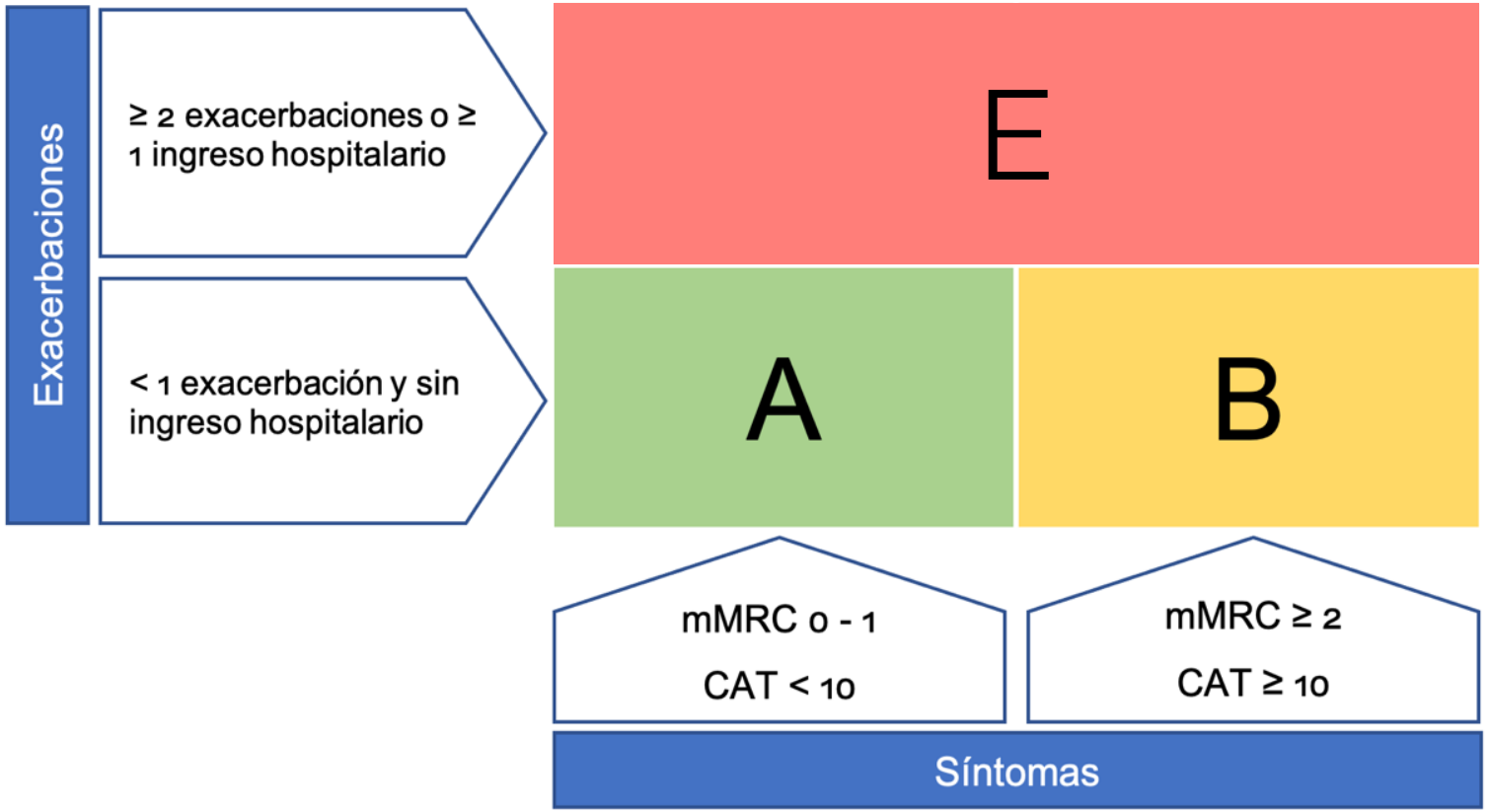
Espirometría: confirma el diagnóstico de EPOC





	Basal	% Pred.	[Mín.	Pred.	Máx.]	Post.	% Pred.	Cambio	Unidad
FEV_1	2,63	61	1,92	4,33	5,65	2,73	63	+4	l
FVC	4,24	83	3,62	5,26	6,90	4,58	87	+8	l
FEV_1/FVC	68,1	-	-	-	-	68,8	-	+1	%

Clasificación EPOC GOLD 2025



Control y seguimiento

a) CUESTIONARIO mMRC [1,2] (Modified British Medical Research Council)

VALORACIÓN DE LOS SINTOMAS ESCALA DE DISNEA MODIFICADA DEL MRC (mMRC), British Medical Research Council >2 Disnea significativa	
0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar deprisa o al subir una cuesta poco pronunciada
2	Incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso
3	Tener que parar a descansar al andar unos 100m o a los pocos minutos de andar en llano
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.

b) COPD Assessment Test (CAT)[1,2]

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA CAT (COPD ASSESSMENT TEST, Test de evaluación de la EPOC) SUMA DE PUNTUACIONES (0-40) **< 10:** Impacto bajo de la EPOC (La mayoría de días son buenos; la enfermedad impide al paciente hacer una o dos cosas que quería; tos de varios días a la semana) **≥ 10**: Impacto medio a alto de la EPOC		
Nunca toso	0 1 2 3 4 5	Siempre estoy tosiendo
No tengo flema (mucosidad) en el pecho	0 1 2 3 4 5	Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad)
No siento ninguna opresión en el pecho	0 1 2 3 4 5	Siento mucha opresión en el pecho
Cuando subo una pendiente o un tramo de escalera, no me falta el aire	0 1 2 3 4 5	Cuando subo una pendiente o un tramo de escalera, me falta mucho el aire
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	0 1 2 3 4 5	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	0 1 2 3 4 5	No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco
Duermo sin problemas	0 1 2 3 4 5	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco
Tengo mucha energía	0 1 2 3 4 5	No tengo ninguna energía
	TOTAL:	

c) Recuento de Eosinófilos en Sangre (RES)

Existen pruebas de que el recuento de eosinófilos en sangre es mayor en el paciente con EPOC.

Pueden ayudar a estimar la probabilidad de una respuesta preventiva beneficiosa con la implantación de corticoides inhalados al tratamiento broncodilatador estándar, y por lo tanto se puede utilizar como biomarcador junto con la evaluación a la hora de tomar decisiones con respecto al uso de estos (ICS)

Se observa un mayor descenso del FEV1 en pacientes con EPOC leve a moderado con mayores recuentos de eosinófilos en sangre en la población en la que el uso de corticoides inhalados era bajo, lo que pone de relieve la posible utilidad de los recuentos de eosinófilos en sangre como biomarcador pronóstico del descenso de la función pulmonar cuando no están condicionados por el uso de corticoides inhalados,

Guía GOLD 2025. Seguimiento

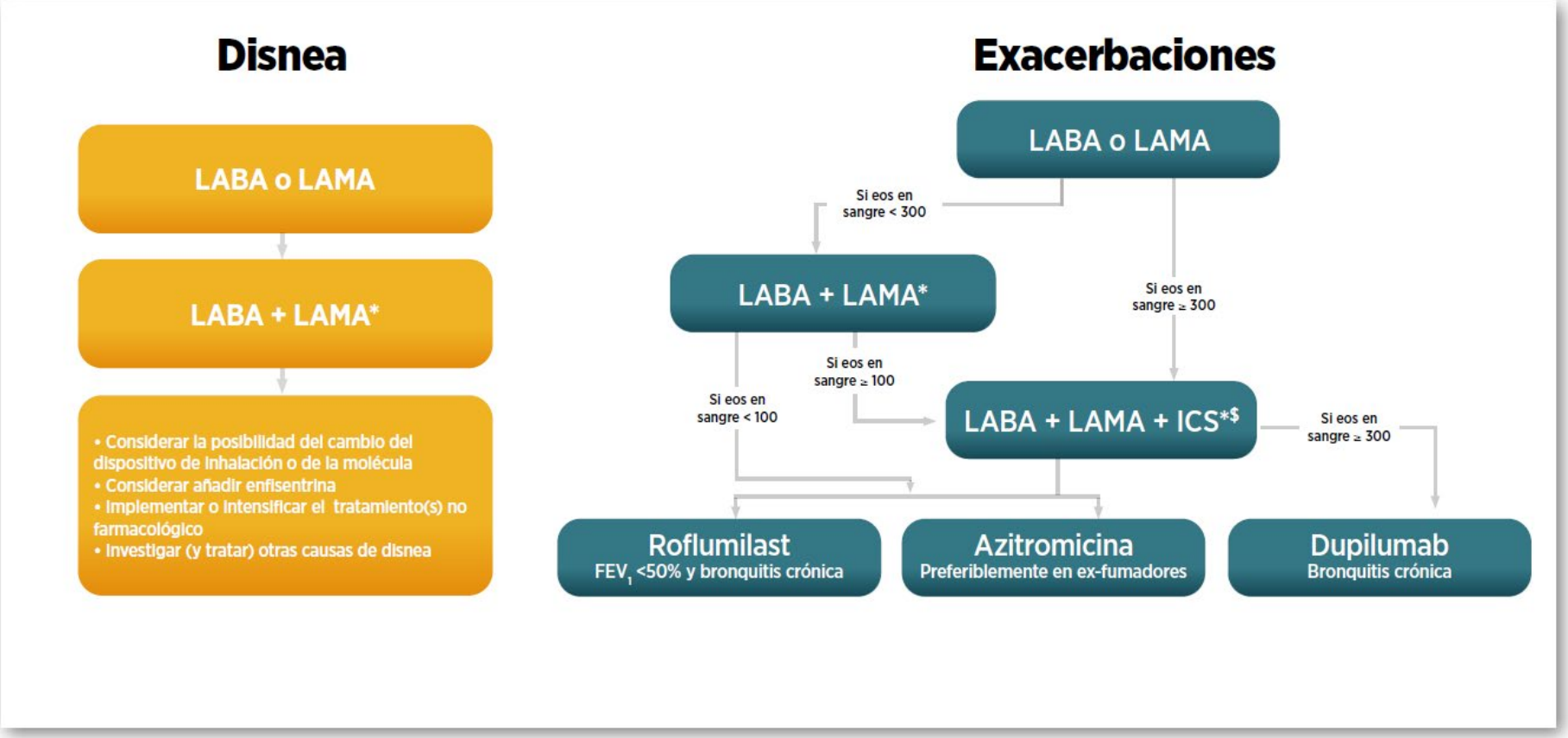


Figura de Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD 2025.[1]

*

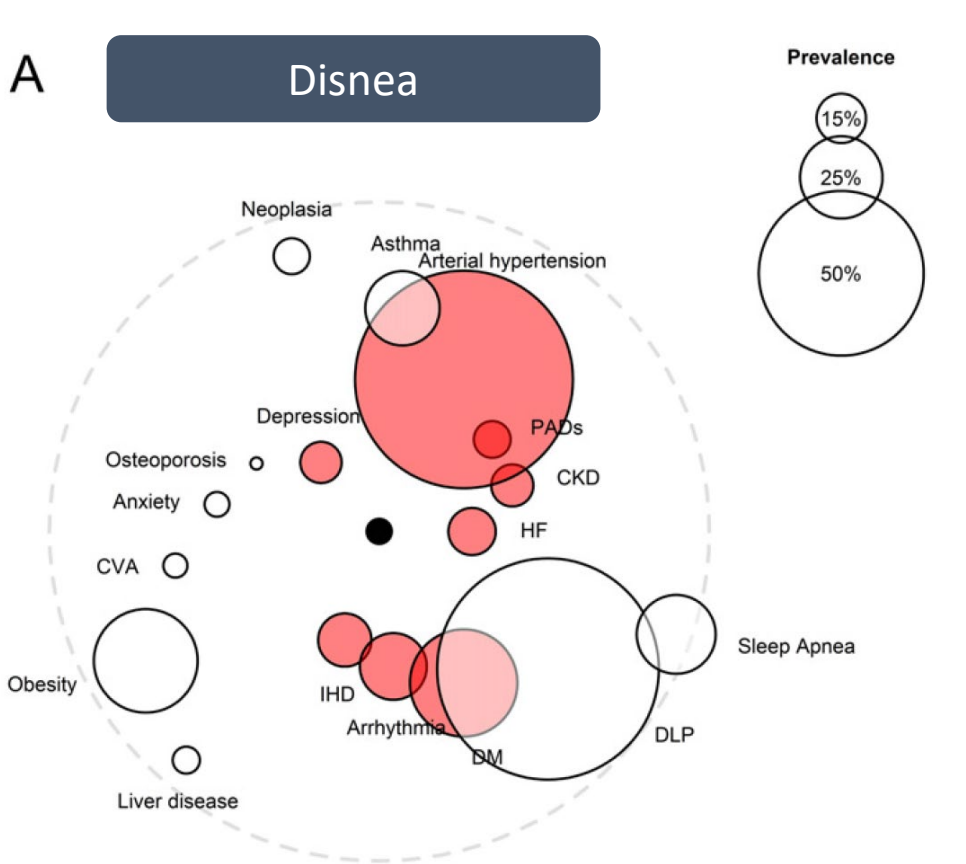
Tractament no Farmacològic

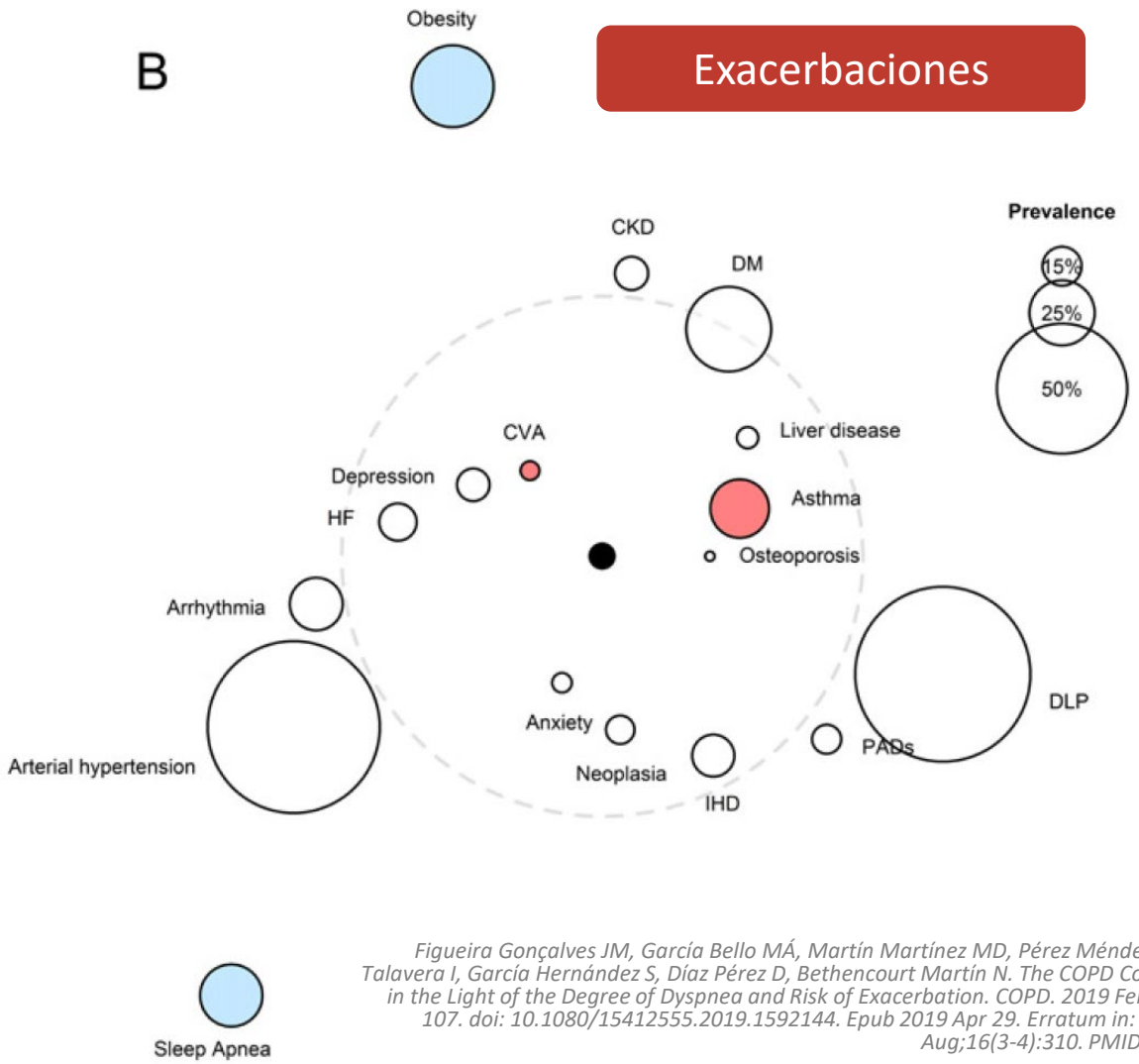
- Cessació tabàquica
- Vacunació recomanada a la MPOC estable
  - Vacuna d'influència segons campanya.
  - Vacuna davant de SARS-CoV-2 majors de 60 anys i/o cardiopatía o malaltia pulmonar crònica (Ev.A)
  - Vacuna antineumocòcica (a MPOC es recomana preferiblement la conjugada de 20 serotips –PCV20–).
  - Vacuna de tos ferina, tètanus i diftèria en no vacunats a l'adolescència.
  - Vacuna de l'herpes zòster en pacients de més de 50 anys.
- Nutrició
- Activitat física
- Rehabilitació pulmonar
- Oxigenoteràpia contínua domiciliària

Exacerbaciones. Definición

- Aumento de los síntomas habituales, acompañados a menudo por esputo purulento y/o fiebre, que provoca una alteración clínica y funcional y obliga a modificar el tratamiento.
- Signos y síntomas de sospecha
  - Aumento de la tos
  - Cambios en el esputo
  - Fiebre o malestar general y aumento de la disnea
  - Necesidad de mas medicación

EPOC: comorbilidades



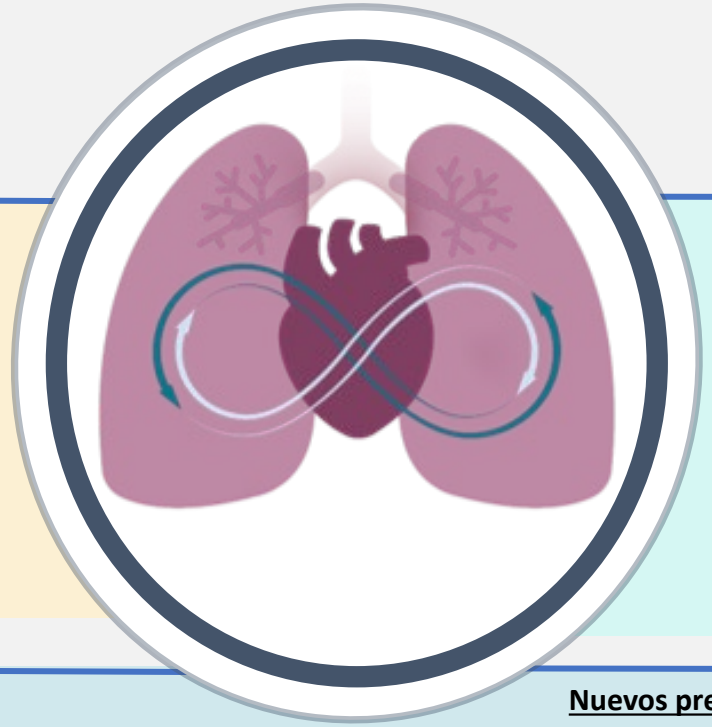


- Influyen en el pronóstico.
- Son muy prevalentes en AP.
- Se asocian con ↑ de disnea y exacerbaciones.
- ↑ riesgo de mortalidad en la EPOC.

Figueira Gonçalves JM, García Bello MÁ, Martín Martínez MD, Pérez Méndez LI, García-Talavera I, García Hernández S, Díaz Pérez D, Bethencourt Martín N. The COPD Comorbidome in the Light of the Degree of Dyspnea and Risk of Exacerbation. COPD. 2019 Feb;16(1):104-107. doi: 10.1080/15412555.2019.1592144. Epub 2019 Apr 29. Erratum in: COPD. 2019 Aug;16(3-4):310. PMID: 31032664.

Los MACE asociados a la EPOC

La EPOC se trata frecuentemente como una enfermedad única sin evaluar el riesgo cardiopulmonar[1]



Tras 1 exacerbación→ 10x riesgo de evento CV grave

o muerte por todas las causas entre 1 y 7 días después y permanece aumentado durante un año[2]

En 2024, la **EPOC** se identifica como un **factor de riesgo independiente** de **ECV** en **QR4**[3]

Nuevos predictores candidatos para evaluación en QR4:

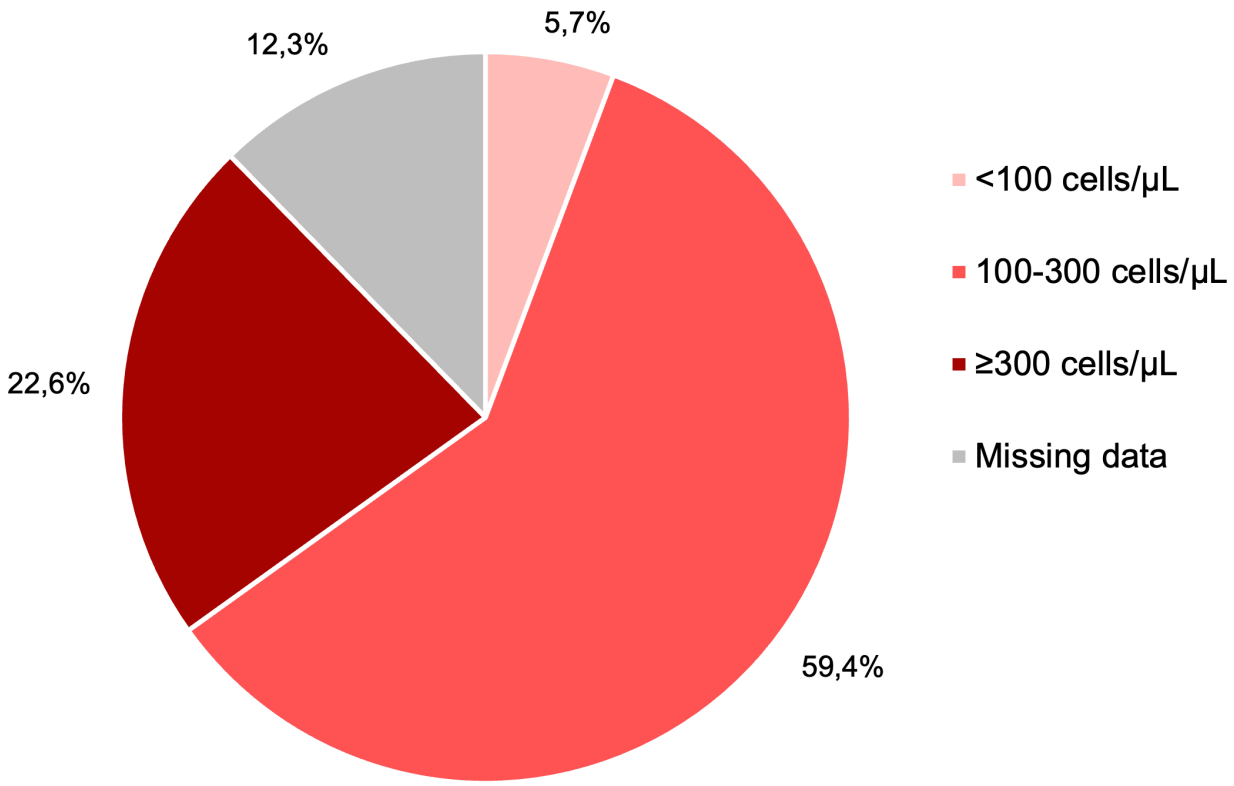
- **EPOC**
- Asma
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos
- Hipertensión benigna intracraneal
- VIH/SIDA

Extended Data Table 2 | Existing predictors in QRISK3 and candidate predictors considered for inclusion in QR43 (siguiente diapositiva)

1. Hurst JR, et al. MACE in COPD: addressing cardiopulmonary risk. Lancet Respir Med 2024;12:345–348; 2. Michael Pollack et al. Association between severe cardiovascular events and time following exacerbations of COPD: meta-analyses of EXACOS-CV observational studies from 8 countries. P.159. Poster presented at the American Thoracic Society International Conference, San Diego, CA, USA, May 17-22, 2024; 3. Hippisley-Cox J, et al. Development and validation of a new algorithm for improved cardiovascular risk prediction. Nat Med 2024;doi: 10.1038/s41591-024-02905-y; Apr 18 [Epub ahead of print]

Eosinofilia y EPOC

GOLD 2025



- El **82 %** de los pacientes EPOC tiene niveles de **eosinófilos ≥ 100 cél/µL.**

- **Indicación de CI:**
  - Eosinófilos ≥ 300 cél/µL.
  - Eosinófilos ≥ 100 cél/µL + ≥ 1 exacerbación moderada.

Tratamiento exacerbación

✓ Només es recomana emprar un antibacterià per al tractament de les exacerbacions amb sospita d'infecció, definida com la presència d'esput purulent o d'increment de la dispnea i del volum de l'esput.

Gravetat de l'exacerbació	Etiologia microbiològica més freqüent	Antibacterià*	
		D'elecció	Alternativa
Lleu	Virus respiratoris (influença, parainfluença, rinovirus, adenovirus)	No requereix tractament antibacterià	-
	Haemophilus influenzae *Streptococcus pneumoniae*	**Amoxicil·lina/àcid clavulànic via oral** **875/125 mg/8 h x 5d**	Cefuroxima axetil via oral 500 mg/12 h x7-10 d Levofloxacina via oral 500 mg/24 h x5-7 dies
Moderada-greu **sense risc d'infecció per *Pseudomonas aeruginosa***	Els anteriors, més: *Moraxella catarrhalis* *Escherichia coli* *Klebsiella pneumoniae*		
Moderada-greu **amb risc d'infecció per *P. aeruginosa,*** definit com: • 4 cicles de tractament antibacterià durant l'últim any, o • FEV_1 < 50%, o • presència de bronquièctasis significatives†, o • aïllament previ del bacteri en l'esput	Els anteriors, més: *Pseudomonas aeruginosa*	Levofloxacina via oral 500 mg/24 h x7 d Si infecció confirmada per *P. aeruginosa:* Ciprofloxacina‡ via oral 750 mg/12 h x14 d	Antibacterià per via parenteral amb activitat antipseudomònica

†El tractament antibacterià s'ha d'allargar a 14 dies en cas de bronquièctasis documentades.
‡Ciprofloxacina no presenta activitat davant de *S. pneumoniae.*

Reducción mortalidad por EPOC GOLD 2025

Evidencia que respalda la reducción de la mortalidad con terapia farmacológica y no farmacológica en pacientes con EPOC

Terapia	ECA*	Efecto del tratamiento sobre la mortalidad	Características del paciente
Terapia farmacológica			
LABA+LAMA+ICS[1] *	Si	Comparativa sobre reducción del riesgo relativo de triple terapia versus doble BDAL IMPACT HR 0,72 (IC 95%: 0,53; 0,99)[1a] ETHOS HR 0,51 (IC 95%: 0,33; 0,80)[1b]	Personas sintomáticas con antecedentes de exacerbaciones frecuentes y/o graves
Terapia no farmacológica			
Dejar de fumar (Sm)[2]	Si	HR para el grupo de cuidado habitual comparado con el grupo con intervención (dejar de fumar) HR 1,18 (95% IC: 1,02-1,37)	Asintomático o ligeramente sintomático
Rehabilitación pulmonar (RP)[3#]	Si	Ensayos antiguos[3a]: RR 0,28 (IC 95% 0,10-0,84) Ensayos nuevos[3b]: RR 0,68 (IC 95% 0,28- 1,67)	Hospitalizados por exacerbaciones de EPOC (durante o ≤ 4 semanas post d/c)
Terapia de oxígeno a largo plazo[4]	Si	NOTT, ≥ 19 horas de oxígeno continuo vs ≤ 13 horas: reducción 50%[4a] MRC, ≥ 15 horas vs. sin oxígeno: reducción 50%[4b]	PaO_2 ≤ 55 o < 60 mmHg con cor pulmonale o policitemia secundaria
Ventilación mecánica con presión positiva no invasiva[5]	Si	12% en VPPNI (alto nivel IPAP) y 33% en control (HR 0,24; 95% CI 0,11; 0,49)	EPOC estable con hipercapnia marcada
Cirugía de reducción de volumen pulmonar[6]	Si	0,07 muertes/personas-año (LVRS) vs. 0,15 muertes/personas-año (UC) RR por fallecimiento 0,47 (p>0,005)	Enfisema del lóbulo superior y baja capacidad de ejercicio

*ECA con análisis preespecificado del resultado de mortalidad (resultado primario o secundario). #Resultados inconcluyentes posiblemente debido a diferencias en la rehabilitación pulmonar en un amplio rango de participantes y configuraciones

Novetats GOLD 2025. Nous tractamen

- Esifentrina
  - Inhibidor de la fosfodiesterasa amb efectes Bd i antinflamatoris que ha demostrat millores funció pulmonar, simptomes, qualitat de vida i freqüencia exacerbacions. S'administra cad 12h (actualment només d'us als EUA)

- Dupilumab
  - Anticos monoclonal en tractament de manteniment MPOC no controlada amb nivells alts d'eosinofils i perfil bronquitis crònica (ha demostrat reduir un 30% les exacerbacions). Inyectable cada 2 setmaens.
  - Aprovat per l'EMA juliol.24.

Benralizumab

The Lancet. Vol.13, Número 1. p59-68, Enero 2025

- Se trata de un AC monoclonal para el manejo de las exacerbaciones eosinofílicas asma y EPOC
- Ensayo aleatorizado, multicentrico, doble ciego, doble simulación .

- Conclusión:
  - *Mejores resultados que corticoides solos en el manejo de las exacerbaciones*

Novetats GOLD 2025. Disbiosi

- Estudis genètics han estat utilizats per descriure el microbioma pulmonar. Ens mostren que el tracte respiratori inferior no és estèril i que permanentment conté una diversa gamma de bacteris

- La disbiosi es refereix a l'alteració del microbioma i ha estat obsservat en fumadors i en pacients mpoc, produint una alteració al microbioma, afectant la immunitat de les mucoses i que relaciona amb infeccions víriques, ús d'antibiótics, corticoides inhalats, que sembla que influeixen en la progressió de la malaltia.

Gracias!!

CAMFiC
sociedad catalana de medicina
familiar i comunitaria