
GHID DE BUZUNAR PENTRU MANAGEMENTUL ȘI PREVENIREA ASTMULUI

(pentru Adulți și Copii Peste 5 ani)



Ghid de buzunar pentru Profesioniștii din Domeniul Sănătății
Actualizat în 2020

BAZAT PE STRATEGIA GLOBALĂ PENTRU
MANAGEMENTUL ȘI PREVENIREA ASTMULUI



GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA

GHID DE BUZUNAR PENTRU MANAGEMENTUL ȘI PREVENIREA ASTMULUI

pentru adulți și copii peste 5 ani

GHID DE BUZUNAR PENTRU PROFESIONIȘTII DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

Actualizat în 2020

Comitetul Științific GINA

Președinte: Helen Reddel, MBBS PhD

Comitetul de directori GINA

Președinte: Louis-Philippe Boulet, MD

Comitetul de Diseminare și Implementare GINA

Președinte: Mark Levy, MB (până în septembrie 2019);
Alvaro Cruz, MB (din septembrie 2019)

Adunarea Generală GINA

Adunarea Generală GINA cuprinde membri din mai multe țări, prezențați pe pagina web GINA www.ginasthma.org.

Director de Programe GINA

Rebecca Decker, BS, MSJ

Numele membrilor Comitetelor GINA sunt enumerate la pagina 48.

ABREVIERI

| | |
|----------------|---|
| BDP | Dipropionat de beclometazonă |
| BPOC | Bronhopneumopatie obstructivă cronică |
| DPI | Inhalator cu pulbere uscată |
| FeNO | Fracția de oxid nitric expirat |
| VEMS | Volumul expirator maxim în prima secundă |
| CVF | Capacitatea vitală forțată |
| BRGE | Boala de reflux gastro-esofagian |
| CSI | Corticosteroizi inhalatori |
| Ig | Imunoglobulină |
| IL | Interleukină |
| i.v. | Intravenos |
| BADLA | Beta2-agonist cu durată lungă de acțiune |
| ACDLA | Anticolinergic cu durată lungă de acțiune |
| LTRA | Antagonist al receptorilor pentru leucotriene |
| AINS | Anti-inflamator nesteroidian |
| O ₂ | Oxigen |
| CSO | Corticosteroizi orali |
| PEF | Debit expirator maxim de vârf |
| pMDI | Inhalator presurizat cu doze măsurate |
| BADSA | Beta2-agonist cu durată scurtă de acțiune |
| s.c. | Subcutanat |
| SLIT | Imunoterapie cu administrare sublinguală |

| | |
|---|----|
| Abrevieri..... | 2 |
| Recomandări intermediare privind managementul astmului în timpul pandemiei COVID-19..... | 5 |
| Actualizarea recomandărilor GINA asupra astmului ușor..... | 7 |
| Despre GINA..... | 9 |
| Ce se știe despre astm?..... | 10 |
| Stabilirea diagnosticului de astm..... | 11 |
| Criterii de stabilire a diagnosticului de astm..... | 12 |
| Cum se confirmă diagnosticul la pacienții cu tratament de control... | 13 |
| Diagnosticul astmului în populațiile speciale..... | 13 |
| Evaluarea pacientului cu astm..... | 14 |
| Cum se evaluează controlul astmului..... | 16 |
| Cum investigăm astmul necontrolat..... | 17 |
| Managementul astmului..... | 18 |
| Principii generale..... | 18 |
| Procesul de management pentru reducerea riscului și controlul simptomelor în astm..... | 18 |
| Recomandările GINA în astmul ușor..... | 20 |
| Inițierea tratamentului în astm..... | 21 |
| Abordarea progresivă, în trepte, pentru ajustarea tratamentului conform nevoilor individuale ale pacienților..... | 31 |
| Reevaluarea răspunsului și ajustarea tratamentului..... | 35 |
| Tehnica inhalatorie și aderența la tratament..... | 37 |
| Tratamentul factorilor de risc modificabili..... | 38 |
| Strategii și intervenții non-farmacologice..... | 38 |
| Tratamentul în populații sau contexte speciale..... | 39 |
| Episoadele acute (exacerbările)..... | 40 |
| Planul de acțiune scris pentru astm..... | 41 |
| Tratamentul exacerbărilor în unități de asistență medicală primară sau de urgență..... | 42 |
| Evaluarea răspunsului..... | 44 |
| Monitorizarea după o exacerbare..... | 44 |
| Glosar al claselor terapeutice în astm..... | 45 |
| Mulțumiri..... | 48 |
| Publicații GINA..... | 48 |

LISTA DIAGRAMELOR

| | |
|---|----|
| Diagrama 1. Diagnosticul astmului în practica clinică..... | 11 |
| Diagrama 2. Caracteristici pentru stabilirea diagnosticului de astm..... | 12 |
| Diagrama 3. Cum se evaluează un pacient cu astm..... | 14 |
| Diagrama 4. Evaluarea controlului simptomelor și a riscului viitor..... | 15 |
| Diagrama 5. Investigarea astmului necontrolat în unități de îngrijire primară... | 17 |
| Diagrama 6. Procesul de management pentru prevenția exacerbărilor și controlul simptomelor..... | 19 |
| Diagrama 7A. Strategia GINA de tratament al astmului | 22 |
| Diagrama 7B. Tratamentul inițial – adulți și adolescenți cu diagnostic de astm.. | 24 |
| Diagrama 8A. Strategia GINA de tratament al astmului – copii 6-11 ani..... | 26 |
| Diagrama 9. Doze zilnice mici, medii și înalte de corticoizi inhalatori..... | 30 |
| Diagrama 10. Auto-managementul cu un plan de acțiune scris..... | 41 |
| Diagrama 11. Managementul exacerbărilor astmului în unități de îngrijire medicală primară..... | 43 |

RECOMANDĂRI INTERMEDIARE PRIVIND MANAGEMENTUL ASTMULUI ÎN TIMPUL PANDEMIEI COVID-19

Recomandați pacienților cu astm să continue utilizarea tratamentului anti-astmatic prescris, în special a medicamentelor care conțin corticosteroizi inhalatori (CSI) și corticosteroizi orali (OCS) dacă au fost recomandați.

Este important ca în timpul pandemiei COVID-19 („boala determinată de coronavirus în 2019”) pacienții să continue ca de obicei administrarea tratamentului prescris în astm. Acesta include medicamente care conțin CSI (în monoterapie sau în combinație) și terapie asociată, inclusiv terapie biologică în astmul sever. Întreruperea CSI conduce frecvent la agravarea potențial periculoasă a astmului.

Pentru o proporție mică de pacienți cu astm sever poate fi nevoie uneori de tratament cu CSO pe termen lung și este foarte periculoasă întreruperea bruscă a tratamentului. Recomandați pacienților să discute cu dumneavoastră înainte de a întrerupe *orice* tratament antiastmatic.

Asigurați-vă că toți pacienții au un plan de acțiune scris pentru astm

Planul de acțiune ajută pacientul cum să recunoască agravările astmatice, cum să-și crească doza de tratament de ameliorare a simptomelor și de întreținere și când să solicite ajutor medical. Este posibil să fie nevoie de o cură scurtă de CSO în timpul episoadelor acute de astm (exacerbări). Consultați Caseta 4-2 pentru mai multe informații despre opțiunile specifice ale planului de acțiune scris în astm.

Atunci când este posibil, evitați utilizarea nebulizatoarelor din cauza riscului de transmitere a infecției către alți pacienți și personalul medical

Nebulizatoarele pot transmite particule virale respiratorii pe o distanță de aproximativ 1 metru. În locul acestora, pentru a administra beta2-agoniști cu durată scurtă de acțiune în episodul astmatic acut la adulți și copii, utilizați un inhalator presurizat cu doză măsurată și un dispozitiv de tip „spacer” cu o piesă bucală sau o mască de față ajustată strâns, dacă este necesar.

Evitați efectuarea spirometriei la pacienții confirmați/suspecți cu COVID-19

Testul de spirometrie poate disemina particulele virale și poate expune personalul medical și pacienții la riscul de infecție. Dacă la nivelul regiunii dumneavoastră virusul este în faza de transmitere comunitară, amânați spirometria și măsurarea debitului de vârf în unitățile sanitare, cu excepția cazului în care există o nevoie urgentă. Dacă spirometria este necesară de urgență pentru managementul clinic, urmați măsurile de control al infecției.

Urmați recomandările de control al infecției dacă sunt necesare alte proceduri care generează aerosoli

Alte proceduri care generează aerosoli includ oxigenoterapia (inclusiv cu canule nazale), inducerea sputei, ventilația manuală, ventilația non-invazivă și intubația.

Recomandările Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) sunt disponibile la: [www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](http://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125).

Urmați recomandările locale de sănătate cu privire la strategiile de igienă și utilizare a echipamentelor de protecție personală, pe măsură ce noi informații devin disponibile în țara sau regiunea dumneavoastră.

Resurse suplimentare

Pagina de internet a Centrelor din SUA de Prevenire și Control al Bolilor (CDC) oferă informații actualizate despre COVID-19 pentru profesioniștii din domeniul sănătății: www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html și pentru pacienți: <http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>.

Pagina de internet a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) oferă recomandări complete pentru profesioniștii din domeniul sănătății și sistemele de sănătate despre prevenția și managementul COVID-19: www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance.

Inițiativa Globală pentru Astm, 3 aprilie 2020

Raportul GINA 2019 include cea mai importantă schimbare din managementul astmului în ultimii 30 de ani. **Din motive de siguranță, GINA nu mai recomandă monoterapia cu beta 2-agoniști cu durată scurtă de acțiune (BADSA).** Există dovezi solide că, deși tratamentul cu BADSA în monoterapie oferă ameliorarea pe termen scurt a simptomelor astmatice, nu protejează pacienții de exacerbările severe, iar utilizarea regulată sau recurentă de BADSA crește riscul de exacerbare.

În prezent, GINA recomandă ca toți adulții și adolescenții cu astm să utilizeze un tratament de control cu CSI în doză mică la nevoie, în funcție de prezența simptomelor (în astmul ușor, Treptele GINA 1 și 2) sau zilnic (Treptele GINA 2 până la 5) pentru a reduce riscul de exacerbare severă și pentru controlul simptomelor.

Detaliile despre recomandările terapeutice GINA 2020, motivul și dovezile care stau la baza acestor recomandări despre tratamentul la nevoie cu CSI-formoterol în astmul ușor, sunt disponibile la pagina [20](#). Schemele de tratament sunt disponibile la paginile [22](#) și [26](#) și scheme noi pentru tratamentul inițial sunt disponibile la paginile [24](#) și [28](#). Informații despre dozele de CSI sunt disponibile la pagina [30](#).

De ce a schimbat GINA recomandările în astmul ușor în 2019?

Recomandările din 2019 reprezintă apogeul celor 12 ani de campanie GINA de a obține dovezi pentru strategiile care să îmbunătățească tratamentul în astmul ușor. Obiectivele noastre au fost:

- reducerea riscului de exacerbare și a mortalității din cauza astmului, inclusiv la pacienți considerați cu astm ușor
- transmiterea unor mesaje consecvente despre obiectivele tratamentului în astm, inclusiv prevenirea exacerbărilor, indiferent de severitatea astmului
- evitarea comportamentului de încredere a pacientului în BADSA la începutul evoluției bolii

De atunci au fost publicate două studii suplimentare asupra tratamentului cu CSI-formoterol la nevoie, oferind în continuare sprijin recomandărilor GINA asupra tratamentului în astmul ușor. Acestea au fost studii clinice cu design deschis care au studiat modul în care pacienții utilizează tratamentul cu CSI-formoterol la nevoie în practica clinică curentă. Aceste studii au observat, de asemenea, că beneficiul tratamentului cu CSI-formoterol la nevoie în comparație cu BADSA la nevoie sau tratamentul de întreținere cu CSI, a fost independent de markerii inflamației eozinofilice la momentul inițial. Detaliile sunt disponibile la pagina [21](#).

DESPRE GINA

Astmul afectează aproximativ 300 de milioane de persoane în întreaga lume. Este o problemă serioasă de sănătate publică, care afectează toate grupele de vârstă, cu o prevalență în creștere în multe țări aflate în curs de dezvoltare, cu creșterea costurilor legate de tratament și care constituie o povară din ce în ce mai mare pentru pacienți și societate. Astmul continuă să fie o povară inacceptabilă pentru sistemele de sănătate și pentru societate, prin pierderea productivității la locul de muncă și, în special în cazul copiilor, prin perturbarea vieții de familie. Astmul continuă să fie cauza unui număr crescut de decese pe plan mondial, inclusiv în rândul tinerilor.

Profioniștii din domeniul sănătății care sunt responsabili de managementul astmului se confruntă cu diverse probleme în întreaga lume, în funcție de contextul local, sistemul sanitar și accesul la resurse.

Inițiativa Globală pentru Astm (GINA) are ca scop creșterea nivelului de conștientizare a acestei afecțiuni în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății, a autorităților de sănătate publică și a comunității și pentru a îmbunătăți prevenția și managementul printr-un efort coordonat la nivel global. GINA elaborează rapoarte științifice privind astmul, încurajează comunicarea și implementarea recomandărilor și promovează colaborarea internațională în cercetarea astmului.

Strategia Globală pentru Managementul și Prevenția Astmului oferă o abordare completă și integrată a managementului astmului, care poate fi adaptată contextului local și fiecărui pacient în parte. Se concentrează nu doar pe dovezile solide existente dar și pe claritatea limbajului și pe asigurarea unor instrumente care permit implementarea în practica clinică. Raportul este actualizat în fiecare an.

Raportul GINA 2019 include recomandări noi importante pentru tratamentul astmului ușor (pagina 20) și astmului sever (pagina 35).

Raportul GINA 2020 și alte publicații GINA enumerate la pagina 48 pot fi consultate pe www.ginasthma.org.

Vă rugăm să rețineți că prezentul **Ghid de buzunar** reprezintă un scurt rezumat al raportului GINA 2020 pentru medicii din serviciile de medicină primară. Acesta NU conține toate informațiile necesare pentru managementul astmului, cum ar fi cele despre siguranța tratamentelor și ar trebui utilizat împreună cu Raportul Integral GINA 2020 și cu judecata clinică. Pentru evaluarea și tratamentul pacienților, profesioniștilor din domeniul sănătății le este puternic recomandat să utilizeze propria judecată clinică și să ia în considerare reglementările și ghidurile locale și naționale. GINA nu se face responsabilă pentru îngrijiri medicale neadecvate asociate utilizării acestui document și nici pentru orice utilizare neconformă cu reglementările sau ghidurile locale sau naționale.

CE SE ȘTIE DESPRE ASTM?

Astmul este o boală cronică frecventă și potențial severă care presupune o povară importantă pentru pacienți, familiile acestora și societate. Se manifestă prin simptome respiratorii, limitarea activității și episoade acute (exacerbări/atacuri) care uneori necesită îngrijiri medicale de urgență și pot fi fatale.

Din fericire, astmul poate fi tratat eficient și majoritatea pacienților pot obține un control bun al astmului. Când astmul este bine controlat, pacienții pot:

- ✓ evita simptomele deranjante pe timpul zilei și al nopții
- ✓ necesita mai puține medicamente la nevoie sau chiar deloc
- ✓ avea o viață productivă și activă din punct de vedere fizic
- ✓ avea o funcție pulmonară normală sau aproape normală
- ✓ evita episoadele acute severe ale astmului (exacerbările/atacuri)

Ce este astmul? Astmul se manifestă prin simptome precum wheezing, dispnee, constricție toracică și tuse, care pot varia în timp în ceea ce privește apariția, frecvența și intensitatea acestora. Aceste simptome sunt asociate cu flux expirator variabil, de ex., dificultate de a elimina aerul din plămâni din cauza bronhoconstricției (îngustării căilor respiratorii), îngroșării peretelui căilor respiratorii și creșterii cantității de mucus. Și persoanele fără astm pot prezenta unele variații ale fluxului de aer, dar nu la fel de semnificative ca în astm înainte de începerea tratamentului. Există diferite tipuri de astm (numite fenotipuri), cu procese patologice subiacente diferite.

Factorii ce pot declanșa sau agrava simptomele astmului includ infecțiile virale, alergenii din casă sau de la locul de muncă (de ex., acarieni, polenurile, gândacii), fumul de tutun, efortul fizic și stresul. Aceste reacții apar mai degrabă atunci când astmul nu este controlat. Unele medicamente pot induce sau declanșa astmul, de ex., beta-blocantele și (la unii pacienți) acidul acetilsalicilic sau alte AINS.

Episoadele acute de astm (denumite și exacerbări sau atacuri) pot fi fatale. Acestea sunt mai frecvente și mai severe atunci când astmul nu este controlat sau la pacienții cu risc crescut. Cu toate acestea, episoadele acute de astm pot apărea și la pacienții care utilizează tratament pentru astm, prin urmare toți pacienții trebuie să aibă un plan de acțiune scris în astm.

Tratamentul cu corticosteroizi inhalatori (CSI), reduce marcat frecvența și severitatea simptomelor astmului, precum și riscul de apariție a episoadelor acute sau deces.

Tratamentul pentru astm trebuie adaptat individual pentru fiecare pacient, luând în considerare nivelul de control al astmului, factorii de risc pentru exacerbări, fenotipul și preferințele, precum și eficacitatea medicamentelor disponibile, siguranța acestora și costul pentru casa de asigurare și pacient.

Astmul este o boală frecventă care afectează societatea la toate nivelurile. Sportivi olimpici, lideri faimoși și celebriți, dar și oameni obișnuiți trăiesc **o viață activă și plină de succes chiar dacă au astm**.

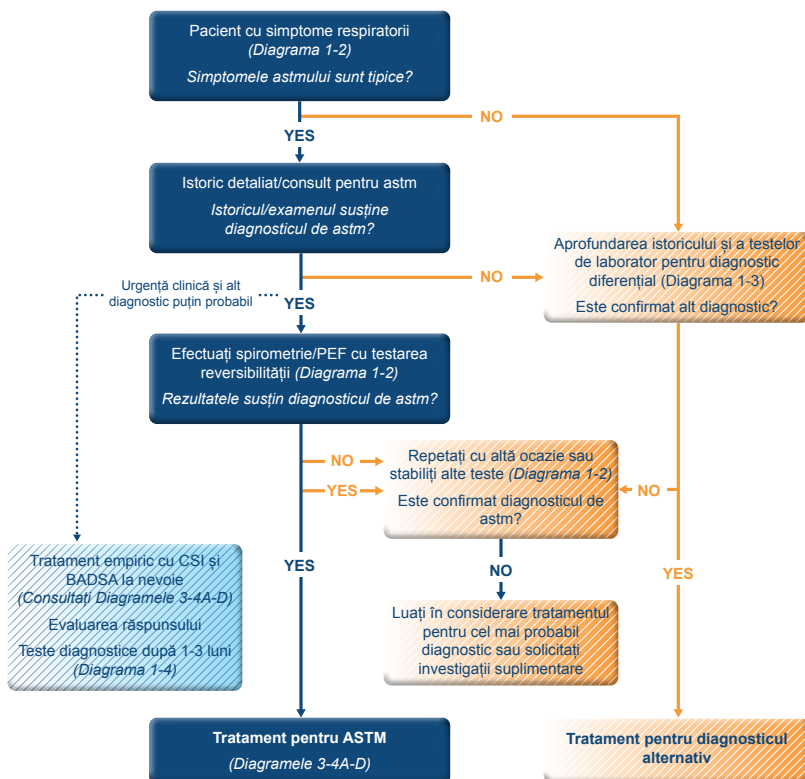
STABILIREA DIAGNOSTICULUI DE ASTM

Astmul este o boală cu multiple variații (heterogenă), caracterizată de obicei printr-o inflamație cronică a căilor respiratorii. Astmul are două elemente principale definitorii:

- un istoric de simptome respiratorii, precum wheezing, dispnee, constricție toracică și tuse, care variază în timp și ca intensitate, și
- limitarea variabilă a fluxului de aer expirat.

Diagrama 1 prezintă o schemă pentru stabilirea diagnosticului în practica clinică, iar Diagrama 2 criteriile specifice pentru diagnosticul astmului (pag. 12).

Diagrama 1. Diagnosticul astmului în practica clinică



Diagnosticul de astm trebuie confirmat și argumentele trebuie documentate în fișa medicală a pacientului. De preferat, acestea trebuie realizate înainte de inițierea tratamentului de control. Confirmarea diagnosticului de astm este mai dificilă după inițierea tratamentului (consultați pag. 14).

CRITERII DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DE ASTM

Diagrama 2. Caracteristici pentru stabilirea diagnosticului de astm

1. Istoric cu simptome respiratorii variabile

Simptomele tipice sunt wheezing, dispnee, constricție toracică, tuse

- În general, persoanele cu astm prezintă mai mult de unul dintre aceste simptome
- Simptomele variază în timp și ca intensitate.
- De obicei, simptomele apar sau se agravează noaptea sau la trezire.
- Simptomele sunt adesea declanșate de activitatea fizică, râs, alergeni sau aer rece.
- De obicei, simptomele apar sau se agravează în caz de infecții virale.

2. Dovezi pentru limitarea variabilă a fluxului de aer expirat

- Cel puțin o dată în timpul procedurii de diagnostic, de ex., când VEMS este scăzut, documentați că raportul VEMS/CVF este sub limita inferioară normală.
†În mod normal, raportul VEMS/CVF este $> 0,75-0,80$ la adulți și $>0,85$ la copii.
- Se documentează dacă variabilitatea funcției pulmonare este mai mare decât la persoanele fără astm. De ex., se documentează excesul de variabilitate dacă:
 - o VEMS crește cu >200 ml și $>12\%$ față de valoarea inițială ($>12\%$ din valoarea prezisă la copii) după administrarea unui bronhodilatator inhalator. Aceasta se numește „reversibilitate semnificativă post-bronhodilatator”.
 - o variabilitatea zilnică medie pentru PEF diurn* este $>10\%$ (la copii $>13\%$)
 - o VEMS crește cu $>12\%$ și 200 ml față de valoarea inițială (la copii, cu $>12\%$ din valoarea prezisă) după 4 săptămâni de tratament antiinflamator (în afara oricărei infecții respiratorii)
- Cu cât variabilitatea este mai mare sau cu cât variabilitatea în exces este mai frecventă, cu atât diagnosticul de astm este mai sigur.
- Este posibil să fie nevoie de repetarea testelor pe perioada simptomelor, dimineața devreme sau după oprirea tratamentului cu bronhodilatator.
- Reversibilitatea post-bronhodilatator poate să lipsească în exacerbările severe sau infecțiile virale. Dacă nu este prezentă o reversibilitate semnificativă post-bronhodilatator la prima testare, următorul pas depinde de urgența clinică și de disponibilitatea altor teste.
- Pentru alte teste utile pentru diagnostic, inclusiv testele de provocare bronșică, consultați Capitolul 1 din Raportul GINA 2020.

*Calculată prin măsurători de două ori pe zi (cea mai bună valoare din 3, de fiecare dată) prin formula: (cel mai mare PEF al zilei minus cel mai mic PEF al zilei) împărțit la media celui mai mare și celui mai mic PEF al zilei, făcând media pe o perioadă de 1-2 săptămâni. Dacă se măsoară PEF la domiciliu sau la cabinet, utilizați de fiecare dată același dispozitiv de măsurare PEF (PEF-metter). †Utilizând ecuațiile de referință multi-etnice ale Inițiativei Globale Pulmonare.

Examenul fizic la persoanele cu astm este adesea normal, dar cel mai frecvent semn descoperit la auscultație este wheezing-ul, în special la expirul forțat.

CUM SE CONFIRMĂ DIAGNOSTICUL LA PACIENȚII CU TRATAMENT DE CONTROL

Pentru mulți pacienți (25-35%) cu diagnostic de astm la medicul de familie (medicină primară), acesta nu poate fi confirmat. Dacă informațiile care au stat la baza diagnosticului nu au fost documentate, trebuie luată în considerare confirmarea prin testări obiective.

Dacă nu sunt îndeplinite criteriile standard pentru astm (Diagrama 2, pag. 12), luați în considerare alte investigații. De exemplu, dacă funcția pulmonară este normală, repetați testul de reversibilitate post-bronhodilatator când pacientul este simptomatic sau după o perioadă fără medicamente bronhodilatatoare >4 ore în cazul tratamentului cu BADSA, >12 ore în cazul tratamentului cu CSI-BADLA administrat de două ori pe zi și >24 de ore în cazul tratamentului cu CSI-BADLA administrat o dată pe zi. Dacă pacientul are simptome frecvente, încercați trecerea la o treaptă terapeutică superioară a tratamentului de control și repetați testarea funcției pulmonare după 3 luni. Dacă pacientul are simptomatologie redusă, luați în considerare trecerea la o treaptă terapeutică inferioară a tratamentului de control; asigurați-vă că pacientul are un plan de acțiune scris, monitorizați-l atent și repetați testarea funcției pulmonare. Mai multe informații despre confirmarea diagnosticului de astm sunt disponibile în Diagramele 1-3 și 1-4 din Raportul integral GINA 2020.

DIAGNOSTICUL ASTMULUI ÎN POPULAȚIILE SPECIALE

Astm ocupațional și astm profesional

Orice pacient cu debut al astmului la vârsta adultă trebuie întrebabil despre potențialele expuneri profesionale și dacă simptomele de astm se ameliorează atunci când nu sunt la locul de muncă. Este important să existe o confirmare obiectivă a diagnosticului (care necesită frecvent trimitere la un medic specialist) și să fie oprită expunerea cât mai repede posibil.

Sarcina

Toate femeile însărcinate și femeile care planifică o sarcină trebuie întrebate dacă au astm și trebuie informate despre importanța utilizării tratamentului de control pentru menținerea sănătății mamei și copilului.

Vârstnici

Astmul poate fi sub-diagnosticat la persoanele în vârstă, din cauza percepției greșite că dispneea este normală odată cu înaintarea în vârstă, din cauza condiției fizice sau a activității reduse. Astmul poate fi supra-diagnosticat la vârstnici prin confuzie cu dispneea cauzată de insuficiența ventriculară stângă sau de cardiopatia ischemică. Dacă există antecedente de fumat sau expunere la combustibil din biomasă, trebuie luat în considerare diagnosticul de BPOC sau de sindrom astm-BPOC (a se vedea mai jos).

Fumători și foști fumători

Astmul poate coexista cu BPOC sau se poate suprapune (sindromul astm-BPOC), în special la fumători și la vârstnici. Istoricul și profilul simptomelor, cât și antecedentele medicale pot fi utile în diferențierea astmului cu obstrucție persistentă a fluxului de aer din BPOC. În cazul incertitudinii privind diagnosticul, este necesară trimiterea din timp la medicul specialist, deoarece pacienții cu sindromul astm-BPOC au evoluție mai severă decât pacienții care au doar astm sau BPOC. Sindromul astm-BPOC nu reprezintă o singură entitate, dar probabil este cauzat de mai multe mecanisme diferite. Există puține dovezi din studii clinice

randomizate despre modul în care trebuie tratați astfel de pacienți, ei fiind deseori excluși din studiile clinice. Totuși, având în vedere riscul asociat tratamentului cu bronhodilatatoare în monoterapie la pacienții cu astm, pacienții cu BPOC trebuie tratați cel puțin cu CSI în doză mică (consultați pag. 30) dacă au istoric sau diagnostic de astm.

Pacienți al căror unic simptom respirator este tusea

Cauza poate fi: sindromul tusigen cronic asociat căilor respiratorii superioare (rinoree posterioară), sinuzită cronică, reflux gastroesofagian (BRGE), obstrucția indusă a laringelui (adesea denumită disfuncția corzilor vocale), bronșită eozinofilică sau astm tusigen. Astmul tusigen este caracterizat prin tuse și hiper-reactivitate a căilor respiratorii, iar documentarea variabilității funcției pulmonare este esențială în stabilirea diagnosticului. Totuși, lipsa variabilității la momentul testării nu exclude astmul. Pentru alte teste diagnostice, consultați Diagrama 2 și Capitolul 1 din Raportul GINA sau recomandați pacientului să consulte opinia medicului specialist.

EVALUAREA PACIENTULUI CU ASTM

Pacienții cu astm trebuie evaluați cu orice ocazie, în special atunci când sunt simptomatici sau după o exacerbare recentă, dar și atunci când se prezintă pentru reînnoirea prescripției. În plus, stabiliți o consultație de reevaluare cel puțin o dată pe an.

Diagrama 3. Cum se evaluează un pacient cu astm

1. Controlul astmului – se evaluează atât controlul simptomelor cât și factorii de risc

- Evaluați controlul simptomelor în ultimele 4 săptămâni (Diagrama 4, pag. 15)
- Identificați factorii de risc modificabili care influențează evoluția nefavorabilă (Diagrama 4, pag. 15)
- Măsurați funcția pulmonară înainte de inițierea tratamentului, la 3-6 luni și apoi periodic, de ex., cel puțin anual la majoritatea pacienților.

2. Există comorbidități?

- Acestea se referă la rinită, rino-sinuzită cronică, boală de reflux gastroesofagian (BRGE), obezitate, sindrom de apnee obstructivă în somn, depresie și anxietate.
- Comorbiditățile trebuie identificate, deoarece pot contribui la agravarea simptomelor respiratorii, episoadelor acute și la scăderea calității vieții. Tratamentul acestora poate complica managementul astmului.

3. Probleme privind tratamentul

- Documentați tratamentul pacientului. Adresați întrebări despre reacțiile adverse.
- Urmăriți cum utilizează pacientul inhalatorul pentru a verifica tehnica inhalatorie (pag. 37).
- Discutați deschis despre aderența la tratament (pag. 37).
- Verificați dacă pacientul are un plan de acțiune scris în astm (pag. 41).
- Întrebați pacientul despre atitudinea și obiectivele lui în legătură cu astmul.

Diagrama 4. Evaluarea controlului simptomelor și a riscului viitor

| A. Evaluarea controlului simptomelor | | Nivelul de control al simptomelor astmului | | |
|--|---|--|--------------------------|---|
| În ultimele 4 săptămâni, pacientul a prezentat: | | Bine controlat | Parțial controlat | Necontrolat |
| Simptome pe timpul zilei mai des de două ori/săpt.? | Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> | } Niciunul din acestea | 1-2 | 3-4 |
| Treziri din cauza astmului pe timpul nopții? | Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> | | | |
| A necesitat tratament la nevoie cu BADSA > două ori/săpt.? | Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> | | | |
| Și-a limitat activitatea din cauza astmului? | Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> | | | |
| B. Factorii de risc pentru o evoluție nefavorabilă a astmului | | | | |
| Evaluati factorii de risc la momentul diagnosticului, apoi periodic, cel puțin o dată la 1-2 ani, în special la pacienții care prezintă exacerbări. Determinați VEMS la inițierea tratamentului, după 3-6 luni de tratament de control pentru a înregistra cea mai bună valoare a funcției pulmonare, apoi periodic pentru o evaluare continuă a riscurilor. | | | | |
| Prezența simptomelor necontrolate ale astmului reprezintă un factor de risc important pentru exacerbări. | | | | |
| Chiar și la pacienții cu puține simptome de astm, factorii de risc adiționali, potențial modificabili, pentru exacerbări, includ: | | | | Prezența oricărui factor de risc crește riscul de exacerbări al pacientului, chiar dacă acesta are un număr redus de simptome de astm. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Medicamente: lipsa prescrierii CSI; aderență redusă; tehnică inhalatorie incorectă, utilizare excesivă de BADSA (cu mortalitate crescută dacă se utilizează >1 flacon X 200 doze/lună) | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comorbidități: obezitate; rino-sinuzită cronică; boală de reflux gastroesofagian, alergie alimentară confirmată, anxietate, depresie, sarcină | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Expuneri: fumat; expunere la alergenii față de care există o sensibilitate, agenții poluanți atmosferici | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Context: probleme majore socio-economice | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Funcția pulmonară: VEMS scăzut, în special <60% din valoarea prezisă, reversibilitate mai mare | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Alte teste: eozinofilie în spută sau sânge; FeNO crescut la adulți cu alergii care utilizează CSI | | | | |
| Alți factori de risc independenți majori pentru episoadele acute (exacerbări), includ: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Istoric de intubare sau internare la terapie intensivă pentru astm; cel puțin o exacerbare severă în ultimele 12 luni. | | | | |

BADSA, bronhodilatator cu durată scurtă de acțiune; BRGE, boală de reflux gastro-eofagian; CSI, corticosteroid inhalator; CSO, corticosteroid oral; FeNO, fracția de oxid nitric expirat.

Diagrama 4. Evaluarea controlului simptomelor și a riscului viitor (continuare)

B. Factorii de risc pentru o evoluție nefavorabilă a astmului (continuare)

Factorii de risc pentru dezvoltarea obstrucției fixe a fluxului de aer includ:

- nașterea prematură, greutate redusă la naștere și creștere ponderală mai mare la nou-născut
- lipsa tratamentului cu CSI
- expunerea la fumul de tutun, la substanțe chimice nocive sau expuneri ocupaționale;
- VEMS scăzut
- hipersecreția cronică de mucus
- eozinofilie în spută sau sânge.

Factorii de risc pentru reacții adverse ale tratamentului pot fi:

- La nivel sistemic: utilizare frecventă de CSO, CSI în doză înaltă și/sau potentă, administrarea de inhibitori P450
- La nivel local: CSI în doză înaltă sau potentă; tehnică inhalatorie necorespunzătoare

CSI, corticosteroid inhalator; CSO, corticosteroid oral.

CUM SE EVALUEAZĂ CONTROLUL ASTMULUI

Controlul astmului reprezintă măsura în care efectele astmului sunt observate la pacient sau măsura în care au fost reduse sau rezolvate prin tratament. Controlul astmului se concentrează asupra a două aspecte: controlul simptomelor și factorii de risc pentru o evoluție nefavorabilă a bolii, în special episoade acute (exacerbări) (consultați Diagrama 4, pag. 15). Chestionarele precum Testul de Control al Astmului (ACT, Asthma Control Test) sau Chestionarul de Control al Astmului (ACQ, Asthma Control Questionnaire) evaluează doar controlul simptomelor.

Controlul inadecvat al simptomelor este o povară pentru pacienți și un factor de risc pentru apariția episoadelor acute.

Factorii de risc sunt factorii care cresc riscul de apariție a exacerbărilor (episoade acute), reducerii funcției pulmonare sau reacțiilor adverse la tratament.

Ce rol are funcția pulmonară în monitorizarea astmului?

Odată ce astmul a fost diagnosticat, cel mai util indicator al riscului viitor este funcția pulmonară. Aceasta ar trebui documentată la momentul diagnosticului, la 3–6 luni de la inițierea tratamentului și apoi periodic. Funcția pulmonară ar trebui măsurată cel puțin o dată la 1-2 ani la majoritatea pacienților și mai frecvent la copii și la cei cu risc crescut de episoade acute sau declin al funcției pulmonare. Pacienții care prezintă fie prea puține, fie prea multe simptome în raport cu funcția lor pulmonară, necesită investigații mai detaliate.

Cum se evaluează severitatea astmului?

În prezent, severitatea astmului este evaluată retrospectiv prin nivelul tratamentului necesar pentru controlul simptomelor și exacerbărilor. Astmul ușor este astmul care poate fi controlat cu treapta terapeutică 1 sau 2. Astmul sever este astmul care necesită Treapta 5 de tratament. Poate părea similar astmului necontrolat din cauza lipsei tratamentului.

CUM INVESTIGĂM ASTMUL NECONTROLAT

Majoritatea pacienților pot obține un control bun al astmului prin administrarea regulată a tratamentului de control, dar unii pacienți nu îl pot obține, astfel încât sunt necesare investigații suplimentare.

Diagrama 5. Investigarea astmului necontrolat în unități de îngrijire primară



În această figură sunt prezentate întâi problemele cele mai frecvent întâlnite, însă ordinea etapelor poate fi diferită în funcție de resursele disponibile și contextul clinic.

MANAGEMENTUL ASTMULUI PRINCIPII GENERALE

Obiectivele pe termen lung ale managementului astmului sunt reducerea riscului și controlul simptomelor. Scopul este acela de a reduce povara pentru pacient și riscul de deces asociat astmului, riscul de exacerbare, afectarea căilor respiratorii și reacțiilor adverse ale medicamentelor. De asemenea, trebuie identificate care sunt obiectivele pacientului în legătură cu astmul și tratamentul acestuia.

Recomandările la nivel populațional cu privire la tratamentele antiastmatice „preferate” reprezintă cel mai bun tratament pentru majoritatea pacienților dintr-o populație.

Deciziile terapeutice individuale trebuie să ia în considerare toate caracteristicile personale, factorii de risc, comorbiditățile și fenotipul care pot anticipa răspunsul pacientului la tratament în ceea ce privește simptomele și riscul de exacerbare, împreună cu obiectivele personale și problemele practice precum tehnica inhalatorie, aderența și accesul la tratament.

Stabilirea unui parteneriat între pacient și medic este importantă pentru un management eficient al astmului. Cursurile de abilități de comunicare pentru profesioniștii din domeniul sănătății pot contribui la creșterea gradului de satisfacție a pacienților, la o evoluție mai bună și la reducerea utilizării resurselor de sănătate.

Alfabetizarea medicală – adică abilitatea pacientului de a obține, procesa și înțelege informații medicale de bază, astfel încât să poată lua decizii adecvate în privința propriei stări de sănătate – ar trebui luată în considerare în managementul și educația pacientului cu astm.

PROCESUL DE MANAGEMENT PENTRU REDUCEREA RISCULUI ȘI CONTROLUL SIMPTOMELOR ÎN ASTM

Managementul astmului presupune un proces continuu **de evaluare, ajustare a tratamentului și evaluarea răspunsului** (consultați Diagrama 6, pag. 19).

Evaluarea pacientului include nu numai **controlul simptomelor**, dar și a **factorilor de risc individuali și a comorbidităților** care pot contribui la povara bolii și la riscul pentru o evoluție nefavorabilă sau care pot anticipa răspunsul acestora la tratament. De asemenea, trebuie specificate obiectivele personale (și ale părintelui/părinților care au copii cu astm).

Tratamentul pentru prevenirea exacerbărilor și controlul simptomelor include:

- Medicamente: GINA recomandă toți pacienții adolescenți și adulți să aibă tratament de control cu CSI pentru reducerea riscul de exacerbare severă, chiar și la pacienții cu simptome puțin frecvente. Fiecare pacient cu astm trebuie să aibă un inhalator cu tratament la nevoie cu CSI în doză mică-formoterol sau BADSA.
- Tratați factorii de risc modificabili și comorbiditățile (Diagrama 4, pag. 15).
- Utilizați terapiile și strategiile non-farmacologice adecvate (pag. 38).

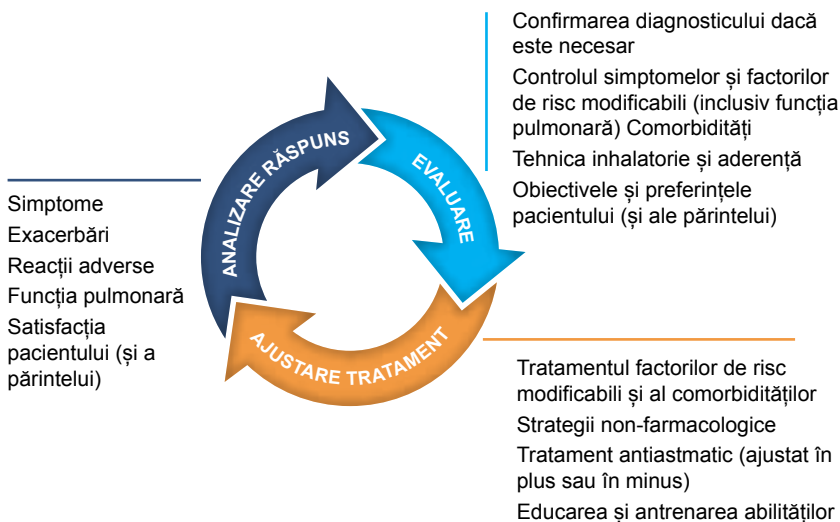
Este important ca fiecare pacient să fie pregătit pentru a dobândi abilitățile esențiale pentru putea realiza auto-managementul ghidat al astmului, care include:

- Informații importante despre astm
- Tehnica inhalatorie (pag. 37)
- Aderența (pag. 37)
- Plan de acțiune scris pentru astm (pag. 41)
- Auto-evaluarea simptomelor și/sau a debitului inspirator de vârf
- Evaluare medicală periodică (pag. 14)

Răspunsul pacientului trebuie evaluat de fiecare dată când tratamentul este modificat. Evaluați controlul simptomelor, exacerbarile, reacțiile adverse, funcția pulmonară și satisfacția pacientului la tratament (și a părintelui, pentru copiii cu astm).

Diagrama 6. Ciclul de gestionare a astmului în luarea deciziilor partajate

Scopul managementului astmului este de a preveni exacerbarile și decese cauzate de astm, și de a ameliora și controla simptomele.



RECOMANDĂRILE GINA ÎN ASTMUL UȘOR

Pentru siguranță, GINA nu mai recomandă inițierea tratamentului cu BADSA în monoterapie. GINA recomandă ca toți pacienții adolescenți și adulți cu astm să primească un tratament de control cu CSI pentru a reduce riscul de exacerbare severă și pentru controlul simptomelor.

Diagrama 7A (pag. 22) prezintă opțiunile noi pentru tratamentul de control cu CSI. În prezent, acestea includ:

- (pentru astm ușor) CSI în doză mică-formoterol la nevoie* sau dacă nu este disponibil, CSI în doză mică utilizată oricând se utilizează BADSA† sau
- tratament cronic cu CSI sau CSI-BADLA în fiecare zi, plus BADSA la nevoie, sau
- tratament de întreținere și ameliorare a simptomelor (de control și la nevoie) cu CSI-formoterol, cu budesonidă în doză mică-formoterol sau BDP-formoterol pentru administrare la nevoie.§

*Dovezi numai pentru budesonidă-formoterol; †Tratament combinat sau inhalatoare separate; § Tratament cu beclometazonă în doză mică-formoterol sau budesonidă-formoterol.

Tratament inițial: Diagrama 7B, pag. 24 și 8B, pag. 28. Pentru intervalurile de doze ale CSI, consultați Diagrama 9, pag. 30.

De ce a modificat GINA aceste recomandări în 2019?

Aceste recomandări noi reprezintă apogeul celor 12 ani de campanie GINA pentru a obține dovezi cu scopul de a îmbunătăți strategiile de tratament în astmul ușor. Obiectivele noastre au fost:

- reducerea riscului de exacerbare și deces din cauza astmului, inclusiv la pacienții cu astm ușor
- de a oferi mesaje consecvente despre obiectivele tratamentului astmului, inclusiv prevenirea exacerbărilor, asupra întregului spectru de severitate al astmului,
- de a evita formarea unui comportament de supra-încredere a pacientului în BADSA la începutul evoluției bolii.

Informații suplimentare despre dovezile și motivația pentru fiecare recomandare nouă din Treptele 1 și 2 se găsesc la pagina 31.

De ce există îngrijorări în legătură cu tratamentul cu BADSA în monoterapie?

Multe ghiduri recomandă ca pacienții cu astm ușor să fie tratați numai cu BADSA la nevoie. Aceste recomandări au fost stabilite în urmă cu peste 50 de ani, când astmul era considerat în principal o afecțiune cu bronhoconstricției. Totuși, inflamația căilor respiratorii este prezentă la majoritatea pacienților cu astm, chiar și la cei cu simptome intermitente sau rare.

Deși BADSA oferă ameliorarea rapidă a simptomelor, tratamentul cu BADSA în monoterapie este asociat cu creșterea riscului de exacerbare și scăderea funcției pulmonare.

Utilizarea regulată de BADSA accentuează răspunsurile alergice și inflamația căilor respiratorii și reduce răspunsul bronhodilatator la BADSA utilizat la nevoie.

Suprautilizarea BADSA (de ex., ≥3 flacoane eliberate pe an) este asociată cu risc crescut de exacerbări severe, iar eliberarea a ≥12 flacoane pe an este asociată cu un risc crescut de deces din cauza astmului.

INIȚIEREA TRATAMENTULUI ÎN ASTM

Pentru a obține cele mai bune rezultate, **tratamentul cu CSI trebuie inițiat** cât de repede posibil după stabilirea diagnosticului de astm, deoarece:

- chiar și pacienții cu astm ușor pot avea exacerbări severe
- CSI în doză mică determină reducerea importantă a spitalizărilor și deceselor în astm
- CSI în doză mică este foarte eficient în prevenirea exacerbărilor severe, reducerea simptomelor, îmbunătățirea funcției pulmonare și prevenirea bronhoconstricției indusă de exerciții fizice, chiar și la pacienții cu astm ușor
- tratamentul precoce cu CSI în doză mică ajută la îmbunătățirea funcției pulmonare, spre deosebire de tratamentul inițiat la mai mult de 2-4 ani de la apariția simptomelor
- pacienții fără tratament cu CSI, care prezintă o exacerbare severă, au funcție pulmonară mai mică pe termen lung decât cei la care s-a inițiat tratamentul cu CSI
- în astmul ocupațional, eliminarea din timp a expunerii și tratamentul precoce cresc probabilitatea de recuperare

Pentru majoritatea pacienților cu astm, tratamentul de control poate fi inițiat în Treapta 2, fie cu CSI în doză mică zilnic, regulat sau cu CSI în doză mică-formoterol la nevoie (sau, dacă nu este disponibil, cu CSI în doză mică de fiecare dată când se utilizează BADSA).

Majoritatea pacienților cu astm nu au nevoie de o doză crescută de CSI, deoarece la nivel de grup, majoritatea beneficiilor, inclusiv pentru prevenția exacerbărilor, sunt obținute cu CSI în doză mică. Pentru dozele de CSI, consultați Diagrama 9, pag 30.

Luați în considerare inițierea tratamentului în Treapta 3 terapeutică (de ex., cu CSI în doză mică/BADLA sau CSI în doză medie), dacă pacientul are simptome deranjante de astm aproape în fiecare zi sau dacă se trezește din cauza astmului cel puțin o dată pe săptămână.

Dacă la prima consultație pacientul are astm sever, necontrolat sau cu exacerbare acută, inițiați tratamentul de control în Treapta 4 de tratament (de ex., cu CSI în doză medie-BADLA); o cură scurtă de CSO poate fi de asemenea necesară. Consultați [Diagrama 7B, pag. 24 și 8B, pag. 28](#).

Luați în considerare trecerea la o treaptă terapeutică mai mică dacă astmul a fost bine controlat timp de 3 luni. Totuși, tratamentul cu CSI nu trebuie întrerupt complet la pacienții adulți și adolescenți.

Înainte de inițierea tratamentului de control (Diagrama 7B, pag. 24 și 8B, pag. 28)

- Documentați care sunt argumentele în favoarea diagnosticului de astm.
- Documentați controlul simptomelor și factorii de risc.
- Evaluați funcția pulmonară, dacă este posibil.
- Instruiți pacientul să utilizeze corect dispozitivul inhalator și verificați tehnica inhalatorie.
- Programați un consult ulterior de control.

După inițierea tratamentului de control (Diagrama 7A, pag. 22 și 8A, pag. 26)

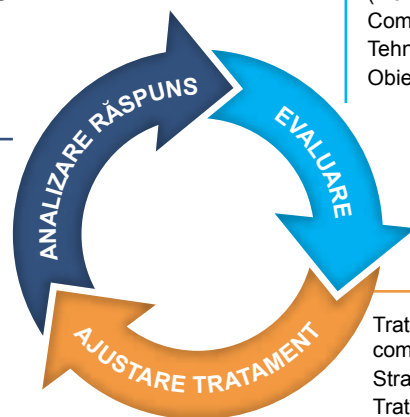
- Evaluați răspunsul după 2-3 luni sau în funcție de urgența clinică.
- Consultați Diagrama 7A/8A pentru tratamentul în curs și alte aspecte importante legate de management.
- Luați în considerare trecerea la o treaptă terapeutică inferioară dacă astmul a fost bine controlat timp de 3 luni.

Adulți și adolescenți cu vârsta peste 12 ani

Managementul personalizat al astmului:

Evaluare, Ajustare tratament, Analizare răspuns

Simptome
Exacerbări
Reacții adverse
Funcția pulmonară
Satisfacția pacientului
(și a părintelui)



Confirmarea diagnosticului dacă este necesar
Controlul simptomelor și factorilor de risc modificabili
(inclusiv funcția pulmonară)
Comorbidități
Tehnica inhalatorie și aderență
Obiectivele și preferințele pacientului (și ale părintelui)

Tratamentul factorilor de risc modificabili și al comorbidităților
Strategii non-farmacologice
Tratament antiastmatic (ajustat în plus sau în minus)
Educarea și antrenarea abilităților

Opțiunile terapeutice:

ajustați tratamentul în plus sau minus în funcție de nevoile specifice ale pacientului

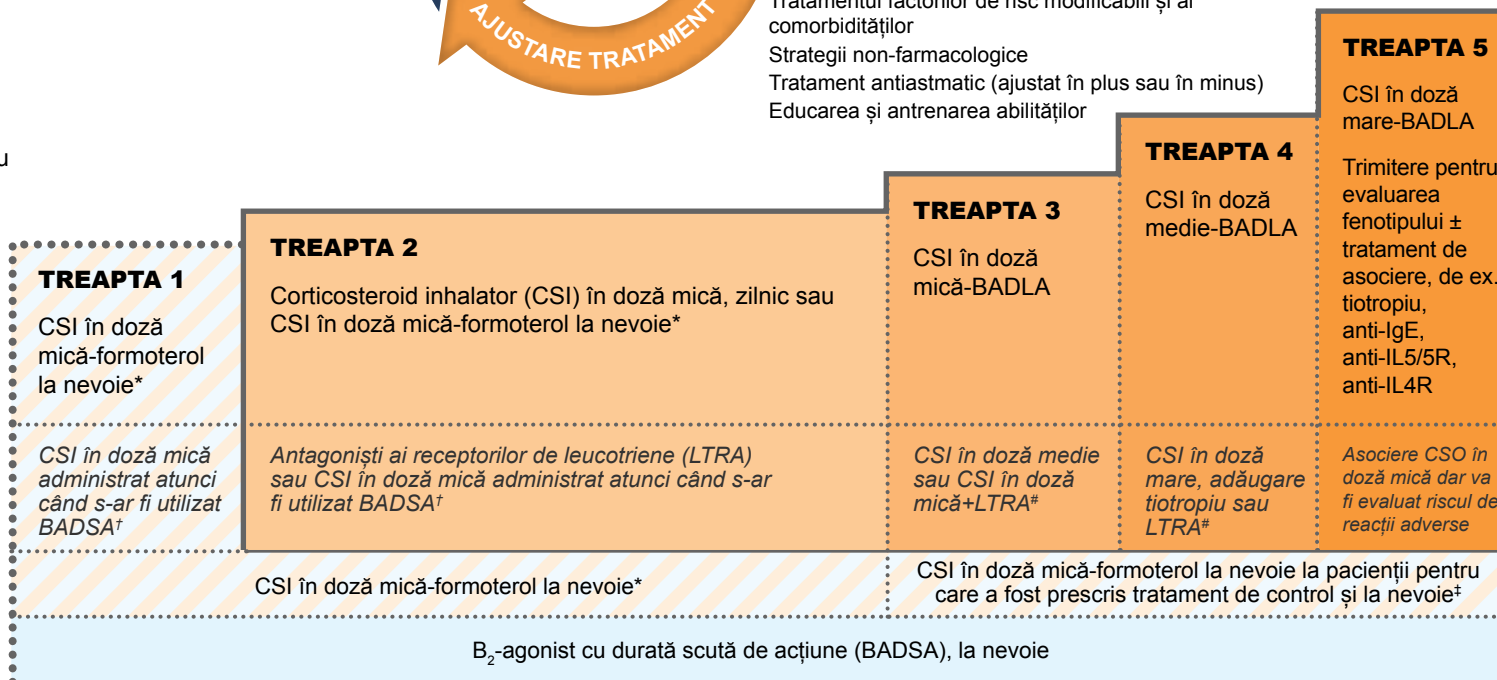
TRATAMENTUL DE CONTROL PREFERAT

pentru prevenirea exacerbărilor și controlul simptomelor

Alte opțiuni pentru tratamentul de control

TRATAMENTUL LA NEVOIE PREFERAT

Alte opțiuni pentru tratamentul la nevoie



*Date disponibile numai pentru budesonidă-formoterol (bud-form)

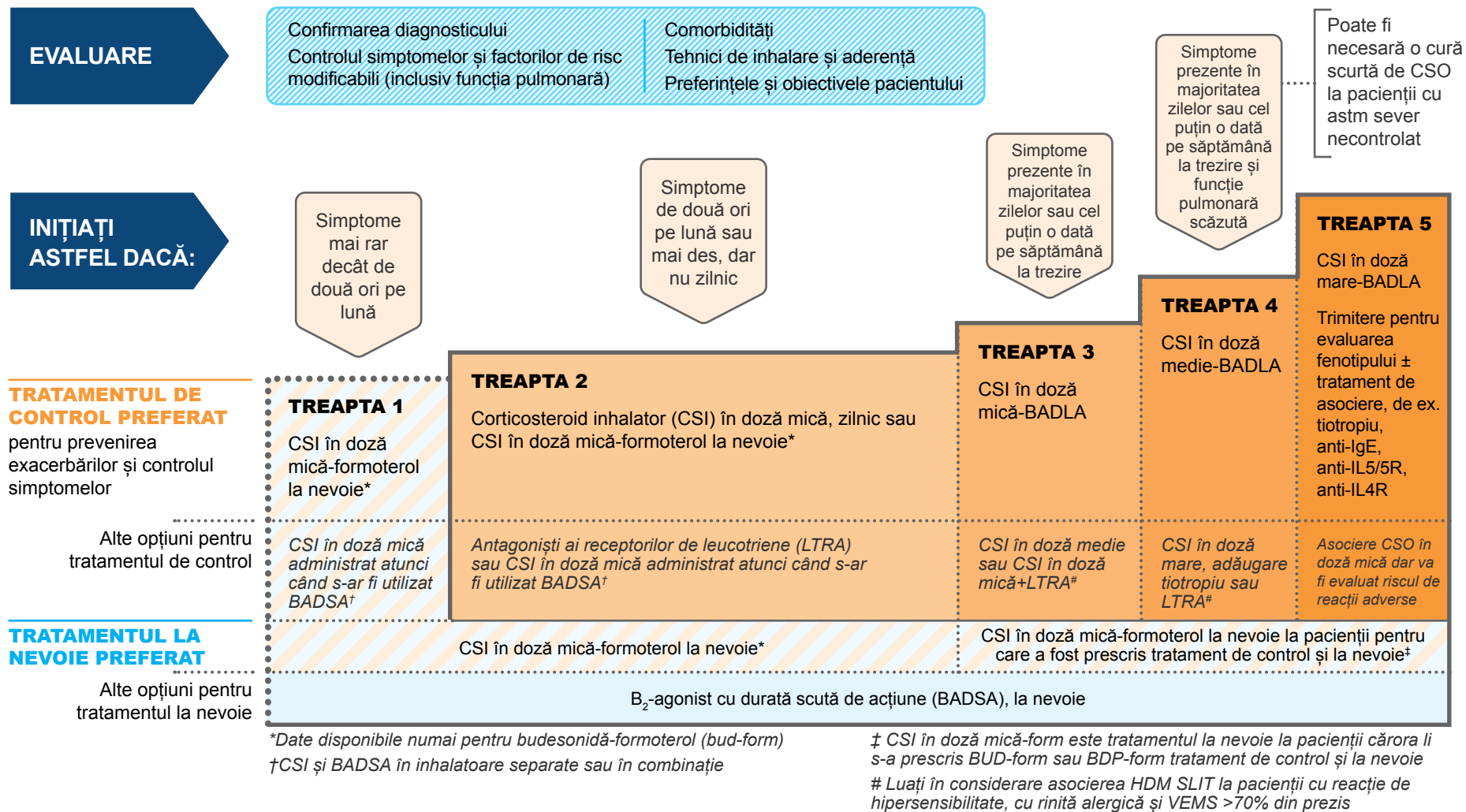
†CSI și BADSA în inhalatoare separate sau în combinație

‡ CSI în doză mică-form este tratamentul la nevoie la pacienții cărora li s-a prescris BUD-form sau BDP-form tratament de control și la nevoie

Luați în considerare asocierea HDM SLIT la pacienții cu reacție de hipersensibilitate, cu rinită alergică și VEMS >70% din prezis

Pentru copiii cu vârsta între 6-11 ani, consultați Diagrama 8A. Pentru mai multe detalii despre recomandările pentru tratament, vedeți și recomandări clinice despre implementarea în diferite populații, consultați raportul complet GINA 2020 (www.ginasthma.org). Pentru mai multe detalii despre Treapta 5 de tratament, consultați Ghidul de buzunar GINA 2019 pentru astm sever și dificil de tratat și verificați criteriile de eligibilitate aplicate local.

SELECTAREA TRATAMENTULUI DE CONTROL INIȚIAL PROPUȘ LA PACIENȚII ADULȚI ȘI ADOLESCENȚI CU DIAGNOSTIC DE ASTM



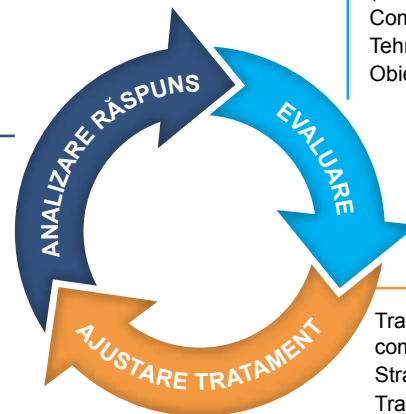
Pentru copiii cu vârsta între 6-11 ani, consultați Diagrama 8A. Pentru mai multe detalii despre recomandările pentru tratament, dovezi și recomandări clinice despre implementarea în diferite populații, consultați raportul complet GINA 2020 (www.ginasthma.org). Pentru mai multe detalii despre Treapta 5 de tratament, consultați Ghidul de buzunar GINA 2019 pentru astm sever și dificil de tratat și verificați criteriile de eligibilitate aplicate local.

Copii cu vârsta 6-11 ani

Managementul personalizat al astmului:

Evaluare, Ajustare tratament, Analizare răspuns

Simptome
Exacerbări
Reacții adverse
Funcția pulmonară
Satisfacția pacientului
(și a părintelui)



Confirmarea diagnosticului dacă este necesar
Controlul simptomelor și factorilor de risc modificabili (inclusiv funcția pulmonară)
Comorbidități
Tehnica inhalatorie și aderență
Obiectivele și preferințele pacientului (și ale părintelui)

Tratamentul factorilor de risc modificabili și al comorbidităților
Strategii non-farmacologice
Tratament antiastmatic (ajustat în plus sau în minus)
Educarea și antrenarea abilităților

Opțiunile terapeutice:

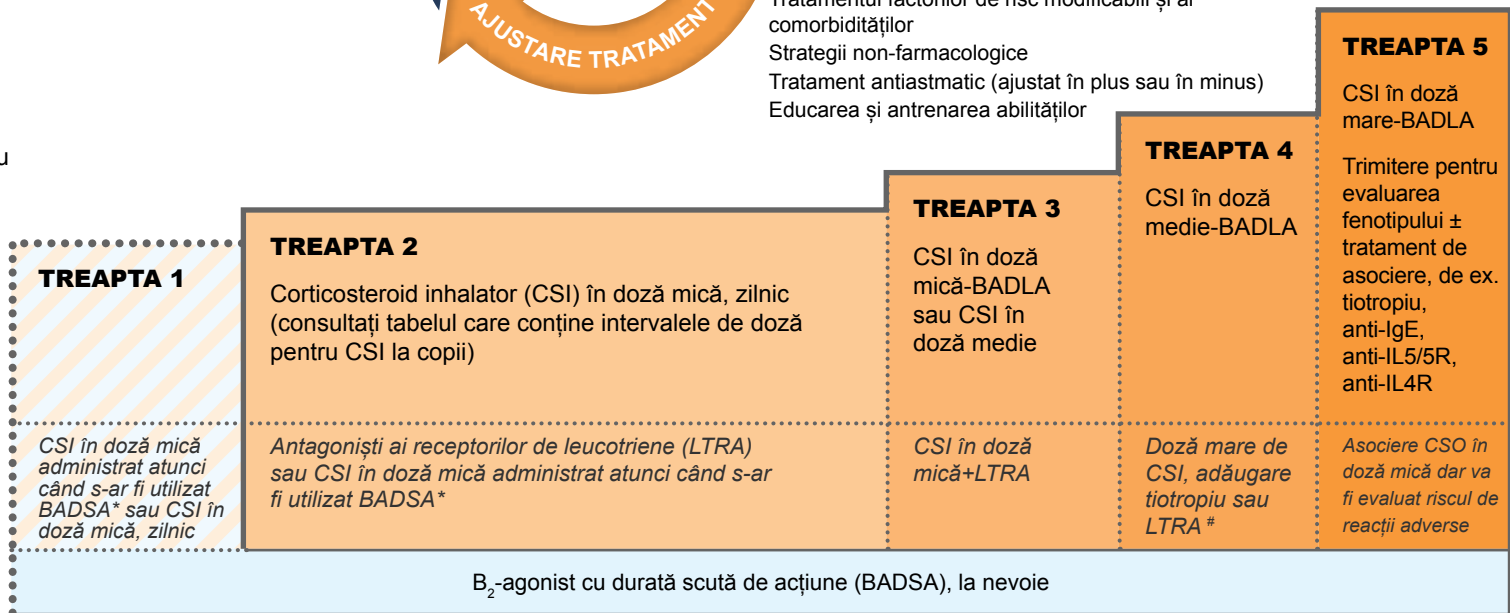
ajustați tratamentul în plus sau minus în funcție de nevoile specifice ale pacientului

TRATAMENTUL DE CONTROL PREFERAT

pentru prevenirea exacerbărilor și controlul simptomelor

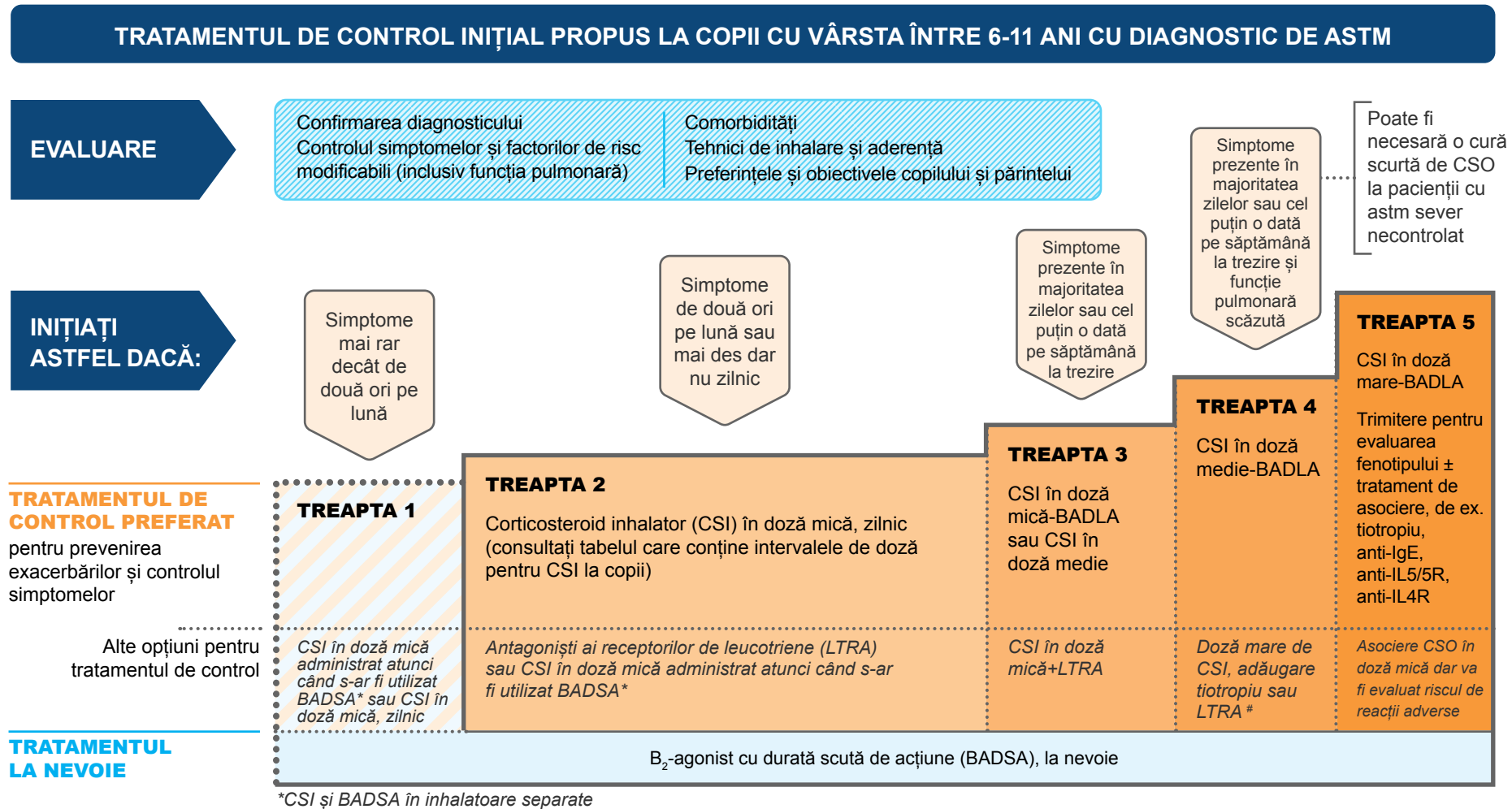
Alte opțiuni pentru tratamentul de control

TRATAMENTUL LA NEVOIE



*CSI și BADSA în inhalatoare separate

Pentru adulți și adolescenți, consultați Diagrama 7A. Pentru mai multe detalii despre recomandările pentru tratament, dovezi și recomandări clinice despre implementarea în diferite populații, consultați raportul complet GINA 2020 (www.ginasthma.org). Verificați criteriile de eligibilitate aplicate local.



Pentru tratamentul inițial la adulți și adolescenți, consultați Diagrama 7B. Pentru mai multe detalii despre recomandările pentru tratament, dovezi și recomandări clinice despre implementarea în diferite populații, consultați raportul complet GINA 2019 (www.ginasthma.org). Verificați criteriile de eligibilitate cu plătorii locali.

Diagrama 9. Doze zilnice mici, medii și înalte de corticoizi inhalatori

Acesta nu este un tabel de echivalență, reprezintă dozele zilnice totale pentru opțiunile de tratament cu CSI în doză „mică”, „medie” și „înalță” pentru Diagramele 7 și 8. Se bazează pe studiile clinice disponibile și informațiile despre produse. Dozele pot fi specifice fiecărei țări în funcție de disponibilitatea la nivel local, indicațiile aprobate și ghidurile clinice.

Dozele mici de CSI oferă majoritatea beneficiilor clinice pentru cei mai mulți pacienți. Totuși, gradul de răspuns la CSI variază între pacienți, astfel încât unii pacienți pot avea nevoie de **doze medii de CSI** dacă astmul este necontrolat deși pacientul prezintă aderență bună și tehnică inhalatorie corectă cu doză mică de CSI.

Dozele mari de CSI sunt necesare la foarte puțini pacienți și utilizarea pe termen lung este asociată cu creșterea riscului de reacții adverse locale și sistemice.

| Adulți și adolescenți Corticosteroid inhalator | Doza zilnică totală de CSI (mcg) | | |
|---|----------------------------------|-----------|-------|
| | Mică | Medie | Mare |
| DPB (pMDI*, HFA) | 200–500 | >500–1000 | >1000 |
| DPB (pMDI, particule extrafine, HFA) | 100–200 | >200–400 | >400 |
| Budesonidă (DPI) | 200–400 | >400–800 | >800 |
| Ciclesonidă (pMDI, particule extrafine, HFA) | 80–160 | >160–320 | >320 |
| Furoat de fluticazonă (DPI) | | 100 | 200 |
| Propionat de fluticazonă (DPI) | 100–250 | >250–500 | >500 |
| Propionat de fluticazonă (pMDI*, HFA) | 100–250 | >250–500 | >500 |
| Furoat de mometazonă (DPI) | | 200 | 400 |
| Furoat de mometazonă (pMDI*, HFA) | | 200–400 | 400 |
| Copii 6-11 ani Corticosteroid inhalator | Doza zilnică totală de CSI (mcg) | | |
| | Mică | Medie | Mare |
| DPB (pMDI*, HFA) | 100–200 | >200–400 | >400 |
| DPB (pMDI, particule extrafine, HFA) | 50–100 | >100–200 | >200 |
| Budesonidă (DPI) | 100–200 | >200–400 | >400 |
| Budesonidă (nebulizare) | 250–500 | >500–1000 | >1000 |
| Ciclesonidă (pMDI, particule extrafine, HFA) | 80 | >80–160 | >160 |
| Furoat de fluticazonă (DPI) | | 50 | n.a. |
| Propionat de fluticazonă (DPI) | 50–100 | >100–200 | >200 |
| Propionat de fluticazonă (pMDI*, HFA) | 50–100 | >100–200 | >200 |
| Furoat de mometazonă (pMDI*, HFA) | | 100 | 200 |

DPB: Dipropionat de beclometazonă; DPI: inhalator cu pulbere uscată; HFA: hidrofluoroalcan; pMDI: inhalator presurizat cu doză măsurată. *particule standard (non-fine). CSI administrat ca pMDI de preferat prin intermediul spacer-ului.

Pentru produsele noi, informațiile de la producător trebuie revizuite cu atenție deoarece produsele care conțin aceeași substanță activă pot să nu fie echivalente din punct de vedere clinic.

ABODAREA PROGRESIVĂ, ÎN TREPTE, PENTRU AJUSTAREA TRATAMENTULUI CONFORM NEVOILOR INDIVIDUALE ALE PACIENȚILOR

După inițierea tratamentului în astm (Diagrama 7B, pag. 24 și Diagrama 8B, pag. 28), deciziile ulterioare se bazează pe un proces de evaluare a pacientului, ajustare a tratamentului (farmacologic și non-farmacologic), dacă este necesar și analiză a răspunsului la tratament (Diagrama 6, pag. 19).

Tratamentele de control preferate în fiecare treaptă terapeutică pentru pacienții adolescenți și adulți sunt sumarizate mai jos și în Diagrama 7A (pag. 22) și Diagrama 8A (pag. 26) pentru copii cu vârsta între 6-11 ani. Pentru detalii, inclusiv pentru copii cu vârsta ≤5 ani, consultați Raportul integral GINA 2020. Consultați Diagrama 9 (pag. 30) pentru dozele de CSI.

La fiecare treaptă, sunt enumerate și **alte opțiuni pentru tratamentul de control** care nu sunt la fel de eficiente ca „tratamentul de control preferat” dar pot fi luate în considerare la pacienții cu anumiți factori de risc sau dacă tratamentul de control preferat nu este disponibil.

Pentru pacienții cu astm necontrolat cu un anumit tratament, trebuie evaluate aderența, tehnica inhalatorie și comorbiditățile înainte de a lua în considerare un tratament diferit din aceeași treaptă terapeutică sau înainte de a trece la o treaptă terapeutică superioară.

TREAPTA 1 Tratamentul de control preferat: CSI în doză mică-formoterol la nevoie

Recomandările din Treapta 1 sunt pentru:

- tratament inițial la pacienții cu simptome prezente mai puțin decât de două ori pe lună și fără factori de risc pentru exacerbări, un grup care este rar studiat
- trecerea la o treaptă terapeutică inferioară la pacienții cu astm bine controlat cu Treapta 2 de tratament

Administrarea **CSI în doză mică-formoterol la nevoie** din Treapta 1 este strategia preferată la acești pacienți. Această strategie este susținută de dovezi indirecte dintr-un studiu amplu care a comparat tratamentul cu budesonidă-formoterol la nevoie cu BADSA în monoterapie, la pacienții eligibili pentru Treapta 2 (a se vedea mai jos).

Pentru aceste recomandări, cele mai importante argumente au fost:

- Pacienții cu perioade scurte simptomatice pot avea exacerbări severe sau fatale (Dusser et al, Allergy 2017).
- Exacerbările severe au fost reduse cu aproximativ 60% cu budesonidă în doză mică-formoterol la nevoie comparativ cu BADSA în monoterapie, cu o doză medie de CSI egală cu 20-50% din doza medie de CSI, comparativ cu administrarea zilnică a CSI în doză mică.
- Este importantă evitarea mesajelor contradictorii, deoarece anterior pacienții primeau inițial recomandări de a utiliza BADSA pentru ameliorarea simptomelor, dar ulterior (deși acest tratament este eficient din perspectiva acestora) li se spune că trebuie să utilizeze zilnic un tratament de control pentru a reduce utilizarea BADSA și a preveni exacerbările.

- Aderența redusă la CSI la pacienții cu simptomatologie puțin frecventă, care i-ar expune riscurilor tratamentului cu BADSA în monoterapie.

Toate dovezile de eficacitate și siguranță pentru CSI în doză mică-formoterol disponibile în prezent sunt cu budesonidă în doză mică-formoterol dar și BDP-formoterol poate fi utilizat. Aceste tratamente sunt bine cunoscute ca tratament de control și la nevoie în Treptele terapeutice 3-5 și nu au fost depistate semnale noi de siguranță în studiile cu budesonidă-formoterol la nevoie. Pentru budesonidă-formoterol, doza maximă totală recomandată/zi este de 72 mcg de formoterol. Totuși, în studiile clinice asupra astmului ușor, utilizarea medie de budesonidă-formoterol a fost de aproximativ 3-4 inhalatii/săptămână.

Alte opțiuni pentru tratamentul de control în Treapta 1

- CSI în doză mică utilizat oricând se utilizează BADSA: pentru Treapta 1 dovezile sunt din nou indirecte, din studii clinice cu CSI și BADSA în inhalatoare separate sau în combinație, la pacienții eligibili pentru Treapta 2 (a se vedea mai jos). Pentru această recomandare, cele mai importante aspecte au fost cele asociate reducerii riscului exacerbărilor severe și faptului că aderența la tratamentul zilnic cu CSI este redusă în cazul pacienților cu simptome prezente mai rar decât de 2 ori/lună.
- Utilizarea zilnică a CSI în doză mică în Treapta 1 a fost sugerată de GINA din 2014 pentru a reduce riscul de exacerbare severă. Totuși, este puțin probabil pentru pacienții cu <2 simptome/lună să utilizeze CSI regulat și rămân expuși riscurilor utilizării BADSA în monoterapie, așadar nu se mai recomandă.

Copii cu vârsta de 6-11 ani

Utilizarea CSI oricând se utilizează BADSA este o opțiune posibilă, cu dovezi indirecte dintr-un studiu în Treapta 2, cu CSI și BADSA în inhalatoare separate (a se vedea mai jos).

TREAPTA 2 Tratamentul de control preferat: CSI în doză mică zilnic plus BADSA la nevoie SAU CSI în doză mică-formoterol la nevoie

CSI în doză mică zilnic cu BADSA la nevoie: există un număr crescut al dovezilor din studii clinice randomizate și studii observaționale care arată că dozele mici de CSI utilizate în mod regulat reduc semnificativ riscul de exacerbare severă, spitalizări și deces; controlul simptomelor a fost îmbunătățit și bronhoconstricția indusă de exerciții fizice redusă. Numărul exacerbărilor grave s-a înjumătățit chiar și la pacienții cu simptome cel mult o zi/săptămână. (Reddel et al, Lancet 2017)

Pentru această recomandare, cel mai important aspect a fost reducerea riscului de exacerbare severă, dar înainte de a prescrie CSI zilnic medicii trebuie să evalueze dacă pacienții ar avea o aderență bună la tratament. Aderența redusă la tratament ar putea expune pacienții la riscurile asociate administrării BADSA în monoterapie.

CSI în doză mică-formoterol la nevoie: toate dovezile până în prezent sunt cu budesonidă în doză mică-formoterol. Un studiu amplu în astmul ușor a arătat reducerea cu 64% a exacerbărilor severe față de tratamentul cu BADSA în monoterapie (O'Byrne, NEJMed 2018). Reducerea de 60% a fost de asemenea observată într-un studiu cu design deschis în care pacienții utilizau budesonidă-formoterol la nevoie, cum ar utiliza în practica clinică curentă (Beasley et al, NEJMed 2019). Față de tratamentul cu CSI în doză mică, tratamentul cu budesonidă-formoterol la nevoie a demonstrat non-inferioritate pentru reducerea exacerbărilor severe în două studii ample cu design dublu-orb (O'Byrne et al, NEJMed 2018, Bateman et al, NEJMed 2018) și a prezentat superioritate față de tratamentul cu CSI în doză mică, administrat zilnic, în două studii cu design deschis (Beasley et al, NEJMed 2019; Hardy et al, Lancet 2019), fiind observată o diferență foarte mică sau nicio diferență în legătură cu controlul simptomelor.

În ambele studii cu design deschis, efectele tratamentului cu budesonidă-formoterol la nevoie au fost similare indiferent dacă valorile eozinofiliei sangvine și FeNO au fost scăzute sau înalte la momentul începerii studiului.

Pentru această recomandare, cele mai importante aspecte au fost prevenirea exacerbărilor severe și evitarea necesității de administrare zilnică de CSI la pacienții cu astm ușor. Diferențele mici în controlul simptomelor și asupra funcției pulmonare în comparație cu CSI zilnic au fost considerate mai puțin importante, deoarece aceste rezultate au avut valori mai mici decât diferența minimă importantă clinic. Doza maximă totală recomandată de budesonidă-formoterol/zi este de 72 mcg formoterol. Totuși, în studiile clinice asupra astmului ușor, utilizarea medie de budesonidă-formoterol a fost de aproximativ 3-4 inhalatii/săptămână.

Un studiu asupra bronhoconstricției induse de exercițiile fizice a observat beneficii similare cu budesonidă-formoterol la nevoie și înainte de efortul fizic și tratamentul cu CSI zilnic (Lazarinis et al, Thorax 2014). Acest aspect sugerează că pacienții cărora le-a fost prescris tratamentul cu CSI-formoterol la nevoie nu necesită prescrierea unui BADSA pentru utilizare înainte de efortul fizic.

Alte opțiuni pentru tratamentul de control în Treapta 2

- **CSI în doză mică utilizat oricând se utilizează BADSA**, în inhalatoare separate sau în combinație (în afara indicațiilor aprobate). Două studii clinice au arătat reducerea exacerbărilor în comparație cu BADSA în monoterapie, unul la pacienți cu vârsta 5-18 ani, cu inhalatoare separate (Martinez, Lancet 2011) și unul la adulți, cu combinația CSI-BADSA (Papi, NEJMed 2007). Dovezile pentru un număr al exacerbărilor similar sau mai mic în comparație cu CSI zilnic sunt furnizate de aceleași studii plus altele în cazul pacienților adulți (Calhoun et al, JAMA 2012) și copiilor cu vârsta 6-17 ani (Sumino et al, J Allerg Clin Immunol 2019). Pentru această recomandare, o importanță crescută a fost acordată prevenirii exacerbărilor severe și o importanță mai mică a fost acordată diferențelor mici în controlul simptomelor și confortului redus de a transporta două inhalatoare.
- **Antagoniștii receptorilor de leukotriene (LTRA)** au eficacitate mai scăzută față de CSI de control, mai ales pentru prevenirea exacebărilor.

- *Tratamentul zilnic cu CSI în doză mică-BADLA* ca terapie inițială determină îmbunătățirea mai rapidă a simptomelor și creșterea VEMS față de tratamentul cu CSI în monoterapie, dar este mai costisitor și rata exacerbărilor este similară.
- Pentru astmul alergic sezonier sunt necesare dovezi. Recomandările actuale sunt de inițiere imediată a tratamentul cu CSI și întreruperea acestuia la 4 săptămâni după oprirea expunerii.

Copii cu vârsta 6-11 ani

Opțiunea preferată pentru tratamentul de control la copii în Treapta 2 este cu CSI în doză mică (consultați Diagrama 9, pag. 30 pentru intervalul dozelor CSI la copii). Alte opțiuni mai puțin eficiente pentru tratamentul de control la copii sunt LTRA zilnic sau utilizarea CSI în doză mică oricând se utilizează BADSA, în inhalatoare separate (Martinez et al, Lancet 2011). Alt studiu la copii cu vârsta între 6 și 11 ani a arătat rezultate similare în legătură cu utilizarea CSI oricând se utilizează BADSA și în schema de tratament recomandată de medic (Sumino et al, J Allerg Clin Immunol Pract 2019).

TREAPTA 3 Tratamentul de control preferat: CSI în doză mică-formoterol de control și la nevoie SAU CSI în doză mică-BADLA zilnic ca tratament de control plus BADSA la nevoie

Aderența, tehnica inhalatorie și comorbiditățile trebuie verificate înainte de a trece la o treaptă terapeutică superioară. Pentru pacienții cu astm necontrolat cu CSI în doză mică, combinația CSI în doză mică-BADLA determină reducerea cu ~20% a riscului de exacerbare și creșterea funcției pulmonare, dar diferențe minore în utilizarea tratamentului de ameliorare. Pentru pacienții cu ≥ 1 exacerbare în ultimul an, tratamentul de întreținere și de ameliorare (de control și la nevoie) BDP în doză mică-formoterol sau BUD în doză mică-formoterol este mai eficient decât tratamentul de întreținere cu CSI-BADLA sau doze mai înalte de CSI cu BADSA la nevoie pentru reducerea exacerbărilor severe, cu un nivel similar al controlului simptomelor. Doza maximă totală recomandată pentru CSI-formoterol/zi este 48 mcg de formoterol pentru BDP-formoterol și 72 mcg de formoterol pentru budesonidă-formoterol.

Alte opțiuni pentru tratamentul de control: CSI în doză medie sau CSI în doză mică plus LTRA. La pacienții adulți cu rinită care sunt alergici la acarieni, luați în considerare asocierea imunoterapiei sublinguale (SLIT), dacă VEMS este $>70\%$ din valoarea prezisă.

Copii (6-11 ani): Tratamentele de control „preferate” pentru această grupă de vârstă sunt CSI în doză medie sau CSI în doză mică-BADLA, având beneficii similare.

TREAPTA 4 Tratamentul de control preferat: CSI în doză mică-formoterol de control și la nevoie SAU CSI în doză medie-BADLA de control plus BADSA la nevoie

Deși la nivel de grup, majoritatea beneficiilor CSI sunt obținute cu doză mică, răspunsul individual la CSI variază și unii pacienți cu astm necontrolat cu CSI în doză mică-BADLA, în pofida aderenței bune și tehnicii inhalatorii corecte ar putea beneficia de creșterea dozei CSI de menținere la valori medii.

Alte opțiuni pentru tratamentul de control includ: asociere tiotropiu inhalator pulbere fină (mist inhaler) pentru pacienții cu vârsta ≥ 6 ani și istoric de exacerbări; asocierea LTRA; sau creșterea la CSI în doză mare-BADLA, dar pentru această abordare luați în considerare creșterea riscului de reacții adverse asociate cu CSI. La pacienții adulți cu rinită și astm, cu alergii la acarieni, luați în considerare asocierea SLIT, dacă VEMS este $>70\%$ din valoarea prezisă.

Copii cu vârsta 6-11 ani: Continuați tratamentul de control și recomandați consult la medicul specialist.

TREAPTA 5: recomandați consult pentru investigația fenotipului ± tratament de asociere

La pacienții cu simptome necontrolate și/sau exacerbări cu tratament de Treapta 4 trebuie să evaluați factorii de risc, să optimizați tratamentul și să recomandați evaluarea la medicul specialist, inclusiv pentru identificarea fenotipului astmului sever și pentru tratamentul potențial de asociere. **Ghidul de buzunar GINA pentru astm sever și dificil de tratat v2.0 2019** oferă un algoritm decizional și recomandări practice pentru evaluarea și managementul la adulți și adolescenți. Tratamentul pe baza rezultatelor analizei sputei, dacă este disponibil, poate conduce la o evoluție mai bună în astmul moderat-sever.

Tratamentele de asociere includ tiotropiu inhalator cu pulbere fină la pacienți cu vârsta ≥ 6 ani și istoric de exacerbări; pentru astm alergic sever, anti-IgE (omalizumab s.c., ≥ 6 ani) și pentru astm eozinofilic sever, anti-IL5 (mepolizumab s.c., ≥ 6 ani sau reslizumab i.v., ≥ 18 ani) sau anti-IL5R (benralizumab s.c., ≥ 12 ani) sau anti-IL4R (dupilumab s.c., ≥ 12 ani). Consultați glosarul (pag. 45) și verificați criteriile aprobate local de eligibilitate pentru terapiile specifice de asociere.

Alte opțiuni: Unii pacienți pot beneficia de CSO în doză mică, dar acestea sunt însoțite de regulă de reacții adverse sistemice pe termen lung.

REEVALUAREA RĂSPUNSULUI ȘI AJUSTAREA TRATAMENTULUI

Cât de des se impune evaluarea pacienților cu astm?

Se recomandă ca pacienții să fie evaluați la 1–3 luni de la inițierea tratamentului, apoi la fiecare 3–12 luni, cu excepția femeilor însărcinate care ar trebui evaluate la fiecare 4–6 săptămâni. După o exacerbare, se va programa o consultație de evaluare în termen de 1 săptămână. Frecvența evaluărilor depinde de nivelul de control inițial obținut de către pacient, de răspunsul acestuia la tratamentul anterior și de capacitatea și disponibilitatea acestuia de a se implica în auto-management cu un plan de acțiune scris.

Trecerea la o treaptă de tratament superioară

Astmul este o afecțiune variabilă și poate necesita ajustarea periodică a tratamentului de control de către medic și/sau pacient.

- **Trecerea la o treaptă superioară de tratament susținută (pe o perioadă de cel puțin 2–3 luni):** dacă simptomele și/sau exacerbările persistă în pofida tratamentului de întreținere timp de 2–3 luni, evaluați următoarele aspecte înainte de a trece la o treaptă superioară de tratament
 - tehnică inhalatorie incorectă
 - aderență scăzută
 - factori de risc modificabili, de ex., fumatul
 - simptome cauzate de comorbidități, de ex., rinita alergică
- **Trecerea la o treaptă superioară de tratament pe termen scurt (pe o perioadă de 1–2 săptămâni)** inițiată de medic sau pacient cu un plan de acțiune scris pentru astm (pag. 41), de ex., în timpul unei infecții virale sau expunerii la alergeni.
- **Ajustarea de la o zi la alta inițiată de pacient** în cazul pacienților cărora li s-au prescris CSI în doză mică-formoterol ca tratament la nevoie în astm ușor sau CSI în doză mică-formoterol ca tratament de control și la nevoie.

Trecerea la o treaptă de tratament inferioară când astmul este bine controlat

După obținerea unui control bun al astmului menținut pe o durată de 3 luni, se va lua în considerare trecerea la o treaptă de tratament inferioară, pentru a identifica tratamentul minim optim care controlează atât simptomele, cât și exacerbările, diminuând totodată efectele secundare:

- Alegeți un moment potrivit pentru trecerea la o treaptă de tratament inferioară (pacientul nu are infecție respiratorie, nu călătorește, pacienta nu este însărcinată).
- Evaluați factorii de risc, inclusiv istoricul de exacerbări sau vizite la camera de gardă și funcția pulmonară scăzută
- Documentați statusul bolii la momentul inițial (controlul simptomelor și funcția pulmonară), oferiți un plan de acțiune scris pentru astm, monitorizați atent și programați un consult de monitorizare.
- Treceți la o treaptă de tratament inferioară cu ajutorul recomandărilor disponibile pentru reducerea dozei CSI cu 25–50% la intervale de 2–3 luni (consultați Diagramele 3-9 din Raportul integral GINA 2020 pentru detalii despre trecerea la o treaptă de tratament inferioară pentru diferitele tratamente de control)
- Dacă astmul este bine controlat cu CSI în doză mică sau LTRA, tratamentul la nevoie cu CSI în doză mică-formoterol reprezintă o opțiune de trecere la o treaptă de tratament inferioară, bazată pe două studii ample cu budesonidă-formoterol la adulți și adolescenți (O'Byrne et al, NEJMed 2018; Bateman et al, NEJMed 2018) și un studiu cu design deschis (Hardy et al, 2019). Studii mai mici au arătat că CSI în doză mică utilizat oricând s-a utilizat BADSA (tratament combinat sau inhalatoare separate) este mai eficient ca strategie de trecere la o treaptă de tratament inferioară față de BADSA în monoterapie (Papi et al, NEJMed 2007; Martinez et al Lancet 2011).
- Nu opriți complet CSI la adulții și adolescenții diagnosticați cu astm decât dacă este necesară oprirea temporară pentru a confirma diagnosticul de astm.
- Asigurați-vă că ați stabilit o consultație de monitorizare.

TEHNICA INHALATORIE ȘI ADERENȚA LA TRATAMENT

Instruiți pacienții să utilizeze eficient dispozitivele inhalatorii

Majoritatea pacienților (până la 80%) nu utilizează corect dispozitivul inhalator. Acest lucru are ca rezultat controlul redus al simptomelor și apariția exacerbărilor. Pentru a asigura utilizarea eficientă a inhalatorului:

- Alegeți un dispozitiv adecvat pentru pacient înainte de a-l prescrie: luați în considerare tratamentul, problemele fizice, de ex., artrita, abilitățile pacientului și costul; prescrieți un spacer pentru dispozitivul inhalator cu doze măsurate presurizate cu CSI.
- Verificați tehnica inhalatorie de fiecare dată când aveți ocazia. Rugați pacientul să vă arate cum utilizează inhalatorul. Verificați tehnica aplicată pe baza instrucțiunilor care însoțesc dispozitivul.
- Corecți eventualele erori oferindu-le pacienților o demonstrație pe loc, punând accent pe pașii efectuați incorect. Verificați din nou tehnica, de 2–3 ori, dacă este necesar.
- Asigurați-vă că aveți instrucțiuni de utilizare pentru fiecare inhalator pe care îl prescrieți și că puteți demonstra corect tehnica respectivă.

Informațiile despre dispozitive și tehnicile inhalatorii sunt disponibile pe pagina de internet GINA (www.ginasthma.org) și ADMIT (www.inhalers4u.org).

Verificați și îmbunătățiți aderența la tratamentul astmului

Cel puțin 50% dintre adulți și copii nu utilizează tratamentul de control așa cum a fost prescris. Aderența redusă contribuie la un control slab al simptomelor și exacerbărilor. Aderența redusă poate fi neintenționată (de ex., omiterea administrării, costul, lipsa înțelegerii instrucțiunilor) și/sau intenționată (de ex., lipsa înțelegerii necesității de a lua tratamentul, teama de reacții adverse, probleme de ordin cultural, costul).

Pentru a identifica pacienții cu probleme de aderență:

- Adresați o întrebare empatică, de ex., „Majoritatea pacienților nu își iau tratamentul inhalator exact așa cum este prescris. În ultimele 4 săptămâni, de câte ori pe săptămână l-ați luat? În nicio zi, în una sau în două zile pe săptămână [etc.]?” sau „Când vi se pare mai ușor să vă amintiți de inhalator: dimineața sau seara?”
- Verificați utilizarea medicamentelor, de la data prescrierii, data/contorul dozelor de pe inhalator, documentele de eliberare ale medicamentelor
- Adresați întrebări despre părerea și convingerile pacientului legate de astm și medicamente.

Doar câteva intervenții au fost studiate cu atenție în astm și au îmbunătățit aderența în studiile din practica clinică curentă.

- Stabilirea de comun acord a deciziilor privind tratamentul și alegerea dozelor
- Marcarea dozelor omise
- Educația privind astmul, cu vizite la domiciliu ale asistenților medicali specializați în domeniu
- Evaluarea de către medici a feedback-ului privind rețetele eliberate pentru pacienți
- Un program automat de recunoaștere a vocii cu mesaje pe telefon trimise în momentul în care este necesară reînnoirea rețetei sau dacă a fost depășit termenul de reînnoire a rețetei
- Tratamentul de control supravegheat la școală, prin telemedicină.

TRATAREA FACTORILOR DE RISC MODIFICABILI

Riscul de exacerbări poate fi redus prin optimizarea schemei de tratament pentru astm și prin identificarea și tratarea factorilor de risc modificabili. Câteva exemple de factori care modifică riscul și care și-au dovedit constant eficacitatea:

- **Auto-controlul supravegheat:** auto-evaluarea simptomelor și/sau PEF, un plan de acțiune scris pentru astm (pag. 41) și evaluarea medicală periodică;
- **Administrarea unei scheme de tratament care reduce riscul de exacerbare:** prescrieți un tratament de control cu CSI zilnic sau CSI în doză mică-formoterol la nevoie pentru pacienții cu astm ușor. Pentru pacienții cu una sau mai multe exacerbări în ultimul an, luați în considerare tratamentul de control și la nevoie cu CSI în doză mică-formoterol pentru reducerea riscului de exacerbare severă;
- **Evitarea expunerii la fumul de tutun;**
- **Alergia alimentară confirmată:** evitarea alimentelor în cauză; asigurarea disponibilității epinefrinei injectabile în caz de șoc anafilactic
- **Programe școlare** care includ aptitudinile necesare pentru auto-managementul în astm
- **Pentru pacienții cu astm sever:** trimitere către un centru de specialitate, dacă este disponibil, pentru o evaluare detaliată și posibilitatea asocierii unui tratament biologic și/sau a unui tratament în funcție de rezultatul examenului de spută.

STRATEGII ȘI INTERVENȚII NON-FARMACOLOGICE

Pe lângă medicamente, pot fi luate în considerare și alte terapii și strategii, dacă sunt relevante, pentru a contribui la controlul simptomelor și la reducerea riscurilor. Iată câteva exemple care și-au dovedit constant eficacitatea:

- **Consilierea pentru renunțarea la fumat:** la fiecare vizită, încurajați ferm fumătorii să renunțe la fumat. Oferiți acces la consiliere și la resurse. Oferiți consiliere părinților și aparținătorii pentru a elimina fumatul din camerele/mașinile în care se pot afla copiii cu astm.
- **Activitate fizică:** încurajați pacienții cu astm să practice o activitate fizică constant datorită avantajelor generale pentru sănătate. Oferiți consiliere privind managementul bronhoconstricției induse de efort.
- **Investigarea astmului profesional:** întrebați toți pacienții cu debut al astmului la vârsta adultă despre viața lor profesională. Identificați și eliminați factorii alergeni sensibilizanți din mediul profesional cât mai curând posibil. Trimiteți pacienții la consiliere de specialitate, dacă este disponibilă.
- **Identificarea bolii respiratorii exacerbate de AINS, inclusiv aspirină/acid acetilsalicilic:** înainte de a prescrie aceste medicamente, întrebați întotdeauna pacientul dacă suferă de astm.

Deși alergenii pot contribui la apariția simptomelor astmului la pacienții sensibilizați, nu este recomandată evitarea alergenilor ca strategie generală în astm. Aceste strategii sunt deseori complexe și costisitoare și nu există metode valide de identificare a pacienților care pot beneficia de pe urma acestora.

Unii factori declanșatori întâlniți frecvent pentru astm (de ex., exerciții fizice, răs) nu ar trebui evitați, în timp ce alții (de ex., infecțiile respiratorii virale, stresul) sunt greu de evitat și ar trebui gestionați atunci când apar.

TRATAMENTUL ÎN POPULAȚII SAU CONTEXTE SPECIALE

Sarcina: controlul astmului se schimbă deseori pe durata sarcinii. Pentru copil și mamă, avantajele tratării eficiente ale astmului sunt considerabil mai mari decât orice potențiale riscuri ale tratamentului obișnuit de control și la nevoie. Reducerea dozelor are o prioritate scăzută în sarcină. Exacerbările ar trebui tratate agresiv.

Rinita și sinuzita: sunt deseori comorbidități ale astmului. Rino-sinuzita cronică este asociată cu astmul mai sever. Tratamentul rinitei alergice sau a rino-sinuzitei cronice reduce simptomele nazale, dar nu îmbunătățește controlul astmului.

Obezitatea: pentru a evita supra-dozajul sau sub-dozajul, este necesară documentarea diagnosticului de astm la pacienții cu obezitate. Astmul este mai dificil de controlat la pacienții obezi. Scăderea în greutate ar trebui inclusă în planul de tratament pentru pacienții obezi cu astm; chiar și o reducere în greutate de 5-10% poate îmbunătăți controlul astmului.

Vârstnicii: comorbiditățile și tratamentul acestora ar trebui luate în considerare și pot complica managementul astmului. Factori precum artrita, tulburările de vedere, debitul inspirator și complexitatea schemelor de tratament, ar trebui luați în considerare la alegerea tratamentului și a dispozitivelor inhalatorii.

Refluxul gastroesofagian (BRGE): este des întâlnit în astm. Refluxul simptomatic ar trebui tratat pentru beneficiile asupra stării generale de sănătate, dar tratarea refluxului asimptomatic în astm nu aduce niciun beneficiu.

Anxietatea și depresia: sunt întâlnite frecvent la persoanele cu astm și sunt asociate cu agravarea simptomelor și reducerea calității vieții. Pacienții ar trebui să fie ajutați să facă diferența între simptomele de anxietate și cele de astm.

Boala respiratorie exacerbată de acidul acetilsalicilic (AERD): un istoric de exacerbări în urma administrării de acid acetilsalicilic sau alte AINS este foarte sugestiv. Deseori, pacienții au astm sever și polipoză nazală. Confirmarea diagnosticului AERD presupune testarea într-un centru specializat cu facilități de resuscitare, dar evitarea AINS poate fi recomandată pe baza unui istoric clar. CSI reprezintă pilonul principal al tratamentului, dar pot fi necesari și CSO; LTRA poate fi, de asemenea, util. Desensibilizarea sub supravegherea specialistului este uneori eficientă.

Alergia alimentară și anafilaxia: alergiile alimentare este rareori un factor declanșator al simptomelor astmului. Se impune evaluarea acesteia prin teste realizate de un specialist. Alergiile alimentare confirmate reprezintă un factor de risc pentru mortalitatea din astm. Un bun control al astmului este esențial; de asemenea, pacienții ar trebui să aibă un plan în caz de reacții anafilactice și să fie pregătiți și informați despre strategiile de evitare adecvate și folosirea de epinefrină injectabilă.

Intervenții chirurgicale: oricând este posibil, înainte de intervenția chirurgicală trebuie obținut controlul astmului. Asigurați-vă că tratamentul de control este menținut pe toată durata perioperatorie. La pacienții cu CSI în doză mare pe termen lung sau tratament cu CSO pe durată de cel puțin 2 săptămâni în ultimele 6 luni, se recomandă administrarea de hidrocortizon intraoperator pentru a reduce riscul de insuficiență suprarenală.

EPISOADELE ACUTE (EXACERBĂRILE)

Un episod acut sau o exacerbare reprezintă o agravare acută sau subacută a simptomelor și a funcției pulmonare față de statusul normal de sănătate al pacientului; uneori, poate fi modalitatea inițială de prezentare a astmului.

În discuțiile cu pacienții, se preferă termenul „criză”. Deseori se folosesc și termenii „episoade”, „atacuri” și „astm sever acut”, dar aceștia au semnificații diferite, în special pentru pacienți.

Managementul agravării astmului și exacerbărilor ar trebui văzut ca un continuum, de la auto-managementul pacientului cu plan de acțiune scris pentru astm, până la tratamentul simptomelor severe în cabinet, camera de gardă și în spital.

Identificarea pacienților care prezintă risc de deces din cauza astmului

Pacienții cu caracteristici care indică risc crescut de deces din cauza astmului ar trebui identificați și programați pentru evaluări mai frecvente. Aceste caracteristici includ:

- **Istoric:** un istoric de astm aproape fatal (oricând în istoric) care a necesitat intubare și ventilație; spitalizare sau îngrijire la camera de gardă în ultimul an.
- **Tratament:** nu folosesc CSI sau au aderență scăzută la CSI; folosesc în prezent sau au întrerupt recent CSO (indică gravitatea evenimentelor recente); administrare excesivă de BADSA, în special mai mult de 1 flacon/lună.
- **Comorbidități:** istoric de afecțiuni psihiatrice sau probleme psiho-sociale; alergie alimentară confirmată la un pacient cu astm.
- Lipsa unui plan de acțiune scris pentru astm.

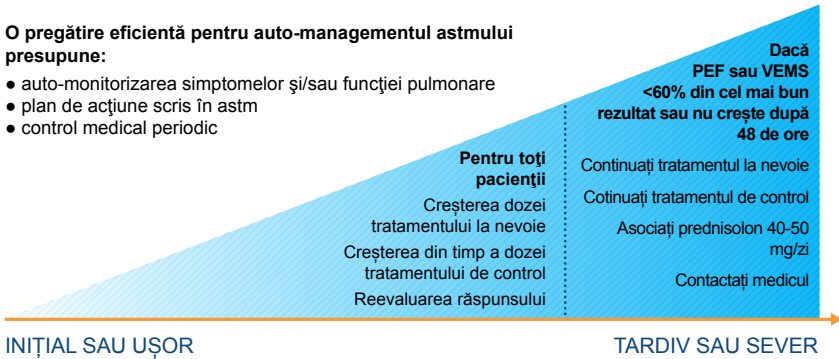
PLANUL DE ACȚIUNE SCRIS PENTRU ASTM

Toți pacienții ar trebui să primească un plan de acțiune scris pentru astm adecvat nivelului lor de control al astmului și educației lor medicale, astfel încât să poată recunoaște și să acționeze în caz de agravare a astmului.

Diagrama 10. Auto-management cu un plan de acțiune scris

O pregătire eficientă pentru auto-managementul astmului presupune:

- auto-monitorizarea simptomelor și/sau funcției pulmonare
- plan de acțiune scris în astm
- control medical periodic



Planul de acțiune scris pentru astm trebuie să cuprindă:

- tratamentul obișnuit al pacientului pentru astm
- când și cum pot fi crescute dozele tratamentului sau momentul inițierii CSO
- cum să acceseze serviciile medicale în cazul în care simptomele nu răspund la tratament

Planul de acțiune se poate baza pe simptome și/sau (la adulți) pe măsurarea PEF.

Pacienții a căror stare de sănătate se agravează rapid trebuie sfătuiți să apeleze imediat la o unitate medicală de îngrijiri de urgență.

Modificări ale tratamentului în planul de acțiune scris pentru astm (consultați

Diagrama 4-2 din Raportul complet GINA 2020)

Creșterea frecvenței utilizării inhalatorului la nevoie (BADSA sau CSI în doză mică-formoterol); se adaugă un spacer pentru pMDI. Recomandați pacienților să apeleze la asistența medicală dacă starea lor generală se deteriorează rapid, necesită repetarea administrării de BADSA la nevoie într-un interval de 3 ore sau necesită peste 8 inhalații de BDP-formoterol/zi sau peste 12 inhalații de budesonidă-formoterol/zi (în total 48 mcg, respectiv 72 mcg de formoterol). Verificați indicațiile locale deoarece doza maximă recomandată poate varia.

Creșterea dozelor tratamentului de control: creșterea rapidă a dozelor tratamentului de control în funcție de tratamentul de control obișnuit și a schemei utilizate, după cum urmează:

- **CS:** la adulți și adolescenți, doza se crește de 4 ori. Totuși, la copiii cu aderență bună, creșterea dozei de 5 ori nu este eficientă.
- **Tratamentul de control cu CSI-formoterol:** utilizarea unei doze de tratament de control cu CSI-formoterol de 4 ori mai mare (a se vedea doza maximă de formoterol de mai sus).
- **Tratamentul de control cu CSI-alt BADLA:** treceți la o doză mai mare sau luați în considerare asocierea unui inhalator separat cu CSI pentru a obține o doză de CSI de 4 ori mai mare

- *CSI/formoterol de control și la nevoie*: mențineți doza de control; creșteți doza administrată la nevoie (a se vedea doza maximă de formoterol de mai sus).

Corticosteroizi orali (de preferat administrarea matinală, evaluați înainte de a întrerupe):

- Adulți - prednisolon 40-50 mg, de obicei timp de 5–7 zile.
- La copii, 1–2 mg/kg/zi până la 40 mg, de obicei timp de 3–5 zile.
- Nu este necesară scăderea progresivă a dozelor CSO dacă tratamentul a fost administrat mai puțin de 2 săptămâni.

TRATAMENTUL EXACERBĂRILOR ÎN UNITĂȚI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ SAU DE URGENȚĂ

Evaluați severitatea exacerbării și inițiați tratamentul cu BADSA și oxigen. Evaluați dispneea (de ex., pacientul poate rosti fraze întregi sau doar cuvinte izolate), frecvența respiratorie, frecvența cardiacă, saturația în oxigen și funcția pulmonară (de ex., PEF). Verificați riscul de reacție anafilactică.

Luați în considerare cauze alternative de dispnee acută (de ex., insuficiență cardiacă, disfuncție a căilor respiratorii superioare, inhalare de corpi străini sau embolie pulmonară).

Organizați transferul imediat la o unitate de îngrijiri medicale de urgență dacă există semne de exacerbare severă sau la terapie intensivă dacă pacientul este somnolent, confuz sau are torace silențios. La acești pacienți, administrați imediat BADSA inhalator, bromură de ipratropiu inhalator, oxigen și corticosteroizi sistemici.

Inițiați tratamentul cu doze repetate de BADSA (de regulă prin pMDI și spacer), CSO precoce și oxigenoterapie dacă este disponibil. Verificați frecvent răspunsul la tratament al simptomelor și saturația în oxigen și măsurați funcția pulmonară după 1 oră.

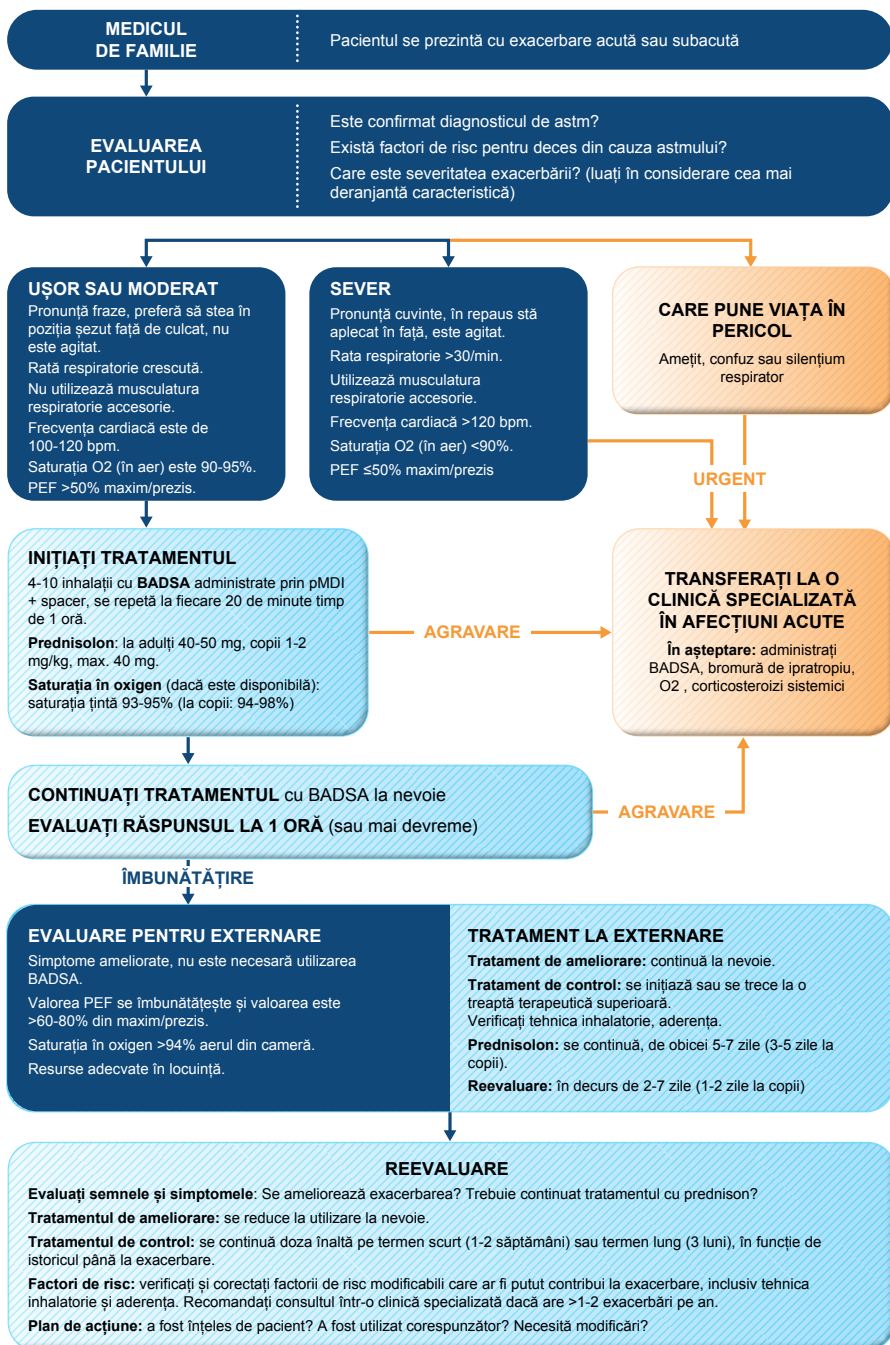
Titrați oxigenul astfel încât să mențineți saturația la 93–95% la adulți și adolescenți (94–98% la copii de 6–12 ani).

În caz de exacerbări severe, adăugați bromură de ipratropiu și luați în considerare administrarea de BADSA prin nebulizator. În unitățile medicale de îngrijiri de urgență, se poate administra sulfat de magneziu intravenos dacă pacientul nu răspunde la tratamentul inițial intensiv.

Nu efectuați radiografie pulmonară de rutină sau analiza gazelor sangvine și nu prescrieți antibiotice pentru exacerbări.

Diagrama 11 (pag. 43) rezumă abordarea pentru evaluarea și managementul exacerbărilor la pacienții cu astm care se prezintă la medicul de familie.

Diagrama 11. Managementul exacerbărilor astmului în unități de îngrijire medicală primară



EVALUAREA RĂSPUNSULUI

Monitorizați atent și frecvent pacienții în timpul tratamentului și titrați dozele în funcție de răspuns. Transferați pacientul la o secție medicală de specialitate dacă starea se agravează sau nu răspunde la tratament. Decideți necesitatea spitalizării în funcție de tabloul clinic, simptome și funcția pulmonară, răspunsul la tratament, istoric recent sau anterior de exacerbări și capacitatea de auto-evaluare și management la domiciliu.

Înainte de externare, stabiliți tratamentul care trebuie urmat. La majoritatea pacienților, prescrieți tratamentul de control obișnuit (sau măriți dozele actuale) pentru a reduce riscul de exacerbări viitoare. Continuați cu dozele crescute ale tratamentului de control timp de 2–4 săptămâni și reduceți dozele tratamentului la nevoie. Verificați tehnica inhalatorie și aderența pacientului. Oferiți pacientului un plan provizoriu de acțiune scris pentru astm.

Programați vizite de monitorizare imediată după orice exacerbare, în termen de 2–7 zile (la copii, 1-2 zile lucrătoare). Luați în considerare trimiterea către consiliere de specialitate în cazul pacienților care au fost internați în spital pentru astm sau care au avut consult repetat, de urgență, la camera de gardă.

MONITORIZAREA DUPĂ O EXACERBARE

Exacerbările reprezintă adesea eșecuri în îngrijirea astmului cronic și oferă ocazia de a analiza managementul astmului. Toți pacienții trebuie monitorizați periodic de către un medic până când simptomele și funcția pulmonară revin la normal.

Profitați de ocazie pentru a analiza:

- Cât de bine înțelege pacientul cauza exacerbării
- Factorii de risc modificabili pentru exacerbări, de ex., fumatul
- Dacă sunt înțelese scopul tratamentului și tehnica inhalatorie

Aderența la CSI și CSO poate scădea rapid după externare

- Analizați și revizuiți planul de acțiune scris pentru astm

Programe cât mai cuprinzătoare în perioada imediată externării pacientului, care să includă un management optim al tratamentului de fond, tehnici de inhalare, auto-monitorizare, un plan de acțiune scris pentru astm și evaluări periodice, sunt eficiente din punctul de vedere al costului și sunt corelate cu îmbunătățiri semnificative ale evoluției astmului.

Trimiterea către un medic de specialitate ar trebui să fie luată în considerare în cazul pacienților care au fost spitalizați pentru astm sau care se prezintă din nou pentru îngrijiri medicale de urgență. Pacienții care au avut >1-2 exacerbări/an deși au tratament de Treapta 4-5 trebuie să primească trimitere către un medic specialist (consultați Ghidul de buzunar GINA 2019 pentru astmul dificil de tratat și astmul sever, www.ginaasthma.org/severeasthma/).

GLOSAR AL CLASELOR TERAPEUTICE ÎN ASTM

Pentru mai multe detalii, consultați raportul complet GINA 2020 și anexa (www.ginasthma.org) și informațiile despre produse de la producători. *Consultați criteriile de eligibilitate ale asiguratorilor de pe plan local.

| Medicamente | Acțiune și mod de administrare | Reacții adverse |
|--|---|---|
| TRATAMENT DE CONTROL | | |
| Corticosteroizi inhalatori (CSI) | | |
| (pMDI sau DPI) de ex., beclometazonă, budesonidă, ciclesonidă, propionat de fluticazonă, furoat de fluticazonă, mometazonă, triamcinolonă | Cel mai eficient tratament anti-inflamator în astm. CSI ameliorează simptomele, îmbunătățesc funcția pulmonară și calitatea vieții, reduc riscul de exacerbări și spitalizare sau deces cauzate de astm. CSI diferă ca potență și biodisponibilitate, dar cele mai mari beneficii se observă la doze mici (consultați Diagrama 8 (pag 20) cu CSI în doză mică, medie și mare). | Majoritatea pacienților care utilizează CSI nu prezintă reacții adverse. Candidoza orofaringiană și disfonia pot fi reacții adverse locale; riscul poate fi redus prin folosirea unui spacer pentru pMDI, clătirea gurii cu apă după inhalare, fără a înghiți. Dozele mari cresc riscul de apariție a reacțiilor adverse sistemice, cum sunt osteoporoza, cataracta și glaucomul. |
| Combinății de CSI și bronhodilatator beta-2 agonist cu durată lungă de acțiune (CSI/BADLA) | | |
| (pMDI sau DPI) de ex., beclometazonă/formoterol, budesonidă/formoterol, furoat de fluticazonă/vilanterol, propionat de fluticazonă/formoterol, propionat de fluticazonă/salmeterol și mometazonă/formoterol. | Dacă nu se obține controlul astmului cu un CSI în doză mică, asocierea unui BADLA la CSI ameliorează simptomele, funcția pulmonară și reduce exacerbările în mai multe cazuri mai rapid decât utilizarea unei doze duble de CSI. Sunt disponibile două regimuri terapeutice: combinația cu beclometazonă sau budesonidă în doze mici cu formoterol ca tratament de întreținere și ameliorare a simptomelor (de control și la nevoie) și CSI în doză mică/BADLA de întreținere (control) plus BADSA la nevoie pentru ameliorarea simptomelor. Tratamentul de întreținere și ameliorare (de control și la nevoie) cu doze mici de CSI/formoterol reduce exacerbările în comparație cu tratamentul de întreținere convențional cu BADSA la nevoie. (A se vedea secțiunea despre tratamentul de ameliorare de mai jos și tratamentul cu CSI-formoterol în astmul ușor). | Componenta BADLA se poate asocia cu tahicardie, cefalee sau crampe. La pacienții cu astm, BADLA nu trebuie utilizat fără CSI din cauza riscului crescut de reacții adverse grave. |
| Modificatori de leucotriene | | |
| (comprimate), de ex., montelukast, pranlukast, zafirlukast, zileuton | Acționează asupra unei componente a proceselor inflamatorii din astm. Constituie o opțiune pentru tratamentul de întreținere, mai ales la copii. În monoterapie, eficiența mai redusă decât CSI în doză mică; în asociere la CSI eficiența mai redusă decât CSI/BADLA. | Puține reacții adverse observate în studiile vs placebo, cu excepția valorilor ridicate ale testelor hepatice pentru zileuton și zafirlukast. Riscul de apariție a unor modificări semnificative ale comportamentului și stării de dispoziție, inclusiv la copii, trebuie discutat cu pacienții/părinții. |

| Medicamente | Acțiune și mod de administrare | Reacții adverse |
|---|---|--|
| Cromone | | |
| (pMDI sau DPI) de ex., cromoglicat de sodiu și nedocromil sodic | Rol foarte limitat în tratamentul astmului pe termen lung. Efect antiinflamator slab, eficiență mai redusă decât CSI în doză mică. Necesită o întreținere meticuloasă a inhalatorului. | Reacțiile adverse sunt rare, dar includ tuse la inhalare și disconfort faringian. |
| MEDICAMENTE CARE POT FI ASOCIATE LA TRATAMENTUL DE ÎNTREȚINERE | | |
| Anticolinergice cu durată lungă de acțiune | | |
| (tiotropiu, inhalator cu pulbere fină, ≥6 ani) | Opțiune de asociere în Treapta 4 sau 5, administrare prin inhalator cu pulbere fină, la pacienții cu vârsta ≥12 ani, cu istoric de exacerbări în pofida tratamentului cu CSI ± BADLA* | Reacțiile adverse sunt rare, dar pot include xerostomie. |
| Anti-IgE | | |
| (omalizumab, sc, ≥6 ani) | Opțiune de asociere la pacienții cu astm alergic sever, necontrolat cu doze mari de CSI/BADLA*. Poate fi permisă auto-administrarea* | Reacții frecvente la locul injectării, dar minore. Reacțiile anafilactice sunt rare. |
| Anti-IL5/anti-IL5R | | |
| (anti-IL5 meprolizumab [s.c., ≥12 sau ≥6 ani], reslizumab [i.v., ≥18 ani] sau anti-receptor IL5 benralizumab [s.c., ≥12 ani]) | Opțiune de asociere la pacienții cu astm eozinofilic sever, necontrolat cu doze mari de CSI/BADLA. În cazul injecției sc, poate fi permisă auto-administrarea* | Cefaleea și reacțiile la locul injectării sunt frecvente, dar minore. |
| Anti-IL4-R | | |
| (dupilumab, s.c., ≥12 ani*) | O opțiune terapeutică de asociere pentru pacienții cu astm sever eozinofilic/cu inflamație de tip 2, necontrolat cu doze înalte de CSI/BADLA sau la pacienții care necesită tratament de întreținere cu CSO. Este aprobat, de asemenea, pentru tratamentul dermatitei atopice moderate-severe. Auto administrarea poate fi permisă* | Reacții frecvente la locul injectării, dar minore. Eozinofilia sangvină apare la 4-13% dintre pacienți. |
| Corticosteroizi sistemici | | |
| (comprimate, suspensie sau injecție i.m. sau i.v.) de ex., prednison, prednisolon, metilprednisolon, hidrocotizon | Administrarea pe termen scurt (de obicei 5–7 zile la adulți) este importantă în tratamentul exacerbărilor acute severe, efectele fiind observate la 4–6 ore. Tratamentul cu CSO este de preferat față de tratamentul i.m. sau i.v. și este la fel de eficient în prevenirea recăderilor. Este necesară reducerea progresivă a dozelor dacă tratamentul este administrat mai mult de 2 săptămâni. Tratamentul pe termen lung cu CSO poate fi necesar la unii pacienți cu astm sever, dar trebuie luate în considerare reacțiile adverse. | Administrare pe termen scurt: unele reacții adverse, de ex., tulburări de somn, BRGE, creșterea apetitului alimentar, hiperglicemie, tulburări de dispoziție. Administrare pe termen lung: limitată de riscul de reacții adverse sistemice semnificative, de ex., cataractă, glaucom, hipertensiune arterială, diabet zaharat, supresie a glandelor suprarenale, osteoporoză. Evaluați riscul de osteoporoză și tratați corespunzător. |

| Medicamente | Acțiune și mod de administrare | Reacții adverse |
|--|--|---|
| TRATAMENT DE AMELIORARE A SIMPTOMELOR | | |
| Bronhodilatatoare beta-2 agoniste cu durată scurtă de acțiune (BADSA) cu administrare inhalatorie | | |
| <p>(pMDI, DPI și, rar, soluție pentru nebulizare sau administrare injectabilă) de ex., salbutamol (albuterol), terbutalină</p> | <p>BADSA cu administrare inhalatorie asigură ameliorarea rapidă, la nevoie, a simptomelor astmului și reducerea bronhoconstricției, inclusiv în exacerbări acute și pentru prevenirea bronhoconstricției induse de efort. BADSA ar trebui administrate doar la nevoie, în cea mai mică doză și cu frecvența necesară.</p> | <p>La inițierea tratamentului cu BADSA sunt raportate frecvent tremor și tahicardie. Toleranța la utilizarea obișnuită se dezvoltă rapid. Utilizarea în exces sau un răspuns slab indică un control slab al astmului.</p> |
| CSI în doză mică-formoterol | | |
| <p>(beclometazonă- formoterol sau budesonidă-formoterol)</p> | <p>Tratamentul cu budesonidă în doză mică-formoterol sau BDP în doză mică-formoterol este administrat la nevoie pentru pacienții cu astm ușor cărora li s-a prescris acest tratament de control pentru administrare la nevoie, deoarece reduce semnificativ riscul de exacerbare în comparație cu BADSA la nevoie în monoterapie. De asemenea, este utilizat ca tratament la nevoie în astmul moderat-sever, prescris ca tratament de control și la nevoie deoarece reduce riscul de exacerbare comparativ cu tratamentul de control plus BADSA, cu un control similar al simptomelor.</p> | <p>Similar CSI/BADLA prezentat mai sus. Doza maximă totală recomandată pentru CSI-formoterol/zi este 48 mcg de formoterol pentru BDP-formoterol și 72 mcg de formoterol pentru budesonidă-formoterol.</p> |
| Anticolinergice cu durată scurtă de acțiune | | |
| <p>(pMDI sau DPI) de ex., bromură de ipratropiu, bromură de oxitropiu. Poate fi în combinație cu BADSA.</p> | <p>Administrare pe termen lung: ipratropiu este o medicație la nevoie mai puțin eficientă decât BADSA. Administrat pe termen scurt în episoadele acute de astm: ipratropiu inhalator în asociere la BADSA reduce riscul de spitalizare.</p> | <p>Xerostomie sau gust amar.</p> |

MULȚUMIRI

Activitățile desfășurate de GINA (Global Initiative of Asthma) sunt susținute de eforturile membrilor Comitetului Director și Comitetelor GINA (menționate mai jos) și prin comercializarea produselor GINA. Membrii comitetelor GINA sunt singurii responsabili de afirmațiile și recomandările prezentate în acest document și în alte publicații GINA.

Comitetul Științific GINA (2019-2020)

Helen Reddel, Australia, Președinte; Leonard Bacharier, SUA; Eric Bateman, Africa de Sud; Allan Becker, Canada; Louis-Philippe Boulet*, Canada; Guy Brusselle*, Belgia; Roland Buhl, Germania; J Mark FitzGerald, Canada; Louise Fleming, Marea Britanie; Johan de Jongste, Olanda; Hiromasa Inoue*, Japonia; Fanny Wai-san Ko, Hong Kong; Jerry Krishnan*, SUA; Kevin Mortimer, Marea Britanie; Søren Pedersen, Danemarca (până în mai 2019); Aziz Sheikh, Marea Britanie.

Comitetul Director GINA (2019-2020)

Louis-Philippe Boulet*, Canada, Președinte; Eric Bateman, Africa de Sud; Guy Brusselle*, Belgia; Alvaro Cruz*, Brazilia; J Mark FitzGerald, Canada; Hiromasa Inoue*, Japonia; Jerry Krishnan*, SUA, Mark Levy*, Marea Britanie; Jiangtao Lin, China; Søren Pedersen, Danemarca; Helen Reddel, Australia; Arzu Yorgancioglu*, Turcia.

Comitetul de Comunicare și Implementare GINA (2019-2020)

Mark Levy, Marea Britanie, Președinte (până în septembrie 2019); Alvaro Cruz*, Brazilia, Președinte (din septembrie 2019); alți membri marcați cu un asterisc (*) mai sus.

Adunarea Generală GINA

Adunarea Generală GINA cuprinde membri din mai multe țări, prezentați pe pagina web GINA www.ginasthma.org.

Director de Programe GINA: Rebecca Decker, SUA

PUBLICAȚII GINA

- **Strategia Globală pentru Managementul și Prevenirea Astmului** (actualizată în 2020). Acest raport prezintă o abordare integrată a astmului, care poate fi adaptată unei game variate de sisteme de sănătate. Raportul are un format ușor de folosit, cu multe tabele și scheme care sintetizează aspecte practice utile în activitatea clinică. Acest document este actualizat anual.
- **Anexa raportului GINA** (actualizată în 2020). Informații detaliate care vin în sprijinul Raportului principal GINA. Se actualizează anual.
- **Ghid de buzunar pentru managementul și prevenirea astmului la adulți și copii peste 5 ani** (actualizat în 2020). Prezentare pe scurt pentru profesioniștii din centrele de asistență medicală primară, pentru utilizare împreună cu raportul principal GINA.
- **Astmul dificil de tratat și astmul sever la pacienții adolescenți și adulți. Diagnostic și management. Ghid de buzunar GINA pentru profesioniștii din domeniul sănătății V2.0, 2019.** Acest ghid de buzunar include arborele decizional de evaluare și management la pacienții care prezintă astm necontrolat deși utilizează Treapta 4 sau 5 de tratament.
- **Ghidul pentru pacient GINA 2019: "Vă puteți controla astmul"**. Un ghid adaptat pentru pacienți despre managementul astmului.
- **Întrebări adresate frecvent** despre recomandările GINA 2019-2020.
- **Instrumente și metode pentru implementarea în practica clinică sunt disponibile pe pagina web GINA.**

Alte publicații GINA și resurse sunt disponibile la www.ginasthma.org

Vizitați site-ul GINA la adresa
www.ginasthma.org
© 2020 Global Initiative for Asthma