



Carta al Director

Discrepancias en la clasificación de los glucocorticoides inhalados entre GEMA y GINA

Discrepancies Between GEMA And GINA In The Classification Of Inhaled Corticosteroids

Estimado Director:

Los glucocorticoides inhalados (GCI) constituyen el tratamiento más efectivo de mantenimiento para el asma y, como tales, son reconocidos en las guías de tratamiento^{1,2}. En ambos documentos, la dosis de GCI se escalona en función de la gravedad, a la par que se clasifican los diferentes principios activos en función de su equipotencia, como en GEMA², mientras que en GINA¹ se aclara que es una tabla basada en las informaciones disponibles de estudios publicados, incluidas comparaciones directas.

Para el caso de la dosis de 100 µg de furoato de fluticasona existe una discrepancia en su clasificación entre los 2 documentos que coinciden para el resto de los fármacos y dosis. En GINA¹ aparece como baja, mientras que en GEMA² se califica como media. Es cierto que como GCI no se encuentra comercializado en el mercado español porque solo está disponible en combinación con vilanterol, pero es un punto que precisaría ser aclarado.

La clasificación de la dosis un GCI en estas tablas debería de realizarse, de manera ideal, atendiendo a criterios de potencia terapéutica y seguridad.

Tradicionalmente, los GCI han mostrado una relación lineal entre la eficacia y la seguridad, por lo que era posible compararlos basados en dosis-equivalencia³. El furoato de fluticasona puede considerarse un GCI de nueva generación diseñado para lograr mayor afinidad por el receptor, por lo que cambia la relación lineal entre eficacia y seguridad a una curva, demostrado por la relación entre el índice terapéutico (dosis de GCI diaria que causaría el 20% de supresión de cortisol/dosis clínica diaria de GCI) y la ocupación del receptor de GCI, lo que le permite alcanzar efectos terapéuticos similares a los tradicionales, pero a menor concentración³.

Respecto a la seguridad, podría estimarse calculando la dosis que causaría una supresión del 20% del cortisol que, para este fármaco, según los modelos farmacocinéticos/farmacodinámicos, sería de 580 µg una vez al día³, más de 5 veces la dosis terapéutica. Otro dato de apoyo a la seguridad es que la supresión del eje hipotálamo-suprarrenal que causa no es diferente a la del placebo⁴.

En conclusión, los datos relativos a la potencia y a la seguridad permiten estimar que la dosis de 100 µg de furoato de fluticasona se comportan como una dosis baja de GCI y la discrepancia en la clasificación entre la GINA¹ y la GEMA² debería de corregirse, colocando esta última el furoato de fluticasona a dosis de 100 µg diarios como una dosis baja de GCI.

Bibliografía

1. Global Initiative for Asthma. Pocket guide for asthma management and prevention. 2019 [consultado 31 May2019] Disponible en: <https://ginasthma.org>.
2. Comité Ejecutivo de la GEMA. GEMA4.4. Guía española para el manejo del asma. 2019 [consultado 31 May2019] Disponible en: <https://www.gemasma.com>.
3. Daley-Yates PT. Inhaled corticosteroids: Potency, dose equivalence and therapeutic index. Br J Clin Pharmacol. 2015;80:372–80, <http://dx.doi.org/10.1111/bcp.12637>.
4. Allen A, Schenkenberger I, Trivedi R, Cole J, Hicks W, Gul N, et al. Inhaled fluticasone furoate/vilanterol does not affect hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in adolescent and adult asthma: Randomised, double-blind, placebo-controlled study. Clin Respir J. 2013;7:397–406, <http://dx.doi.org/10.1111/crj.12026>.

 Luis Manuel Entrenas Costa^{a,b,c,*} y Marta Entrenas Castillo^d
^a Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^b Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

^c Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España

^d Hospital QuirónSalud, Córdoba, España

* Autor para correspondencia.

 Correo electrónico: lmentrenas@uco.es (L.M. Entrenas Costa).