

ASMA según GINA 2023

DIAGNÓSTICO

SÍNTOMAS GUÍA DEL ASMA¹: TOS, DISNEA, OPRESIÓN Y SIBILANCIAS

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL ASMA

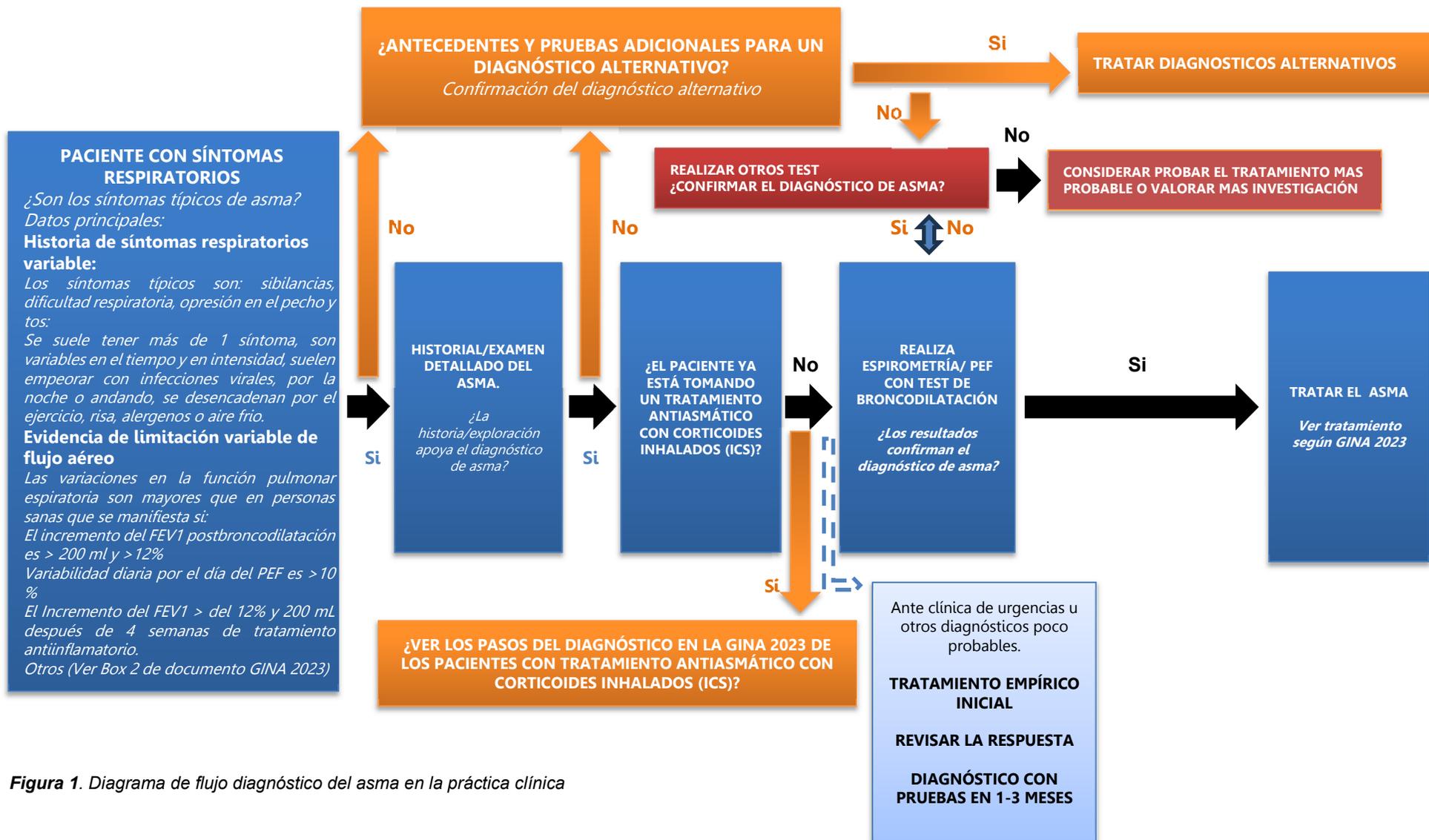


Figura 1. Diagrama de flujo diagnóstico del asma en la práctica clínica

EVALUACIÓN DEL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS Y DEL RIESGO

EVALUACIÓN DEL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS		NIVEL DE CONTROL DE LOS SÍNTOMAS ASMÁTICOS		
¿En las últimas 4 semanas ha tenido el paciente?:		Bien controlado	Parcialmente controlada	No controlada
¿Síntomas diurnos más ¿más de dos veces por semana?	Si o No	Ninguno de estos	1 o 2 de estos	3 o 4 de estos
¿Algún despertar nocturno debido al asma?	Si o No			
¿Necesidad de alivio SABA más de dos veces por semana?	Si o No			
¿Alguna limitación de actividad debida al Asma?	Si o No			

Figura 2. Evaluación del control de los síntomas y del riesgo

Factores de riesgo de mala evolución del asma

- ✓ Evaluar los factores de riesgo en el momento del diagnóstico y periódicamente, al menos cada 1-2 años, sobre todo en los pacientes que sufren exacerbaciones.
- ✓ Mida el FEV1 al inicio del tratamiento, al cabo de 3-6 meses para obtener la mejor función pulmonar personal, y después periódicamente para una evaluación continua del riesgo.
- ✓ Tener síntomas de asma no controlados es un factor de riesgo importante para las exacerbaciones.

Otros factores de riesgo potencialmente modificables de las exacerbaciones, incluso en pacientes con pocos síntomas (Cualquiera de estos factores de riesgo aumenta el riesgo del paciente de sufrir exacerbaciones, aunque tenga pocos síntomas de asma), son:

- ✓ Medicamentos: Uso excesivo de SABA ($\geq 3 \times 200$ botes de dosis al año; la mortalidad aumenta sustancialmente si ≥ 1 bote al mes); CSI inadecuados (no prescritos, mala adherencia o técnica incorrecta del inhalador).
- ✓ Comorbilidades: obesidad; rinosinusitis crónica; ERGE; alergia alimentaria confirmada; ansiedad; depresión; embarazo
- ✓ Exposiciones: tabaquismo; cigarrillos electrónicos; exposición a alérgenos si está sensibilizado; contaminación atmosférica
- ✓ Entorno: problemas socioeconómicos importantes
- ✓ Función pulmonar: FEV1 bajo, especialmente si es $< 60\%$ del predicho; alta respuesta a broncodilatadores
- ✓ Marcadores inflamatorios de tipo 2: eosinófilos elevados en sangre; FeNO elevado a pesar del tratamiento con CSI
- ✓ Otros factores de riesgo independientes importantes para las reagudizaciones (exacerbaciones) incluyen:
- ✓ Haber estado alguna vez intubado o en cuidados intensivos por asma; tener ≥ 1 exacerbaciones graves en los últimos 12 meses.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

INICIO DEL TRATAMIENTO en adultos con diagnóstico de Asma.

Se prefiere la opción 1 si el paciente no cumple bien con el tratamiento diario de control que contenga GCI-ISC (Corticoides inhalado), incluso si los síntomas son poco frecuentes, ya que reduce el riesgo de exacerbaciones graves y necesita GCO-OCS (Corticoides orales).

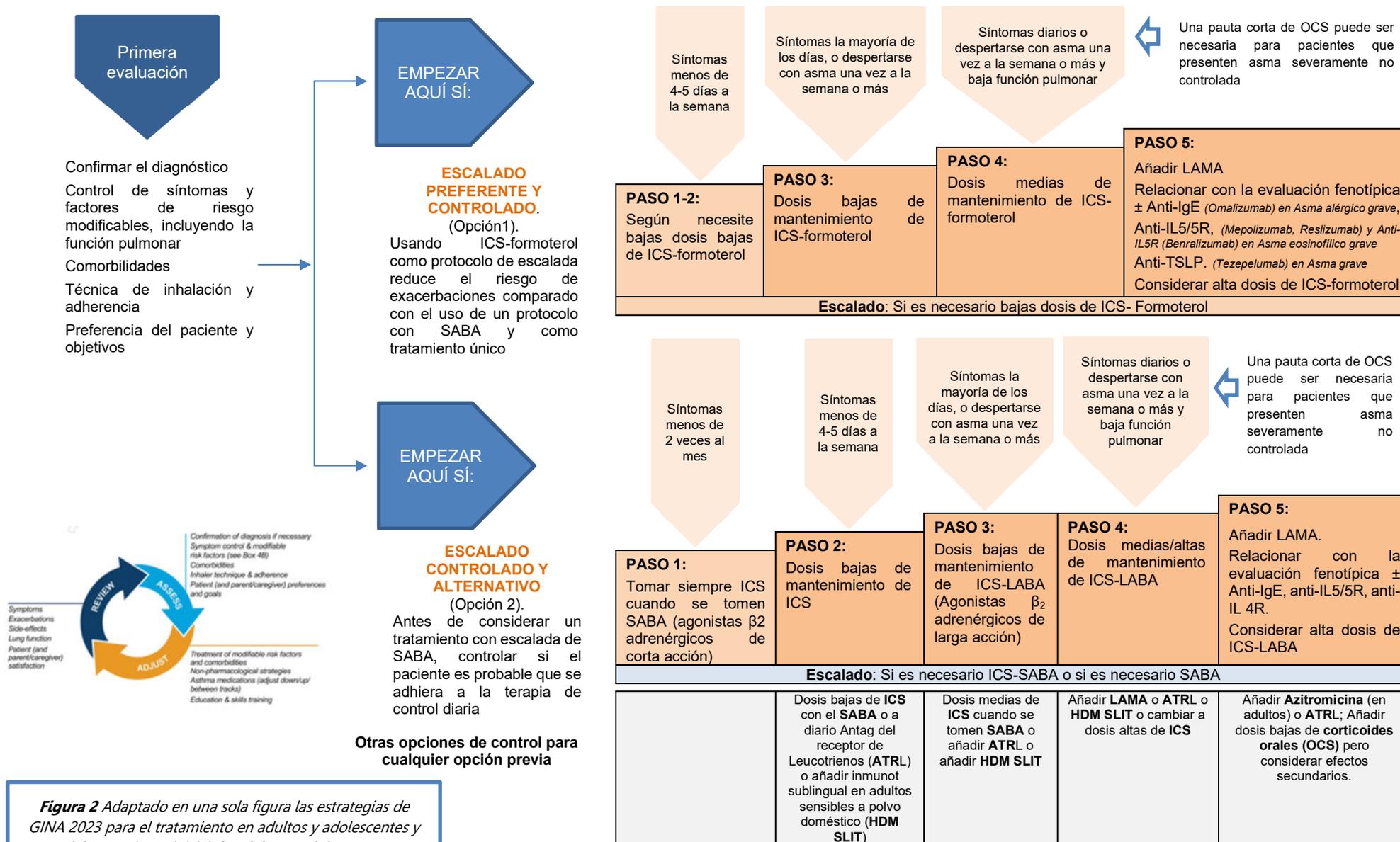


Figura 2 Adaptado en una sola figura las estrategias de GINA 2023 para el tratamiento en adultos y adolescentes y del tratamiento inicial de adultos y adolescentes

DOSIS DIARIAS BAJAS, MEDIAS Y ALTAS DE CORTICOSTEROIDES INHALADOS

GCI	Dosis baja (µg/día)	Dosis media (µg/día)	Dosis alta (µg/día)
DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA (pMDI, HFA)	200-500	501-1000	> 1001
BECLOMETASONA DE PARTICULAS EXTRAFINAS*	100-200	201-400	>401
BUDESONIDA	200-400	401-800	>801
CICLESONIDA	80-160	161-320	>321
FUORATO DE FLUTICASONA	100		200
PROPIONATO DE FLUTICASONA	100-250	251-500	>501
FUORATO DE MOMETASONA	Depende del dispositivo DPI		
FUORATO DE MOMETASONA (pMDI, HFA)	200-400		<400

Tabla 1. Dosis diarias bajas, medias y altas de corticosteroides inhalados

SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL PACIENTE ASMATICO

El paciente asmático deberá ser evaluado por el médico:

- 1-3 meses después de iniciar tratamiento.
- Cuando esté sintomático.
- Después de una exacerbación.
- Cuando acuda a renovar recetas.
- Al menos una vez al año, si estabilidad y no se han cumplido las anteriores.

Los aspectos que habrá que evaluar en dichas visitas serán:



CONTROL ASMA	Mediante el uso del Peak-flow  
COMORBILIDADES	Rinitis Rinosinusitis crónica Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) Obesidad Apnea obstructiva del sueño Depresión Ansiedad
EFFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO	
REVISAR TÉCNICA DE INHALACIÓN	
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Pregunta abierta: "La mayoría de los pacientes no utilizan el inhalador como se les recetó. En las últimas 4 semanas, ¿cuántos días lo ha utilizado?" Registros de dispensación de fármacos
PLAN DE ACCIÓN	

Tabla 2. Cómo evaluar a un paciente asmático

Otras herramientas para detectar el control del asma pueden ser:

Medicación de rescate	Controlado: ≤ 2 envases SABA/año. No controlado: > 2 envases SABA/año.
Medir la función pulmonar¹ (riesgo futuro)	Antes de comenzar el tratamiento. / 3-6 meses después. / 1-2 veces al año si controlado.
ACT (Asthma control test)	Figura 3

Tabla 3. Herramientas prácticas para objetivar el control del asma.

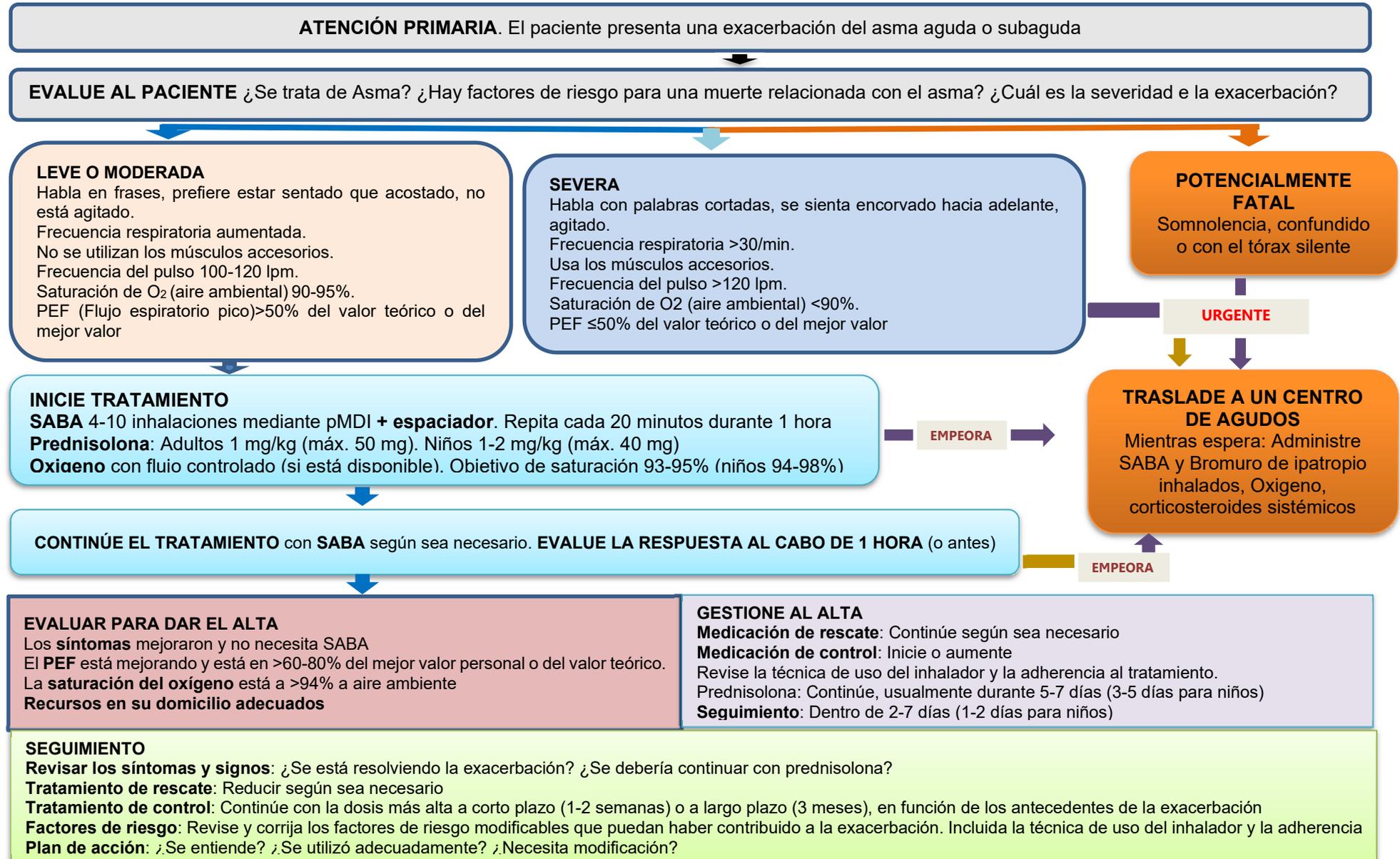
CUESTIONARIO VALIDADE DE CONTROL DEL ASMA (ACT: Asthma Control Test).

	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
EN LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿CUÁNTO TIEMPO LE HA IMPEDIDO SU ASMA HACER TODO LO QUE QUERÍA EN EL TRABAJO O EN LA CASA?					
	Siempre	La mayoría del tiempo	Algo de tiempo	Un poco	Nunca
DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE HA FALTADO AIRE?					
	Más de 1 vez al día	1 vez al día	De 3-6 veces por semana	1-2 veces por semana	Nunca
DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿CON QUÉ FRECUENCIA SUS SÍNTOMAS DEL ASMA (PITOS, TOS, FALTA DE AIRE O PRESIÓN EN EL PECHO) LE HAN DESPERTADO POR LA NOCHE O MÁS TEMPRANO POR LA MAÑANA? (POR SEMANA)					
	4 noches o más	2-3 noches	1 noche	1-2 noches en las 4 semanas previas	Nunca
EN LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA UTILIZADO EL INHALADOR DE RESCATE?					
	3 o más veces	1 o 2 veces al día	2 o 3 veces por semana	1 vez o menos por semana	Nunca
¿CÓMO DIRÍA QUE HA ESTADO CONTROLADA SU ASMA DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS?					
	Descontrolada	Mal controlada	Algo controlada	Bien controlada	Controlada

Bien controlado	≥20
Parcialmente controlado	16-19
Mal controlado	≤15



Figura 3. Cuestionario ACT.

MANEJO DE LAS EXACERBACIONES DEL ASMA EN LA ATENCIÓN (Figura 4)


DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA

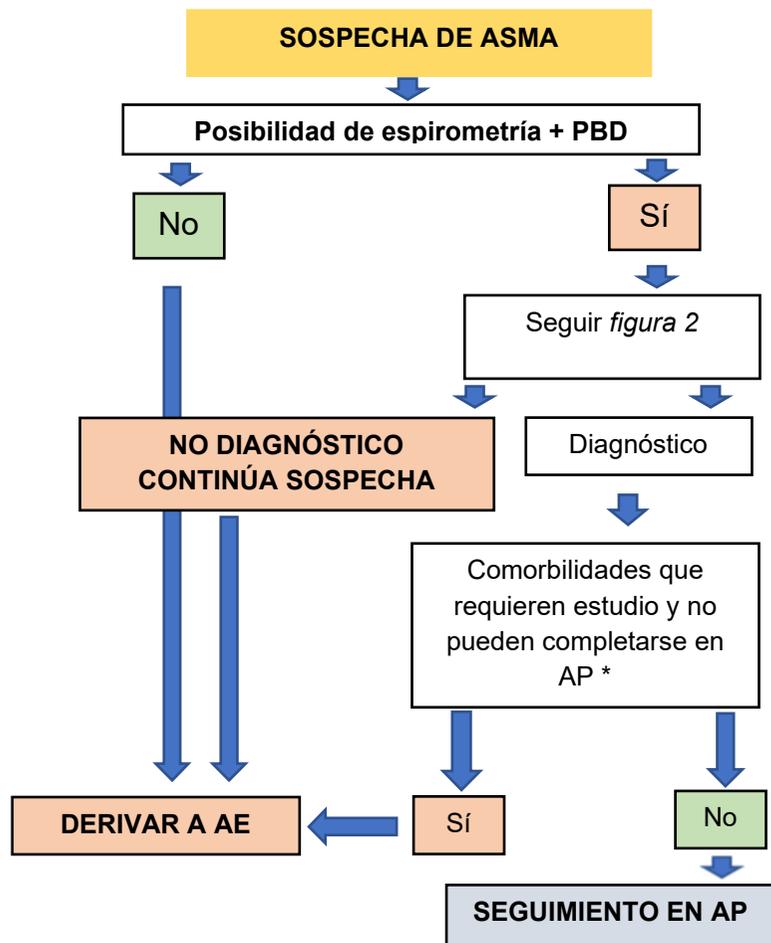


Figura 5. Derivación a atención especializada en el diagnóstico de asma. Adaptado de "Criterios de derivación en asma"⁶.

PBD: prueba broncodilatadora. AP: Atención Primaria. AE: Atención Especializada.

*Comorbilidades que requieren estudio en asma:

- Rinosinusitis/poliposis nasal
- Reflujo gastroesofágico
- Síndrome de apnea-hipoapnea del sueño
- Obesidad
- Trastorno psicológico

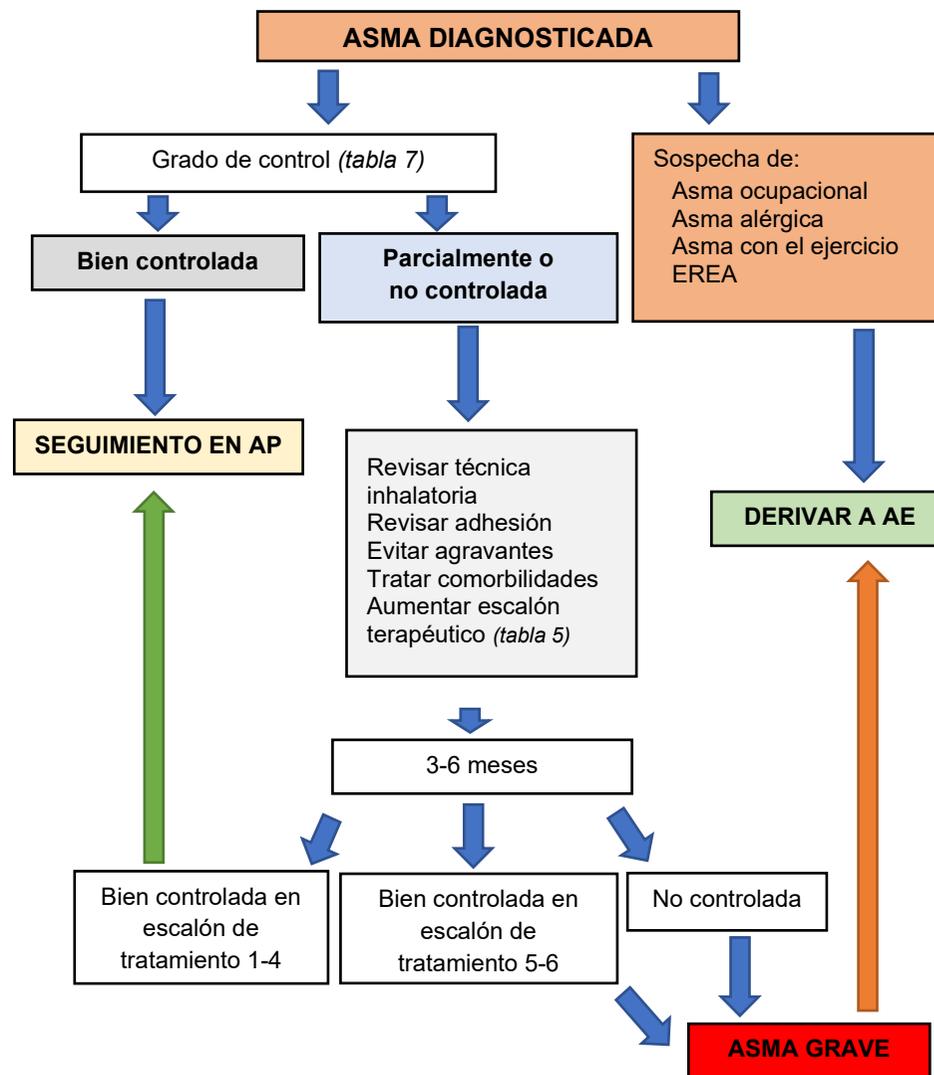


Figura 6. Derivación a atención especializada en seguimiento de asma. Adaptado de "Criterios de derivación en asma"

BIBLIOGRAFÍA

GINA 2023. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Update 2023. <https://ginasthma.org> ([2023 GINA Main Report - Global Initiative for Asthma - GINA \(ginasthma.org\)](https://ginasthma.org); [Pocket Guide for Asthma Management and Prevention - Global Initiative for Asthma - GINA \(ginasthma.org\)](https://ginasthma.org))

SEAIC Alergología e Inmunología Clínica. Utilización del medidor de flujo espiratorio (peak-flow) [Vídeo en Internet]. YouTube. 2 de mayo de 2016 [citado octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=XqhEBqDo48>.

Criterios de derivación en asma. Documento de consenso (SEAIC, SEMERGEN, SemFYC, SEMG, SEPAR). 2018.