



ASMA. Tratamiento de mantenimiento.

Laura Pérez del Amo.
Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria.
Tutora: Dra. Maricruz Pérez Panizo.

ÍNDICE

01

INTRODUCCIÓN

02

CLASIFICACIÓN

03

OBJETIVOS

04

ACCIÓN
TERAPÉUTICA

05

CONTROL

06

CONCLUSIONES

07

BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

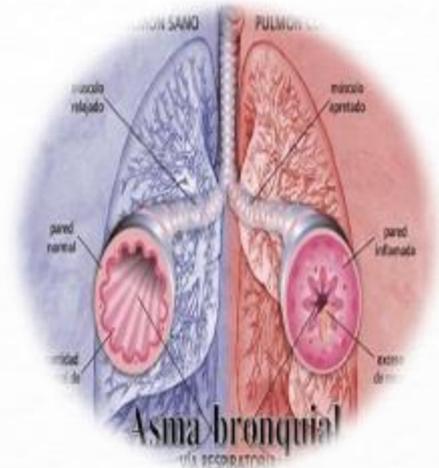
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO DEL ASMA?

El asma es una enfermedad crónica inflamatoria de la vía aérea con curso **variable**, **reversible** y se asocia con **hiperreactividad bronquial**.

El tratamiento de mantenimiento busca **controlar los síntomas** y **prevenir exacerbaciones**.

Un tratamiento adecuado reduce las hospitalizaciones, mejora la calidad de vida y la función pulmonar.

El abordaje es **escalonado** y **personalizado** según las guías internacionales (GINA) y nacionales (GEMA).



DIAGNÓSTICO



-Disnea, tos, sibilancias. ★
-Predominio nocturno o de madrugada.

★ Cuadro clínico compatible

Espirometría con PBD
(Prueba broncodilatadora)

+

ASMA

Aumento del **FEV1** \geq 12%
y \geq 200 mL tras salbutamol

-

¿Patrón obstructivo?

SÍ

Cualquiera de:
-FENO > 40 ppb
-Desaparición de la obstrucción tras corticoides orales 2-3 semanas o corticoides inhalados a dosis altas 2-8 semanas

NO

Cualquiera de:
-Test de provocación positiva
-FENO (óxido nítrico exhalado) > 40 ppb
-Variabilidad >20%

ASMA

2. Clasificación de control del asma en adultos

Características	Bien controlada	Parcialmente controlada	Mal controlada
Síntomas diurnos	Ninguno o ≤ 2 veces a la semana	> 2 veces a la semana	SI ≥ 3 características de asma parcialmente controlada
Limitación de actividades	Ninguna	Cualquiera	
Síntomas nocturnos/despertares	Ninguno	Cualquiera	
Necesidad de medicación de alivio (SABA)	Ninguna o ≤ 2 veces a la semana	> 2 veces a la semana	
Función pulmonar (FEV₁ o PEF)	> 80 % del valor teórico > 80 % del mejor valor personal	80 % del valor teórico o mejor valor personal	
Exacerbaciones	Ninguna	≥ 1 /año	≥ 1 en cualquier semana

3. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DEL ASMA

En el dominio control actual

- Prevenir **síntomas diurnos, nocturnos** y tras el ejercicio físico.
- Uso de agonistas **B2 adrenérgicos de acción corta** no más de 2 veces al mes
- Mantener **una función pulmonar normal** o casi normal.
- Sin **restricciones** en la vida cotidiana ni para hacer ejercicio físico
- Cumplir las **expectativas** de los pacientes y sus familias

En el dominio riesgo futuro

- Prevenir las **exacerbaciones** y la **mortalidad**.
- **Minimizar** la pérdida progresiva de función pulmonar
- Evitar **efectos adversos del** tratamiento
- Evitar la **inercia terapéutica**

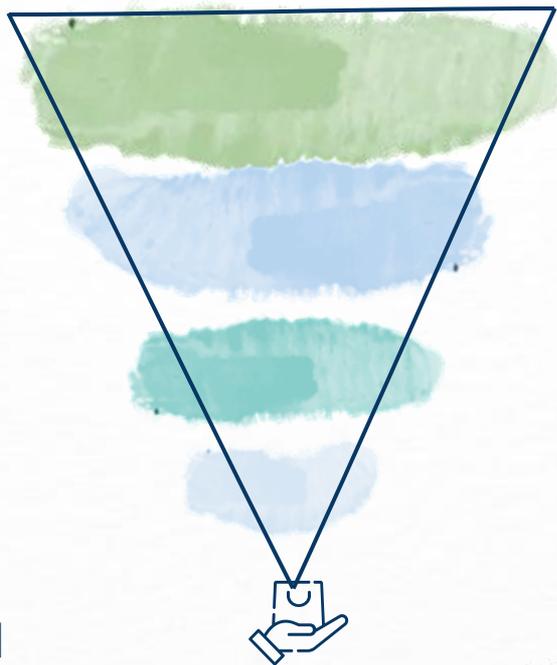


4. ACCIÓN TERAPÉUTICA

El tratamiento del asma se configura en un ciclo **continuo**. 



★ TRATAMIENTO ESCALONADO



01 Grado de control de los síntomas

02 Frecuencia e intensidad de las exacerbaciones.

03 Respuesta al tratamiento previo.

04 Datos objetivos (espirometría, FENO)

Si el asma ha estado controlada durante al menos **3 meses**, el tratamiento de mantenimiento puede reducirse paulatinamente. ★

FÁRMACOS



Medicación de control o mantenimiento

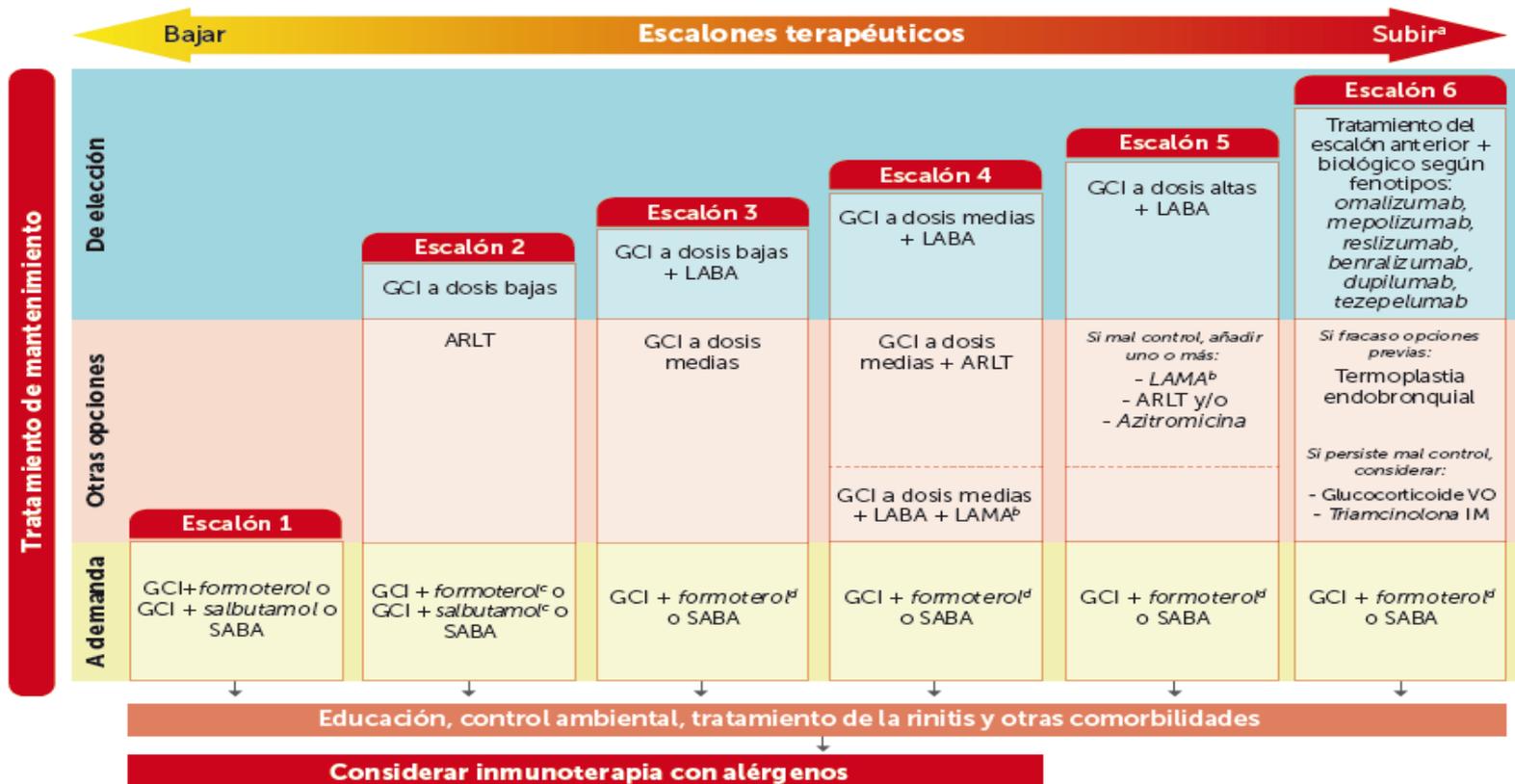
- Glucocorticoides inhalados:** Budesonida, Beclometasona.
- Antagonistas de los receptores de los leucotrienos (ARLT):** Montelukast.
- Agonistas b2 adrenérgicos de acción prolongada (LABA):** salmeterol, formoterol, indacaterol.
- Anticolinérgicos de acción larga inhalados (LAMA):** Tiotropio.
- Anticuerpos monoclonales:** Omalizumab.



Medicación de alivio

- **Agonistas b2 adrenérgicos de acción prolongada (SABA):** Salbutamol.
- Anticolinérgicos de acción corta inhalados (SAMA):** Bromuro de Ipratropio.
- Combinaciones:** Salbutamol + GCI o Formoterol +GCI.





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

FIGURA 3.2. Escalones terapéuticos del tratamiento de mantenimiento del asma del adulto.

ARLT: antagonista de los receptores de los leucotrienos; GCI: glucocorticoide inhalado, LABA: agonista β_2 adrenérgico de acción prolongada; SABA: agonista β_2 adrenérgico de acción corta.

ESCALONES TERAPÉUTICOS

DE ELECCIÓN 

Los LABA nunca deben utilizarse en monoterapia en el asma. 



ESCALÓN 1



ESCALÓN 2



ESCALÓN 3

A DEMANDA 

GCI+ FORMOTEROL O
GCI + SALBUTAMOL O
SABA

GCI A DOSIS **BAJAS**

GCI A DOSIS **BAJAS** +
LABA

ESCALONES TERAPÉUTICOS



ESCALÓN 4

GCI A DOSIS **MEDIAS** +
LABA



ESCALÓN 5

GCI A DOSIS **ALTAS** +
LABA



ESCALÓN 6

Tratamiento del escalón
anterior + **BIOLÓGICOS**
según fenotipo



TRATAMIENTO PERSONALIZADO SEGÚN FENOTIPO

Asma alérgica: anti-IgE (Omalizumab).

Asma eosinofílica: Mepolizumab,
Benralizumab, Reslizumab y Dupilumab.



DATOS CLAVE

ESCALÓN 1

- **Opción preferente:** Budesonida/formoterol a demanda (mejor que salbutamol solo para prevenir exacerbaciones).
- **SABA solo:** Solo si síntomas <2/mes, no nocturnos, sin exacerbaciones.
- **Evitar abuso de SABA:** >2 usos/mes = mal control.
- Los **SABA**, administrados con una antelación de unos 10-15 min, son los medicamentos de elección para prevenir la broncoconstricción inducida por el ejercicio físico.

ESCALÓN 3

✗ Nunca LABA en monoterapia.

Terapia MART: Una estrategia emergente, el tratamiento combinado con GCI y LABA en un solo inhalador (MART), utilizado tanto para el **mantenimiento** como para el **alivio** de los síntomas asmáticos.

ESCALÓN 4

Triple terapia posible: GCI + LABA + LAMA (si mal controlado).

ESCALÓN 5

Añadir: LAMA (tiotropio, glicopirronio) o ARLT o Macrólidos (azitromicina) en casos seleccionados.

5. EVALUACIÓN DE CONTROL

TEST DE CONTROL DE ASMA

20-25:

Bien controlado.

16-19:

Mal controlado.

5-15:

Muy mal controlado.

Pregunta 1

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia su asma le impidió realizar sus tareas habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

Pregunta 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió falta de aire?

Pregunta 3

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión o dolor en el pecho) lo/a despertaron durante la noche o más temprano que de costumbre a la mañana?

Pregunta 4

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usó su inhalador o nebulizador con medicación de rescate, tal como Salbutamol?

Pregunta 5

¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

6. CONCLUSIONES

- La vía inhalatoria es la de elección para el tratamiento del asma.
- La espirometría es clave en el diagnóstico y seguimiento.
- El tratamiento de mantenimiento reduce las exacerbaciones y mejora la calidad de vida.
- Revisar técnica inhalatoria y adherencia en cada visita, supervisión periódica:**
Al inicio del tratamiento: cada **1-3 meses**.
Una vez controlado: cada **3-12 meses**.
Después de una exacerbación: en **1 semana** o poco más.
- El escalado del tratamiento es dinámico:** paso arriba o abajo.
- El enfoque debe ser integral:** educación, control ambiental, tratamiento de rinitis y otras comorbilidades.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de trabajo de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). *Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.3)*. Arch Bronconeumol. 2023;59(Supl 1):1-44. Disponible en: <https://gemasma.com/>
- Global Initiative for Asthma (GINA). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. 2024 update. Available from: <https://ginasthma.org>
- Bateman ED, Reddel HK, O'Byrne PM, Barnes PJ, Zhong N, Keen C, et al. As-needed budesonide-formoterol versus maintenance budesonide in mild asthma. *N Engl J Med*. 2018;378(20):1877-87. doi:10.1056/NEJMoa1715274
- Beasley R, Holliday M, Reddel HK, Braithwaite I, Ebmeier S, Hancox RJ, et al. Controlled trial of budesonide–formoterol as needed for mild asthma. *N Engl J Med*. 2019;380(21):2020-30. doi:10.1056/NEJMoa1901963

¡MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN!