

Objetivos a Corto y Largo Plazo del Manejo del Asma en Adultos

Dr. José Antonio Ortega Martell | Médico Pediatra Alergólogo e Inmunólogo Clínico |
Profesor de Inmunología en la Universidad Autónoma de Hidalgo |



¿Cómo se establecen los objetivos terapéuticos en asma y cuál es el escalamiento recomendado?

El objetivo del tratamiento del asma es prevenir las exacerbaciones y las muertes por asma, así como aliviar y controlar los síntomas.¹

Después de iniciado el tratamiento, el seguimiento de los pacientes con asma debe ser primero cada 1 a 3 meses y después cada 3 a 4 meses.¹

Tratamientos no recomendados

- Los corticosteroides orales de mantenimiento deben utilizarse sólo como último recurso.¹
- La Iniciativa Global para el Asma (GINA, por sus siglas en inglés) no recomienda el uso de salbutamol oral ni teofilina oral.¹

GUÍA GINA 2024: TRATAMIENTO DE ASMA EN ADULTOS Y MAYORES DE 12 AÑOS

Revise-evalúe y ajuste acorde a síntomas, exacerbaciones, evento adverso, adherencia y preferencia del paciente

	Vía 1: Controlador y Rescate Preferido (ICS-formoterol) El uso de ICS-formoterol como rescate reduce riesgo de exacerbaciones en comparación con el uso de SABA y régimen simple.	Vía 2: Controlador y Rescate Alternativo (ICS + SABA) Antes de utilizar régimen con SABA, es importante verificar el paciente cumple con el controlador diario.
Paso 1	ICS-formoterol en dosis bajas según necesidad	ICS siempre que se tome SABA
Paso 2		ICS de mantenimiento a dosis bajas
Paso 3	ICS-formoterol de mantenimiento a dosis bajas	ICS-LABA de mantenimiento a dosis bajas
Paso 4	ICS-formoterol de mantenimiento a dosis intermedias	ICS-LABA de mantenimiento a dosis intermedias/altas
Paso 5	Complemento con LAMA y evaluación del fenotipo Considerar ICS-formoterol de mantenimiento a dosis altas o anti IgE, anti IL-5/IL-5Ra, anti IL-4Ra, anti TSLP	Complemento con LAMA y evaluación del fenotipo Considerar ICS-LABA de mantenimiento a dosis altas o anti IgE, anti IL-5/IL-5Ra, anti IL-4Ra, anti TSLP
	RESCATE: Formoterol dosis bajas en caso necesario	RESCATE: ICS-SABA o SABA en caso necesario

ICS, corticoesterides inhalados; LABA, beta agonista de acción prolongada; LAMA, antimuscarínico de acción prolongada; SABA, beta agonista de acción corta; TSLP, linfopoyetina del estroma tímico; IL, interleucina.

Adaptado de Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2024 Update.

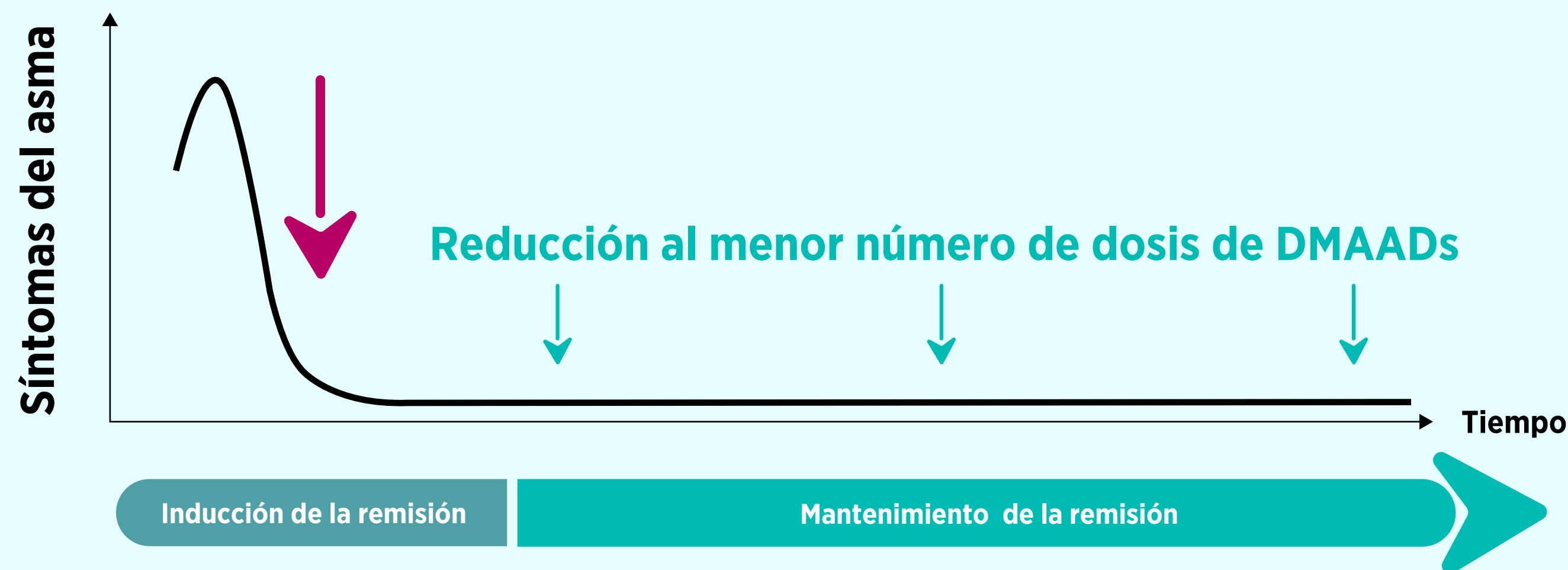
Acorde a la Guía ALAT (Asociación Latinoamericana de Tórax) 2024, se recomienda la incorporación de la triple terapia inhalada (ICS/LABA/LAMA) a la definición de Asma Grave. La misma quedaría definida como el asma que requiere altas dosis de un corticoesteroide inhalado, en combinación con dos broncodilatadores: un broncodilatador beta 2 de larga duración (LABA) y un broncodilatador antimuscarínico de larga duración (LAMA), para prevenir que el paciente pierda el control de la enfermedad (asma grave controlada) o que permanezca sin control a pesar de dicho tratamiento (asma grave no controlada). (Nivel de evidencia 2+, Grado de recomendación C) (Recomendación fuerte).²

¿Cómo se evalúa la respuesta al tratamiento?

Se debe considerar reducir el tratamiento una vez que se haya logrado un buen control del asma y se haya mantenido durante 2-3 meses, para continuar el tratamiento en dosis más bajas que logren controlar tanto los síntomas, como prevenir exacerbaciones y minimizar efectos secundarios.¹

La remisión clínica en casos de asma grave, se define como *la situación en la que un paciente en tratamiento mantiene control de los síntomas, función pulmonar estable, ausencia de exacerbaciones y sin necesidad de corticoides sistémicos durante un periodo mínimo de un año.*²

Tratamiento con la combinación DMAADs* más efectiva



DMAADs (por sus siglas en inglés), tratamientos antiinflamatorios modificadores de la enfermedad.

Adaptado de Lommatzsch M. Curr Opin Pulm Med 2024, 30:325-329.

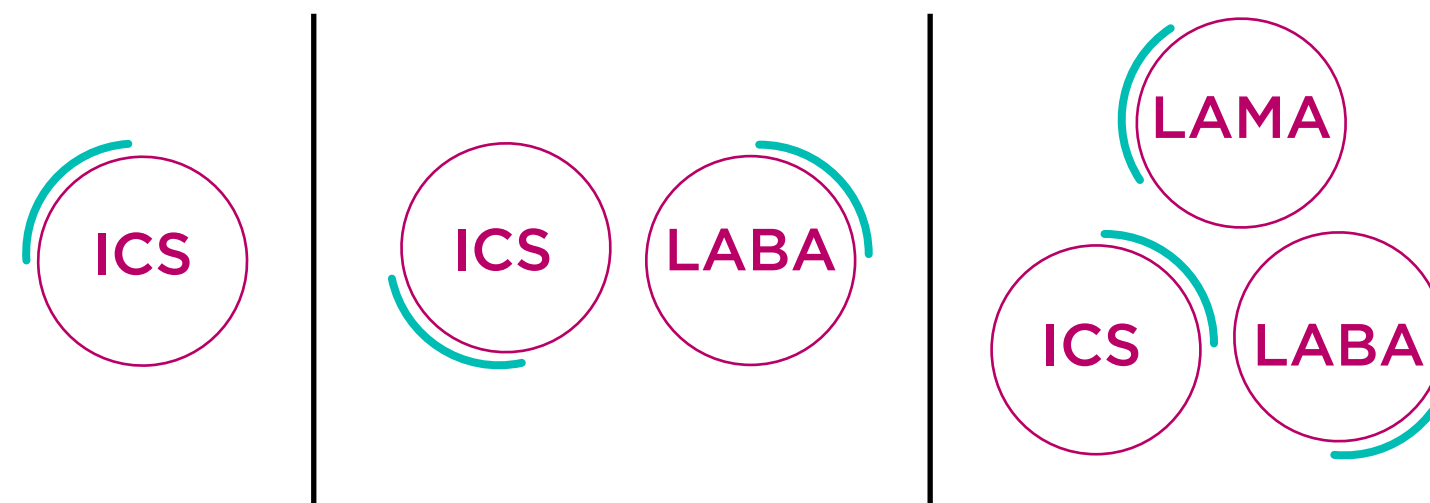
Tratamientos antiinflamatorios modificadores de la enfermedad

IgE específica + correlación

Alergia demostrada

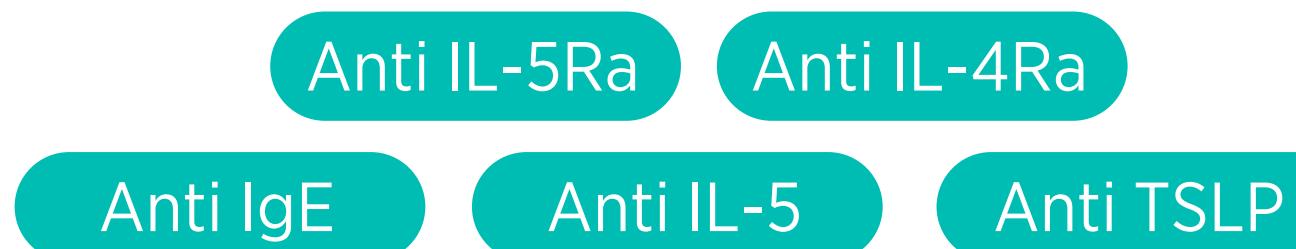
**Inmunoterapia
específica**

(subcutánea, sublingual)



**Terapia
farmacológica**

(monoterapia, doble o triple)



**Terapia
biotecnológica**

(anticuerpos monoclonales)



El grupo de trabajo conjunto del **Colegio Americano de Alergia, Asma e Inmunología**, **la Academia Americana de Alergia, Asma e Inmunología** y la **la Sociedad Americana de Tórax** (ACAAI, AAAAI y ATS, respectivamente, por sus siglas en inglés) propusieron seis **criterios obligatorios** para definir la **remisión clínica del asma**:³

No haber presentado exacerbaciones que requieran visita médica, atención de urgencia, hospitalización y/o uso de esteroides sistémicos por asma.

No haber faltado al trabajo durante un periodo de 12 meses debido a síntomas relacionados con el asma.

Resultados de función pulmonar estables y optimizados en todas las mediciones realizadas durante un periodo de 12 meses, con un mínimo de dos mediciones en el año.

Tratamiento con corticosteroides inhalados únicamente a dosis baja – media (o menos).

Puntuación en el ACT >20 (o puntuación AirQ <2 o ACQ <0.75) en todas las mediciones realizadas en los últimos 12 meses, con al menos dos mediciones en ese periodo.

Síntomas que requieran uso de broncodilatador de rescate no más de una vez al mes.

Leyenda de siglas:

ACT: Prueba de Control del Asma

ACQ: Cuestionario de Control del Asma

AirQ: Cuestionario de Vía Aérea

Conclusión

En lugar de los esquemas tradicionales y uniformes de escalada progresiva del tratamiento, **el manejo del asma consistirá en dos fases:** una fase inicial de inducción de la remisión (tratamiento con la combinación individual más eficaz de DMAADs) y una segunda fase de mantenimiento de la remisión (utilizando la menor cantidad y dosis mas baja posible).³

Referencias

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2025 Update. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/05/GINA-Strategy-Report_2025-WEB-WMS.pdf
Consultado 29 mayo 2025.
2. Zabert I, et al. Guía de Práctica Clínica de Asma Grave. Respirar. 2025;17(1):7-30.
3. Lommatzsch M. Remission in asthma. Curr Opin Pulm Med. 2024 May 1;30(3):325-329.

Las imágenes no corresponden con pacientes reales.