



# Guía Española para el Manejo del Asma

Edición de bolsillo

[www.gemasma.com](http://www.gemasma.com)

**AstraZeneca**   
RESPIRATORIO

RIL/44/11 03/O



GRUPO DE  
RESPIRATORIO  
DE ATENCIÓN  
PRIMARIA  
(GRAP)



SOCIEDAD  
ESPAÑOLA  
DE MEDICINA  
RURAL  
Y GENERALISTA  
(SEMergen)



SOCIEDAD  
ESPAÑOLA  
DE NEUMOLOGÍA  
Y CIRUGÍA  
TORÁCICA  
(SEPAR)



SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE NEUMOLOGÍA  
PEDIÁTRICA  
(SENP)



ASSOCIACIÓ  
ASMATOLÒGICA  
CATALANA  
(AAC)

# Participantes

**ÁLVAREZ GUTIÉRREZ, Francisco Javier**  
Neumología.

**ANTÓ BOQUE, Josep Maria**  
Epidemiología.

**CABRERA NAVARRO, Pedro**  
Neumología.

**CARRASCO CARRASCO, Eduardo**  
Atención Primaria (SEMERGEN).

**CASAN CLARÀ, Pere**  
Neumología.

**COBOS BARROSO, Nicolás**  
Neumología Pediátrica.

**De DIEGO DAMIA, Alfredo**  
Neumología.

**DROBNIC MARTÍNEZ, Franchek**  
Medicina de la Actividad Física y el Deporte.

**DUCE GRACIA, Fernando**  
Neumología y Alergología.

**ESPINOSA DE LOS MONTEROS**

**GARDE, María José**  
Neumología.

**GARCÍA-MARCOS ÁLVAREZ, Luis**  
Neumología Pediátrica.

**GINER DONAIRE, Jordi**  
Diplomado de Enfermería.

**GONZÁLEZ CORREALES, Ramón**  
Atención Primaria (SEMERGEN).

**GONZÁLEZ PÉREZ-YARZA, Eduardo**  
Neumología Pediátrica.

**HERNÁNDEZ HUET, Enric**  
Medicina de Familia (GRAP).

**HERNÁNDEZ ÚRCULO, José**  
Atención Primaria (SEMERGEN).

**HIDALGO REQUENA, Antonio**  
Atención Primaria (SEMERGEN).

**LLAUGER ROSSELLÓ, María Antonia**  
Medicina de Familia (GRAP).

**LÓPEZ VIÑA, Antolín**  
Neumología.

**MALDONADO PÉREZ, José Antonio**  
Neumología.

**MARTÍN OLMEDO, Pablo**  
Medicina de Familia (GRAP).

**MARTÍNEZ GONZÁLEZ, Agustín**  
Medicina de Familia (GRAP).

**MAYAYO ULIBARRI, María Luisa**  
Diplomada de Enfermería.

**PÉREZ FRÍAS, Francisco Javier**  
Neumología Pediátrica.

**PERPIÑA TORDERA, Miguel**  
Neumología.

**PICADO VALLES, César**  
Neumología.

**PLAZA MORAL, Vicente**  
Neumología.

**QUINTANO JIMÉNEZ, José Antonio**  
Atención Primaria (SEMERGEN)  
y Neumología.

**ROMÁN RODRÍGUEZ, Miguel**  
Medicina de Familia (GRAP).

**SANCHÍS ALDÁS, Joaquín**  
Neumología.

**VEREA HERNANDO, Héctor**  
Neumología.

**VILLA ASENSI, José Ramón**  
Neumología Pediátrica.

**NOGALES SORIANO, Raquel**  
Secretaría técnica.

## COMITÉ EJECUTIVO GEMA

**PLAZA MORAL, Vicente**  
Coordinador General.

**ÁLVAREZ GUTIÉRREZ, Francisco Javier**  
Coordinador Zona Sur.

**CASAN CLARÀ, Pere**  
Coordinador Neumología.

**COBOS BARROSO, Nicolás**  
Coordinador Neumología Pediátrica.

**LÓPEZ VIÑA, Antolín**  
Coordinador Zona Centro.

**LLAUGER ROSSELLÓ, María Antonia**  
Coordinadora Medicina de Familia – GRAP.

**QUINTANO JIMÉNEZ, José Antonio**  
Coordinador Atención Primaria –  
SEMERGEN.

## SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y ASOCIACIONES PARTICIPANTES

Associació Asmatològica Catalana (AAC).  
Grupo de Respiratorio de Atención Primaria  
(GRAP).

Sociedad Española de Medicina Rural  
y Generalista (SEMERGEN).

Sociedad Española de Neumología Pediátrica  
(SENP).

Sociedad Española de Neumología y Cirugía  
Torácica (SEPAR).

©2003 Grupo Español para el Manejo del Asma (GEMA)

Edita



EDICIONES MAYO, S.A.

ISBN: 84-96122-14-X

Depósito legal: B-xxx-03

Impresión: xxxx

Impreso en España - *Printed in Spain*

# Índice

<b>Prólogo</b>	4
<b>1. Definición</b>	5
<b>2. Datos epidemiológicos del asma en España</b>	5
<b>3. Factores ambientales</b>	5
<b>4. Factores desencadenantes</b>	6
<b>5. Diagnóstico</b>	6
5.1. Algoritmo diagnóstico general	6
5.2. Diferentes formas de evaluar la prueba broncodilatadora	7
5.3. Medidor de flujo espiratorio máximo	7
5.4. Diagnóstico funcional en el niño	7
5.5. Alergenos que se deben investigar por sospecha de asma alérgica	8
5.6. Algoritmo diagnóstico del asma ocupacional	8
<b>6. Clasificación clínica</b>	9
6.1. Clasificación clínica en el adulto	9
6.2. Clasificación clínica en el niño	9
<b>7. Tratamiento de la crisis</b>	10
7.1. Tratamiento hospitalario de la crisis en el adulto	10
7.2. Tratamiento ambulatorio de la crisis en el adulto	11
7.3. Tratamiento de la crisis en el niño y en el lactante	12
7.4. Criterios de alta hospitalaria	12
<b>8. Tratamiento farmacológico de mantenimiento</b>	13
8.1. Objetivos del tratamiento	13
8.2. Criterios clínicos de control	13
8.3. Preguntas recomendadas para establecer el grado de control	13
8.4. Tratamiento de mantenimiento en el adulto	14
8.5. Tratamiento de mantenimiento en el niño	14
<b>9. Educación</b>	16
9.1. Objetivos de la educación	16
9.2. Información y habilidades básicas que deben conocer los enfermos	16
9.3. Tareas educativas por visitas	16
<b>12. Rinitis asociada al asma</b>	17
12.1. Clasificación clínica de la rinitis	17
12.2. Tratamiento de la rinitis	17
<b>13. Tratamiento del asma de difícil control</b>	18
<b>14. Recomendaciones en el control evolutivo</b>	19
14.1. Calendario de visitas recomendado	19
14.2. Decálogo de actividades en las visitas de seguimiento para un buen control	19

## Prólogo

Los cambios experimentados en el conocimiento y tratamiento del asma en los últimos años obligaban a actualizar nuestras guías y consensos. En consecuencia, el Área de Asma de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) impulsó la elaboración de un nuevo documento, redactado por reconocidos expertos españoles en la materia, y a su vez representativos de las diversas sociedades científicas (Atención Primaria, Pediatría y Neumología) implicadas en su asistencia. Fruto de dicho esfuerzo nació GEMA (*GUÍA ESPAÑOLA PARA EL MANEJO DEL ASMA*). Ésta, además de resumir el conocimiento actualizado sobre los diversos aspectos relevantes, asistenciales o no, referentes a la enfermedad asmática, reunió las evidencias y datos resultantes de los estudios, epidemiológicos y clínicos, realizados en nuestro país en los últimos años.

Presentamos ahora el documento resumido de GEMA, conocido como «GEMA de bolsillo». Tiene como objetivo fundamental poner al alcance del médico asistencial un documento de consulta breve, de pequeño formato, y esperamos que eficaz, para resolver los problemas diagnósticos y terapéuticos más comunes relacionados con la asistencia del paciente con asma. En su diseño, se ha buscado de forma deliberada huir de textos extensos, presentando sus contenidos prácticamente de forma exclusiva como tablas, figuras y algoritmos, para una lectura más fácil y rápida. Al igual que con los anteriores documentos de GEMA (formato grande, para PC de bolsillo, en catalán, y diapositivas) también esta guía de bolsillo se encuentra disponible, de forma gratuita, en la página web de GEMA ([www.gemasma.com](http://www.gemasma.com)). ●

**Dr. Vicente Plaza** (*coordinador*)  
*en representación de los redactores*

# Guía Española para el Manejo del Asma

## 1. Definición

*Inflamación crónica de las vías aéreas* en la que ejercen un papel destacado determinadas células y mediadores. Este proceso se asocia a la presencia de *hiperrespuesta bronquial* que produce episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de *obstrucción al flujo aéreo*, a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento.

## 2. Datos epidemiológicos del asma en España

### Prevalencia

- Adultos: 4-5%
- Niños: 6-15%

### Mortalidad

- Varones: 10,1 (tasa estandarizada por millón de habitantes)
- Mujeres: 13,2 (tasa estandarizada por millón de habitantes)

**Sin diagnosticar:** 52%

**Sin tratamiento:** 26%

## 3. Factores ambientales

### Factores de riesgo

- Alérgenos
- Tabaco
- Virus sincitial respiratorio
- Obesidad
- Alimentación elaborada
- Embarazo y parto anormal

### Factores protectores

- Infecciones precoces
- Contacto con endotoxinas
- Dietas macrobióticas
- Alimentación materna

## 4. Factores desencadenantes

### Factores directos

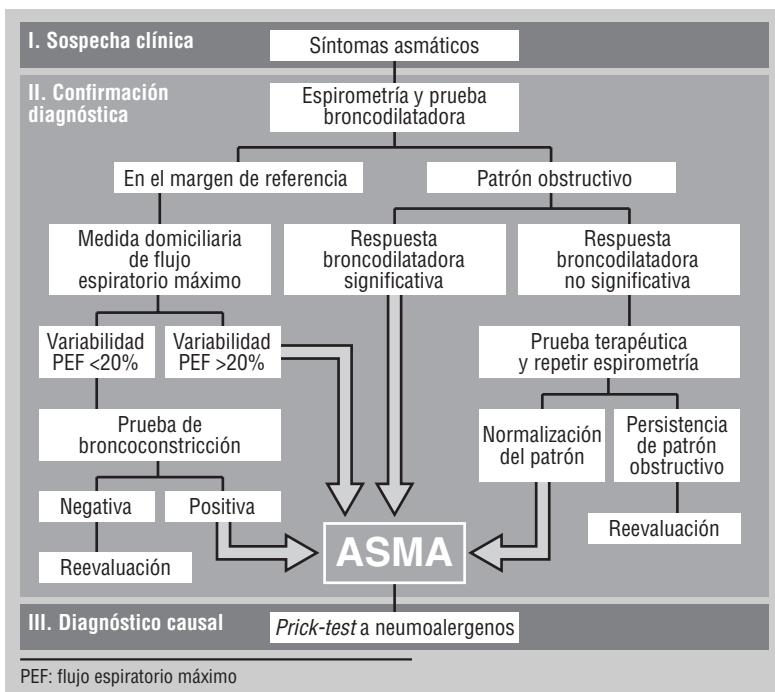
- Infección respiratoria viral
- Alergenos
- Tabaco
- Contaminantes atmosféricos
- Frío y humedad

### Factores indirectos

- Ejercicio
- Alergenos y aditivos alimentarios
- Fármacos
- Sinusitis
- Menstruación
- Embarazo
- Reflujo gastroesofágico
- Tormentas e inversión térmica

## 5. Diagnóstico

### 5.1. Algoritmo diagnóstico general



## 5.2. Diferentes formas de evaluar la prueba broncodilatadora

- Administrar: salbutamol (200  $\mu$ , IP) o terbutalina (1 mg, Turbuhaler®) o salbutamol nebulizado (2,5 mg). Repetir la espirometría a los 10 min
- Administrar prednisona o prednisolona (30 mg/día) durante 14 días. Posteriormente repetir la espirometría

### Respuesta significativa

- Incremento del 12% y 200 mL en el valor del FEV<sub>1</sub> // (post – pre/pre)  $\times$  100 //
- Incremento del 9% en el valor del FEV<sub>1</sub> en relación con el valor de referencia // (post – pre / VR)  $\times$  100 //

IP: inhalador presurizado; FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; post: tras broncodilatador; pre: antes del broncodilatador; VR: valor de referencia.

## 5.3. Medidor de flujo espiratorio máximo

### Objetivo

Determinar una variación superior al 20% en más de 3 días durante una semana en un registro de, al menos, 2 semanas

### Fórmula recomendada

(Valor mayor – valor menor)  $\times$  100 / valor mayor

### Ejemplo

Valor mayor: 400 L/min; valor menor: 300 L/min

Amplitud de la variabilidad =  $400 - 300 / 400 \times 100 = 25\%$

## 5.4. Diagnóstico funcional en el niño

### Niños colaboradores (>5 años)

- Espirometría forzada
- Prueba broncodilatadora
- Hiperrespuesta bronquial:
  - Prueba de esfuerzo
  - Prueba con suero salino hipertónico
  - Prueba con metacolina
- Variabilidad diurna del flujo espiratorio máximo

### Niños no colaboradores (<6 años)

- Pletismografía corporal
- Oscilometría por impulsos
- Resistencias por oclusión
- Compresión toracoabdominal



## 5.5. Alergenos que se deben investigar por sospecha de asma alérgica

### Pólenes

- Gramíneas: *Phleum pratense*, *Cynodon dactylon*
- Malezas: *Parietaria j.*, *Plantago l.*, *Salsola k.*, *Artemisia v.*
- Árboles: *Olea e.*, *Platanus a.*, *Cupressus s.*

### Ácaros

- *Dermatophagoides pt.*, *Lepydoglyphus d.*, *Tyrophagus p.*

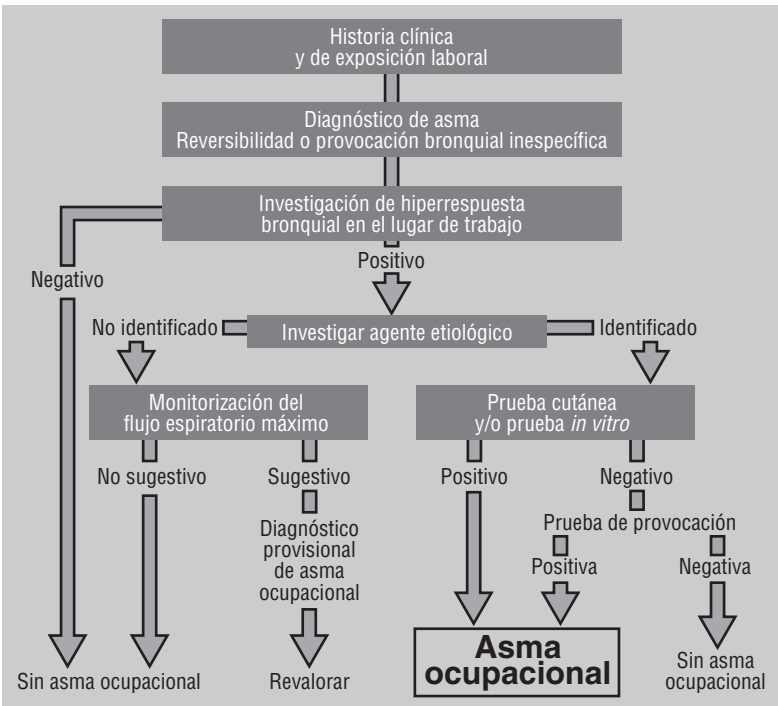
### Epitelio de animales

- Gato, perro, y según historia clínica, hámster, caballo, conejo, látex...

### Hongos

- *Alternaria a.*, *Cladosporium h.*, *Aspergillus spp.*

## 5.6. Algoritmo diagnóstico del asma ocupacional



## 6. Clasificación clínica

### 6.1. Clasificación clínica en el adulto

	Síntomas diurnos	Síntomas nocturnos	Función pulmonar
Intermitente	2 días a la semana	2 veces al mes	FEV <sub>1</sub> o PEF: 80% Variabilidad PEF <20%
Persistente Leve	>2 días a la semana, pero no diario	>2 veces al mes	FEV <sub>1</sub> o PEF: 80% Variabilidad PEF: 20-30%
Persistente Moderada	Síntomas diarios Afectan actividad diaria y sueño	>1 vez a la semana	FEV <sub>1</sub> o PEF: 60-80% Variabilidad PEF >30%
Persistente Grave	Síntomas continuos Crisis frecuentes Actividad habitual muy alterada	Frecuentes	FEV <sub>1</sub> o PEF <60% Variabilidad PEF >30%

FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo.

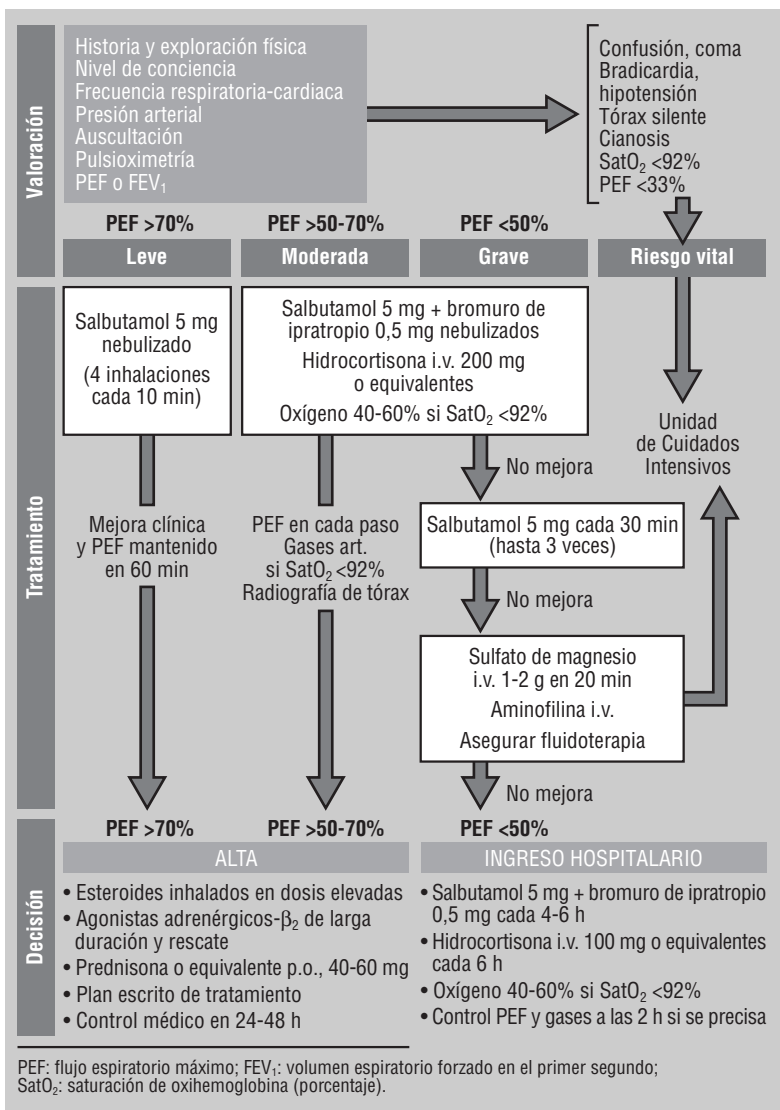
### 6.2. Clasificación clínica en el niño

	Exacerbaciones	Síntomas con ejercicio	Función pulmonar
Episódica Ocasional	Infrecuentes 1 cada 4-6 semanas	Sibilancias leves ocasionales tras ejercicio intenso	FEV <sub>1</sub> : 80% Variabilidad PEF <20%
Episódica Frecuente	Frecuentes >1 cada 4-6 semanas	Sibilancias >1 vez a la semana tras ejercicio moderado	FEV <sub>1</sub> : 80% Variabilidad PEF <20% Prueba de ejercicio positiva
Persistente Moderada	Frecuentes Intercris que afectan a la actividad diaria y al sueño	Sibilancias >1 vez a la semana tras ejercicio mínimo	FEV <sub>1</sub> : 70-80% Variabilidad PEF: 20-30%
Persistente Grave	Frecuentes Síntomas continuos Actividad diaria y sueño muy alterados	Sibilancias frecuentes ante esfuerzo mínimo	FEV <sub>1</sub> <70% Variabilidad PEF >30%

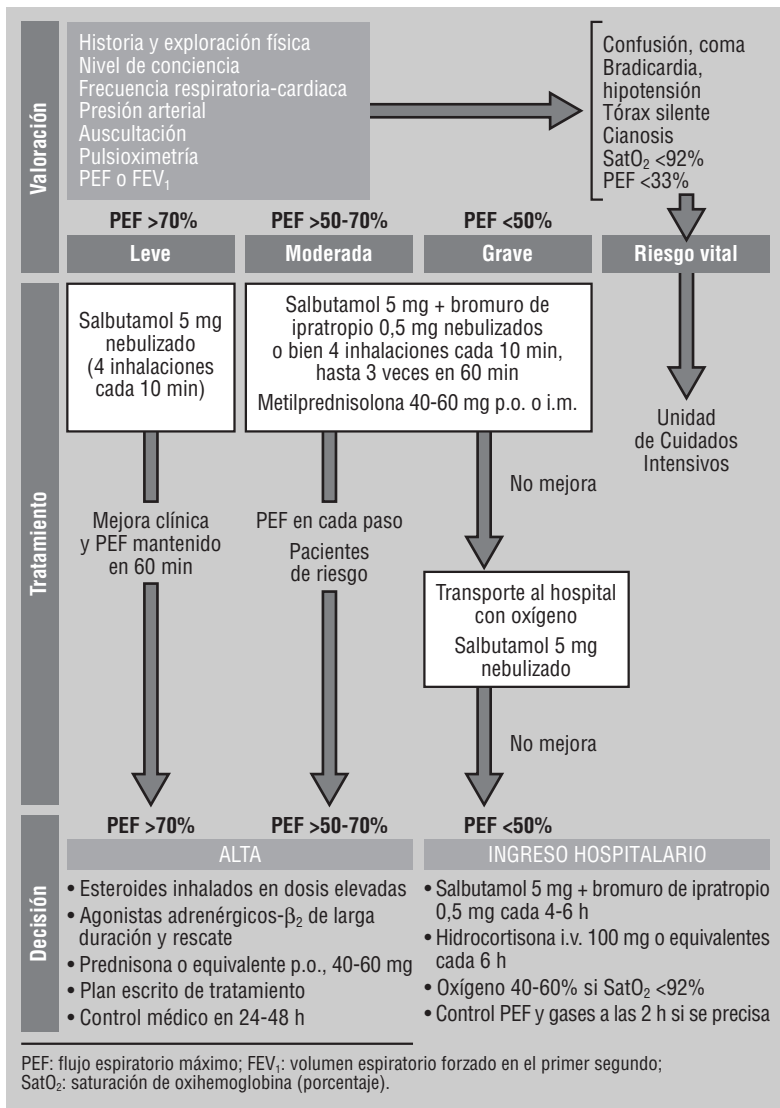
FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo.

## 7. Tratamiento de la crisis

### 7.1. Tratamiento hospitalario de la crisis en el adulto



## 7.2. Tratamiento ambulatorio de la crisis en el adulto



### 7.3. Tratamiento de la crisis en el niño y en el lactante

#### Oxígeno

- Gafas nasales
- Mascarilla facial
- Mascarilla facial con reservorio

#### Agonista adrenérgico- $\beta_2$ inhalado

- En inhalador presurizado
- Con cámara espaciadora
- Excepcionalmente nebulizado
- Más grave, más dosis, en menos tiempo

### 7.4. Criterios de alta hospitalaria

- Mejora significativa en los síntomas asmáticos y capacidad para deambular correctamente sin disnea
- No requiere medicación broncodilatadora de rescate durante la noche. Tiempo mínimo entre cada administración de broncodilatador >4 h
- La exploración física es normal o casi normal
- El FEV<sub>1</sub> o el PEF >70% o del mejor valor personal, con una variabilidad diaria <25%
- SatO<sub>2</sub> >90%
- El tratamiento administrado al paciente se hace de forma oral o inhalada, y de forma adecuada

---

FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; SatO<sub>2</sub>: saturación de oxihemoglobina (porcentaje).

## 8. Tratamiento farmacológico de mantenimiento

### 8.1. Objetivos del tratamiento

- Control de la enfermedad:
  - Lo antes posible
  - Que permita las actividades cotidianas
- Prevención de la obstrucción crónica al flujo aéreo
- Reducción de la mortalidad por asma

### 8.2. Criterios clínicos de control

- Mínimos síntomas crónicos
- Sin limitación de la actividad habitual
- Mínimas exacerbaciones
- Ausencia de visitas a urgencias
- Función pulmonar normal (o cerca)
- Variabilidad del flujo espiratorio máximo <20%
- Mínimo uso de medicación de rescate
- Mínimos efectos adversos farmacológicos

### 8.3. Preguntas recomendadas para establecer el grado de control

- ¿Ha tenido síntomas durante el día o la noche?
- ¿Ha tenido crisis, acudido a urgencias o ingresado en el hospital?
- ¿Ha precisado más medicación de la que tiene prescrita?
- ¿Ha disminuido o abandonado su actividad habitual (física, laboral, escolar y social)?
- ¿Ha disminuido su flujo espiratorio máximo?
- ¿Ha tenido algún problema por causa de la medicación?

## 8.4. Tratamiento de mantenimiento en el adulto

	AA- $\beta_2$ -CD (inhalado)	Esteroides (inhalados)	AA- $\beta_2$ -LD (inhalado)
Intermitente	A demanda		
Persistente leve	A demanda	<500 $\mu\text{g}/\text{día}$	
Persistente moderada	A demanda	200-1.000 $\mu\text{g}/\text{día}$	S= 50-100 $\mu\text{g}/\text{día}$ F= 9-36 $\mu\text{g}/\text{día}$
Persistente grave	A demanda	>1.000 $\mu\text{g}/\text{día}$	S= 50-100 $\mu\text{g}/\text{día}$ F= 9-36 $\mu\text{g}/\text{día}$

AA- $\beta_2$ -CD: agonista adrenérgico- $\beta_2$  de corta duración (salbutamol o terbutalina);  
 AA- $\beta_2$ -LD: agonista adrenérgico- $\beta_2$  de larga duración (S: salmeterol; F: formoterol);  
 ARLT: antagonista de los receptores de los leucotrienos (montelukast o zafirlukast);  
 esteroides inhalados: budesónida, beclometasona, fluticasona (a mitad de las dosis);  
 esteroides orales: prednisona, metilprednisolona, deflazacort.

## 8.5. Tratamiento de mantenimiento en el niño

	AA- $\beta_2$ -CD (inhalado)	Esteroides (inhalados)	AA- $\beta_2$ -LD (inhalado)
Episódica ocasional	A demanda		
Episódica frecuente	A demanda	<200 $\mu\text{g}/\text{día}$	
Persistente moderada	A demanda	200-400 $\mu\text{g}/\text{día}$	S <50 $\mu\text{g}/\text{día}$ F <8 $\mu\text{g}/\text{día}$
Persistente grave	A demanda	400-800 $\mu\text{g}/\text{día}$	S <50 $\mu\text{g}/\text{día}$ F <8 $\mu\text{g}/\text{día}$

AA- $\beta_2$ -CD: agonista adrenérgico- $\beta_2$  de corta duración (salbutamol o terbutalina);  
 AA- $\beta_2$ -LD: agonista adrenérgico- $\beta_2$  de larga duración (S: salmeterol; F: formoterol);  
 ARLT: antagonista de los receptores de los leucotrienos (montelukast o zafirlukast);  
 esteroides inhalados: budesónida, beclometasona, fluticasona (a mitad de las dosis);  
 esteroides orales: prednisona, metilprednisolona, deflazacort.

ARLT (p.o.)	Teofilina (p.o.)	Esteroides (p.o.)
Alternativa en algunos casos a esteroides inhalados		
Añadir si ↑↑ dosis esteroides inhalados (>800 µg/día)		
Añadir si existe control insuficiente	100-300 mg cada 12 h	Añadir si existe control insuficiente ajustando a mínima dosis

ARLT (p.o.)	Teofilina (p.o.)	Esteroides (p.o.)
Alternativa en algunos casos a esteroides inhalados		
Añadir si ↑↑ dosis esteroides inhalados		
Añadir si existe control insuficiente	75-150 mg cada 12 h	Añadir si control insuficiente <10 mg/día



## 9. Educación

### 9.1. Objetivos de la educación

- Adquirir información y habilidades de autocuidado
- Mejorar el cumplimiento terapéutico
- Conseguir el control de la enfermedad
- Reducir costes sanitarios

### 9.2. Información y habilidades básicas que deben conocer los enfermos

- Conocer que es una enfermedad crónica que necesita tratamiento a largo plazo, aunque no se tengan molestias
- Conocer la diferencia entre inflamación y broncodilatación y entre fármacos controladores y aliviadores
- Reconocer los síntomas de la enfermedad
- Usar correctamente los inhaladores
- Identificar los desencadenantes y saber evitarlos
- Monitorizar síntomas y flujo espiratorio máximo
- Reconocer signos y síntomas de empeoramiento
- Actuar ante el deterioro para prevenir crisis

### 9.3. Tareas educativas por visitas

	Comunicación	Información	Instrucción
Visita inicial	Investigar expectativas Pactar objetivos Dialogar sobre el cumplimiento	Conceptos básicos sobre el asma y el tratamiento	Técnica de inhalación Automonitorización
Segunda visita	Valorar los logros sobre las expectativas y los objetivos Dialogar sobre el cumplimiento	Reforzar la información de la visita inicial Informar sobre las medidas de evitación ambiental	Reforzar la técnica de inhalación Cómo evitar desencadenantes Interpretación de registros Plan de autotratamiento
Revisiones	Valorar los logros sobre las expectativas y los objetivos Dialogar sobre el cumplimiento terapéutico y sobre las medidas de evitación ambiental	Reforzar toda la información	Revisar y reforzar la técnica de inhalación Revisar y reforzar la automonitorización y el plan de autotratamiento

## 12. Rinitis asociada al asma

### 12.1. Clasificación clínica de la rinitis

#### Intermitente

Síntomas: <4 días a la semana  
o <4 semanas seguidas

#### Persistente

Síntomas: >4 días a la semana  
o >4 semanas seguidas

#### Ligera

- Sueño normal
- No interfiere en actividad física diaria
- No interfiere en actividad laboral diaria
- Síntomas leves

#### Moderada-grave

- Sueño alterado
- Interfiere en actividad física diaria
- Interfiere en actividad laboral diaria
- Síntomas graves

### 12.2. Tratamiento de la rinitis

	Desconges- tionante (p.o.)	Anti-H <sub>1</sub> (p.o. o inhalado)	Esteroides (inhalados)	Esteroides (p.o.)	Alternativas
Leve o intermitente	+	+			
Moderada o persistente	+	+	↑		
Grave	+	+	↑↑	Añadir si existe mal control tras revalorar el diagnóstico y asegurar el cumplimiento	Si fracasa el tratamiento anterior valorar: • Si rinoorrea: bromuro de ipratropio • Si alergia: inmunoterapia • Tratamiento quirúrgico

Anti-H<sub>1</sub> oral: loratadina, cetirizina, ebastina; anti-H<sub>1</sub> inhalado: azelastina, levocabastina; esteroides inhalados: budesónida, fluticasona, mometasona; esteroides orales: prednisona, metilprednisolona, deflazacort.

### 13. Tratamiento del asma de difícil control

	Nivel I	Nivel II	Nivel III
AA- $\beta_2$ -CD (inhalado)	A demanda	A demanda	A demanda
Esteroides (inhalados)	1.000-1.600 $\mu\text{g}/\text{día}$	>1.600 $\mu\text{g}/\text{día}$	>1.600 $\mu\text{g}/\text{día}$
AA- $\beta_2$ -LD (inhalado)	S= 50-100 $\mu\text{g}/\text{día}$ F= 9-36 $\mu\text{g}/\text{día}$	S= 50-100 $\mu\text{g}/\text{día}$ F= 9-36 $\mu\text{g}/\text{día}$	S= 50-100 $\mu\text{g}/\text{día}$ F= 9-36 $\mu\text{g}/\text{día}$
ARLT (p.o.)	M= -10 mg/día Z= 20 mg cada 12 h	M= -10 mg/día Z= 20 mg cada 12 h	M= -10 mg/día Z= 20 mg cada 12 h
Teofilina (p.o.)		100-300 mg cada 12 h	100-300 mg cada 12 h
Esteroides (p.o.)			Añadir si existe control insuficiente ajustando a mínima dosis

AA- $\beta_2$ -CD: agonista adrenérgico- $\beta_2$  de corta duración (salbutamol o terbutalina);  
 AA- $\beta_2$ -LD: agonista adrenérgico- $\beta_2$  de larga duración (S: salmeterol; F: formoterol);  
 ARLT: antagonista de los receptores de los leucotrienos (M: montelukast o Z: zafirlukast);  
 esteroides inhalados: budesónida, beclometasona, fluticasona (a mitad de las dosis);  
 esteroides orales: prednisona, metilprednisolona, deflazacort.

## 14. Recomendaciones en el control evolutivo

### 14.1. Calendario de visitas recomendado

Situación del asma	Frecuencia de visitas
• Toda exacerbación	En el día
• Alta hospitalaria o de urgencias	En 24-48 h
• Periodo inicial de control o asma incontrolada	2 semanas a 3 meses
• Asma (controlada) intermitente o persistente leve	Cada 6 meses
• Asma (controlada) persistente moderada o grave	Cada 3-6 meses (en coordinación con Neumología)
• Asma asintomática	Una vez al año

### 14.2. Decálogo de actividades en las visitas de seguimiento para un buen control

1. Efectuar las preguntas para determinar el nivel de control
2. Anamnesis específica sobre rinitis y efectos secundarios del tratamiento
3. Exploración física básica, que incluya la auscultación pulmonar
4. Medir y/o registrar la función pulmonar (espirometría)
5. Revisar el tratamiento farmacológico y su nivel de cumplimentación
6. Educación general del asma. Revisión de la técnica de inhalación. Evitación de alérgenos. Consejo antitabaco
7. Conocer las preocupaciones y las expectativas del paciente. Pacto de objetivos
8. Determinar el nivel de gravedad clínica del asma
9. Reajuste del tratamiento, si se precisa
10. Establecer una nueva cita de control futura

La Guía Española para el Manejo del Asma  
recibe soporte de:

