

Asma en el adulto, el adolescente y el niño pequeño: del mecanismo al tratamiento

Basada en GINA 2026, la guía mexicana MIA 2.0 (2025), la guía ERS de diagnóstico (2022), NICE/BTS/SIGN NG245 (2024), el programa SABINA y los metaanálisis y revisiones citados al final.

Versión 1.1 · Revisado el 26 de octubre de 2026 (agrega niños de 5 años o menos) · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada cifra verificada contra la fuente original

~300 millones

personas con asma en el mundo;
prevalencia de 1 a 29 % según el país

~1,000 al día

muerres por asma; la mayoría
prevenibles y en países de ingresos
bajos y medios

Hasta ~30 %

de falsos positivos cuando se
diagnostica sin pruebas objetivas
(ERS)

LO QUE TIENES QUE SABER

- El **salbutamol solo ya no es tratamiento**: más inhaladores de rescate se asocian a más crisis y más muertes.
- El diagnóstico se **confirma con pruebas objetivas**, de preferencia antes de iniciar el esteroide inhalado.
- El **rescate debe ser antiinflamatorio**: budesonida-formoterol a demanda o como mantenimiento y rescate (MART).
- En asma grave, **fenotipo**: eosinófilos, FeNO e IgE orientan el biológico.
- Cada crisis que requiere esteroide oral es una **señal para revisar el tratamiento**.

1 Definición

Enfermedad heterogénea, casi siempre con inflamación crónica de la vía aérea, definida por dos elementos **juntos**: síntomas respiratorios (sibilancias, disnea, opresión torácica, tos) que **varían** en el tiempo y en intensidad, y una **limitación variable** del flujo espiratorio. Los desencadenantes típicos son ejercicio, alérgenos, irritantes, cambios de clima e infecciones virales. Aun sin síntomas, la inflamación y la hiperreactividad suelen persistir.

ASMA LEVE NO ES ASMA SIN RIESGO

Hasta 30 % de las crisis y de las muertes por asma ocurre en personas con síntomas poco frecuentes (GINA). Por eso el esteroide inhalado no es opcional en el asma leve.

2 Fenotipos clínicos (GINA)

FENOTIPO	RASGOS
Alérgica	Suele iniciar en la infancia; buena respuesta al esteroide inhalado.
No alérgica	Responde menos al esteroide inhalado.
De inicio en el adulto	Más frecuente en mujeres; descartar causa ocupacional.
Con tos como síntoma principal	La tos puede ser la única manifestación.
Con obstrucción persistente	Remodelación con obstrucción parcialmente irreversible.
Con obesidad	Poca inflamación eosinofílica.

1 Definición

2 Fenotipos

3 Fisiopatología

4 Diagnóstico y guías que no coinciden

5 Tratamiento de mantenimiento

6 Asma grave y biológicos

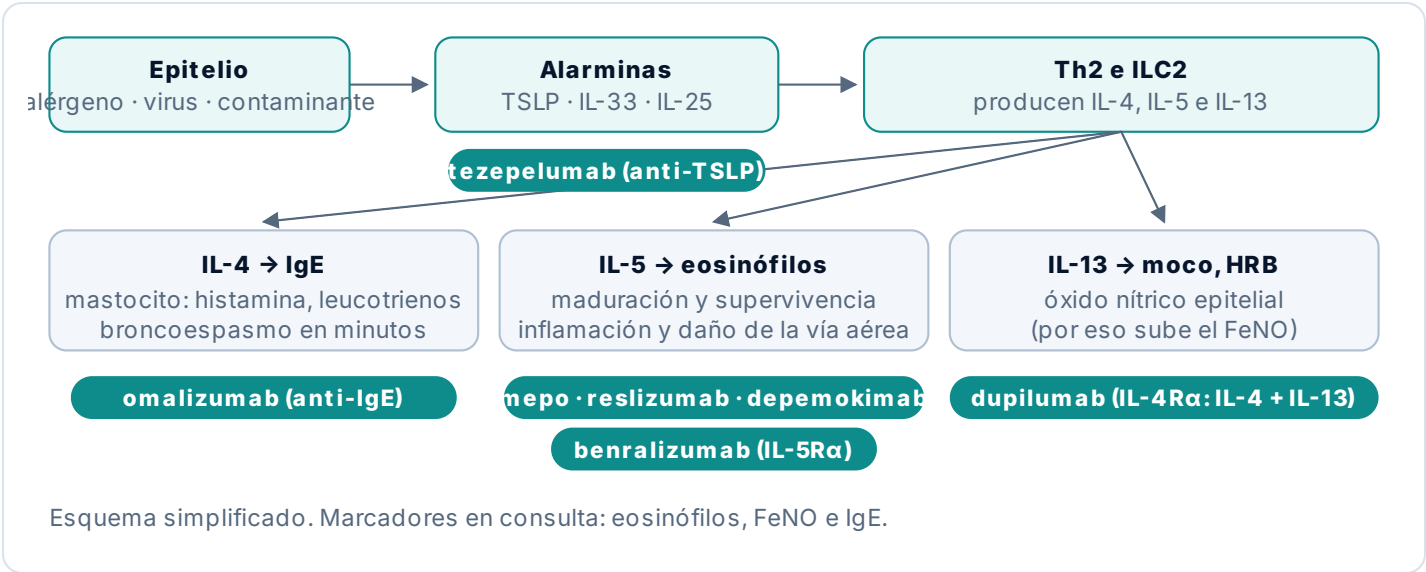
7 Crisis

8 Poblaciones especiales y remisión

9 Errores frecuentes

10 Niños de 5 años o menos · 11 Preguntas · Referencias

3 Fisiopatología: tipo 2 alto y tipo 2 bajo



	TIPO 2 ALTO	TIPO 2 BAJO
Frecuencia	El más común, sobre todo en niños	Menos frecuente
Inflamación	Eosinofílica, mediada por IL-4, IL-5 e IL-13	Neutrofílica (Th1, Th17) o paucigranulocítica
Biomarcadores	Eosinófilos, FeNO, IgE	Sin biomarcador propio
Esteroides inhalados	Buena respuesta (salvo algunos adultos con rinosinusitis u obesidad)	Respuesta pobre; suele ser más grave
Biológicos	Todos según el blanco	Tezepelumab: la TSLP también participa aquí

Los tapones de moco son frecuentes en el asma eosinofílica moderada a grave, y la mayor carga de moco se ha descrito en el asma fatal. La inflamación repetida remodela la vía aérea y parte de la obstrucción deja de ser reversible.

4 Diagnóstico

1. Patrón de síntomas típico (GINA): más de un síntoma respiratorio; peor de noche o al despertar; desencadenado por ejercicio, risa, alérgenos o aire frío; empeora al terminar el ejercicio; aparece o empeora con infecciones virales.

2. Limitación variable del flujo, demostrada con al menos una prueba:

PRUEBA	POSITIVA SI...
Broncodilatador (10–15 min tras 200–400 µg de salbutamol)	VEF1 ↑ ≥12 % y ≥200 mL (más certeza con ≥15 % y ≥400 mL)
Flujo pico, 2 semanas	Variabilidad diaria >10 % en adultos
Prueba terapéutica	Mejoría de la función pulmonar tras 4 semanas de esteroide inhalado
Reto bronquial	Caída del VEF1 ≥20 % con metacolina

FeNO en GINA: si la espirometría no está disponible o es negativa, un FeNO >50 ppb en adultos (>35 en niños) apoya asma tipo 2, pero un FeNO bajo no la descarta. Confirma **antes** de tratar: con esteroide inhalado la variabilidad disminuye y el diagnóstico se vuelve difícil.

Guías que no coinciden: el orden de las pruebas

GUÍA	PRIMERA PRUEBA	DESPUÉS
GINA 2026	Espirometría con broncodilatador u otra prueba de variabilidad	FeNO como apoyo si no hay espirometría o es negativa (>50 ppb adultos)
ERS 2022	Espirometría con broncodilatador	FeNO (40 ppb: mejor equilibrio; 50 ppb: especificidad ~90 %) → variabilidad del flujo pico >20 % → reto bronquial
NICE/BTS/SIGN 2024	Adultos: eosinófilos (por arriba del rango) o FeNO ≥50 ppb. Niños de 5–16: FeNO (corte 35)	Si no confirma: broncodilatador → flujo pico → reto

Lo común: todas exigen una prueba objetiva. La diferencia es de orden y de acceso: NICE prioriza pruebas rápidas de primer contacto; ERS y GINA, la espirometría.

5 Tratamiento de mantenimiento

Por qué el salbutamol solo ya no es tratamiento. Quita el broncoespasmo pero no la inflamación. En SABINA (Suecia, >365,000 pacientes), 30 % usaba salbutamol de más. Frente a ≤2 inhaladores al año:

INHALADORES DE SALBUTAMOL AL AÑO	RIESGO DE CRISIS
3–5	+26 %
6–10	+44 %
≥11	+77 %

La mortalidad aumentó de forma escalonada: +26 % con 3–5 inhaladores y más del doble con ≥11.

El rescate antiinflamatorio funciona. Metaanálisis JAMA 2025 (27 ensayos, >50,000 pacientes), frente a salbutamol solo:

RESCATE	CRISIS GRAVES
Esteroides inhalados + formoterol	–35 % (certeza alta)
Esteroides inhalados + salbutamol	–16 %

En la comparación indirecta, formoterol con esteroide fue mejor que salbutamol con esteroide. Ninguno aumentó los eventos adversos graves. En MANDALA, budesonida-salbutamol de rescate redujo las crisis graves 26 % frente a salbutamol solo.

Los dos caminos de GINA 2026 (adultos y adolescentes)

ESCALÓN	TRACK 1 (PREFERIDO): BUDESONIDA-FORMOTEROL	TRACK 2 (ALTERNATIVA)
1–2	Budesonida-formoterol a demanda como rescate antiinflamatorio	Esteroides inhalados de mantenimiento a dosis baja + rescate con salbutamol o salbutamol-budesonida
3–4	MART: mantenimiento y rescate con el mismo inhalador (dosis baja → media)	Esteroides inhalados + LABA de mantenimiento, subiendo la dosis
5	Agregar LAMA, fenotipar y valorar biológico	

MIA 2.0 sigue la misma línea y recuerda el tope de formoterol: **72 µg al día**. Antes de subir de escalón revisa **técnica** (incorrecta hasta en 80 % de los pacientes en la comunidad), **adherencia y comorbilidades** (rinitis, reflujo, obesidad). Si usas montelukast, advierte sobre efectos neuropsiquiátricos.

Dosis de esteroide inhalado, µg al día (GINA 2026) • no son equivalencias entre moléculas

≥12 AÑOS	BAJA	MEDIA	ALTA	6–11 AÑOS	BAJA	MEDIA	ALTA
Beclometasona (IDM estándar)	200–500	>500–1000	>1000	Beclometasona (IDM estándar)	100–200	>200–400	>400
Beclometasona (extrafina)	100–200	>200–400	>400	Beclometasona (extrafina)	50–100	>100–200	>200
Budesonida	200–400	>400–800	>800	Budesonida	100–200	>200–400	>400
Ciclesonida	80–160	>160–320	>320	Budesonida nebulizada	250–500	>500–1000	>1000
Fluticasona propionato	100–250	>250–500	>500	Ciclesonida	80	>80–160	>160
Fluticasona furoato	100	—	200	Fluticasona propionato	50–100	>100–200	>200

6 Asma grave y biológicos

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Asma difícil de tratar	No controlada con dosis medias o altas de esteroide inhalado + LABA.
Asma grave	Sin control pese a buena adherencia, buena técnica y tratamiento de factores asociados, o que empeora al bajar la dosis alta. Afecta a 3–10 % de los asmáticos.

- 1 **Confirmar que es asma grave:** revisar técnica y adherencia, la causa más frecuente de "asma grave" que no lo es.
- 2 **Tratar comorbilidades:** rinosinusitis, obesidad, reflujo, tabaco, exposición laboral.
- 3 **Buscar inflamación tipo 2:** eosinófilos ≥ 150 o FeNO ≥ 20 . Repetir hasta 3 veces antes de descartarla, idealmente antes del esteroide oral.
- 4 **Descartar parásitos** donde sea relevante (p. ej., *Strongyloides*) antes de iniciar.

BIOLÓGICO	BLANCO	EDAD	DOSIS	MEJOR RESPUESTA SI...
Omalizumab	IgE	≥ 6	SC c/2–4 sem, según peso e IgE total	Inicio en la infancia, síntomas por alérgenos (la IgE basal no predice)
Mepolizumab	IL-5	≥ 6	100 mg SC c/4 sem (6–11 años: 40 mg)	Eosinófilos altos, más crisis el año previo, inicio en el adulto, pólipos, esteroide oral de mantenimiento
Reslizumab	IL-5	≥ 18	3 mg/kg IV c/4 sem	
Benralizumab	IL-5R α	≥ 12	30 mg SC c/4 sem $\times 3$, luego c/8 sem	
Depemokimab	IL-5	≥ 12	100 mg SC c/26 sem	
Dupilumab	IL-4R α (IL-4 + IL-13)	≥ 6	200 o 300 mg SC c/2 sem	Eosinófilos y FeNO altos; no si eosinófilos $>1500/\mu\text{L}$
Tezepelumab	TSLP	≥ 12	210 mg SC c/4 sem	Con o sin marcadores tipo 2

CLASE (METAANÁLISIS CITADOS POR GINA)	CRISIS GRAVES	
Anti-IgE	–44 %	• Esteroides oral: ~50 % menos dosis con mepolizumab, benralizumab o dupilumab; tezepelumab no lo redujo.
Anti-IL-5 / IL-5R α	–47 a –54 %	• Prueba inicial: al menos 4 meses (6 con depemokimab).
Anti-IL-4R α	–56 %	• Seguridad: anafilaxia rara (~0.2 % con omalizumab); dupilumab, eosinofilia transitoria (4–13 %) que puede desenmascarar una GEPA al bajar el esteroide oral.
Anti-TSLP (2 ECA)	–30 a –70 %	• Esteroides oral acumulado: en adultos, 4–5 ciclos en la vida ya se asocian a más efectos adversos (MIA 2.0).

Si no califica para biológico: triple terapia inhalada y, por el especialista, azitromicina tres veces por semana. Las dosis son de referencia; revisa la ficha técnica local.

7 La crisis

INSTALACIÓN	LENTA (>80 %)	RÁPIDA (<3 H)	GRAVEDAD	DATOS
Causa	Infección viral, cambio de estación, mala adherencia	Alérgenos inhalados o alimentarios, AINE, betabloqueadores	Leve	Habla en oraciones; SpO2 ≥94 %
Curso	Inflamatoria; tarda días en resolverse	Más agresiva al inicio, más riesgo de intubación o muerte, pero responde más rápido	Moderada	Habla en frases, prefiere estar sentado; SpO2 ≥92 %
			Grave	Palabras sueltas; FR >30; SpO2 <92 %
			Riesgo vital	Somnolencia, confusión o tórax silencioso

La clasificación por velocidad de instalación está en MIA 2.0 y la guía española, no en GINA. La instalación rápida es factor de riesgo de asma casi fatal.

PASO	QUÉ HACER
Broncodilatador	Salbutamol con espaciador: tan eficaz como nebulizado.
Oxígeno	Solo si SpO2 <92 %, meta 92–95 % ; el oxígeno al 100 % da peores resultados. MIA 2.0: ≥95 % en embarazo o cardiopatía.
Esteroides sistémicos	En la primera hora: prednisona o prednisolona 1 mg/kg (máx. 50 mg) por 5–7 días, sin reducción gradual si fue <2 semanas.
Moderada o grave	Agregar bromuro de ipratropio.
Grave sin respuesta	Sulfato de magnesio IV.
EREA	Evitar hidrocortisona y metilprednisolona en succinato (pueden empeorar el broncoespasmo); usar dexametasona (MIA 2.0).
Egreso	Siempre esteroide inhalado (de preferencia MART), esteroide oral 5–7 días y cita en 2–7 días.

8 Poblaciones especiales y remisión

POBLACIÓN	PUNTOS CLAVE
Niños	CARE (5–15 años): budesonida-formoterol a demanda redujo casi a la mitad las crisis moderadas a graves frente a salbutamol solo, sin afectar el crecimiento. En <6 años, el escalón 2 preferido es esteroide inhalado diario a dosis baja. En la crisis, usar una escala validada (p. ej., PRAM). Niños de 5 años o menos: sección 10.
Embarazo	Regla de los tercios (empeora, mejora o igual). El riesgo viene del asma no controlada: preeclampsia +54 %, parto pretérmino +41 %, bajo peso +46 % (metaanálisis de 40 estudios, >1.6 millones de embarazos). Casi la mitad reduce o suspende su tratamiento al inicio. No suspender el esteroide inhalado ; la budesonida tiene más evidencia. Lactancia: continuar.
EREA	Obstrucción nasal y anosmia → rinosinusitis con pólipos que recidivan tras la cirugía, con asma a menudo difícil. El asma sola no contraindica los AINE, salvo reacción previa.
Remisión	~16 % de los adultos con asma reciente logra remisión clínica sin medicamentos en 5 años. Con biológicos se habla de remisión con tratamiento (sin síntomas, sin crisis, sin esteroide oral, función estable). Remisión no es curación: suele persistir la hiperreactividad o la inflamación.

9 Errores frecuentes

- Diagnosticar asma solo por síntomas, o iniciar esteroide inhalado antes de la espirometría.
- Dejar al paciente "leve" solo con salbutamol.
- Subir de escalón sin revisar técnica, adherencia y comorbilidades.
- Usar oxígeno al 100 % en la crisis, o retrasar el esteroide sistémico.
- Dar de alta sin esteroide inhalado ni cita de seguimiento.
- Etiquetar como "asma grave" y pedir biológico sin descartar mal apego o mala técnica.
- Suspender el esteroide inhalado en el embarazo.

10 Niños de 5 años o menos (GINA 2026)

GINA trata a los preescolares en capítulos propios: el diagnóstico es clínico, no hay espirometría confiable y la crisis se maneja con dosis y criterios distintos a los del adulto. En la crisis, si el oxígeno es necesario, la meta es **≥92 %** (en adultos y niños de 6–11 años el límite superior es 95 %).

- DIAGNÓSTICO: DEBEN CUMPLIRSE LOS 3 CRITERIOS**
- 1. Sibilancias recurrentes:** ≥2 episodios agudos en 12 meses, o 1 episodio + síntomas entre episodios (tos seca, tos al dormir, al reír, llorar o jugar). Cada episodio dura >24 h y la sibilancia se confirma al menos una vez (de preferencia por el médico, o con video o audio).
- 2. Sin otra causa probable** (salvo la infección viral concurrente). No se requieren estudios de imagen ni laboratorio.
- 3. Respuesta oportuna al tratamiento:** mejora 20–60 min tras el salbutamol, 3–4 h tras salbutamol + esteroide oral en crisis más graves, o con una prueba de esteroide inhalado diario de 2–3 meses. Si se cumplen 1 o 2 criterios: **"asma probable"**, tratar y reevaluar.

Mantenimiento por escalones

ESCALÓN	PREFERIDO
1	Salbutamol a demanda (todos). Si hay síntomas >2 veces/semana por un mes, prueba de esteroide inhalado.
2	Esteroides inhalados diarios a dosis baja + salbutamol a demanda, por al menos 2–3 meses. Indicado si el control es malo o hubo ≥1 crisis que requirió urgencias, esteroide oral u hospitalización en 12 meses. Alternativas: antileucotrieno (avisar efectos neuropsiquiátricos) o esteroide inhalado intermitente a dosis alta.
3	Duplicar la dosis baja; revisar antes diagnóstico, técnica, adherencia y exposiciones. Considerar referencia.
4	Continuar y referir al especialista.

Escala PRAM (2 a 17 años)

DATO	0	1	2	3
Saturación de O2	≥95 %	92–94 %	<92 %	
Retracción supraesternal	Ausente		Presente	
Escalenos (palpación)	Ausente		Presente	
Entrada de aire*	Normal	Disminuida en la base	En ápice y base	Mínima o ausente
Sibilancias**	Ausentes	Solo espiratorias	Inspiratorias (± espiratorias)	Sin estetoscopio o tórax silencioso

Total 0–12: leve 0–3 · moderada 4–7 · grave 8–12; 11–12 = riesgo vital (recuadros 12-1 y 12-2). *Con asimetría, el campo más afectado; **las dos zonas más afectadas. Escala de F. Ducharme (2011), adaptada de GINA 2026.

ASMA MENOS PROBABLE SI...

Primer episodio de sibilancias en <12 meses (suele ser bronquiolitis)
El único síntoma es tos productiva
No responde a salbutamol ni a esteroide inhalado
REFERIR AL ESPECIALISTA SI (GINA, RECUADRO 10-5)
Falla de medro; síntomas desde el periodo neonatal; vómito con los síntomas respiratorios
Sibilancias continuas, estridor recurrente o tos perruna (malacia de la vía aérea)
Signos focales pulmonares o cardiovasculares, hipocratismo; SpO2 <95 % despierto fuera de crisis
Menor de 12 meses con ≥2 episodios de sibilancias

DOSIS BAJA DIARIA (MCG)	EDAD CON DATOS
Fluticasona propionato, IDM	50 · ≥4 años
Beclometasona IDM (partícula estándar)	100 · ≥5 años
Budesonida nebulizada	500 · ≥1 año
Mometasona IDM	100 · ≥5 años

No es tabla de equivalencias. El jarabe de salbutamol no se recomienda. Dispositivo: inhalador con espaciador valvulado, **con mascarilla de 0–3 años** y boquilla de 4–5 años; un disparo a la vez, agitar antes de cada uno, 5–6 respiraciones por disparo. Nebulizador solo si no puede usar espaciador. Revisar la necesidad de tratamiento cada 3–6 meses: muchos remiten.

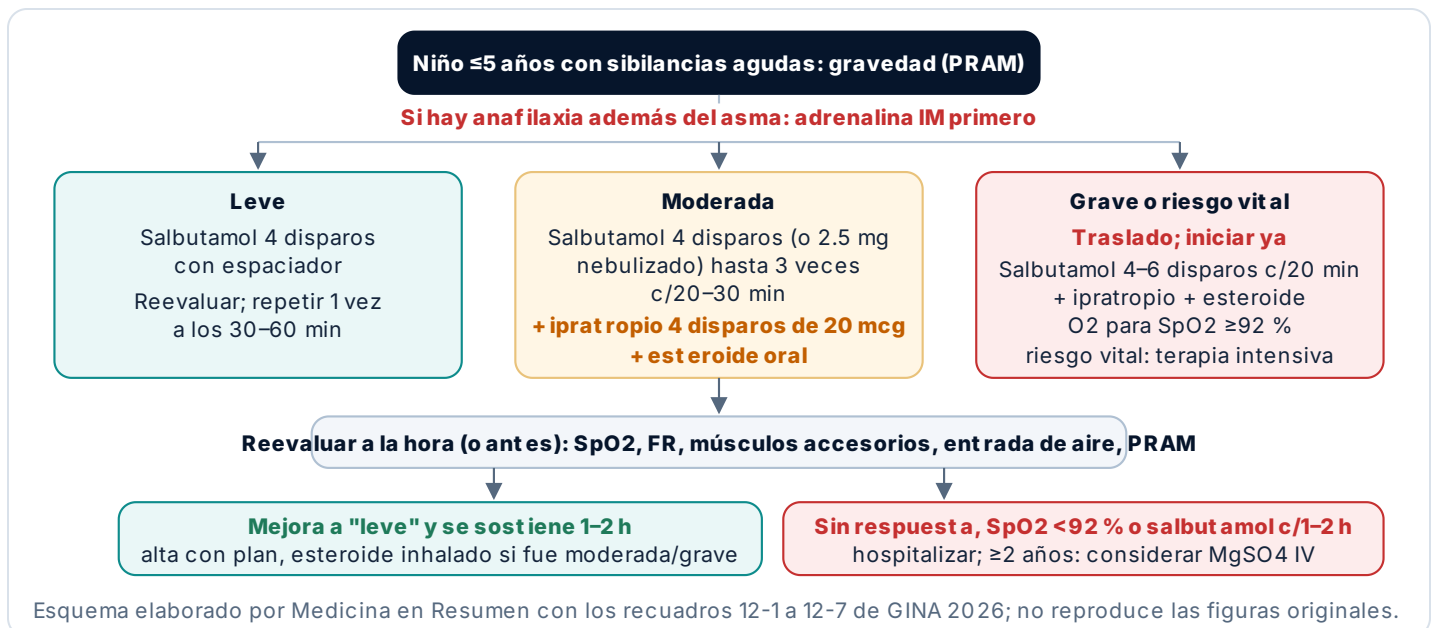
La crisis en el niño de 5 años o menos

DATO	LEVE	MODERADA	GRAVE
SpO2 al aire*	≥94 %	≥92 %	<92 %
Habla	Oraciones	Frases	Palabras
FR	≤40	Aumentada, ≤40	>40
Músculos accesorios	No	Algo	Sí; escalenos
Entrada de aire	Normal	Disminuida	Tórax silencioso
PRAM	1-3	4-7	8-10

Riesgo vital: somnolencia, confusión o cianosis, o PRAM 11-12. *Antes del oxígeno; la oximetría puede sobrestimar la saturación en piel oscura. GINA 2026 recomienda una escala validada (p. ej., PRAM) hasta los 17 años.

EN CASA (PLAN DE ACCIÓN ESCRITO)

Salbutamol **2 disparos** de 100 mcg con espaciador, uno a la vez; repetir hasta 2 veces más cada 20 min si hace falta. **Urgencias de inmediato** si hay dificultad intensa, retracciones, cianosis, somnolencia, si no mejora o el alivio dura <4 h; si un menor de 12 meses necesita salbutamol repetido. **Atención el mismo día** si necesita ≥4 disparos en 4 h o más de 3 veces en 12 h. **No** se recomienda que los padres inicien esteroide oral.



DOSIS EN LA CRISIS (GINA 2026, RECUADRO 12-4)

Prednisolona	1-2 mg/kg/día; máx. 20 mg en <2 años y 30 mg de 2-5 años; 3-5 días, sin reducción gradual
Dexametasona	0.3-0.6 mg/kg VO (máx. 12 mg), 1 dosis ± otra al día siguiente; vomita menos
Metilprednisolona	1 mg/kg IV cada 6 h el día 1
Ipratropio	4 disparos de 20 mcg (o 250 mcg nebulizado) con el salbutamol, hasta 3 veces; suspender después de 1-2 h
Sulfato de magnesio	40-50 mg/kg IV (máx. 2 g) en 20-60 min, ≥2 años con crisis grave, tras la primera hora

TRASLADO INMEDIATO AL HOSPITAL SI...

Cianosis; no puede hablar ni beber; FR >40; SpO2 <92 %; tórax silencioso con disnea

Sin respuesta a 4-6 disparos de salbutamol c/20 min hasta 3 veces en 1 h, o taquipnea persistente

Imposibilidad de manejarlo en casa

Ojo con la toxicidad del salbutamol: taquicardia, hipopotasemia y acidosis láctica con hiperventilación que puede confundirse con empeoramiento. **Egreso:** salbutamol a demanda (no regular), esteroide inhalado al doble de la dosis baja el primer mes si fue moderada/grave, terminar el esteroide oral, plan escrito, cita en 1-3 días y otra en 2-3 meses. Hospitalizar si persiste la disnea 4-6 h después del esteroide oral.

11 Preguntas tipo examen

1. Hombre de 24 años con sibilancias nocturnas. Espirometría: VEF1 sube 10 % y 180 mL tras broncodilatador. ¿Qué haces?

A) Diagnosticar asma e iniciar esteroide inhalado · B) Descartar asma · C) Buscar otra prueba de variabilidad (flujo pico, FeNO o reto) antes de concluir

C. No cumple $\geq 12\%$ y ≥ 200 mL, pero una prueba negativa no descarta asma. GINA pide confirmar la variabilidad con otra prueba; el FeNO >50 ppb apoyaría asma tipo 2.

2. Una paciente usa 6 inhaladores de salbutamol al año y no usa esteroide inhalado. Según SABINA, ¿cuánto aumenta su riesgo de crisis frente a ≤ 2 inhaladores?

A) 26 % · B) 44 % · C) 77 %

B. 6–10 inhaladores: +44 %. Además de la cifra, la decisión es cambiar a rescate antiinflamatorio.

3. ¿Qué rescate tuvo la mayor reducción de crisis graves frente a salbutamol solo en el metaanálisis de JAMA 2025?

A) Esteroide inhalado + formoterol · B) Esteroide inhalado + salbutamol · C) Ipratropio + salbutamol

A. -35 % con certeza alta, frente a -16 % con esteroide + salbutamol.

4. Paciente en MART con budesonida-formoterol 160/4.5 µg. ¿Cuál es el máximo diario de formoterol que recuerda MIA 2.0?

A) 36 µg · B) 54 µg · C) 72 µg

C. 72 µg al día (16 inhalaciones de 4.5 µg).

5. Las guías no coinciden: ¿cuál empieza el diagnóstico en adultos con eosinófilos o FeNO?

A) GINA 2026 · B) ERS 2022 · C) NICE/BTS/SIGN 2024

C. NICE inicia con eosinófilos o FeNO ≥ 50 ppb; ERS y GINA, con espirometría con broncodilatador.

6. Asma grave, eosinófilos 90/µL en dos mediciones, FeNO 15 ppb, sin alergia relevante. ¿Qué biológico tiene evidencia sin marcadores tipo 2?

A) Mepolizumab · B) Dupilumab · C) Tezepelumab

C. El anti-TSLP actúa arriba de la cascada y puede usarse con o sin marcadores tipo 2. Antes, repite eosinófilos y FeNO hasta 3 veces.

7. Paciente en dupilumab con eosinófilos que suben a 1,800/µL mientras se reduce el esteroide oral, con neuropatía nueva. ¿Qué sospechas?

A) Eosinofilia transitoria esperada · B) GEPA desenmascarada · C) Falla del biológico

B. La eosinofilia transitoria (4–13 %) es frecuente, pero con datos de vasculitis y descenso del esteroide oral hay que descartar GEPA.

8. Crisis con SpO2 89 %, habla con palabras sueltas, FR 32. ¿Meta de oxígeno según GINA?

A) 88–92 % · B) 92–95 % · C) 100 %

B. 92–95 %; el oxígeno al 100 % da peores resultados. En embarazo o cardiopatía, MIA 2.0 pide $\geq 95\%$.

9. Paciente con EREA en crisis grave. ¿Qué esteroide evitar?

A) Dexametasona · B) Hidrocortisona en succinato · C) Prednisona oral

B. Los succinatos (hidrocortisona, metilprednisolona) pueden empeorar el broncoespasmo; MIA 2.0 sugiere dexametasona.

10. Embarazada de 10 semanas, asma controlada con budesonida, quiere suspenderla. ¿Qué le dices?

A) Suspender hasta el segundo trimestre · B) Bajar a la mitad · C) Continuar: el riesgo viene del asma no controlada

C. Reducir el esteroide inhalado se asocia a más crisis; la budesonida es la de mayor evidencia. Bajar de escalón tiene baja prioridad hasta después del parto.

11. ¿Cuál es el tiempo mínimo para evaluar la respuesta a un biológico, excepto depemokimab?

A) 4 semanas · B) 4 meses · C) 12 meses

B. Al menos 4 meses (6 con depemokimab). La función pulmonar y los síntomas mejoran menos que las crisis.

12. Un adulto con asma tiene remisión clínica sin medicamentos por 1 año. ¿Qué es correcto?

A) Está curado · B) Puede persistir la hiperreactividad o la inflamación y el asma puede volver · C) Ya no necesita seguimiento

B. Remisión no es curación.

13. Niña de 3 años con sibilancias agudas: habla en frases, FR 38, tiraje leve, SpO2 93 %. Tras salbutamol, ¿qué más indicas según GINA 2026?

A) Solo salbutamol y alta · B) Ipratropio con el salbutamol y esteroide oral (prednisona máx. 30 mg o dexametasona 0.3–0.6 mg/kg) · C) Sulfato de magnesio IV de inmediato

B. Es una crisis moderada: salbutamol hasta 3 veces, ipratropio y esteroide oral. El magnesio es para crisis graves en ≥2 años tras la primera hora.

14. Niño de 2 años con 3 episodios de sibilancias en el año que mejoran con salbutamol en 30 minutos y sin datos de otra enfermedad. ¿Qué es correcto?

A) No se puede diagnosticar asma antes de los 6 años · B) Cumple los 3 criterios: asma; si tuvo crisis que requirieron urgencias, esteroide inhalado diario a dosis baja · C) Necesita espirometría para confirmar

B. GINA 2026: sibilancias recurrentes + sin otra causa + respuesta oportuna al tratamiento. El diagnóstico es clínico.

Referencias

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2026. www.ginasthma.org
2. Larenas-Linnemann D, et al. Manejo Integral del Asma (MIA 2.0), guía mexicana. Bol Med Hosp Infant Mex. 2025;82(Supl 2).
3. Louis R, et al. European Respiratory Society guidelines for the diagnosis of asthma in adults. Eur Respir J. 2022;60:2101585. doi:10.1183/13993003.01585-2021
4. NICE/BTS/SIGN. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management (NG245). 2024.
5. Nwaru BI, et al. Overuse of short-acting β -agonists in asthma is associated with increased risk of exacerbation and mortality: a nationwide cohort study of the global SABINA programme. Eur Respir J. 2020;55:1901872. doi:10.1183/13993003.01872-2019
6. Rayner DG, et al. Inhaled reliever therapies for asthma: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2025;333:143-152. doi:10.1001/jama.2024.22700
7. Papi A, et al. Albuterol-budesonide fixed-dose combination rescue inhaler for asthma (MANDALA). N Engl J Med. 2022;386:2071-2083. doi:10.1056/NEJMoa2203163
8. Hatter L, et al. Budesonide-formoterol versus salbutamol as reliever therapy in children with mild asthma (CARE). Lancet. 2025;406:1473-1483.
9. Brusselle GG, Koppelman GH. Biologic therapies for severe asthma. N Engl J Med. 2022;386:157-171. doi:10.1056/NEJMra2032506
10. Hammad H, Ahmed E, Lambrecht BN. Immunotherapy for asthma. Cell Mol Immunol. 2025;22:1521-1532. doi:10.1038/s41423-025-01357-9
11. Bourdin A, et al. ERS/EAACI statement on severe exacerbations in asthma in adults. Eur Respir J. 2019;54:1900900. doi:10.1183/13993003.00900-2019
12. Murphy VE, et al. A meta-analysis of adverse perinatal outcomes in women with asthma. BJOG. 2011;118:1314-1323. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03055.x
13. Gleeson M, et al. Asthma management in pregnancy and lactation: a review of current evidence and best practice recommendations. NPJ Prim Care Respir Med. 2026;36:35. doi:10.1038/s41533-026-00491-9

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Material educativo para profesionales de la salud y estudiantes de posgrado, elaborado con apoyo de inteligencia artificial y verificado contra las fuentes originales. Resume y compara recomendaciones; no sustituye la lectura de las guías ni el juicio clínico. Las dosis son de referencia: revisa la ficha técnica y la disponibilidad local. Los esquemas y tablas se elaboraron con los datos publicados; no reproducen figuras de las guías. Fuentes, videos y otras guías: **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen