



# Resolución Directoral

Lima, 19 de abril del 2024

**VISTO:**

El Informe N°000005-2024-DMEDICINA/HSR, de fecha 27 de marzo del 2024 del Departamento de Medicina, la Nota Informativa N° 0000103-2024-OGC/HSR, de fecha 03 de abril del 2024, de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N°000004-2024-UORGANIZACIÓN/HSR, de fecha 04 de abril del 2024 de la Unidad de Organización, el Memorando N° 000537-2024-OEPLANEAMIENTO/HSR de fecha 04 de abril del 2024, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Informe N°000135-2024-HSR/OAJ, de fecha 16 de abril del 2024, de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

**CONSIDERANDO:**

En virtud de lo dispuesto en el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, establece que "Son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica";

Que, con Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, se aprueba el documento Técnico "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", que "Establecen estándares de metodología para la generación de Guías de Prácticas Clínicas en los establecimientos de salud a través de un marco y herramientas metodológicos necesarios, que permitan la elaboración de Guías de Prácticas Clínicas de calidad, basada en la mejor evidencia disponible";

Que, mediante Informe N° 000005-2024-DMEDICINA/HSR, de fecha 27 de marzo del 2024, el Departamento de Medicina, remite a la Dirección General, la "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Asma Bronquial";



Que, mediante Nota Informativa N° 0000103-2024-OGC/HSR, de fecha 03 de abril del 2024, la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Asma Bronquial", para su revisión correspondiente;

Que, mediante Informe N°000004-2024-UORGANIZACIÓN/HSR, de fecha 04 de abril del 2024, la Unidad de Organización, remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Opinión Técnica Favorable para la aprobación de la "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Asma Bronquial", que permitirá contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud del paciente en el Hospital Santa Rosa;

Que, mediante Memorando N° 000537-2024-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 04 de abril del 2024, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remite a la Oficina de Asesoría Jurídica la "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Asma Bronquial", a fin de emitir opinión legal y proyectar el acto resolutorio correspondiente;

Con los Vistos de la Dirección Adjunta, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Departamento de Medicina, la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

En uso de las facultades conferidas en el literal e) artículo 6° del Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA;

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.** - **APROBAR**, la "Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Asma Bronquial", del Hospital Santa Rosa, el mismo que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO 2°.** - **ACTUALIZAR**, el capítulo VII de las "Guías de Práctica Clínica del Servicio de Medicina General", aprobado mediante Resolución Directoral N° 33-2014-SA-DS-HSR-OEPE/DG, de fecha 03 de febrero del 2014.

**ARTÍCULO 3°.** - **DISPONER**, que el Departamento de Medicina, efectuó las acciones correspondientes para el seguimiento y cumplimiento de la acotada Guía.

**ARTÍCULO 3°.** - **DISPONER**, que la Oficina de Estadística e Informática efectuó la publicación del presente acto resolutorio en la Página Web del Portal Institucional del Hospital Santa Rosa: <http://hsr.gob.pe>.

**Regístrese, Comuníquese y Publíquese,**

  
  
M.C. RAÚL NALVARTE TAMBINI  
DIRECTOR GENERAL (e)  
CMP. 020306 RNE. 012400

RNT/FCM/cso

#### DISTRIBUCIÓN:

- > Dirección General
- > Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- > Departamento de Medicina
- > Oficina Gestión de la Calidad
- > Oficina de Asesoría Jurídica
- > oficina de Estadística e Informática
- > Archivo



PERÚ

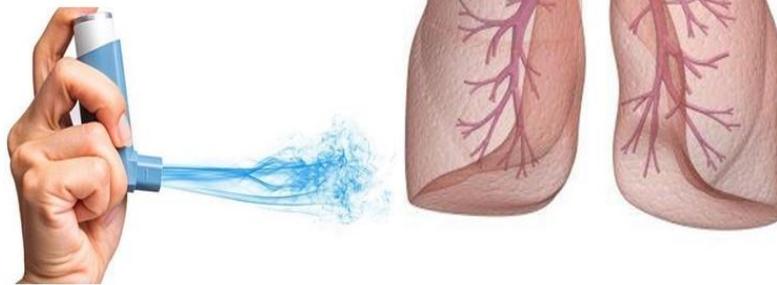
Ministerio de Salud

Hospital  
Santa Rosa



HOSPITAL  
SANTA ROSA  
PUEBLO LIBRE

Asma Bronquial



**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA  
CLÍNICA DE DIAGNOSTICO Y  
TRATAMIENTO DE ASMA  
BRONQUIAL**

**ELABORADO POR**

- **Especialidad de Neumología del Departamento de Medicina del Hospital Santa Rosa (HSR):**

MC. Echavarría De La Cruz, José Antonio

Medico Neumólogo

MC. Herrera Vidal, Cesar

Medico Neumólogo

MC. De Dios Reyes, Tanya

Medico Neumólogo

**REVISADO POR:**

- **Jefatura del Departamento de Medicina**  
MC. Sernaque Mechato, Roger
- **Servicio de especialidades medicas**  
MC. Martínez Pizarro, Henry
- **Servicio de Medicina**  
MC. Kovalchuk de Longaray, Irina
- **Oficina de Gestión de la Calidad**  
MC. Cansino Bazán, Raquel

**APROBADO POR:**

- **Director General del Hospital Santa Rosa**  
MC. Raúl Nalvarte Tambini

---

## ÍNDICE

I. FINALIDAD .....	3
II. OBJETIVOS.....	3
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	3
IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR .....	3
4.1. NOMBRE Y CÓDIGO.....	3
V. CONSIDERACIONES GENERALES .....	3
5.1. DEFINICIÓN .....	3
5.2. ETIOLOGÍA.....	4
5.3. FISIOPATOLOGÍA.....	4
5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS .....	6
5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS .....	6
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....	6
6.1. CUADRO CLÍNICO .....	6
6.2. DIAGNÓSTICO .....	7
6.2.1. Criterios de Diagnóstico: .....	7
6.2.2. Diagnóstico diferencial: .....	8
6.3. EXÁMENES AUXILIARES .....	8
6.3.1. De Patología Clínica .....	8
6.3.2. De Imágenes.....	9
6.3.3. De Exámenes especializados complementarios .....	9
6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA .	9
6.4.1. Medidas generales y preventivas .....	9
6.4.2. Terapéutica .....	9
6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento .....	10
6.4.4. Signos de alarma .....	10
6.4.5. Criterios de Alta.....	10
6.4.6. Pronóstico.....	10
6.5. COMPLICACIONES.....	11
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	11
6.7. FLUXOGRAMA.....	12
VII. ANEXOS.....	13
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA.....	14

---

**GUÍA TÉCNICA:**  
**“GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO y TRATAMIENTO DE  
ASMA BRONQUIAL”**

**I. FINALIDAD**

- A fin de contribuir con lo establecido en la normativa vigente y/o unificar criterios de diagnóstico y manejo de esta entidad nosológica de alta prevalencia en nuestro medio, se establece la presente Guía de Práctica Clínica Adecuada.

**II. OBJETIVOS**

- Uniformizar el proceder clínico-terapéutico en el diagnóstico y manejo del Asma Bronquial.

**III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

- Consulta externa y Hospitalización del Hospital Santa Rosa

**IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR**

Diagnóstico y tratamiento de Asma Bronquial

**4.1. NOMBRE Y CÓDIGO**

Diagnóstico	CIE 10
ASMA ALERGICO	J450
ASMA NO ALERGICO	J451
ASMA MIXTA	J458
ASMA NO ESPECIFICADA	J450
ESTADO ASMÁTICO	J46

**V. CONSIDERACIONES GENERALES**

**5.1. DEFINICIÓN**

El asma es un síndrome que incluye diversos fenotipos clínicos que comparten manifestaciones clínicas similares, pero de etiologías probablemente diferentes. Se podría definir como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias.

Incluye una historia de síntomas respiratorios tales como sibilantes, dificultad respiratoria, opresión torácica y los que pueden variar en el tiempo e intensidad, junto a una limitación variable del flujo de aire espirado. Estas variaciones a menudo son desencadenadas por factores como ejercicio, exposición a irritantes o alérgenos, cambio de clima, o infecciones respiratorias virales.

Los síntomas de limitación de flujo aéreo son episódicos, pueden resolverse espontáneamente o en respuesta a la medicación y estar ausentes por semanas o meses.

Usualmente está asociada a hiperreactividad de la vía aérea por estímulo directo o indirecto, con inflamación crónica.

#### **DEFINICION OPERACIONALES:**

- Asma: Enfermedad inflamatoria crónica intermitente caracterizada por una obstrucción reversible de las vías aéreas, causada por broncoespasmo, inflamación y edema.
- Exacerbación asmática aguda: Empeoramiento significativo de los síntomas que ameritan la visita a un servicio de emergencia.
- Status asmático: Episodio severo de una exacerbación asmática aguda que no se resuelve con la terapia estándar y que se encuentra asociado a signos y síntomas de una potencial falla respiratoria.

### **5.2. ETIOLOGÍA**

La etiopatogenia del asma es muy compleja. Es muy probable que interactúen factores genéticos y ambientales. Estudios muy recientes indican que existen factores genéticos involucrados en el asma bronquial, y que varios factores ambientales como: alérgenos, dieta, factores ocupacionales, contaminación ambiental, infecciones, tabaquismo y fármacos, entre otros se superponen con los factores genéticos para generar la enfermedad asmática.

### **5.3. FISIOPATOLOGÍA**

El hecho fisiológico principal de la exacerbación asmáticas es el estrechamiento de la vía aérea y la subsiguiente obstrucción al flujo aéreo, que de forma característica es reversible. Se produce por contracción del músculo liso bronquial, edema e hipersecreción. Diversos factores desencadenantes pueden ocasionar la exacerbación. La broncoconstricción aguda inducida por alérgenos es consecuencia de la liberación de mediadores de los mastocitos. Los AINEs pueden también causar obstrucción aguda de la vía aérea en algunos pacientes por un mecanismo no dependiente de la IgE. Otros estímulos como el ejercicio, el aire frío o irritantes inespecíficos pueden causar obstrucción aguda de la vía aérea. La intensidad de la respuesta a estos estímulos se relaciona con la inflamación subyacente.

GRAFICO1: aspecto fisiopatológico del asma bronquial

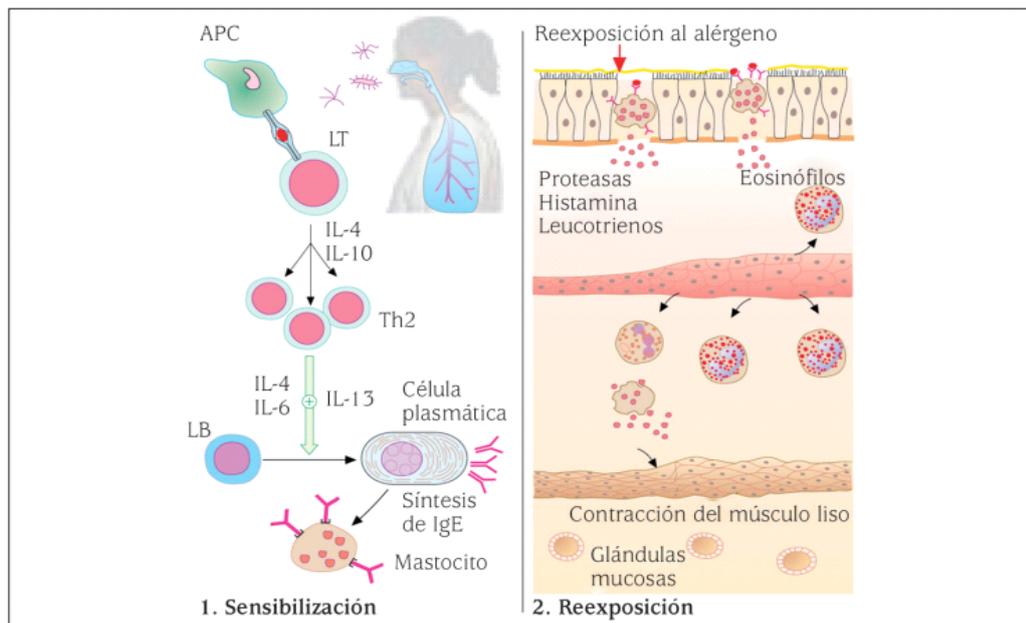
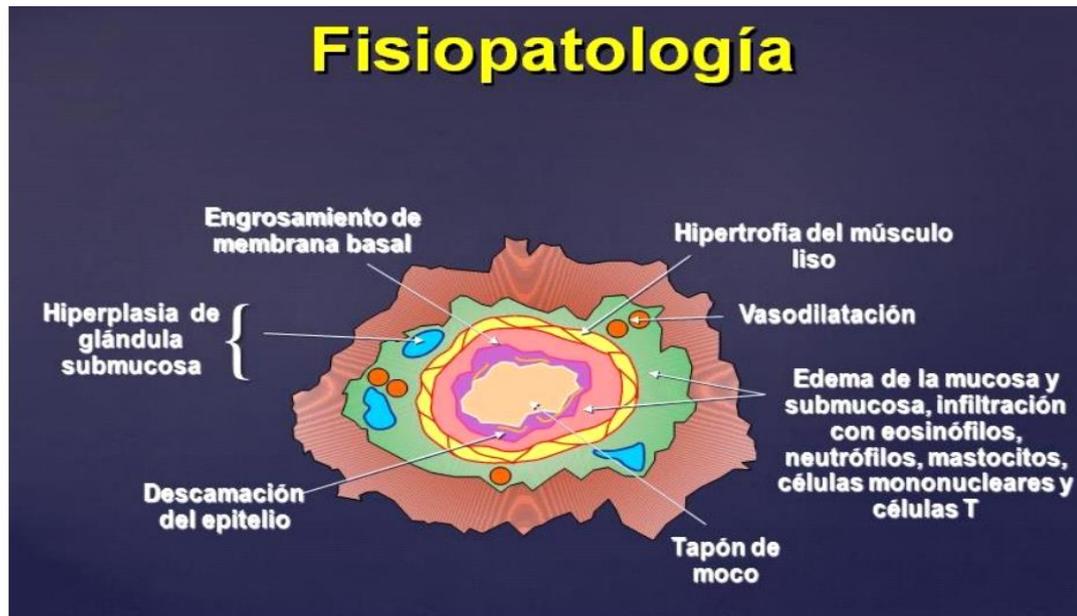


GRAFICO 2: sensibilización a los alérgenos puede ocurrir durante la infancia. Las células presentadoras de antígeno de la mucosa bronquial capturan al alérgeno inhalado y lo presentan a los LT CD4+, los cuales se diferencian a un fenotipo Th2. Estas células secretan IL-4, IL-5, IL-9 e IL-13, las cuales promueven la producción de IgE por parte de los linfocitos B. La IgE se une a su receptor FcεRI en los mastocitos, basófilos, eosinófilos y macrófagos. Durante la fase de exposición, el alérgeno puede interactuar de forma muy rápida con las moléculas de IgE ya unidas a la superficie de la membrana celular induciendo la liberación de mediadores tales como la histamina, proteasas, leucotrienos y prostaglandinas, entre otros. (Modificado de Color Atlas of Immunology. Burnejer and Pezzuto Editors. Thieme editors; 2003)

## 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Afecta 1-18% de la población en diferentes países, es una enfermedad de alta prevalencia, que causa morbilidad y mortalidad. En las dos últimas décadas se ha visto un incremento importante de esta patología, que ha llegado a ser una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo, en especial en los países desarrollados y en la población infantil. Es causa de gran ausentismo escolar y laboral; afecta a los niños y a la población mayor; y también ha ido aumentando en gravedad y letalidad, es decir, en la actualidad hay más asmáticos, más asmáticos graves y estos últimos se mueren más que antes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que afecta a 300 millones de personas y aún en la actualidad es causa de muerte en todo el mundo, estimando 250 000 muertes por asma al año. En las últimas cuatro décadas la prevalencia aumento de forma importante, principalmente en las ciudades industrializadas.

Durante el año 2019 en Perú, según el Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control MINSA se notificaron 148801 episodios de SOB/Asma, en niños menores de 5 años, lo que representa una incidencia acumulada de 528,2 episodios por cada 10000 menores de 5 años, representando una disminución del 12.5% comparado con el 2018.

El 2023 según el Minsa se reportaron 105395 casos de asma/SOB y el 2024 en la semana 8 se reportaron 7912 casos.

## 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

### 5.5.1 Medio Ambiente:

- Tabaquismo.
- Infecciones respiratorias frecuentes en la infancia.
- Vivir en una ciudad con alta contaminación ambiental.
- Exposición a alérgenos ambientales o estacionales o exposición a alérgenos de animales.

### 5.5.2 Estilos de vida:

- Tabaquismo.
- Obesidad.

### 5.5.3 Factores hereditarios:

- Historia familiar de asma o atopias, rinitis o rinosinusitis.
- Bajo peso al nacer, prematuridad, neonatal.

### 5.5.4 Otros factores:

- Menarquia precoz.
- Hiperrespuesta bronquial.

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1. CUADRO CLÍNICO

Las siguientes características son típicas del asma y si están presentes aumentan la probabilidad de que el paciente tenga asma.

Los síntomas respiratorios de sibilancias, dificultad para respirar tos y/o presiones en el pecho.

Los pacientes especialmente los adultos experimentan más de uno de estos tipos de síntomas los síntomas pueden empeorar por la noche o temprano por la mañana los síntomas varían con el tiempo e intensidad los síntomas son provocados por infecciones virales, ejercicios, exposición a alérgenos, cambios de clima, risa o irritantes como gases de escape de automóviles, humo u olores fuertes.

Síntomas:

- Tos
- Sibilancias
- Disnea
- tiraje intercostal
- Sensación de Opresión en el pecho

Las siguientes características disminuyen la probabilidad de que los síntomas respiratorios se deban al asma:

- Tos aislada sin otros síntomas respiratorios
- Dificultad para respirar asociada con mareos aturdimiento u hormigueos periféricos.
- Dolor en el pecho.
- Disnea inducida por el ejercicio con inspiración ruidosa

## 6.2. DIAGNÓSTICO

### 6.2.1. Criterios de Diagnóstico:

Se define por una historia de síntomas como sibilantes, disnea, y opresión torácica que varían en el tiempo en intensidad, asociado a limitación variable del flujo aéreo espiratorio.

La historia de eczema, rinitis alérgica, antecedentes familiares de asma o alergia incrementa la probabilidad.

Al estar caracterizada por una obstrucción variable del espiratorio, puede variar entre normal a severamente obstruido en la misma persona en diferente momento.

Si se usa el flujo espiratorio máximo (PEF) las mediciones pueden variar más del 20%.

Cualquier valor de FEV1/FVC en espirometría por debajo de 0.75 a 0.80 en adultos se considera limitación al flujo aéreo.

La "variabilidad" se refiere a la mejoría o deterioro de la función pulmonar y de los síntomas, Mientras que "reversibilidad" se refiere a la rápida mejoría en VEF1 (o PEF) medido luego de unos minutos de la inhalación de un broncodilatador de acción rápida o mejoría sostenida en días o semanas luego de administrar un tratamiento controlador.

### Criterios de severidad:

Se evalúa de forma retrospectiva desde el nivel de tratamiento requerido para controlar síntomas y exacerbaciones. Puede cambiar en el tiempo y ser evaluados cuando el paciente ha tenido un tratamiento controlador varios meses:

Asma leve: Bien controlado con el Paso 1 o 2 del tratamiento

Asma moderada: Bien controlado con el Paso 3 o 4 de tratamiento.

Asma severa: No controlado a pesar de optimizar el tratamiento con altas dosis de Corticoide inhalado/Beta 2 de acción prolongada o que las requiere para permanecer controlada, Puede considerarse esta definición para aquellos casos de pacientes con asma refractaria y aquellos en quienes la respuesta al tratamiento de sus comorbilidades es incompleta.

### 6.2.2. Diagnóstico diferencial:

- EPOC
- Disfunción de cuerdas vocales
- Cuerpo extraño en vía aérea
- Bronquiectasias
- Insuficiencia cardíaca
- Tromboembolismo pulmonar

Tabla 2.2. Diagnóstico diferencial del asma del adulto		
	ASMA	EPOC
Edad inicio	A cualquier edad	Después de los 40 años
Tabaquismo	Indiferente	Prácticamente siempre
Presencia de atopia	Frecuente	Infrecuente
Antecedentes familiares	Frecuentes	No valorable
Variabilidad de los síntomas	Sí	No
Reversibilidad de la obstrucción bronquial	Significativa	Suele ser menos significativa
Respuesta a glucocorticoides	Muy buena, casi siempre	Indeterminada o variable
	Otras patologías posibles	Síntomas característicos
Edad entre 15 y 40 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstrucción laríngea inducible</li> <li>- Hiperventilación</li> <li>- Cuerpo extraño inhalado</li> <li>- Fibrosis quística</li> <li>- Bronquiectasias</li> <li>- Enfermedad cardíaca congénita</li> <li>- Tromboembolismo pulmonar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disnea, estridor inspiratorio</li> <li>- Mareo, parestesias</li> <li>- Síntomas de aparición brusca</li> <li>- Tos y moco excesivos</li> <li>- Infecciones recurrentes</li> <li>- Soplos cardíacos</li> <li>- Disnea de instauración brusca, taquipnea, dolor torácico,</li> </ul>
Edad mayor de 40 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstrucción laríngea inducible</li> <li>- Hiperventilación</li> <li>- Bronquiectasias</li> <li>- Enfermedad del parénquima pulmonar</li> <li>- Insuficiencia cardíaca</li> <li>- Tromboembolismo pulmonar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disnea, estridor inspiratorio</li> <li>- Mareo, parestesias</li> <li>- Infecciones recurrentes</li> <li>- Disnea de esfuerzo, tos no productiva</li> <li>- Disnea de esfuerzo, síntomas nocturnos</li> <li>- Disnea de instauración brusca, taquipnea</li> </ul>

(Modificado de GINA 2019 y Plaza 2019)<sup>6,10</sup>

## 6.3. EXÁMENES AUXILIARES

### 6.3.1. De Patología Clínica

- Es útil realizar gases arteriales en pacientes con exacerbación asmática.
- En caso de sospechar atopia es útil hacer recuento de eosinófilos en esputo y sangre periférica, también dosaje de IgE en sangre.

### 6.3.2. De Imágenes

- La radiografía de tórax para descartar la presencia de consolidación o neumotórax en pacientes con exacerbación de asma.

### 6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

- Espirometría
- PEF (Medición del flujo Pico)
- Test de provocación bronquial: evalúa la hiperreactividad, se usa metacolina, histamina, ejercicios, manitol, hiperventilación eucápnica voluntaria.
- Pruebas de alergia: la presencia de atopia incrementa la probabilidad de que los síntomas respiratorios estén en relación a asma alérgica pero no es específico, Se mide por el "prick test" o dosaje de IgE sérica.
- Óxido nítrico exhalado: se ve incrementado en inflamación de la vía aérea tipo 2, un valor >50 ppb fue asociado a buena respuesta a corticoide inhalado. (GEMA2023)

## 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 6.4.1. Medidas generales y preventivas

- Dejar de fumar o evitar la exposición al humo de cigarro.
- Realizar actividad física regular.
- Evitar exposiciones ocupacionales
- Evitar medicamentos que pueden empeorar la enfermedad (AINES, aspirina, beta bloqueadores)
- Dieta saludable y disminución de peso en pacientes obesos.
- Evitar alérgenos intra y extra domiciliarios
- Uso de calefacción y cocina no contaminantes
- Manejo del estrés.

### 6.4.2. Terapéutica

El objetivo del tratamiento a largo plazo es alcanzar un buen control de los síntomas, y minimizar el riesgo futuro de mortalidad relacionada al asma, exacerbaciones, limitación persistente al flujo aéreo y efectos adversos del tratamiento.

Las opciones farmacológicas para el tratamiento se dividen en 3 categorías:

- Controladores. Usados para reducir la inflamación, controlar síntomas, y reducir riesgo futuro. En asma leve, debe ser usado como rescate bajas dosis de corticoide inhalado (CI) y formoterol, cuando haya síntomas o antes del ejercicio.
- De alivio (rescate): para síntomas agudos, incluyendo durante el empeoramiento o exacerbación. También como prevención a corto plazo del broncoespasmo inducido por el ejercicio. Reducir e idealmente, eliminar la necesidad de tratamiento de alivio es una meta importante en el manejo y una medida de éxito de tratamiento.
- Terapias complementarias para asma severo. Consideradas cuando hay síntomas persistentes y/o exacerbaciones a pesar de tratamiento óptimo con altas dosis de controladores y tratamiento de factores de riesgo modificables.

Las necesidades mínimas de tratamiento para mantener el control de la enfermedad se determinan según la clasificación de la gravedad del asma, donde:

**Paso 1:** Bajas dosis de CI/formoterol como alivio y si es necesario antes del ejercicio. Para pacientes con síntomas de dos veces por mes, y sin factores de riesgo de exacerbación.

Alternativa: CI cada vez que se utilice Beta 2 de acción corta.

**Paso 2:** Bajas dosis de CI/formoterol como alivio y si es necesario antes del ejercicio.

La recomendación más importante fue reducir el riesgo de exacerbación severa.

Alternativa: CI a dosis bajas diario y B2 de acción corta (SABA) según necesidad.

**Paso 3:** Bajas dosis de CI/formoterol como mantenimiento y alivio.

Alternativa: Dosis bajas de CI/B2 de acción prolongada (LABA) como mantenimiento y SABA como alivio.

**Paso 4:** Dosis intermedias de CI/formoterol como mantenimiento y alivio.

Alternativa: Dosis altas o intermedias de CI/LABA como mantenimiento y SABA como alivio.

**Paso 5:** Se pueden considerar opciones de tratamiento adicionales luego de la presencia de exacerbaciones y síntomas persistentes a pesar de la correcta adherencia y técnica inhalatoria con el Paso 4. Por ejemplo, altas dosis de CI/LABA, Bromuro de Tiotropio (terapia triple). Considerar azitromicina 3 veces por semana, terapia biológica (anti receptor IL-5, anti IL-4, anti-IgE), termoplastia bronquial y corticoide vía oral en dosis bajas.

Anexo 1

#### 6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

En general el tratamiento con terapia inhaladores suele ser bien tolerada y con pocos efectos adversos.

Los corticoides inhalados crónicamente usados pueden provocar aparición de hongos en orofaringe (por eso se indica enjuague bucal después de su aplicación, o el uso de aerocámaras espaciadoras).

El uso de anticolinérgicos debe restringirse en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado, y el uso de b2 agonistas debe restringirse en pacientes con fibrilación auricular no controlada.

En caso de uso de corticoide sistémico por largo plazo debe monitorizarse la aparición de los efectos secundarios de la corticoterapia crónica.

#### 6.4.4. Signos de alarma

- Taquipnea, especialmente superior a 30 respiraciones /min.
- Taquicardia
- Pulso paradójico mayor de 10 mm.
- Uso de musculatura auxiliar: tiraje intercostal, respiración abdominal, etc.

#### 6.4.5. Criterios de Alta

- Desaparición de síntomas y buen control del asma por más de un año.
- Mejora en los valores de la espirometría basal: FEV1 — FVC.
- Eliminación de la fuente de exposición desencadenante de la enfermedad.

#### 6.4.6. Pronóstico

El asma modificará su pronóstico ya sea por factores relacionados con la fecha de su iniciación y el riesgo de atopia, y factores relacionados con la falta de cumplimiento con el tratamiento, situación muy asociada con la educación que reciba el paciente sobre su enfermedad.

## 6.5. COMPLICACIONES

- Insuficiencia Respiratoria.
- Insomnio x síntomas nocturnos.
- Depresión
- Ansiedad
- Ausentismo laboral
- Tos Persistente.
- Infecciones respiratorias
- Deterioro de la función pulmonar
- Retraso en el crecimiento y/o desarrollo en niños
- Muerte

## 6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

### Referencia:

Puede ser manejado en el servicio de neumología, así como para la ampliación de los exámenes especiales complementarios.

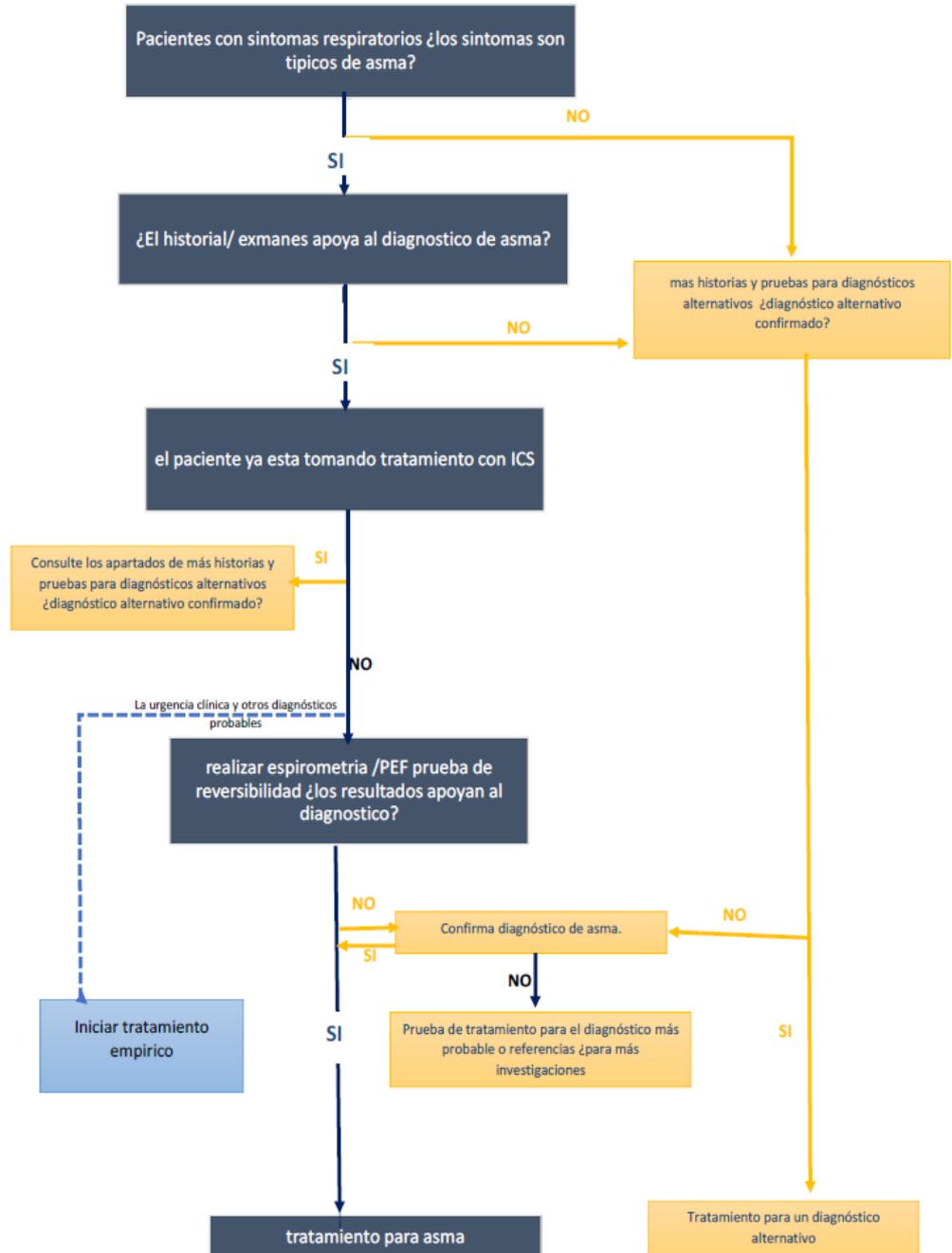
### Contrarreferencia:

Una vez mejorado el cuadro de Asma bronquial controlada con epicrisis y tratamiento establecido.

Paciente estable luego de 1 año de seguimiento y adherido a tratamiento médico establecido con educación sobre enfermedad de fondo

### 6.7. FLUXOGRAMA

Diagnóstico de Asma en la práctica clínica (GINA 2023)



## VII. ANEXOS

### Tratamiento del Asma según el GINA2023

#### GINA 2023 – Adultos y adolescentes

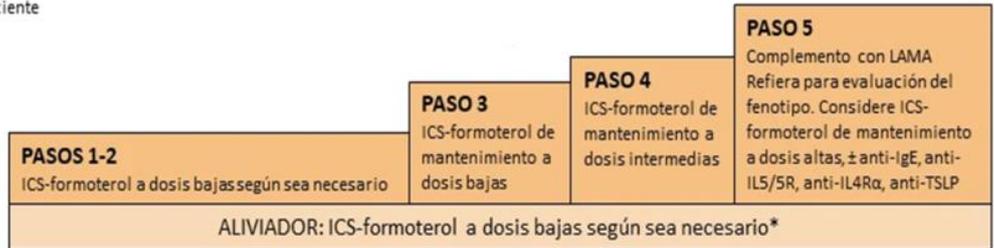
**+12 años**

#### Manejo personalizado del asma

Evalúe, Ajuste, Revise según las necesidades individuales del paciente

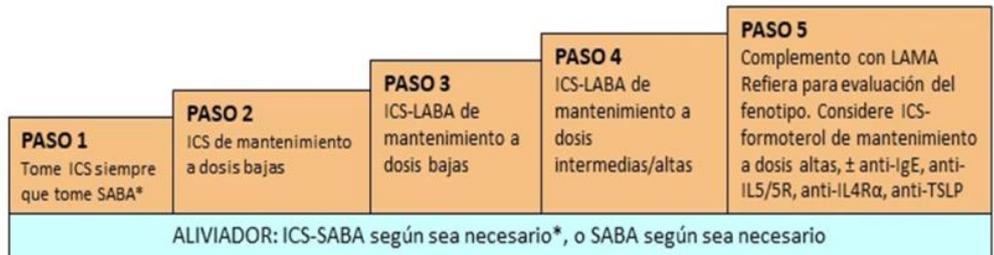
#### VÍA 1: CONTROLADOR y ALIVIADOR PREFERIDO

El uso de ICS-formoterol como aliviador\* reduce el riesgo de exacerbaciones comparación con un SABA de alivio, y es un régimen más simple



#### VÍA 2: CONTROLADOR y ALIVIADOR alternativo

Antes de considerar un régimen con SABA de alivio, verifique la probabilidad de que el paciente cumpla con el tratamiento de control diario.



Otras opciones de controlador (indicaciones limitadas o menos evidencia de eficacia o seguridad)

	<i>ICS a dosis bajas siempre que se tome SABA*, o LTRA a diario, o complemento con ITSL HDM</i>	<i>ICS a dosis intermedias, o complemento con LTRA a diario, o complemento con ITSL HDM</i>	<i>Complemento con LAMA o LTRA o ITSL HDM, o cambie a ICS a dosis altas</i>	<i>Complemento con Azitromicina (adultos) o LTRA. Como último recurso, considerar complementar con OCS a dosis bajas pero considere efectos secundarios</i>
--	---	---	---	---

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA

1. GINA 2023 Global Strategy for asthma Management and prevention.
2. Asma: patogenia y bases moleculares Silvia Sánchez-Cuéllar, Cristina López Riobos, María Somiedo Gutiérrez
3. Guía española para el manejo de asma (GEMA-2023)
- 4.- [https://www.dge.gob.pe/salasisituacional/sala/index/salasisit\\_dash/143](https://www.dge.gob.pe/salasisituacional/sala/index/salasisit_dash/143)

*Calidez, ciencia y experiencia a su servicio*



[www.hsr.gob.pe](http://www.hsr.gob.pe)



HospitalSantaRosaPuebloLibre



hsrsantarosa



Hospital Santa Rosa