

Clave Respiratoria

Abordaje 360° del Paciente Respiratorio en Atención Primaria

Módulo 1. Asma en Atención Primaria

Píldora 1. Sospecha clínica de asma en adultos: cuándo pensar en asma y qué errores evitar

Dr. Leo Ginel Mendoza
Médico de familia I Centro de Salud Ciudad Jardín I Málaga

Un curso de: SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
Patrocinado por: Bial Keeping life in mind
Organizado por: akira Healthcare

Asma en Atención Primaria: prevalencia

Variabilidad global

Gran **variabilidad** en la prevalencia mundial, condicionada por factores genéticos, ambientales y metodológicos.

España — Adultos

Prevalencia estimada de un **4-6 %**, mayoritariamente por una **autodeclaración**.

España — Población pediátrica

Estudio Global Asthma Network (GAN) España 2016-2019: sibilancias en los últimos 12 meses en niños de 6-7 años → **10,4 %**, con notable variabilidad según la Comunidad Autónoma.

Infradiagnóstico: 50 %
Frecuente en formas leves, intermitentes o atípicas.

Sobrediagnóstico: 33 %
Diagnóstico solo por síntomas, sin pruebas objetivas.

Falta de control: 60-70 %

Fuentes: Blanco-Aparicio M et al. Open Respiratory Archives. (2023); López-Pereira P et al. Rev Esp Salud Pública. (2017); Bercedo Sanz A et al. An Pediatría. (2022).

Bases fisiopatológicas del asma

Inflamación crónica

Habitualmente mediada por células Th2 y eosinófilos. Desencadena el aumento del tono muscular y la hipersecreción.

Obstrucción variable al flujo aéreo

Limitación del flujo aéreo que es total o parcialmente reversible (de manera espontánea o con tratamiento).

Hiperrespuesta bronquial

Reacción exagerada de la vía aérea frente a estímulos inespecíficos

Fuentes: GEMA 5.5. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. 2025; GINA. Global strategy for asthma management and prevention. 2026.

Síntomas cardinales: cuándo sospechar asma



Sibilancias/pitidos

Sensación de dificultad respiratoria de intensidad variable; frecuentemente ausentes en la exploración.



Disnea

Dificultad respiratoria episódica con intervalos libres de síntomas.



Tos persistente

Predominio nocturno/matutino; puede ser el único síntoma.



Opresión torácica

Sensación de pesadez o tirantez en el pecho. Presión que precede o acompaña la disnea.

Ningún síntoma aislado es patognomónico: la concurrencia con patrón variable y desencadenantes identificables eleva la probabilidad diagnóstica.

Fuentes: GEMA 5.5. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. 2025; GINA. Global strategy for asthma management and prevention. 2026.

Patrón clínico del asma

Desencadenantes principales

- **Infecciones víricas**

  Principal causa de exacerbación en adultos.

- **Alérgenos**

  Ácaros, pólenes, epitelios animales y hongos.

- **Ejercicio físico**

  Broncoespasmo inducido; puede ser la **única manifestación** en jóvenes.

- **Otros factores**

  Humo del tabaco. Aire frío. Contaminación, humedad y **estrés emocional**.

Factores temporales

- **Nocturno**

  Despertar por tos, disnea o sibilancias.

- **Matutino**

  Empeoramiento al levantarse; variación del pico máximo de flujo espiratorio (PEF) **>20 %**

- **Estacional**

  Exacerbaciones en primavera (pólenes), otoño (ácaros) e invierno (virus)

Fuentes: GINA. Global strategy for asthma management and prevention. 2026; González-Uribe V et al. J Clin Med. (2023).

De la sospecha clínica a las preguntas de alto rendimiento diagnóstico

Preguntas estructuradas para identificar a los pacientes con alta probabilidad de asma en Atención Primaria:

1	**Sibilancias recientes** ¿Ha tenido alguna vez pitos en el pecho?
2	**Síntomas nocturnos** ¿Se ha despertado por la noche con disnea o tos?
3	**Disnea de esfuerzo** ¿Ha tenido tos, pitos o dificultad al respirar después de hacer ejercicios moderados o intensos?
4	**Estacionalidad, desencadenantes** ¿Ha tenido tos, pitos o dificultad al respirar en algunas épocas del año o en contacto con animales, plantas, tabaco o en su trabajo?
5	**Opresión torácica** ¿Experimenta opresión en el pecho de forma recurrente?
6	**Empeoramiento con infecciones** ¿Ha padecido resfriados que le duren más de 10 días o le «bajan al pecho»?
7	**Respuesta a broncodilatadores** ¿Ha utilizado medicamentos inhalados que le alivian o que le suavizan estos síntomas?
8	**Antecedentes** ¿Tiene usted algún tipo de alergia? ¿Tiene algún familiar con asma o alergia?

Fuente: GEMA 5.5. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. 2025.

Antecedentes que refuerzan la sospecha diagnóstica

Antecedentes personales

- **Rinitis alérgica:** comorbilidad más frecuente (80 % de asmáticos).
- **Dermatitis atópica / eccema:** marcador de atopia sistémica.
- **Asma previa en infancia o adolescencia**

Comorbilidades

- **Exposición ocupacional:** isocianatos, harinas, látex (10-15 % de casos).
- **Rinosinusitis crónica con/sin poliposis nasal.**
- **Reflujo gastroesofágico (ERGE):** desencadenante por microaspiración.

Antecedentes familiares

- **Asma y atopia** en familiares de primer grado. Herencia: 60-80 %.

Fuentes: GEMA 5.5. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. 2025; GINA. Global strategy for asthma management and prevention. 2026.

Exploración física: hallazgos y limitaciones



Hallazgos pulmonares

Sibilancias espiratorias (a veces solo con espiración forzada); musculatura accesoria en crisis grave; un tórax hiperinsuflado sugiere atrapamiento aéreo.

Hallazgos extrapulmonares

Mucosa nasal pálida/edematosa (rinitis alérgica); eccema o dermatitis atópica.

La exploración normal no excluye asma. Entre las crisis, la exploración puede ser completamente normal.

Fuentes: GEMA 5.5. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. 2025; GINA. Global strategy for asthma management and prevention. 2026.

Diagnóstico diferencial: asma vs. EPOC

Característica	Asma	EPOC
Edad de inicio	Cualquier edad; predomina en la infancia	Habitualmente pacientes >40 años
Tabaquismo	No es requisito diagnóstico	Factor etiológico principal (>10 paquetes-año)
Atopia	Frecuente: rinitis, eccema, alergia	Infrecuente
Síntomas	Episódicos y variables, con intervalos libres	Persistentes y progresivos, sin periodos libres
Reversibilidad de broncodilatadores	Significativa: FEV_1 >12 % y >200 ml	Escasa o ausente
Respuesta glucocorticoides inhalados	Buena respuesta a glucocorticoides inhalados	Parcial; solo en fenotipo eosinofílico
Espirometría	Normal entre crisis o patrón obstructivo reversible	Obstrucción fija: FEV_1/FVC <0,70 pos-BD

BD: broncodilatación; FEV_1: volumen espirado en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada.



En pacientes >40 años con tabaquismo, **descartar solapamiento asma-EPOC:** exige enfoque diagnóstico y terapéutico diferenciado.

Fuente: GOLD. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD 2026 report. 2026.

Simuladores del asma: no todo lo que silba es obstrucción bronquial

Se deben descartar los siguientes procesos antes de confirmar el diagnóstico, especialmente ante ausencia de atopia o respuesta incompleta al tratamiento.

Disfunción de cuerdas vocales / Obstrucción laríngea inducible

Estridor predominante inspiratorio, sin respuesta a broncodilatadores. Confirmar mediante laringoscopia dinámica.

Insuficiencia cardíaca izquierda («asma cardíaca»)

Disnea nocturna, ortopnea y crepitantes bibasales. Solicitar prueba de péptido natriurético cerebral y prueba de propéptido natriurético cerebral N-terminal tipo B (BNP y NT-proBNP) y ecocardiografía; prioritario en los pacientes >60 años.

Bronquiectasias y otras enfermedades pulmonares

Tos productiva con expectoración purulenta e infecciones recurrentes. Confirmar con tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) torácica. Considerar también neoplasia endobronquial, cuerpos extraños y sarcoidosis.

ERGE y ABPA

- **ERGE:** tos crónica posprandial o nocturna.
- **ABPA** (aspergilosis broncopulmonar alérgica): Infiltrados migratorios, IgE muy elevada y sensibilidad a *Aspergillus fumigatus*.

Ambas pueden coexistir con asma verdadera.

Fuentes: GEMA 5.5. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. 2025; GINA. Global strategy for asthma management and prevention. 2026.

Errores frecuentes en la evaluación inicial (I)

1	**Diagnosticar por síntomas sin confirmación funcional** El asma exige objetividad funcional. Sin espirometría u otras pruebas objetivas no hay diagnóstico válido.
2	**Descartar asma ante una prueba normal** La espirometría puede ser normal en periodo intercrítico. Repetir en fase sintomática o completar con fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) y PEF seriado.
3	**Solicitar pruebas complementarias de forma indiscriminada** Radiografía, TCAR o broncoscopia no son pruebas de primera línea; su uso rutinario retrasa el diagnóstico.
4	**Omitir el diagnóstico diferencial** No excluir simuladores, insuficiencia cardíaca, bronquiectasias, ERGE... Tiene consecuencias clínicas graves.
5	**Cerrar el diagnóstico diferencial de forma prematura en fumadores** En personas >40 años o fumadores, considerar solapamiento asma-EPOC antes de concluir.

Fuentes: GEMA 5.5. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. 2025; GINA. Global strategy for asthma management and prevention. 2026.

Errores frecuentes en la evaluación inicial (II)

6	**Confiar solo en los síntomas** Diagnosticar empíricamente sin pruebas objetivas genera sobrediagnóstico (hasta un 33 %).
7	**Descartar asma por exploración normal** Ignorar que el paciente suele estar asintomático en el momento de la consulta.
8	**Ignorar la variabilidad** No indagar proactivamente en el empeoramiento nocturno, estacional o por desencadenantes específicos.
9	**Infradiagnóstico por «minimización»** Posponer estudios funcionales porque el paciente tolera, normaliza o minimiza los síntomas leves.
10	**Omitir el diagnóstico diferencial** Asumir asma sin valorar la edad, el tabaquismo (riesgo de EPOC) o patologías cardíacas subyacentes.

Fuentes: Ginel Mendoza L y Quintano Jiménez JA (coord.) Guías Clínicas SEMERGEN. Manejo práctico del paciente con asma. 2025; GEMA 5.5. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. 2025.

De la sospecha a la confirmación: pruebas funcionales



Espirometría con prueba broncodilatadora

Primera línea: Confirma obstrucción reversible si FEV_1 aumenta ≥12 % y ≥200 ml tras 400 µg de salbutamol.



Monitorización del PEF domiciliario

Variabilidad diurna >10 % apoya el diagnóstico. Registro recomendado durante 2 semanas.



FeNO

Objetiva inflamación eosinofílica. Valores >40 ppb indican alta probabilidad de asma eosinofílica con respuesta a glucocorticoides inhalados.

Principio fundamental

El diagnóstico de asma exige siempre confirmación funcional objetiva.

La secuencia diagnóstica se inicia con una espirometría con prueba broncodilatadora.

Fuentes: GEMA 5.5. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. 2025; GINA. Global strategy for asthma management and prevention. 2026.

Conclusiones para la práctica clínica

Cribado activo desde Atención Primaria

El cribado sistemático permite un diagnóstico precoz y reduce la enfermedad no controlada.
El médico de familia es el eslabón más determinante
en la cadena diagnóstica.

Alerta ante los simuladores

Especial cautela en personas >40 años, fumadores y pacientes sin atopia. Los simuladores del asma son frecuentes: no todo síntoma obstructivo es asma.

Medidas objetivas siempre

Confirmar con pruebas funcionales objetivas: espirometría con prueba broncodilatadora, FeNO o registro de PEF. Previene el sobretratamiento y el infradiagnóstico.

«El diagnóstico de asma es clínico-funcional: la sospecha abre la puerta, pero solo la confirmación objetiva la cierra.»

Fuentes: GEMA 5.5. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. 2025; GINA. Global strategy for asthma management and prevention. 2026.

Bibliografía

- Bercedo Sanz A, Martínez-Torres A, González Díaz C, López-Silvarrey Varela Á, Pellegrini Belinchón FJ, Aguinaga-Ontoso I, et al. Prevalencia y evolución temporal de síntomas de asma en España. Estudio *Global Asthma Network* (GAN). An Pediatría. 2022;97(3):161-71.
- Blanco-Aparicio M, García-Río FJ, González-Barcala FJ, Jiménez-Ruiz CA, Muñoz X, Plaza V, et al. Estudio de prevalencia de asma en población general en España. Open Respiratory Archives. 2023;5(2):100245.
- GEMA 5.5. Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2025. Disponible en: https://www.gemasma.com/
- Ginel Mendoza L y Quintano Jiménez JA (coord.) Guías Clínicas SEMERGEN. Manejo práctico del paciente con asma. Barcelona; Akira Healthcare: 2025.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. 2026 update [Internet]. 2026. Disponible en: https://ginasthma.org/reports/
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD 2026 report. 2026. Disponible en: https://goldcopd.org/2026-gold-report-and-pocket-guide/
- González-Uribe V, Romero-Tapia SJ, Castro-Rodríguez JA. Asthma Phenotypes in the Era of Personalized Medicine. J Clin Med. 2023 Sep 26;12(19):6207.
- López Pereira P, Gandarillas Grande AM, Díez Gañán L, Ordobás Gavín M. Evolución de la prevalencia de asma y factores sociodemográficos y de salud asociados en población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid (1996-2013). Rev Esp Salud Publica. 2017;91:e201705036.

¡Muchas gracias!

Un curso de: SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

Patrocinado por: Bial Keeping life in mind

Organizado por: akira Healthcare