

Desmitificando el asma / Asma: mitos y verdades

El presente documento pretende resolver cuestiones comunes y ciertos mitos que las personas con asma suelen tener. El documento consta de 11 mitos y de algunas cuestiones que, basadas en la evidencia científica trataremos:

Mito 1: La alergia y el asma no tienen nada que ver

Falso. Aunque el asma puede estar presente en algunas personas que no tienen alergia, se ha demostrado que hasta el 70% de los pacientes con asma presentan alergia respiratoria asociada. Algunas de las causas del asma son: alergia al polen, a los ácaros del polvo, a los hongos ambientales o a los epitelios animales. Es posible mejorar el asma con la inmunoterapia o vacunas de la alergia, dado que es el único tratamiento etiológico o de la causa, añadida al tratamiento de los síntomas del asma habituales. Por ello, resulta fundamental que, ante la sospecha de presentar asma, y sobretodo si hay sospecha de una causa alérgica ambiental, acudas a tu alergólogo de zona.

Mito 2. ¿El tratamiento para el asma se utiliza solo cuando una persona tiene una crisis de asma?

Falso. El asma es una enfermedad crónica. Existen diferentes pautas de tratamiento, adaptadas al tipo específico de asma que puede presentar un paciente. Existen tratamientos aliviadores de síntomas y tratamientos de mantenimiento, que también mediante las pautas a demanda, se ha demostrado que actúan disminuyendo la inflamación asociada a las crisis de asma, no solo tratando los síntomas. Es recomendable que, si presenta síntomas frecuentes, con uso de medicación de rescate, acuda a su médico para ser derivado a su alergólogo de zona, para evaluar si requiere tratamiento adicional. Es importante seguir el plan de tratamiento recomendado por su especialista en respiratorio, para evitar crisis de asma y mejorar el control de la enfermedad y su calidad de vida.

Mito 3. El asma infantil desaparece al crecer

Los síntomas del asma suelen mejorar en algunos casos al llegar a la edad adulta. En muchos casos tiene que ver con los cambios que los cambios hormonales producen sobre la respuesta del sistema inmunológico. En otros casos puede deberse a que se ha realizado un tratamiento con la inmunoterapia o vacunas de la

alergia y se han disminuido en la totalidad los síntomas de asma. No obstante, en un porcentaje de pacientes, el asma vuelve a “aparecer” en la edad adulta y en otros casos nunca desaparece. Algunos niños, pasan la denominada “luna de miel” y luego vuelven a presentar síntomas de asma. Por ello es importante tener en cuenta que en el caso de reaparecer los síntomas de disnea, sibilancias, tos u opresión torácica, acudan de nuevo a su alergólogo. El asma es una enfermedad crónica y como tal debe tenerse en cuenta que si aparece en la edad pediátrica, puede persistir toda la vida.

Mito 4. Si tienes asma, no debes hacer ejercicio

Falso. La práctica del deporte y el asma no son incompatibles, sino más bien todo lo contrario: practicar deporte mejora la resistencia respiratoria y la tolerancia a la actividad física, siendo así un aspecto importante para llevar un estilo de vida saludable. El entrenamiento reduce la necesidad de medicación, el absentismo escolar y laboral y la sensación disneica por el fortalecimiento de la musculatura torácica. En los casos en que haya un asma inducido por el ejercicio, el uso de un tratamiento de control de síntomas adecuado puede normalizar la práctica del deporte en estos casos. Debes preguntar a tu alergólogo si algún alérgeno ambiental pudiera contribuir a una crisis de asma, por lo que en los momentos de máxima cantidad de dicho alérgeno en el ambiente, pudiera no ser muy recomendable hacer actividades extenuantes al aire libre, si bien, es importantísimo utilizar el plan de tratamiento pautado por tu alergólogo para evitar presentar una inflamación de la vía aérea que empeore con el ejercicio. Seguir las indicaciones de tu alergólogo para reconocer los síntomas de alarma de una crisis y poder utilizar la medicación adecuada a tus necesidades es fundamental. El uso de páginas web como www.polenes.com, o de aplicaciones móviles como Polen Control, de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), en el caso de tener alergia a pólenes, puede ayudarte a evitar exponerte de forma innecesaria a unos niveles altos de polen en los momentos de más polinización y, por tanto, evitar crisis de asma.

Mito 5. El asma es una enfermedad solo de los pulmones

Falso. El asma es una enfermedad sistémica, que afecta a todo el organismo, produciéndose mediadores de la inflamación que pueden ser medidos en la sangre y en la respiración. Además, las vías respiratorias no sólo son los bronquios

pulmonares, sino que existe conexión con la nariz, constituyendo una vía aérea única. En un número importante de casos, el asma se asocia a inflamación en la nariz y si no tratamos la inflamación nasal y solo la inflamación bronquial, estamos tratando de forma insuficiente la inflamación. Por ello, si tienes síntomas de asma y de nariz, deberás utilizar los tratamientos pautados por tu alergólogo, para mejorar el control de tu asma.

Mito 6. El asma es una enfermedad provocada por la ansiedad

Falso. El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, que se asocia a alergia hasta en el 70% de los casos. No obstante, resulta importante tener en cuenta ciertas condiciones que pudieran provocar empeoramiento del asma como son el reflujo gastroesofágico, la presencia de poliposis nasosinusal o rinosinusitis crónica, las enfermedades tiroideas, la obesidad y los trastornos psicológicos y psiquiátricos, entre los que estaría la ansiedad. Por tanto, una persona diagnosticada de asma, podría notar que presenta empeoramiento de los síntomas si se encuentra en un estado de ansiedad o sufriendo crisis de ansiedad recurrente. Se conoce que la estimulación de la activación del sistema nervioso que produce la ansiedad, puede provocar un estímulo de broncoconstricción reflejo y la aparición de tos, sibilantes, ... Estos síntomas responden bien a la medicación broncodilatadora, lo que ayuda a diferenciar esta “falta de aire” de la que provoca la ansiedad. Debido a esta asociación, se considera muy importante el bienestar emocional y psicológico de los pacientes asmáticos, y las unidades de asma suelen disponer del asesoramiento psicológico en los casos en los que se detecta esta asociación.

Mito 7. La medicación de rescate puede curar el asma

Habitualmente la medicación de rescate alivia los síntomas del asma, como son la disnea, las sibilancias, la opresión en el pecho y la tos, sin embargo no trata la inflamación, por lo que pasado el tiempo de acción de la medicación de alivio, los síntomas suelen volver a repetirse. Existe medicación de mantenimiento con antiinflamatorio que, según las guías de asma actuales a nivel internacional, puede utilizarse de rescate y éstas sí tratarían la inflamación, evitando la reaparición de los síntomas o al menos retrasando los mismos y mejorando el control de la enfermedad. No obstante, el asma es una enfermedad crónica y fluctuante en su clínica a lo largo del tiempo, por ello, el uso de tratamiento debe realizarse de acuerdo al plan

marcado por su alergólogo. Es importante que consultes siempre con tu alergólogo la medicación más adecuada a tus necesidades.

Mito 8. ¿Puedes tratar el asma con suplementos dietéticos?

Falso. Los suplementos dietéticos no han demostrado ser útiles en el tratamiento del asma. El tratamiento más adecuado para el asma es el pautado por tu alergólogo o especialista en respiratorio. Existe investigación si los probióticos pudieran tener algún efecto en la microbiota del organismo, aunque en ningún caso deben ser utilizados como tratamiento único para el asma y siempre consultar con tu alergólogo o especialista en respiratorio, que te dará los mejores consejos en cuanto al tratamiento que necesitas.

Mito 9. El asma solo aparece cuando tienes síntomas

Falso. El asma es una enfermedad crónica y por tanto siempre está ahí. Pudiera decirse que el asma es como el “amor”, aunque a veces no haya gestos de cariño, siempre está ahí.

El asma es sinónimo de inflamación crónica de las vías aéreas (bronquios). No obstante, el grado en que esta inflamación empieza a manifestar síntomas en los pacientes es variable, incluso entre pacientes con el mismo grado de inflamación. En el caso del asma alérgico esto es especialmente importante tener en cuenta las épocas o períodos en que las personas se exponen a aquello a lo que son alérgicos (los pacientes con alergia a epitelios de animales que van a casa de amigos con gato o perro saben a lo que me refiero, al igual que los alérgicos a pólenes como el plátano de sombra o el ciprés). Los síntomas del asma o del incremento de la inflamación bronquial suelen aparecer claramente cuando nos exponemos a altas dosis o niveles del alérgeno.

Al tratarse de una condición crónica, los pacientes también desarrollan una adaptación progresiva a la limitación de la capacidad respiratoria para las actividades cotidianas, apareciendo el fenómeno clínicamente denominado “minimización de síntomas”, en los cuales dada la aclimatación progresiva de a sus limitaciones, la persona ya no es capaz de realizar una comparación con la “normalidad” para su edad, peso y talla, asumiendo como normal una limitación para el ejercicio físico que en realidad es una manifestación o síntoma de la inflamación provocada por su asma.

Mito 10. El asma desaparece en zonas de costa o en la montaña

Falso. El asma y en concreto el asma alérgica puede tener desencadenantes que pueden aparecer con más frecuencia en zonas de costa, como es el asma alérgica por ácaros del polvo, que están más presentes en zonas con alto grado de humedad. En algunos casos en los que el asma es por alergia a pólenes, el asma empeora en zonas boscosas o en el campo y puede mejorar en zonas de costa. En zonas de montaña dependerá de la vegetación existente y el tipo de alergia a pólenes que se tiene. En cualquier caso, lo más importante es que como paciente, conozcas los desencadenantes de tus síntomas alérgicos y, si presentas síntomas tengas claro el plan de tratamiento y consultar con tu alergólogo en caso de empeoramiento.

Mito 11. Las mascarillas empeoran el asma

Falso. Las mascarillas no solo no empeoran el asma, sino que se ha demostrado que sirven de barrera para evitar, no solo infecciones víricas (como por ejemplo la COVID), sino otro tipo de infecciones y también, en el caso de las FFP2 y FFP3, evitarían que al salir al exterior del domicilio, se inhale partículas de polen, por lo que es recomendable seguir los consejos en ese momento vigentes del uso de mascarillas en exteriores e interiores. No obstante, debido a la poca habituación que tenemos al uso de mascarilla, es normal que los pacientes asmáticos sean más susceptibles a percibir la diferencia de flujo aéreo, cambios en la humedad o temperatura, del aire que inspiramos, cosa que si nos obsesiona puede provocar hiperventilación y sensación de falta de aire. La habituación al uso de mascarillas es una educación psicológica progresiva por la que muchos hemos pasado estos meses, mejora su tolerancia con el uso y lo importante es centrarse en los beneficios que nos está aportando su uso.

[Otras preguntas de interés para pacientes con asma](#)

1. ¿Los pacientes con asma son más propensos a infectarse?

Desde hace años se sabe que las infecciones virales del tracto respiratorio desencadenan exacerbaciones del asma tanto en adultos como en niños. No obstante, no es que se trate de que los asmáticos “se infectan más” que los no

asmáticos, sino que lo que pasa es que sus pulmones y bronquios están en condiciones muy distintas. El paciente con inflamación bronquial crónica (asmático) tiene una vía aérea dañada por el efecto de la inflamación crónica, y a la vez con menor capacidad de paso de aire por la broncoconstricción persistente. También tiene desregulada la producción de moco y la movilidad de los cilios o “pelos” que ayudan a la expulsión de los patógenos de la vía aérea. Todo ello conlleva que cuando un asmático se expone a un virus o bacteria, con más facilidad presenta síntomas de la vía respiratoria baja o bronquitis, que estos síntomas sean más intensos y de mayor duración y, al fin y al cabo, todo esto se debe a que su pulmón está “inflamado” de forma basal. Los pacientes asmáticos que realizan el tratamiento indicado por el alergólogo o el especialista en respiratorio y adquieren un buen control habitual de su asma, se enfrentan a las infecciones con unos bronquios “en mejores condiciones” y, por tanto, suelen tener una tasa de infecciones respiratorias parecidas a las personas sanas. En los casos en que se haya tenido un asma descontrolado por años, puede ser que a pesar del tratamiento, persiste una cierta “susceptibilidad” a las infecciones, pero estos casos son, por suerte, cada vez menos.

2. Síntomas COVID y asma

Los síntomas que comparten el asma y COVID-19 son tos seca, dificultad respiratoria y dolor torácico. Algunos pacientes con asma pueden presentar alteraciones del olfato por presentar pólipos nasales asociados, aunque este síntoma, al presentarse de forma aguda, debe hacer sospechar en la presencia asociada de una infección vírica, como por ejemplo la infección por coronavirus. En este tipo de casos de alteración del olfato de forma aguda, debe consultar con su médico para que evalúe si es necesario realizar alguna prueba para descartar COVID-19. En ocasiones, durante la época de pandemia presentar una crisis de asma puede suponer un reto, por tener la sospecha que pueda ser debida a una infección por coronavirus y estar presentando una COVID-19 en vez de una crisis de asma. Por ello, resulta fundamental utilizar el tratamiento pautado por su alergólogo, para evitar crisis de asma que se pudieran confundir con COVID-19

El punto fundamental a tener en cuenta es que cuanto mejor controlada esté tu asma, menos probabilidades tienes de presentar una enfermedad por COVID-19 más grave.

Resulta igualmente relevante, como el resto de la población realizar las medidas de higiene habituales: lavado de manos, distanciamiento social o uso de mascarillas.

El SARS-Cov-2 suele asociarse a síntomas como dolores o calambres musculares, cansancio, fiebre, malestar general...lo que recuerda a síntomas gripales, al menos

los primeros días. Estos síntomas pueden agravarse al 9º-10 día, apareciendo dificultad para respirar, tos y fiebre. Si presentas este curso de síntomas, consulta con tu médico.

3. ¿La COVID puede agravar los síntomas del asma?

Padecer asma o alergia no parece asociarse a mayor probabilidad de desarrollar formas graves de COVID19 o fallecer por esta enfermedad, ni la infección COVID19 con reagudizaciones de asma bronquial.

En múltiples estudios a nivel mundial se observa que la prevalencia de pacientes asmáticos entre los ingresados por COVID19 es la misma que en la población general, y no mayor, como cabía esperar al inicio de esta pandemia.

A pesar del miedo inicial al posible aumento de la carga viral por los corticoides inhalados, se ha visto que la mejor arma para enfrentarse a esta enfermedad es tener controlado el asma bronquial con el uso de la medicación prescrita habitualmente. En ningún caso se debe interrumpir para no exponernos a una exacerbación asmática debida a la infección por COVID19.

En ciertos estudios se ha visto relación entre un mayor consumo de corticoides sistémicos y la posibilidad de presentar un cuadro de mayor gravedad e incluso el fallecimiento por COVID19, y son los pacientes con asma grave los que mayor uso de corticoides sistémicos requieren.

4. ¿Tener asma puede agravar los síntomas de un enfermo de COVID?

El asma NO es un factor de riesgo para padecer COVID ni para aumentar su gravedad.

No existe mayor prevalencia de asma entre los pacientes que ingresan por COVID.

La gripe y otras enfermedades víricas si son factores de riesgo, de los ingresados por gripe hasta el 20% pueden tener asma. Incluso se observa que la prevalencia de asma es ligeramente menor entre los pacientes que sufren COVID en cualquier forma de gravedad que en la población en general.

Los pacientes ingresados por COVID con asma hasta en un 76% tienen factores de riesgo para padecer COVID como diabetes, hipertensión arterial u obesidad.

Los pacientes que utilizan tratamiento inhalado con corticoides por asma tienen menos problemas e ingresos que los que no los usan. El uso de corticoides inhalados no aumenta el riesgo de padecer COVID ni su gravedad.

Un estudio reciente indica que el uso de corticoides inhalados de forma precoz disminuye el número de hospitalizaciones.

Los pacientes con asma grave que utilizan ciclos de corticoides o corticoides orales que presentan además factores de riesgo deben tener especial precaución en las medidas de protección frente al COVID al poder tener una peor evolución que aquellos que no los usan.

No se debe modificar el tratamiento inhalado y los corticoides orales por sufrir infección COVID salvo para mejorar el control de la enfermedad.

Con respecto a los tratamientos biológicos, los pacientes infectados por COVID en tratamiento con Omalizumab, mepolizumab, benralizumab, dupilumab o reslizumab deben suspender el tratamiento dos semanas, y posteriormente retomarlo con normalidad. En cualquier caso es seguro utilizar estos tratamientos al no facilitar la infección ni su gravedad.

5. Precauciones para asmáticos en relación con la COVID

Según EAACI y ARIA, resulta importante continuar con el tratamiento biológico en los pacientes con asma, dado que, hasta la fecha, no existe evidencia que el tratamiento biológico suprima la inmunidad. No obstante, si el paciente acude a recibir el tratamiento biológico al hospital, debemos pensar en sí resultaría adecuado para dicho paciente autoadministrárselo en el domicilio, siempre que exista posibilidad de monitorización remota.

Resulta fundamental en todo paciente asmático, tener un control adecuado de su enfermedad, mediante el uso del tratamiento pautado. El paciente con asma, según la evidencia disponible, no tiene más riesgo de presentar COVID, pero si el control del asma es inadecuado, la aparición de complicaciones respiratorias, en el caso de enfermar por SARS-Cov2, pudiera tener cierta influencia.

En una revisión de los 372 artículos publicados hasta enero de 2021, incluyendo a más de 160.000 pacientes diagnosticados de COVID-19, el asma se observó en sólo el 1,6% de todos los pacientes con COVID19, por lo que no parece constituir un factor de riesgo.

En caso de crisis de asma graves e infección por COVID19 concomitante: según la EAACI, se recomienda utilizar inhaladores presurizados con cámara espaciadora (pMDI), en vez de nebulizaciones; además se debe utilizar corticoides orales, según la pauta más adecuada a sus necesidades.

El tratamiento biológico debe ser suspendido en el caso de la infección concurrente por COVID19, si bien, una vez pasada la infección activa y el periodo de cuarentena, se debe continuar.

En el caso de no tener una infección activa por SARS-Cov2: todo paciente diagnosticado de asma debe continuar con su medicación inhalada u oral prescrita por su médico. Las pruebas de función respiratoria se realizarán de acuerdo a la normativa vigente en el momento de acudir el paciente a consulta, si bien deben optimizarse, para reducir el riesgo de transmisión vírica. Debe continuar, en caso de estar utilizándolo, el tratamiento biológico, aunque si es posible valorar realizar de forma domiciliaria, si existen mecanismos adecuados de monitorización.

6. Tratamiento

Los pacientes que utilizan tratamiento inhalado con corticoides por asma tienen menos problemas e ingresos que los que no los usan. El uso de corticoides inhalados no aumenta el riesgo de padecer COVID ni su gravedad.

Un estudio reciente indica que el uso de corticoides inhalados de forma precoz disminuye el número de hospitalizaciones.

Los pacientes con asma grave que utilizan ciclos de corticoides o corticoides orales que presentan además factores de riesgo deben tener especial precaución en las medidas de protección frente al COVID al si poder tener una peor evolución que aquellos que no los usan.

No se debe modificar el tratamiento inhalado y los corticoides orales por sufrir infección COVID salvo para mejorar el control de la enfermedad.

Con respecto a los tratamientos biológicos, los pacientes infectados por COVID en tratamiento con Omalizumab, mepolizumab, benralizumab, dupilumab o reslizumab deben suspender el tratamiento dos semanas, y posteriormente retomarlo con normalidad. En cualquier caso es seguro utilizar estos tratamientos al no facilitar la infección ni su gravedad.

Enlaces y bibliografía

1. <https://theallergyasthmacenter.com/blog/5-myths-about-asthma>
2. <https://www.asthma.com/understanding-asthma/what-is-asthma/myth-or-fact/>
3. <http://asthma.chestnet.org/wp-content/uploads/sites/21/2016/08/asthma-2.pdf>
4. Pfaar O, Klimek L, Jutel M, Akdis CA, Bousquet J, et al. COVID-19 pandemic: Practical considerations on the organization of an allergy clinic-An EAACI/ARIA Position Paper. *Allergy*. 2021;76(3):648-676.
5. Mendes NF, Jara CP, Mansour E, Araújo EP, Velloso LA. Asthma and COVID-19: a systematic review. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2021;17(1):5.
6. Bousquet J, Jutel M, Akdis CA, Klimek L, Pfaar O, et al. ARIA-EAACI statement on asthma and COVID-19 (June 2, 2020). *Allergy*. 2021;76(3):689-697.
7. Rial MJ, Valverde M, Del Pozo V, González-Barcala FJ, Martínez-Rivera C, et al. Clinical characteristics in 545 patients with severe asthma on biological treatment during the COVID-19 outbreak. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021;9(1):487-489.e1.
8. Antolín Américo D, Cubero JL, Colás C, Alobid I, Mullol J, Valero A. High Frequency of Smell and Taste Dysfunction in Health Care Professionals With COVID-19 Working in Allergy Departments. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2021;31(2):151-161.
9. Eguiluz-Gracia I, van den Berge M, Boccabella C, Bonini M, Caruso C. Real-life impact of COVID-19 pandemic lockdown on the management of pediatric and adult asthma: A survey by the EAACI Asthma Section. *Allergy*. 2021 Mar 27. doi: 10.1111/all.14831. Epub ahead of print. PMID: 33772815.
10. García-Moguel I, Díaz Campos R, Alonso Charterina S, Fernández Rodríguez C, Fernández Crespo J. COVID-19, severe asthma, and biologics. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2020;125(3):357-359.e1.