

RECIBIDO:

20 marzo 2026

APROBADO:

5 junio 2026

Consenso de expertos: recomendaciones clínicas para el uso de glucocorticoides en pacientes con diagnóstico de asma

Expert Consensus: Clinical Recommendations for the Use of Glucocorticoids in Patients Diagnosed with Asthma

Ángela V. Pérez-Gómez¹ , Liz Garavito-Beltrán¹ , Luisa F. Manrique² ,
Audrey Piotrostanalzki V^{3,4,5} , Robin A. Rada-Escobar⁶ , Abraham Alf-Munive⁷ 

¹ Processum Consultoría Institucional SAS, Bogotá, Colombia

² Centro Médico Especializado en Medicina del Ejercicio (CEMDE), Unidad Neumología, Medellín, Colombia

³ CUE Von Humboldt Armenia, Quindío, Colombia

⁴ Medicentro Sanitas grupo Keralty, Bogotá, Colombia

⁵ Helpharma Armenia, Colombia

⁶ Hospital Militar Central, Servicio de Neumología, Bogotá, Colombia

⁷ Fundación Neumológica Colombiana, Bogotá, Colombia

Autor corresponsal:

Ángela Viviana Pérez Gómez

angelaperez@processum.org

Resumen

Introducción: El uso de glucocorticoides es fundamental en el manejo del asma, pero su sobreutilización conlleva riesgos significativos.

Objetivo: Desarrollar un consenso multidisciplinario para optimizar el uso de glucocorticoides en asma.

Metodología: Revisión ampliada de guías de práctica clínica, consensos internacionales y revisiones de literatura, los resultados fueron tamizados de manera pareada y seleccionados de acuerdo con los criterios definidos a priori. La extracción de evidencia se realizó en tablas de evidencia. Se analizaron 102 publicaciones y se incluyeron en el análisis 24, de las cuales se extrajo la evidencia, las recomendaciones, la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones; insumos para la redacción de recomendaciones que fueron sometidas a votación en la conferencia de consenso. Catorce expertos representantes de sociedades científicas, academia, agremiaciones y pacientes, participaron en la validación de las recomendaciones.

Resultados: Las recomendaciones clínicas abordaron los criterios para el uso de glucocorticoides, crisis asmática, seguimiento y estrategias de implementación. Se enfatizó el cálculo de dosis acumuladas, identificación de umbrales de alerta, seguimiento de los pacientes con uso de glucocorticoides y la derivación a especialistas. Este consenso desarrolla recomendaciones para el uso racional de glucocorticoides en pacientes con asma, la monitorización estricta del uso y los efectos, de tal forma que se logre el control del asma a través del uso adecuado de los esquemas terapéuticos. Promueve procesos de educación continua y articulación con

guías internacionales. El consenso proporciona herramientas prácticas para la toma de decisiones clínicas y gestión del riesgo.

Palabras clave: asma; glucocorticoides; consenso; corticoides orales; guías clínicas; Latinoamérica

Abstract

Introduction: The use of glucocorticoids is essential in the management of asthma; however, their overuse entails significant risks.

Objective: Develop a multidisciplinary consensus to optimize their use in clinical practice in Colombia and Latin America.

Methodology: The consensus is based on an expanded review of clinical practice guidelines, international consensus statements, and literature reviews. A total of 102 publications were analyzed, of which 24 were included for evidence extraction, recommendations, assessment of evidence quality, and strength of recommendations. These elements informed the drafting of recommendations that were subsequently submitted to voting during the consensus conference. Fourteen experts representing scientific societies, academia, professional associations, and a patient representative participated in validating the recommendations following a consensus conference methodology.

Results: Resulting clinical recommendations addressed criteria for glucocorticoid use, management of asthma exacerbations, follow-up, and implementation strategies. Emphasis was placed on calculating cumulative doses, identifying alert thresholds, monitoring patients receiving glucocorticoids, and referral to specialists. This consensus provides recommendations for the rational use of glucocorticoids in patients with asthma, as well as the need for strict monitoring of glucocorticoid use and associated effects, with the goal of achieving asthma control through appropriate therapeutic regimens. It promotes continuous education processes and alignment with international guidelines. The consensus offers practical tools for clinical decision-making and risk management.

Keywords: asthma; glucocorticoids; expert consensus; oral corticosteroids; clinical guidelines; Latin America

Introducción

El asma es una enfermedad crónica que afecta la salud y la calidad de vida de niños, adolescentes y adultos, y se caracteriza por la inflamación y obstrucción bronquial. De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS), se estima que aproximadamente 1 de cada 8 colombianos sufre asma, lo que la convierte en la segunda enfermedad respiratoria crónica más relevante después de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). El asma se caracteriza por la presencia de sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos durante la noche o temprano por la mañana.

Aún no existe un tratamiento curativo, no obstante, puede ser controlada de manera efectiva, segura y satisfactoria a través del uso de terapia farmacológica, principalmente inhalada, y no farmacológica, la cual incluye, entre otros aspectos, controles regulares que aseguren la educación y la no exposición a desencadenantes y alérgenos.

El tratamiento farmacológico para el asma se puede categorizar en dos grandes grupos: tratamiento de alivio rápido y tratamiento controlador. Uno de los grupos terapéuticos que han

hecho parte de la historia del manejo del asma es la familia de los glucocorticoides, los cuales pueden ser administrados principalmente de manera inhalada -CI- y oral -CO-; no obstante, de acuerdo con las condiciones clínicas del paciente, pueden emplearse la vía intravenosa -CIV- e intramuscular -CIM- (casos de exacerbación con un nivel de severidad que ponga en riesgo la vida de la persona). En lo que respecta a las recomendaciones acerca del uso de glucocorticoides (GC), las GPC sugieren que los GC son una opción terapéutica en casos particulares, de acuerdo con el nivel de control de la enfermedad y en episodios de exacerbación, siempre bajo la advertencia de potenciales efectos secundarios. A pesar de las recomendaciones específicas sobre el uso de glucocorticoides, diferentes estudios han puesto en evidencia que existe una sobreutilización, mayoritariamente los que se administran por vía oral, lo que aumenta el riesgo de aparición de eventos adversos relacionados con la frecuencia de uso y la dosis.¹

Para el caso de Latinoamérica, no existen estudios que den cuenta de la utilización de los corticoides orales y sus efectos, no obstante, revisiones preliminares de información hacen suponer un uso importante de estos en personas con diagnóstico de asma, con una frecuencia de uso mayor en el ámbito ambulatorio vs urgencias y hospitalización.

Para el caso colombiano, Pérez et al.,² a través del estudio “Utilización de corticoides orales para el manejo de pacientes con asma en el sistema de salud de Colombia”, el cual tuvo como objetivo establecer el nivel de uso de los corticoides orales en el tratamiento del asma con miras a la identificación de efectos tempranos en la población tratada y su impacto en el sistema de salud colombiano,² evidenciaron un patrón de sobreuso de corticoides orales, posiblemente explicado por la falta de claridad frente a los criterios de prescripción y tiempo de uso. De igual manera, este estudio expuso posibles efectos adversos asociados al uso de corticoides orales.

Frente a estos hallazgos, surge la necesidad de desarrollar un consenso de expertos basado en evidencia, que sirva como herramienta para la toma de decisiones clínicas frente al adecuado uso de glucocorticoides en pacientes con diagnóstico de asma.

Métodos

Estudio observacional que buscó un consenso basado en la metodología conferencia de consenso. Se conformó un panel multidisciplinario de expertos en asma, que incluyó las siguientes áreas de conocimiento: neumología, pediatría, neumología pediátrica, medicina interna, medicina familiar, farmacología, alergología e inmunología, medicina de urgencias, enfermería y gestión del riesgo, así como un representante de pacientes.

Se realizó una revisión ampliada de literatura, orientada a la identificación de guías de práctica clínica, consensos de expertos y revisiones sistemáticas frente al uso de glucocorticoides en pacientes con asma. La búsqueda se realizó en los siguientes motores y fuentes de búsqueda PubMed, Cochrane, organismos compiladores y desarrolladores de GPC, búsqueda manual y bola de nieve. Las búsquedas estuvieron orientadas a través de la construcción de estrategias con términos MeSH y términos generales, de acuerdo con cada fuente o motor de búsqueda. (Anexo 1) Para seleccionar la evidencia, se realizó un proceso de tamización pareada de título y resumen, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión definidos a priori. (Anexo 2) La evidencia incorporada en el análisis incluía el uso de glucocorticoides en pacientes con asma, tanto en población adulta como pediátrica. (Anexo 3)

Una vez seleccionada la evidencia, esta fue extraída y sintetizada en tablas de evidencia (Anexos 4 y 5) las cuales fueron analizadas con el grupo de expertos desarrolladores del consenso. Resultado de este análisis de evidencia se elaboraron las recomendaciones clínicas, las cuales fueron remitidas de manera conjunta con las tablas de evidencia al grupo de expertos externos que participaron en el consenso, de tal forma que valoraran la evidencia incorporada

previo al evento presencial de conferencia de consenso. Cada recomendación se presenta con la calidad y fuerza de la recomendación proveniente de la literatura incluida en el análisis.

Durante la conferencia de consenso presencial, se presentó la evidencia, así como las recomendaciones redactadas, posterior a lo cual se dio paso a la discusión con el panel de expertos y, en caso de requerir ajuste en la redacción de la recomendación, esto fue realizado. Posteriormente, se procedió a la votación sobre la recomendación. A priori se definió que el consenso se daría si se alcanzaba el 80% de los votos. En aquellas recomendaciones en las cuales no se alcanzó el consenso en la primera votación, se procedió a realizar una segunda y tercera ronda de discusión y votación. Si después de tres rondas de discusión y votación no se alcanzó el consenso, se determinó que el tema no podía ser abordado y no se generaría recomendación.

Se consideró la posibilidad de generación de puntos de buena práctica clínica durante la conferencia de consenso, entendidos estos como prácticas en las que existe un obvio balance en el que los efectos deseables superan los efectos indeseables y no se considera necesaria la conducción de estudios que respalden dicha acción, y se originan en el “sentido común clínico” de los expertos que participan en el desarrollo de la guía. Aunado a lo anterior, la conferencia de consenso tuvo espacios para discusión de aspectos para la implementación de las recomendaciones.

Los expertos invitados a hacer parte de la conferencia de consenso fueron representantes de las sociedades científicas, de la academia y de agremiaciones del sector. De tal forma que la invitación para la participación se realizó a las instituciones y estas delegaron los representantes. Para la selección e invitación se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: 1) que el área de conocimiento hiciera parte de la ruta de atención clínica de un paciente con diagnóstico de asma, 2) que tuvieran experiencia relevante en el manejo de pacientes con asma, 3) que tuvieran experiencia en el uso de los glucocorticoides, 4) que tuvieran experiencia en la gestión del riesgo en salud. Cada uno de los expertos, tanto del grupo desarrollador, como de los invitados, diligenció en formato en línea la declaración de conflictos intereses, que fue analizada por el grupo de participación, para determinar si se tenían limitaciones parciales o totales para participar en la conferencia de consenso.

Resultados

Posterior a la tamización pareada de la evidencia identificada, se incorporaron para el análisis 24 publicaciones. (Figura 1) La evidencia seleccionada por parte de los expertos y que fue incluida en el análisis para la generación de las recomendaciones se presenta a continuación:



Figura 1. Diagrama PRISMA. Fuente: Elaboración propia

1. Different oral corticosteroid regimens for acute asthma³
2. Inhaled steroids for acute asthma following emergency department discharge SO: Cochrane Database of Systematic Reviews⁴
3. Long-term management of asthma in children: safety of inhaled corticosteroids⁵
4. Long-term management of asthma in children: effectiveness of inhaled corticosteroids compared to other medications⁵
5. How can we minimize the use of regular oral corticosteroids in asthma?⁶
6. Systematic Literature Review of Systemic Corticosteroid Use for Asthma Management⁷
7. Inhaled Corticosteroid Exposure and Risk of Cataract in Patients with Asthma and COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis⁸
8. Systemic adverse effects from inhaled corticosteroid use in asthma: a systematic review⁹
9. Inhaled Corticosteroids in Acute Asthma: A Systemic Review and Meta-Analysis¹⁰
10. Adding nebulized corticosteroids to systemic corticosteroids for acute asthma in children: A systematic review with meta-analysis¹¹
11. Glucocorticoid-induced myopathy in people with asthma: a systematic review¹²
12. A Charter to Fundamentally Change the Role of Oral Corticosteroids in the Management of Asthma¹³
13. Optimizing the use of systemic corticosteroids in severe asthma (ROSAIproject): a national Delphi consensus study¹⁴
14. Oral corticosteroids stewardship for asthma in adults and adolescents: A position paper from the Thoracic Society of Australia and New Zealand¹⁵
15. Expert Consensus on the Tapering of Oral Corticosteroids for the Treatment of Asthma¹⁶
16. Systemic corticosteroids in asthma: A call to action from World Allergy Organization and Respiratory Effectiveness Group¹⁷
17. Uso de glucocorticoides sistémicos para el tratamiento del asma grave: Consenso multidisciplinar español¹⁸
18. Early emergency department treatment of acute asthma with systemic corticosteroids (Review)¹⁹
19. Documento de consenso de asma grave. Actualización 2025²⁰
20. Guía de Práctica Clínica Latinoamericana de Asma Grave. Basada en Evidencia. [ALAT–Asthma Guideline: evidence–based assessment]²¹
21. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management (BTS, NICE, SIGN)²²
22. GEMA 5.5 Guía Española para el manejo del asma²³
23. GINA. Última versión 2025²⁴ (Versiones precedentes)²⁷
24. NICE. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management²⁵

A continuación, se presentan las recomendaciones que fueron consensuadas en el panel de expertos por temáticas en las [tablas 1 a la 7](#).

Tabla 1.

Inicio del tratamiento controlador.

Población	Recomendación	Fuerza de la recomendación
Menores de 5 años*	Se recomienda en pacientes menores de 5 años con sospecha de asma o asma confirmada iniciar tratamiento con glucocorticoide inhalado como terapia de mantenimiento.	Fuerte a favor ²³
Menores de 5 años	Se recomienda realizar revaloración entre las 8 y 12 semanas para definir la continuidad del tratamiento con glucocorticoide inhalado en pacientes menores de 5 años con sospecha de asma. En caso de persistencia de síntomas debe ser evaluado por el especialista.	Moderada a favor ²³
Mayores de 6 años	La selección e inicio del tratamiento controlador en los pacientes mayores de 6 años con asma debe darse en el marco de la valoración del control de síntomas, la presencia de comorbilidades, la adherencia, los objetivos terapéuticos y las preferencias del paciente.	Fuerte a favor ^{22,23,24,25}

Punto de buena práctica clínica: El tratamiento controlador que se brinde a los pacientes con diagnóstico de asma debe estar orientado por la evidencia respecto a los escalones terapéuticos propuestos por la iniciativa GINA y por la GEMA.

*Los niños menores de 5 años incluyen todos aquellos que tengan 5 años, 11 meses y 30 días.

Tabla 2.

Control del asma.

Población	Recomendación	Fuerza de la recomendación
Población general	Los glucocorticoides inhalados deben hacer parte integral del tratamiento de todo paciente con asma. No se recomienda la monoterapia con agonistas beta2 de acción corta (SABA). Se deben tener consideraciones especiales en pacientes con contraindicaciones e intolerancias*(alergia o intolerancia a la lactosa, leche de vaca o excipientes).	Fuerte a favor ^{23,27}
5 a 11 años	Se recomienda en pacientes de 5 a 11 años con asma en tratamiento con glucocorticoide inhalado en dosis moderadas sin lograr control del asma remitir al especialista para optimización del tratamiento.	Fuerte a favor ²³
Menores de 5 años	Se recomienda en pacientes con asma menores de 5 años que no alcancen el control de la enfermedad con dosis bajas de glucocorticoides inhalados la remisión a un especialista y ampliación de estudios de diagnósticos diferenciales.	Débil a favor ²³
Población general	La prevención de las exacerbaciones graves es una prioridad en todos los pasos del tratamiento, para reducir la carga de enfermedad del paciente y la carga al sistema de salud, así como también para reducir la probabilidad de uso de glucocorticoides orales (CO), que tienen efectos adversos acumulativos a largo plazo.	Fuerte a favor Punto de buena práctica clínica.

Tabla 3.

Asma grave no controlada.

Población	Recomendación	Fuerza de la recomendación
Población con asma grave no controlada	Se recomienda en paciente con asma grave la administración de la combinación de glucocorticoides inhalados dosis alta/LABA y un tercer fármaco controlador, preferentemente LAMA, con ajustes de dosis guiados a los lineamientos de las guías de práctica clínica vigentes.	Moderada a favor ^{28,29}

Tabla 4.

Uso de glucocorticoides.

Población	Recomendación	Fuerza de la recomendación
Población general	Se recomienda calcular la frecuencia de los ciclos de glucocorticoides orales y sistémicos, así como el cálculo de las dosis acumuladas durante un año, como un criterio de la historia clínica del paciente que permita el seguimiento y monitorización, de tal forma que se pueda identificar, marcar y hacer seguimiento a aquellos pacientes que se encuentren en el umbral de alerta (mayor o igual a 0,5 g o uso de 3 o más ciclos de glucocorticoide)	Fuerte a favor 8,23,28,29
Población general	Se recomienda al encontrarse pacientes con dosis anual acumulada de glucocorticoides sistémicos mayor o igual a 0,5 g o uso de 3 o más ciclos de glucocorticoide, entendido este como el umbral de alerta, se realice una valoración integral del caso, ajustes de tratamiento incluyendo estrategias de educación y considerar según respuesta la derivación a un médico especialista y seguimiento del paciente.	Fuerte a favor 8,28
Población general	Se recomienda que, en todo paciente en tratamiento con glucocorticoides sistémicos, pero especialmente aquellos que se encuentran en el Umbral de alerta, realizar una adecuada monitorización y manejo de los posibles efectos secundarios, dado que la evidencia describe una relación dosis-respuesta significativa entre el uso crónico de glucocorticoides orales y el riesgo de complicaciones.	Fuerte a favor 15,19,28,30
Población general	Se recomienda en pacientes con asma y uso de glucocorticoide sistémico considerar ante el mayor riesgo de presentar eventos adversos asociados como: • Cardiovascular y metabólicos: Hipertensión, diabetes tipo 2, hiperglucemia, supresión del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) y riesgo de insuficiencia suprarrenal. Aumento del apetito, aumento de peso, dislipidemia, reducción de la velocidad de crecimiento (niños) • Osteomusculares: Osteonecrosis, osteoporosis, miopatía. • Psiquiátricos: Alteraciones del sueño, cambios en el estado de ánimo. • Infecciosos: Riesgo de infecciones, riesgo de reactivación del herpes, Tuberculosis (TBC), inmunosupresión, infecciones fúngicas, neumonía. • Gastrointestinales: Reflujo gastroesofágico, úlcera péptica, náusea/vómito. • Oculares: Cataratas. • Dermatológicos: Cambios cutáneos • Otros: Riesgo de tromboembolia Realizar una evaluación clínica y personalizar el estudio y seguimiento según sea el caso. Los ciclos cortos de glucocorticoides (menos de 2 semanas) se asocian con un bajo riesgo de supresión a largo plazo del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal. No obstante, el riesgo se acumula si se administran ciclos frecuentes, que sumados cumplen el umbral de alerta de uso de glucocorticoides, 0,5 g, o uso de 3 o más ciclos cortos en un año.	Fuerte a favor 8,23,28,29,31

Tabla 4. (cont.)

Población	Recomendación	Fuerza de la recomendación
Población general	Se recomienda hacer uso de los glucocorticoides orales solamente en las situaciones clínicas descritas previamente y realizar vigilancia de su uso, así como de la evaluación clínica de los pacientes a través de un equipo especializado.	Punto de buena práctica clínica
Población general	Se recomienda en pacientes con asma y uso de glucocorticoide sistémico utilizar herramientas de educación, informar a los pacientes los riesgos y beneficios, eventos adversos asociados como alteraciones del sueño, aumento del apetito, reflujo gastroesofágico, riesgo de sangrado digestivo, osteonecrosis, osteoporosis, cambios del estado del ánimo, riesgo de infecciones, riesgos de reactivación de herpes y TBC, aumento de peso, hipertensión arterial, hiperglicemia, dislipidemia, alteraciones oculares y glaucoma, alteración en el crecimiento, síntomas psiquiátricos, miopatía, cambios cutáneos, inmunosupresión e insuficiencia suprarrenal y una posible asociación a riesgo de tromboembolia. Se recomienda en pacientes con asma optimizar la terapia con corticoides inhalados, tratar los factores de riesgo modificables y las comorbilidades, utilizar estrategias no farmacológicas relevantes y brindar educación y capacitación, incluyendo un plan de acción escrito para el asma como estrategias para disminuir la prescripción de glucocorticoides sistémico.	Fuerte a favor 23,28,29
Población general	No se recomienda el uso de glucocorticoide sistémico como terapia de mantenimiento crónico en el paciente con asma sin previa indicación por especialista. El uso de glucocorticoides sistémicos, a la mínima dosis necesaria y durante el menor tiempo posible, debe reservarse como último recurso para los casos en los que no se alcance el control con otras opciones terapéuticas verificando el escalón terapéutico adecuado. En este caso, deberá realizar la vigilancia, prevención o tratamiento de sus posibles efectos adversos y priorizar la remisión al especialista.	Fuerte a favor 15,19,28
Población general	Una dosis anual acumulada mayor o igual a 0,5 g o uso de 3 o más ciclos de glucocorticoide sería indicativa de un mal control del asma.	Fuerte a favor ²⁸

Punto de buena práctica clínica: En pacientes con asma que no logran control adecuado con la terapia, se recomienda avanzar en la estrategia terapéutica, adicional a manejo de comorbilidades, factores de riesgo y factores ambientales, búsqueda de rasgos tratables y herramientas que permitan evitar el uso crónico y prolongado de corticoides sistémicos y, en caso de tener indicación, considerar herramientas como el inicio de terapia biológica considerando las guías de práctica clínica, recomendaciones basadas en evidencia y lineamientos vigentes.

Tabla 5.

Crisis asmática.

Población	Recomendación	Fuerza de la recomendación
Menores de 5 años	En pacientes con crisis asmática en urgencias menores de 5 años se sugiere el inicio precoz de glucocorticoides sistémicos orales en ciclo corto con dosis de: Prednisona de 1 mg/kg/día hasta un máximo de: 20 mg/día para niños de 0 a 2 años; 30 mg/día para niños de 3 a 5 años. O dexametasona 0,3 a 0,6 mg/kg/día durante 1-2 días.	Fuerte a favor ²⁵
Niños de 6 a 12 años	En pacientes de 6 a 11 años con crisis asmática moderada y grave la dosis recomendada de glucocorticoides orales es: 1 mg/kg/día durante 3 a 5 días con dosis máxima día 40 mg. En pacientes con crisis asmática moderada y grave mayores de 12 años la dosis recomendada de glucocorticoides orales es de 1 mg/kg/día, hasta un máximo de 40 – 50 mg/día en ciclo corto (5 a 7 días). Una vez finalizado el ciclo corto de glucocorticoide debe ser suspendido y no precisa una retirada gradual.	Fuerte a favor ^{24,25}
Mayores de 12 años	En pacientes mayores de 12 años con crisis asmática moderada a grave, está indicado recibir glucocorticoides orales precozmente administrados en ciclo corto adicional al esquema terapéutico apropiado para el manejo de la crisis, considerando que no existan contraindicaciones.	Fuerte a favor ^{24,25}
Adultos	Se recomienda el uso precoz, a dosis altas, de glucocorticoides inhalados, durante la primera hora de asistencia del paciente con crisis asmática moderada a grave. La utilización de glucocorticoides inhalados junto a glucocorticoides sistémicos proporciona una reducción aún mayor del número de ingresos	Fuerte a favor ^{20,24,25}

Punto de buena práctica clínica: Los glucocorticoides IV deben usarse y reservarse para casos de riesgo vital, dificultad para usar vía oral o vómito persistente.

Punto de buena práctica clínica: El uso de glucocorticoides sistémicos en crisis no justifica su uso repetido en el manejo ambulatorio del paciente con diagnóstico de asma.

Tabla 6.

Seguimiento de la crisis asmática.

Población	Recomendación	Fuerza de la recomendación
Población general	Se recomienda en el paciente con crisis asmática iniciar o continuar el tratamiento con glucocorticoide inhalado antes del egreso hospitalario, como parte integral del tratamiento del paciente asmático.	Fuerte a favor ²⁵

Tabla 7.

Recomendaciones de implementación.

Población	Recomendación	Fuerza de la recomendación
Población general con asma	Se recomienda implementar una lista de chequeo para evaluar la presencia de posibles efectos adversos secundarios al uso de glucocorticoides sistémicos y de dosis alta de corticoide inhalado, considerando la relación dosis tiempo y la dosis acumulada de glucocorticoide sistémico con el riesgo asociado a este.	Fuerte a favor ^{8,16,19,32}
Población general con asma	La formación continua en todos los profesionales de salud debe incluir educación en el uso de glucocorticoides en búsqueda de garantizar que quienes lo prescriben lo hagan de manera apropiada, asegurando el	Fuerte a favor ³³

Tabla 7. (cont.)

Población	Recomendación	Fuerza de la recomendación
	diagnóstico correcto y la necesidad, así como la dosis correcta para el período de tiempo relevante y la vigilancia a los posibles eventos adversos.	
Población general con asma	Se recomienda que las instituciones prestadoras de servicios de salud desarrollen un plan de capacitación en uso de glucocorticoides en asma con una periodicidad mínima de 2 años considerando la rotación del personal y cambios en la evidencia.	Punto de buena práctica clínica ³³
Población general con asma	Se recomienda que las Instituciones Prestadoras de Salud, así como los servicios farmacéuticos, implementen un sistema de monitoreo alertas tempranas a través del cual se marquen aquellos pacientes que se encuentren en el Umbral de Alerta para el uso de glucocorticoides, de tal forma que se priorice su evaluación y seguimiento.	Punto de buena práctica clínica
Población general con asma	Se recomienda incluir dentro del equipo de atención en salud para los pacientes con diagnóstico de asma profesionales en química farmacéutica, de manera específica, para evaluar y supervisar los pacientes que se encuentren en Umbral de Alerta de uso de Glucocorticoides.	Fuerte a favor ³³
Población general con asma	Se recomienda que las IPS y las EAPB (o quien haga a sus veces) implementen algoritmos informáticos que permitan identificar y marcar la sobreutilización de glucocorticoides sistémicos en rangos de umbral de alerta (dosis acumulada mayor o igual a 0.5gr o 3 o más ciclos), con el fin de verificar su control, atención y posibles eventos adversos, y generar alertas tempranas en la historia clínica para optimizar el tratamiento.	Fuerte a favor Punto de buena práctica clínica.
Población general con asma	Dado que el país no cuenta con una GPC actualizada para el manejo de pacientes pediátricos con asma, y no cuenta con GPC para el manejo de asma en adultos, se recomienda la adopción o adaptación de guías vigentes como la guía GEMA o las recomendaciones de la iniciativa GINA como estrategia para optimizar el uso racional de glucocorticoides.	Punto de buena práctica clínica.

Durante la discusión con los expertos, se consideró necesario incorporar herramientas que faciliten la implementación de las recomendaciones en la práctica clínica, las cuales se presentan a continuación, en las [tablas 8 a la 11](#):

Herramientas para la implementación

Tabla 8.

Equivalencias para dosis de glucocorticoides IV.

Fármaco	Dosis Equivalente a 5 mg de Prednisolona
Hidrocortisona	20 mg
Prednisolona	5 mg
Metilprednisolona	4 mg
Dexametasona	0,75 mg
Betametasona	0,6 - 0,75 mg

Las equivalencias de dosis para los glucocorticoides administrados por vía endovenosa (IV) son generalmente las mismas que para la vía oral en la mayoría de los casos, ya que la biodisponibilidad de muchos de estos fármacos es alta y la potencia antiinflamatoria es similar. A continuación, se presenta una tabla de equivalencias de dosis, tomando como referencia 5 mg de prednisolona o prednisona oral, que se consideran intercambiables con las dosis intravenosas correspondientes de los fármacos listados.

Tabla 9.

Equivalencias para dosis de glucocorticoides sistémicos.

Fármaco	Dosis Equivalente a 5 mg de Prednisolona
Betametasona	0,6 - 0,75 mg
Deflazacort	~6 mg
Cortisona	25 mg
Dexametasona	0,75 mg
Hidrocortisona	20 mg
Metilprednisolona	4 mg
Prednisolona	5 mg
Prednisona	5 mg

A continuación, se presenta una tabla de equivalencias de dosis de los glucocorticoides sistémicos más comunes, tomando como referencia estándar 5 mg de prednisolona.

Tabla 10.

Dosis altas, medias o bajas de esteroide inhalado niños de 6 a 12 años.

Fármaco Inhalado	Dosis Diaria Baja (ug\)/día)	Dosis Diaria Media (ug\)/día)	Dosis Diaria Alta (ug\)/día)
Dipropionato de beclometasona (pMDI, partícula estándar, HFA)	100 – 200	>200-400	>400
Dipropionato de beclometasona (pMDI, partícula ultrafina, HFA)	50 – 100	>100-200	>200
Budesonida (DPI o pMDI, partícula estándar, HFA)	100 - 200	>200-400	>400
Budesonida (nebulas)	250-500	>500-1000	>1000
Ciclesonida (pMDI, partícula ultrafina, HFA)	80	>80 – 160	>160
Furoato de Fluticasona (DPI)	50		n.a
Propionato de Fluticasona (DPI)	50-100	>100-200	>200
Propionato de Fluticasona (pMDI, partícula estándar, HFA)	50-100	>100-200	>200
Furoato de mometasona (pMDI, partícula estándar, HFA)	100		200

A diferencia de los glucocorticoides sistémicos (orales o IV), donde se puede establecer una dosis equivalente en mg, el uso de los corticoides inhalados (CSI) se basa en la dosis diaria total expresada en microgramos (µg), y se categoriza en rangos de dosis (baja, media y alta) debido a sus diferentes potencias y biodisponibilidades pulmonares.

La siguiente tabla, basada en directrices clínicas internacionales, muestra las dosis diarias aproximadas: niños de 6 a 11 años. Fuente: GINA²⁴

Tabla 11.

Dosis altas, medias o bajas de esteroide inhalado para adultos, adolescentes y niños mayores de 12 años.

Fuente: GINA²⁴

Fármaco inhalado	Dosis diaria baja (ug\)/día)	Dosis diaria media (ug\)/día)	Dosis diaria alta (ug\)/día)
Dipropionato de beclometasona (pMDI, partícula estándar, HFA)	200-500	500-1000	1000
Dipropionato de beclometasona (pMDI, partícula ultrafina, HFA)	100-200	200-400	>400
Budesonida (DPI o pMDI, partícula estándar, HFA)	200-400	>400-800	>800
Budesonida (nebulas)			
Ciclesonida (pMDI, partícula ultrafina, HFA)	80-160	>160-320	>320
Furoato de Fluticasona (DPI)	100		200
Propionato de Fluticasona (DPI)	100-250	>250-500	>500
Propionato de Fluticasona (pMDI, partícula estándar, HFA)	100-250	>250-500	>500
Furoato de mometasona (pMDI, partícula estándar, HFA)	200-400		>400
Furoato de mometasona (DPI)	Depende del dispositivo DPI – Revisar la información del producto		

Fórmula para el cálculo de dosis total acumulada de glucocorticoides para el periodo. Dosis total del periodo (mg) = dosis diaria equivalente de prednisona (mg/día) × duración del periodo (días)

Discusión

Este consenso incorpora la perspectiva de múltiples áreas del conocimiento que hacen parte integral de la atención del paciente con asma, tanto pediátrico como adulto, para dar una respuesta a la necesidad y el contexto identificado en torno al riesgo de sobre uso de los glucocorticoides para el manejo del paciente con asma. La evidencia es homogénea respecto a los riesgos para la salud del uso de los glucocorticoides en los pacientes con asma, de tal forma que este consenso enfatiza la necesidad del adecuado uso de los GC y su seguimiento, para identificar oportunamente posibles efectos adversos relacionados y reevaluar el manejo controlador que se brinda al paciente. Al ser un consenso cuyo alcance es brindar recomendaciones sobre el uso de GC, se recomienda la articulación con recomendaciones sobre tratamiento integral proveniente de GPC como GEMA y la iniciativa GINA. De igual manera, se consideró por parte del grupo de expertos, que es indispensable la formación continua de los equipos de salud, la monitorización de dosis acumuladas y la identificación de umbrales de alerta, como aspectos clave para prevenir complicaciones y mejorar el control del asma.

El Consenso de expertos contó con el aval de: Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, ASONEUMOCITO, Asociación Colombiana de Pediatría, Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI), Universidad El Rosario, Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología, Asociación Colombiana de Medicina de Urgencias y Emergencias, Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral.

Agradecimientos: a las sociedades científicas, instituciones participantes y a todos quienes participaron y contribuyeron al desarrollo del consenso: Doctor Agamenon Quintero, Presidente. Asociación Colombiana de Sociedades Científicas; Doctor

Federico Ruiz, Director Ejecutivo. Asociación Colombiana de Sociedades Científicas; Diana Consuelo Acero, Enfermera, Epidemióloga; Bethy Camargo, Neumóloga Pediatra, Delegada de la Asociación Colombiana de Pediatría; Sarah Andrea Pulido Fentanes, Neumóloga Pediatra, Delegada de la Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica (ACNP); Diana Julieta Díaz Castellanos, MD, Magíster en Salud Pública y Economía de la Salud y del Medicamento, Gerente de Salud. delegada de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI); Lina María Saldarriaga Rivera, Internista, Reumatóloga, Delegada de la Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI); Yury Forlan Bustos Martinez, Emergenciólogo, Epidemiólogo, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Delegado Universidad del Rosario; Carlos Alberto Calderon-Ospina, Grupo de Investigación en Ciencias Biomédicas Aplicadas (UR Biomed), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Delegado de la Universidad del Rosario.

Financiamiento: el desarrollo de este consenso contó con apoyo logístico de diversas instituciones y un patrocinio por parte de AstraZeneca, sin influencia en las recomendaciones.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés. El desarrollo del consenso contó con el apoyo logístico de diversas instituciones, sin influencia en las recomendaciones.

Consentimiento informado: no aplica.

Uso de Inteligencia Artificial: ninguna parte del estudio fue generada ni asistida por software o herramientas de inteligencia artificial.

Contribución de autores: todos los autores participaron en la concepción y el diseño del estudio, la recogida, análisis e interpretación de los datos, en la redacción del manuscrito y en su revisión crítica.

El Editor en Jefe, Dr. Francisco Arancibia, realizó el seguimiento del proceso de revisión y aprobó este artículo.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Asociación Pediátrica de Neumología Pediátrica. Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico, atención integral y seguimiento de niños y niñas con diagnóstico de asma. 2013. [Internet]. [Consultado 20 feb 2026]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc-prest-salud-asma.pdf>
2. Perez A, Garavito L, Moyano L, Celis C, Manrique L, Piotrostanalzki A et al. Utilización de corticoides orales para el manejo de pacientes con asma en el sistema de salud de Colombia. *Respirar* 2024;16(4):341-55. <https://doi.org/10.55720/respirar.16.4.2>
3. Normansell R, Kew KM, Mansour G. Different oral corticosteroid regimens for acute asthma. Cochrane Airways Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011801.pub2>
4. Edmonds ML, Milan SJ, Brenner BE, Camargo Jr CA, Rowe BH. Inhaled steroids for acute asthma following emergency department discharge. Cochrane Airways Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002316.pub2>
5. National Asthma Education and Prevention Program. Long-term management of asthma in children: Effectiveness of inhaled corticosteroids compared to other medications. *J Allergy Clin Immunol* 2002;110(5):S147-60. [https://doi.org/10.1016/S0091-6749\(02\)80005-7](https://doi.org/10.1016/S0091-6749(02)80005-7)
6. Bourdin A, Adcock I, Berger P, Bonniaud P, Chanson P, Chenivresse C et al. How can we minimize the use of regular oral corticosteroids in asthma? *Eur Respir Rev* 2020;29(155):190085. <https://doi.org/10.1183/16000617.0085-2019>
7. Bleecker ER, Menzies-Gow AN, Price DB, Bourdin A, Sweet S, Martin AL et al. Systematic Literature Review of Systemic Corticosteroid Use for Asthma Management. *Am J Respir Crit Care Med* 2020;201(3):276-93. <https://doi.org/10.1164/rccm.201904-0903SO>
8. Savran O, Suppli Ulrik C. Inhaled Corticosteroid Exposure and Risk of Cataract in Patients with Asthma and COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Ophthalmol* 2023;2023(1):8209978. <https://doi.org/10.1155/2023/8209978>
9. Patel R, Naqvi SA, Griffiths C, Bloom CI. Systemic adverse effects from inhaled corticosteroid use in asthma: a systematic review. *BMJ Open Respir Res* 2020;7(1):e000756. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2020-000756>

10. Kearns N, Majiers I, Harper J, Beasley R, Weatherall M. Inhaled Corticosteroids in Acute Asthma: A Systemic Review and Meta-Analysis. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2020;8(2):605-617.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2019.08.051>
11. Castro-Rodríguez JA, Pincheira MA, Escobar-Serna DP, Sossa-Briceño MP, Rodríguez-Martínez CE. Adding nebulized corticosteroids to systemic corticosteroids for acute asthma in children: A systematic review with meta-analysis. *Pediatr Pulmonol* 2020;55(10):2508-17. <https://doi.org/10.1002/ppul.24956>
12. Wu K, Michalski A, Cortes D, Rozenberg D, Mathur S. Glucocorticoid-induced myopathy in people with asthma: a systematic review. *J Asthma* 2022;59(7):1396-409. <https://doi.org/10.1080/02770903.2021.1926488>
13. Haughney J, Winders T, Holmes S, Chanez P, Menzies-Gow A, Kocks J et al. A Charter to Fundamentally Change the Role of Oral Corticosteroids in the Management of Asthma. *Adv Ther* 2023;40(6):2577-94. <https://doi.org/10.1007/s12325-023-02479-0>
14. Marques J, Duarte-Ramos F, Ferreira MB, Lima R, Lopes C, Sokolova A et al. Optimizing the use of systemic corticosteroids in severe asthma (ROSA II project): a national Delphi consensus study. *Pulmonology* 2023;29:555-63. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2023.07.003>
15. Blakey J, Chung LP, McDonald VM, Ruane L, Gornall J, Barton C et al. Oral corticosteroids stewardship for asthma in adults and adolescents: A position paper from the Thoracic Society of Australia and New Zealand. *Respirology* 2021;26(12):1112-30. <https://doi.org/10.1111/resp.14147>
16. Suehs CM, Menzies-Gow A, Price D, Bleecker ER, Canonica GW, Gurnell M et al. Expert Consensus on the Tapering of Oral Corticosteroids for the Treatment of Asthma. A Delphi Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2021;203(7):871-81. <https://doi.org/10.1164/rccm.202007-2721OC>
17. Bleecker ER, Al-Ahmad M, Bjermer L, Caminati M, Canonica GW, Kaplan A et al. Systemic corticosteroids in asthma: A call to action from World Allergy Organization and Respiratory Effectiveness Group. *World Allergy Organ J* 2022;15(12):100726. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2022.100726>
18. Domínguez-Ortega J, Delgado Romero J, Muñoz Gall X, Marco A, Blanco-Aparicio M. Uso de glucocorticoides sistémicos para el tratamiento del asma grave: Consenso multidisciplinar español. *Open Respir Arch* 2022;4(4):100202. <https://doi.org/10.1016/j.opresp.2022.100202>
19. Rowe BH, Spooner C, Ducharme F, Bretzlaff J, Bota G. Early emergency department treatment of acute asthma with systemic corticosteroids. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;1:CD002178. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002178>
20. Álvarez-Gutiérrez FJ, Blanco Aparicio M, Casas Maldonado F, Plaza V, Soto Campos G, González-Barcala FJ et al. Documento de consenso de asma grave. Actualización 2025. *Open Respir Arch* 2025;7(4):100486. <https://doi.org/10.1016/j.opresp.2025.100486>
21. García G, Vázquez-García JC, Berna M, Cano Salas M.. Asociación Latinoamericana de Tórax • Associação Latino-Americana do Tórax SOCIEDADES PARTICIPANTES Asma Grave Basada en Evidencia Latinoamericana de 2020. [Internet]. [Consultado 20 feb 2026]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/348881745_Associacion_Latino-Americana_de_Torax_Associacao_Latino-Americana_do_Torax_SOCIEDADES_PARTICIPANTES_ALAT-Asthma_Guideline_an_evidence-based_assesment_Latinoamericana_de
22. British Thoracic Society. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management (BTS, NICE, SIGN). [Internet]. [Consultado 20 feb 2026]. Disponible en: <https://www.brit-thoracic.org.uk/clinical-resources/guidelines/asthma-chronic/>
23. Guía Española para el manejo del Asma 5.5. 2025. [Internet]. [Consultado 20 feb 2026]. Disponible en: <https://www.separ.es/gema-5.5-asma>
24. Global Initiative for Asthma. 2025 GINA Strategy Report. Global Strategy for Asthma Management and Prevention.[Internet]. [Consultado 20 feb 2026]. Disponible en: <https://ginasthma.org/2025-gina-strategy-report/>
25. NICE. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. 2017 [Internet]. [Consultado 20 feb 2026]. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng80
26. Plaza V, Alobid I, Alvarez C, Blanco M, Ferreira J, García G et al. Guía española para el manejo del asma (GEMA) versión 5.1. Aspectos destacados y controversias. *Arch Bronconeumol* 2022;58(2):150-8. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.05.010>
27. Global Initiative for Asthma. Guía GINA 2025. [Internet]. [Consultado 20 feb 2026]. Disponible en: <https://neumoped.org/guia-gina-2025/>
28. Sayyad JJA, Fedorowicz Z, Alhashimi D, Jamal A. Topical nasal steroids for intermittent and persistent allergic rhinitis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003163.pub4>
29. Bleecker ER, Al-Ahmad M, Bjermer L, Caminati M, Canonica GW, Kaplan A et al. Systemic corticosteroids in asthma: A call to action from World Allergy Organization and Respiratory Effectiveness Group. *World Allergy Organ J* 2022;15:100726. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2022.100726>
30. Haughney J, Winders T, Holmes S, Chanez P, Menzies-Gow A, Kocks J et al. A Charter to Fundamentally Change the Role of Oral Corticosteroids in the Management of Asthma. *Advances in Therapy*. *Adis* 2023;2577-94. <https://doi.org/10.1007/s12325-023-02479-0>

Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda.

“treatment” in Title Abstract Keyword AND “Asthma” in Title Abstract Keyword AND “glucocorticoid” in Title Abstract Keyword.

(("Asthma"[Mesh]) AND "Glucocorticoids" [Pharmacological Action]) AND "Practice Guideline" [Publication Type]

(("Asthma"[Mesh]) AND "therapy" [Subheading]) AND "Consensus Development Conference" [Publication Type] Filters: from 2019 – 2024

((“Asthma”[Mesh])) AND “treatment”) AND “Practice Guideline” [Publication Type] Filters: from 2019 – 2024
 (Asthma) AND (Systemic corticosteroids) Filters: Free full text, Systematic Review, from 2019 – 2024

Los motores de búsqueda fueron: PubMed, GIN, Cochrane y adicional búsqueda manual. Los criterios de inclusión definidos a priori fueron: RSL, GPC basadas en evidencia, Consensos de expertos, idiomas inglés y español, y poder acceder al texto completo.

Anexo 2. Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión para esta búsqueda fueron: GPC basadas en evidencia, año de publicación 2015 en adelante, aborden tratamiento farmacológico, niños y adultos. Cómo criterios de exclusión se consideró idiomas diferentes a español e inglés. Una vez realizada la búsqueda, se inició el proceso de selección de acuerdo con los criterios definidos a priori. Aquellas GPC que cumplieran los criterios fueron incluidas en la síntesis de la evidencia, de tal forma que se identificaron las recomendaciones orientadas al tratamiento con corticoides orales de los pacientes con diagnóstico de asma. De igual manera, se realizó la extracción del nivel y la calidad de la evidencia.

Anexo 3. Uso de glucocorticoides en pacientes con asma, tanto en población adulta como pediátrica.

Tabla 12

Fuente	Título	Selección
Cochrane	Different oral corticosteroid regimens for acute asthma	SI
Cochrane	Regular treatment with formoterol and an inhaled corticosteroid versus regular treatment with salmeterol and an inhaled corticosteroid for chronic asthma: serious adverse events	NO
Cochrane	Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children	NO
Cochrane	Early emergency department treatment of acute asthma with systemic corticosteroids	SI
Cochrane	Troleandomycin as an oral corticosteroid sparing agent in stable asthma SO: Cochrane Database of Systematic Reviews	NO
Cochrane	Parent-initiated oral corticosteroid therapy for intermittent wheezing illnesses in children	SI
Cochrane	Holding chambers versus nebulisers for inhaled steroids in chronic asthma SO: Cochrane Database of Systematic Reviews	NO
Cochrane	Inhaled steroids for acute asthma following emergency department discharge SO: Cochrane Database of Systematic Reviews	SI
Cochrane	Intravenous aminophylline for acute severe asthma in children over two years receiving inhaled bronchodilators	NO
Cochrane	Inhaled versus oral steroids for adults with chronic asthma	SI
Cochrane	Addition of anti-leukotriene agents to inhaled corticosteroids for chronic asthma	NO
Cochrane	Topical nasal steroids for intermittent and persistent allergic rhinitis in children	NO
Cochrane	Calcitonin for preventing and treating corticosteroid-induced osteoporosis	NO
Cochrane	Interventions for preventing high altitude illness: Part 1. Commonly-used classes of drugs	NO
Cochrane	Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease	NO
Cochrane	Epinephrine for bronchiolitis	NO

Tabla 12. (cont.)

Fuente	Título	Selección
PubMed	Spanish Asthma Management Guidelines (GEMA) v.5.1. Highlights and Controversies.	*(GPC incluida en etapa previa)
PubMed	Implementation and Improvement of Pediatric Asthma Guideline Improves Hospital-Based Care.	NO
PubMed	Asthma : Tunisian Society of RespiratoryDiseases and Allergology Guidelines.	NO
PubMed	[Clinical practice guideline on asthma (part II)].	NO
PubMed	NAEPP updates guidelines for the diagnosis and management of asthma	NO
PubMed	Effects of early treatment on the progression of asthma	NO
PubMed	Combination therapy: addition of other long-term-control medications to inhaled corticosteroids.	NO
PubMed	Long-term management of asthma in children: safety of inhaled corticosteroids	SI
PubMed	Long-term management of asthma in children: effectiveness of inhaled corticosteroids compared to other medications.	SI
PubMed	The use of newer asthma and allergy medications during pregnancy. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) and The American College of Allergy, Asthma and Immunology (ACAAI).	NO
PubMed	Controlling asthma. Highlights of the 1999 Canadian Asthma Consensus Report.	NO
PubMed	The 1997 Asthma Management Guidelines and therapeutic issues relating to the treatment of asthma. National Heart, Lung, and Blood Institute.	NO
PubMed	Recommendations for asthma management in adults and children. German Respiratory Tract League].	NO
PubMed	[Recommendations of the German Respiratory Tract League on asthma management of adults and children. The German Respiratory Tract League].	NO
PubMed	Is asthma control more than just an absence of symptoms? An expert consensus statement.	NO
PubMed	Global Quality Statements on Reliever Use in Asthma in Adults and Children Older than 5 Years of Age	NO
PubMed	Mexican consensus on fractional exhaled nitric oxide (FeNO) in asthma 2020	NO
PubMed	How can we minimise the use of regular oral corticosteroids in asthma?	SI
PubMed	Severe T2-high asthma in the biologics era: European experts' opinion.	NO
PubMed	EUFOREA consensus on biologics for CRSwNP with or without asthma.	NO
PubMed	Managing Asthma in Adolescents and Adults: 2020 Asthma Guideline Update From the National Asthma Education and Prevention Program	NO
PubMed	Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/American College of Allergy, Asthma and Immunology Joint Task Force on Practice Parameters GRADE- and Institute of Medicine-based recommendations	NO
PubMed	Diagnosis and management of NSAID-Exacerbated Respiratory Disease (N-ERD)-a EAACI position paper	NO
PubMed	European Respiratory Society guidelines for the management of children and adolescents with bronchiectasis.	NO
PubMed	EAACI Guidelines on Allergen Immunotherapy: House dust mite-driven allergic asthma	NO
PubMed	The chronic rhinosinusitis practice parameter.	NO

Tabla 12. (cont.)

Fuente	Título	Selección
PubMed	Japanese guidelines for childhood asthma 2020	NO
PubMed	Summary for Clinicians: Clinical Practice Guideline for the Use of Fractional Exhaled Nitric Oxide to Guide the Treatment of Asthma.	NO
PubMed	Translated article] Spanish Asthma Management Guidelines (GEMA) v.5.1. Highlights and Controversies	NO
PubMed	National Asthma Education and Prevention Program 2020 Guidelines: What's Important for Primary Care	NO
PubMed	Managing Chronic Cough Due to Asthma and NAEB in Adults and Adolescents: CHEST Guideline and Expert Panel Report.	NO
PubMed	Adult Patients with Respiratory Distress: Current Evidence-based Recommendations for Prehospital Care	NO
PubMed	2020 Brazilian Thoracic Association recommendations for the management of asthma.	NO
PubMed	Expert consensus recommendations for the management of asthma in older adults.	NO
PubMed	Updated guidelines (2021) for management and follow-up of asthmatic patients of the French Society of Pneumology (SPLF) and the French Society of Pediatric Pneumology and Allergology (SP2A). Short version	NO
PubMed	Clinical Practice Guideline: Immunotherapy for Inhalant Allergy	NO
PubMed	The management of asthma as a chronic inflammatory disease and global health problem: A position paper from the scientific societies	NO
PubMed	Systemic treatments for atopic dermatitis (eczema): Systematic review and network meta-analysis of randomized trials.	NO
PubMed	Systematic Literature Review of Systemic Corticosteroid Use for Asthma Management.	SI
PubMed	Anti-IL-5 therapies for asthma	SI
PubMed	Safety of corticosteroids in young children with acute respiratory conditions: a systematic review and meta-analysis	NO
PubMed	Vitamin D for the management of asthma	NO
PubMed	Combination fixed-dose beta agonist and steroid inhaler as required for adults or children with mild asthma	NO
PubMed	European Respiratory Society guideline on long-term management of children with bronchopulmonary dysplasia	NO
PubMed	Inhaled Corticosteroid Exposure and Risk of Cataract in Patients with Asthma and COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis.	SI
PubMed	Interventions for escalation of therapy for acute exacerbations of asthma in children: an overview of Cochrane Reviews	NO
PubMed	Improvement in Smell Using Monoclonal Antibodies Among Patients With Chronic Rhinosinusitis With Nasal Polyps: A Systematic Review	NO
PubMed	Oral steroid-sparing effect of high-dose inhaled corticosteroids in asthma	SI
PubMed	Systemic adverse effects from inhaled corticosteroid use in asthma: a systematic review	SI
PubMed	Aspirin desensitization in NSAID-exacerbated respiratory disease and its outcomes in the clinical course of asthma: A systematic review of the literature and meta-analysis.	NO

Tabla 12. (cont.)

Fuente	Título	Selección
PubMed	Combination fixed-dose β agonist and steroid inhaler as required for adults or children with mild asthma: a Cochrane systematic review.	NO
PubMed	Use of ketamine in patients with refractory severe asthma exacerbations: systematic review of prospective studies.	NO
PubMed	Vitamin D supplementation in childhood asthma: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials	NO
PubMed	Experimental Glucocorticoid Receptor Agonists for the Treatment of Asthma: A Systematic Review.	NO
PubMed	Inhaled Corticosteroids in Acute Asthma: A Systemic Review and Meta-Analysis	SI
PubMed	Adding nebulized corticosteroids to systemic corticosteroids for acute asthma in children: A systematic review with meta-analysis	SI
PubMed	Evaluating the effectiveness of systemic corticosteroids to mitigate relapse in children assessed and treated for acute asthma: A network meta-analysis	SI
PubMed	Glucocorticoid-induced myopathy in people with asthma: a systematic review	SI
GIN	Adult Asthma Care: Promoting Control of Asthma	NO
GIN	Asthma in adults	NO
GIN	Asthma in children	NO
GIN	Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management (NG80)	NO
GIN	British guideline on the management of asthma (SIGN CPG 158)	NO
GIN	Chronic cough due to asthma: ACCP evidence-based clinical practice guidelines	NO
GIN	Chronic cough due to nonasthmatic eosinophilic bronchitis: ACCP evidence-based clinical practice guidelines	NO
GIN	Descripción de la metodología de elaboración-adaptación-actualización empleada en la guía de práctica clínica sobre asma de la Comunidad Autónoma del País Vasco (Informe n°: Ostebea D-05-03)	NO
GIN	Diagnosis and Management of Asthma in Adults	NO
GIN	Diagnosis and Management of Asthma in Children	NO
GIN	Guía de Práctica Clínica sobre Asma Infantil (Informe n°: Ostebea GPC 15/02a)	NO
Manual	A Charter to Fundamentally Change the Role of Oral Corticosteroids in the Management of Asthma	SI
Manual	Expert consensus on the use of systemic glucocorticoids for managing eosinophil-related diseases	NO
Manual	Optimizing the use of systemic corticosteroids in severe asthma (ROSAIproject): a national Delphi consensus study	SI
Manual	Oral corticosteroids stewardship for asthma in adults and adolescents: A position paper from the Thoracic Society of Australia and New Zealand	SI
Manual	Expert Consensus on the Tapering of Oral Corticosteroids for the Treatment of Asthma	SI
Manual	Systemic corticosteroids in asthma: A call to action from World Allergy Organization and Respiratory Effectiveness Group	SI
Manual	Uso de glucocorticoides sistémicos para el tratamiento del asma grave: Consenso multidisciplinar español.	SI
Manual	Reducing oral corticosteroids in severe asthma (ROSA Project): a nationwide Portuguese consensus	SI

Anexo 4. y 5

Tablas de evidencia

Disponibles en la web [aquí](#)