

SOLUCIONES PRÁCTICAS PARA UN CONTROL EFECTIVO DEL ASMA

Manuel Alcántara Villar
(coordinador)



Universidad
Internacional
de Andalucía

ISBN: 978-84-7993-427-9 (edición PDF web).

Enlace: <http://hdl.handle.net/10334/9571> Licencia de uso: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

CAPÍTULO 8

INTERVENCIONES EFICACES EN UNA CRISIS ASMÁTICA: GUÍA PASO A PASO

CELIA LACÁRCEL BAUTISTA, PILAR BARRAGÁN REYES
Y YOSAINIS YANINE PORTILLO GUTIÉRREZ
Servicio Neumología Hospital Universitario de Jaén



Resumen

El capítulo detalla las intervenciones clave para abordar eficazmente una crisis asmática, enfatizando la importancia del diagnóstico temprano, la evaluación precisa y el tratamiento oportuno. Se define la crisis asmática como un empeoramiento agudo de la condición clínica, que puede variar desde leve hasta potencialmente mortal. Identificar su gravedad mediante medidas clínicas y funcionales, como el FEV1 o FEM, es crucial para guiar el tratamiento. El manejo inicial incluye oxigenoterapia para corregir la hipoxemia y broncodilatadores de acción rápida (SABA) para aliviar la obstrucción. En casos moderados o graves, se agregan glucocorticoides sistémicos y, ocasionalmente, bromuro de ipratropio. Las crisis más severas pueden requerir hospitalización, ventilación mecánica o ingreso a UCI. El capítulo destaca la importancia de un plan de acción escrito al alta, incluyendo instrucciones claras sobre el uso de inhaladores y seguimiento médico para prevenir recaídas. Finalmente, subraya la necesidad de reevaluar continuamente la respuesta al tratamiento para optimizar resultados y reducir riesgos.

Palabras clave

Crisis asmática, diagnóstico temprano, evaluación clínica, FEV1, FEM, oxigenoterapia, broncodilatadores de acción rápida, glucocorticoides sistémicos, bromuro de ipratropio, plan de acción, seguimiento médico, hospitalización.

Abstract

The chapter outlines key interventions for effectively managing an asthma crisis, emphasizing early diagnosis, accurate assessment, and timely treatment. An asthma crisis is defined as an acute worsening of the clinical condition, ranging from mild to life-threatening. Identifying its severity through clinical and functional measures, such as FEV1 or PEF, is essential for guiding treatment. Initial management includes oxygen therapy to correct hypoxemia and rapid-acting bronchodilators (SABA) to relieve obstruction. For moderate or severe cases, systemic corticosteroids and, occasionally, ipratropium bromide are added. Severe crises may require hospitalization, mechanical ventilation, or ICU admission. The chapter highlights the importance of a written action plan upon discharge, including clear instructions on inhaler use and medical follow-up to prevent relapses. Finally, it stresses the need for continuous reassessment of treatment response to optimize outcomes and reduce risks.

Keywords

Asthma exacerbation, early diagnosis, clinical evaluation, FEV1, PEF, oxygen therapy, rapid-acting bronchodilators, systemic corticosteroids, ipratropium bromide, action plan, medical follow-up, hospitalization.



1. Introducción

El asma es un síndrome que incluye diversos fenotipos clínicos y que clásicamente, se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, donde participan distintas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos, que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible. Al ser una enfermedad crónica, incluida en las diferentes estrategias de cronicidad vigentes, el objetivo de su abordaje es alcanzar y mantener el control de la patología y la prevención del riesgo futuro, especialmente de las exacerbaciones, que pueden poner en riesgo la vida del paciente y generar una carga para la sociedad.

2. ¿Cuándo estamos ante una crisis asmática?

Se entiende por crisis de asma a aquel episodio de deterioro de la situación clínica basal de un paciente que implica la necesidad de administrar tratamiento específico. Además de crisis, en la literatura puede recibir otras denominaciones tales como agudización, exacerbación, o ataque de asma. Si bien puede ocurrir en pacientes con diagnóstico previo de asma también puede ser la primera manifestación de la enfermedad y aparecer como un episodio agudo de disnea, tos, sibilantes u otros síntomas respiratorios. Las exacerbaciones normalmente ocurren en respuesta a determinados agentes externos (infecciones virales del tracto aéreo superior, polen, polución o alergias alimentarias) o debido a la pobre adherencia al tratamiento, si bien también pueden aparecer en pacientes con mediano o buen control de sus síntomas. Según la rapidez de instauración de las crisis, existen dos tipos: las de instauración lenta (normalmente en días o semanas) y las de instauración rápida (en menos de 3 horas), que deben identificarse por tener causas, patogenia y pronóstico diferentes. Las de instauración lenta (más del 80 % de las que acuden a Urgencias) se deben frecuentemente a infecciones respiratorias altas o a un mal control de la enfermedad por incumplimiento terapéutico; el mecanismo fundamental del deterioro es la inflamación y la respuesta al tratamiento es también lenta. Mientras que las de instauración rápida se deben a alérgenos inhalados, fármacos (AINE o β -bloqueantes), alimentos (por alergia alimentaria, especialmente, leche y huevo en la infancia y panalérgenos relacionados con



proteínas transportadoras de lípidos en frutos secos, frutas y vegetales; o por aditivos y conservantes) o estrés emocional; el mecanismo es la broncoconstricción y, aunque tienen una mayor gravedad inicial (con mayor riesgo de intubación y muerte), la respuesta al tratamiento es más favorable y rápida. Desde el punto de vista clínico son episodios caracterizados por un aumento progresivo en la dificultad para respirar, sensación de falta de aire, sibilancias, tos y opresión torácica, o una combinación de estos síntomas. A esto se le agrega una disminución en el flujo de aire espirado, que puede documentarse y cuantificarse a través de la medida de la función pulmonar (volumen espiratorio máximo en el primer segundo [FEV1] o flujo espiratorio máximo [FEM]). La Iniciativa Global para el Asma (GINA) propone, de acuerdo con el grado de control de la enfermedad, una clasificación que incluye el asma controlada, parcialmente controlada e incontrolada. El asma incontrolada sería aquella en la que, a pesar de una estrategia terapéutica adecuada a su nivel de gravedad, las manifestaciones clínicas no se ajustan a los criterios definidos como control de la enfermedad. El riesgo para presentar una exacerbación se relaciona con el nivel de gravedad clínico, funcional, respiratorio y de la inflamación bronquial, con un tratamiento preventivo antiinflamatorio insuficiente y con un mal cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. La intensidad de la crisis puede oscilar desde episodios leves hasta otros de extrema gravedad que pueden poner en riesgo la vida del paciente. Si bien la medida de la función pulmonar es el indicador más fiable de la limitación en el flujo aéreo, la evaluación de los síntomas puede ser, sin embargo, una medida más sensible del comienzo de una exacerbación debido a que el incremento de éstos, por lo general, precede al deterioro espirométrico. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que una proporción significativa de los asmáticos puede presentar una disminución en la percepción a la obstrucción de la vía aérea, lo que puede conducir a que estos pacientes tengan una disminución significativa de la función pulmonar sin un cambio de los síntomas. Esta situación afecta especialmente a los pacientes con antecedentes de asma de riesgo vital y también es más probable en los varones. La denominación de asma de riesgo vital engloba a las crisis definidas por la presencia de eventos tales como parada cardiorrespiratoria, intubación orotraqueal y ventilación mecánica, requerimiento de ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI), así como la presencia de hipercapnia > 50 mmHg y/o acidemia con $\text{pH} < 7,30$.



Tabla 1. Evaluación de la gravedad de la crisis asmática. Fuente GEMA 5.4-2024. PAI asma-2012).

	Crisis leve	Crisis moderada	Crisis grave	Crisis vital
Disnea	Leve	Moderada	Intensa	Respiración agitada, parada respiratoria
Habla	Párrafos	Frases	Palabras	Ausente
Frecuencia respiratoria (X')	Aumentada	>20	>25	Bradipnea, apnea
Frecuencia cardíaca (X')	<100	>100	>120	Bradicardia, parada respiratoria
Presión arterial	Normal	Normal	Normal	Hipotensión
Uso de musculatura accesoria	Ausente	Presente	Muy evidente	Movimiento paradójico toraco-abdominal o ausente
Sibilancias	Presentes	Presentes	Presentes	Silencio Auscultatorio
Nivel de conciencia	Normal	Normal	Normal	Disminuido o coma
FEV1 O PEF. (Valores de referencia)	>70%	<70%	<50%	No procede
SaO₂	>95%	< 95%	<90%	<90%
PaO₂ mmHg	Normal	<80% (hipoxemia)	<60% (insuficiencia respiratoria parcial)	<60%
PaCO₂	Normal	<40	<40	>45 (insuficiencia respiratoria hipercápnica)

FEV₁: Volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; X': por minuto; SaO₂: Saturación por oxihemoglobina; PaO₂: presión arterial de oxígeno; PaCO₂: presión arterial de anhídrido carbónico.

3. Diagnóstico y evaluación temprana de la crisis asmática

Es fundamental la evaluación temprana de la gravedad de las crisis asmáticas, ya que la mortalidad del asma se asocia frecuentemente con un fracaso en el reconocimiento de la severidad de los ataques inicialmente. Debemos plantearnos como objetivo adaptar, de forma individual, la pauta terapéutica e identificar a los pacientes con mayor riesgo. Este proceso requiere el análisis de diferentes medidas de valor desigual. La evaluación de la gravedad de las crisis asmáticas y su clasificación, se basa en criterios tanto clínicos como funcionales (Tabla 1), realizándose en dos etapas, al inicio (evaluación estática) y tras el tratamiento (evaluación dinámica).



Tabla 1. Evaluación de la gravedad de la crisis asmática. Fuente GEMA 5.4-2024. PAI asma-2012).

A. Relacionados con las crisis de asma: 1. Crisis actual de instauración rápida 2. Crisis pasadas que motivaron consultas o ingresos a) Múltiples consultas a los servicios de urgencias en el año previo b) Hospitalizaciones frecuentes en el año previo c) Episodios previos de ingreso en UCI, de intubación o de ventilación mecánica
B. Relacionados con la enfermedad asmática crónica y su adecuado control: 1. Ausencia de control periódico 2. Abuso de β_2 adrenérgico de acción corta
C. Comorbilidad cardiovascular
D. Condiciones psicológicas, psiquiátricas y sociales que dificulten la adhesión al tratamiento: alexitimia, actitudes de negación, ansiedad, depresión, psicosis

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

La evaluación inicial (estática) debería incluir los siguientes aspectos: una anamnesis detallada que nos aporte información sobre el posible desencadenante de la crisis, la duración de la misma y el tratamiento previo realizado por el paciente, la exploración física nos permitirá identificar los síntomas y los signos que indiquen extrema gravedad o riesgo vital (Tabla 2), y medir de forma objetiva (si fuese posible) el grado de obstrucción al flujo aéreo mediante la determinación del FEV1 o del PEF y su repercusión en el intercambio gaseoso, datos todos ellos sencillos de determinar en nuestras urgencias.

La evaluación de la respuesta al tratamiento (denominada evaluación dinámica), consiste en: comparar los cambios obtenidos en el grado de obstrucción al flujo aéreo respecto a los valores basales, predecir la respuesta al tratamiento y valorar la necesidad de otras pruebas diagnósticas. La medición repetida del grado de obstrucción, bien sea con la determinación del FEV1 o en su defecto el FEM, es la mejor forma de evaluar la respuesta al tratamiento y proceder a la toma de decisiones terapéuticas. En pacientes con obstrucción grave, se considera una respuesta satisfactoria cuando el FEV1 o el FEM son superiores al 45 % del valor predicho a los 30 min del inicio del tratamiento, y el FEM presenta un incremento mínimo de 50 l/min sobre su valor basal. El uso de índices predictivos es poco práctico, se encuentra limitado por diferencias en la gravedad, la edad y las características demográficas de los pacientes, en los criterios de hospitalización y



evolución, en los protocolos terapéuticos utilizados, así como por la ausencia de validación de dichos índices. Cuando la respuesta terapéutica, medida con parámetros objetivos, no es adecuada, estará indicado realizar otras exploraciones, como la radiología torácica y la gasometría arterial, con el fin de descartar complicaciones. La monitorización de la SaO₂ debe realizarse durante todo el tratamiento. El uso de la gasometría arterial en forma repetida tampoco será necesario para determinar la mejoría o no del paciente. Solo en caso de no conseguir una saturación mayor del 90%, a pesar de la oxigenoterapia, es necesario realizar una gasometría arterial. En función de los resultados obtenidos tras el tratamiento debe valorar la necesidad de realizar otras exploraciones complementarias.

4. Tratamiento precoz de la crisis asmática: paso a paso

La instauración precoz del tratamiento es fundamental en el manejo de las crisis asmáticas. El objetivo fundamental del tratamiento de una crisis debe ser doble, intentando siempre preservar la vida del paciente y revertir la exacerbación lo más rápidamente posible. A diferencia de la estrategia terapéutica comúnmente utilizada en el tratamiento de mantenimiento del asma, en donde los glucocorticoides inhalados (GCI), ocupan un lugar fundamental del mismo, en la exacerbación asmática este papel lo desempeña la administración de oxígeno y broncodilatadores de acción rápida. Los objetivos específicos, serán: • Corregir la hipoxemia (cuando existe en forma significativa) mediante la administración de O₂. • Revertir la obstrucción de la vía aérea con la utilización de broncodilatadores. • Disminuir la inflamación a través del uso de GCC sistémicos.

Como primer paso pues, habrá que determinar la gravedad de la crisis y en función de la intensidad de la agudización asmática, se proponen actuaciones terapéuticas diferenciadas y que quedan reflejadas en la Figura 1 y en las Tablas 3 y 4 donde se describe el tratamiento farmacológico a emplear según la gravedad y las dosis habitualmente recomendadas. La guía GEMA diferencia 3 tipos de agudizaciones a la hora de indicar los distintos esquemas terapéuticos.

Como segundo paso, se hace necesaria la reevaluación de la respuesta al tratamiento para intensificar o adecuar el mismo y para decidir la mejor ubicación del paciente.



Figura 1. Tratamiento exacerbación asmática. Fuente: GEMA 5.4 (2024).

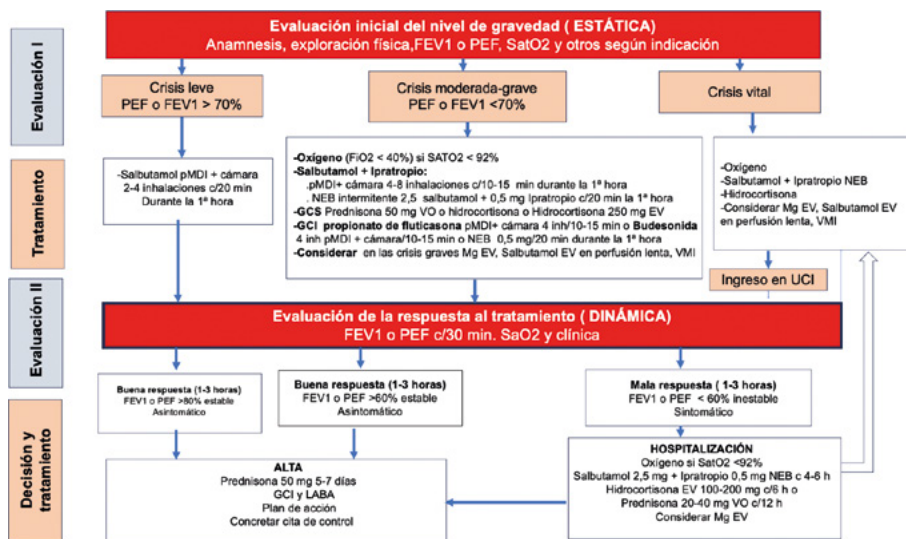


Tabla 3. Vías, dosis e intervalos de administración de los fármacos utilizados en el tratamiento de la exacerbación leve del asma. Fuente: Pérez, G. modificado de Rodrigo, GF.

Grupos terapéuticos	Fármacos	Dosis
Primera elección		
Agonistas β_2 adrenérgicos	Salbutamol	pMDI+ cámara: 200-800 μ g (2-8 inhalaciones de 100 μ g/puls) c/10-15 min durante la 1ª hora NEB intermitente: 2,5-5 mg c/2 min durante la 1ª hora NEB continua: 10-15 mg/hora
Anticolinérgicos	Bromuro de ipratropio	pMDI+ cámara: 80-160 μ g (4-8 inhalaciones de 20 μ g/puls) cada 10-15 min NEB intermitente: 0.5 mg c/20 min
Glucocorticoides sistémicos	Prednisona	VO al alta: 50 mg c/24 horas (5-7 días)
	Hidrocortisona Metilprednisolona	VO ingreso: 20-40 mg c/12 horas EV: 100-200 mg c/6 horas 20-40 mg c/8-12 horas
Glucocorticoides inhalados	Propionato de Fluticasona Budesonida	pMDI+ cámara: 500 μ g (2 inh de 250 μ g/puls) pMDI + cámara: 800 μ g (4 inh de 200 μ g/puls) c/10-15 min NEB: 0,5 mg c/20 min durante la 1ª hora
Sulfato de magnesio EV		EV: 2 g a pasar en 20 min (una sola vez)
Alternativa ante fracaso de los previos		
Agonistas β_2 adrenérgicos EV	Salbutamol	EV: 200 μ g en 30 min seguidos por 0,1-0,2 μ g /kg/min
Sulfato de magnesio inhalado		NEB: 145-384 mg en solución isotónica



Tabla 4. Fármacos y dosis de los fármacos empleados comúnmente en el tratamiento de la crisis asmática moderada-grave. Fuente: GEMA 5.4 (2024).

Clase terapéutica	Fármacos	Dosis y vía	Presentación
Agonistas β_2 adrenérgicos de acción rápida	Salbutamol o terbutalina	2-4 inhalaciones cada 20 min durante la primera hora. Posteriormente, 2 inhalaciones cada 3-4 h	-Inhalador de dosis medida: 100 mg por inhalación. -Ampollas para nebulizar (2,5 mg por dosis)
Glucocorticoides sistémicos	Prednisona	0,5 mg/Kg de peso por vía oral durante 7 días	

4.1. Exacerbación leve

Las crisis más leves pueden tratarse inicialmente, además de en los Servicios de Urgencias hospitalarios, en casa por el propio paciente y en centros de Atención Primaria siempre que se asegure una correcta valoración clínica y funcional respiratoria, y posteriormente se evalúe la respuesta al tratamiento en las primeras 2 horas. Según los criterios de clasificación de la gravedad de la exacerbación descritos con anterioridad, se entiende como exacerbación leve la que cursa con un FEV1 o FEM > 70 % del valor teórico, una SaO₂ > 95 % y sin signos de fracaso ventilatorio. Su tratamiento puede realizarse en el medio ambulatorio (no hospitalario); no obstante, la falta de respuesta favorable en los primeros 30-40 minutos, o la progresión a una mayor gravedad, obligará al traslado inmediato del paciente a un Servicio de Urgencias. La pauta de tratamiento a seguir no depende del lugar en donde se atiende al paciente y debe incluir la administración de broncodilatadores agonistas β_2 -adrenérgicos de acción rápida (SABA) (salbutamol o terbutalina), glucocorticoides orales y oxígeno, si lo precisa. No es necesario añadir bromuro de ipratropio en crisis leves, ni deben prescribirse antibióticos de forma rutinaria. La utilización de glucocorticoides vía sistémica proporciona una mejoría más rápida y previenen las recaídas tempranas. Excepto en crisis muy leves, deben administrarse siempre y de forma lo más precoz posible.



4.2. Exacerbación moderada-grave

Se entiende como tal las que cursan con un FEV1 o FEM < 70 % del valor teórico, o con una SaO₂ < 95 % y/o con signos clínicos de fracaso ventilatorio. La mayoría de ellas, al momento de recibir tratamiento, presentan una evolución > 6 h, días e incluso semanas. Esto implica la existencia de un período suficiente como para iniciar un tratamiento efectivo. La primera medida a tomar en este tipo de exacerbaciones es la administración de oxígeno sin demora, mediante cánula nasal o mascarilla tipo Venturi, a un flujo que permita conseguir una saturación superior a 90 % (95 % en embarazadas o patología cardíaca concomitante). Los SABA son los fármacos broncodilatadores más eficaces y rápidos en el tratamiento de la exacerbación asmática. Dosis e intervalos deberán individualizarse de acuerdo con la gravedad de la exacerbación del paciente, la respuesta al tratamiento y el sistema de administración utilizado. Por lo menos, dos terceras partes de los pacientes presentarán una buena respuesta y de ellos la mayoría no requerirán más de 12 pulsaciones administradas con cartucho presurizado en cámara espaciadora o 3 nebulizaciones. No hay evidencia que apoye el uso de una vía distinta a la inhalatoria para la administración de la medicación broncodilatadora, debiendo reservarse la vía intravenosa para pacientes bajo ventilación mecánica o cuando no hay respuesta a la inhalatoria. La combinación de bromuro de ipratropio y salbutamol por vía inhalada, administrada en dosis repetidas en las crisis moderadas y graves, produce beneficios en términos de función pulmonar y hospitalizaciones. Los glucocorticoides sistémicos deben administrarse de forma precoz (dentro de la primera hora del tratamiento en urgencias) en todos los pacientes con exacerbaciones moderadas o graves, o que no responden al tratamiento inicial. La vía de administración de elección de los glucocorticoides es la oral, al ser tan efectiva, rápida, menos invasiva y más económica que la intravenosa. La vía intravenosa se reserva cuando el paciente tiene una disnea tan intensa que le impide la deglución, presenta vómitos o se encuentra sometido a ventilación mecánica. Una estrategia terapéutica de 7-10 días de duración tras su alta en el Servicio de Urgencias, consistente en la administración de prednisona, reduce las recaídas, así como el empleo de broncodilatadores. En el caso de que la duración del tratamiento no supere los 15 días, éste se podrá iniciar y finalizar en forma brusca, sin incrementos o descensos progresivos de la dosis. El empleo de los glucocorticoides inhalados no debe sustituir la utilización de glucocorticoides sistémicos, pero su uso está indicado en este tipo de exacerbaciones, ya que pueden actuar como medicación de



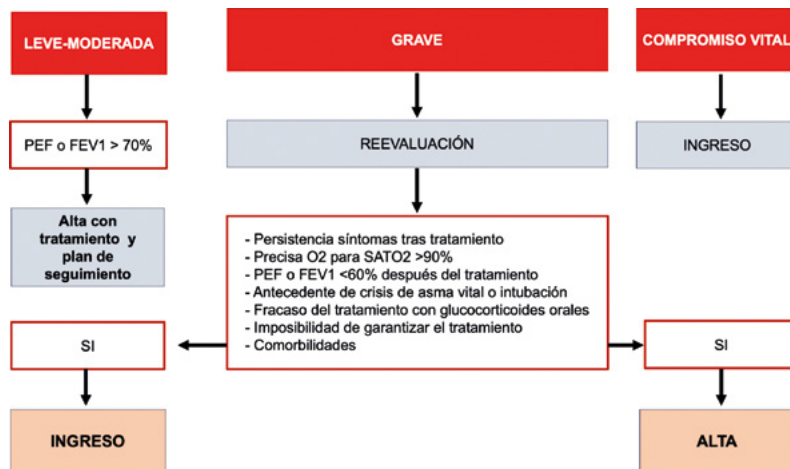
rescate o alivio. Así, administrados junto con broncodilatadores en forma repetida, a intervalos no mayores de 30 min. y durante por lo menos 90 min, producen un incremento temprano (1-2 h) de la función pulmonar, y producen una reducción de las hospitalizaciones. Las teofilinas no deben emplearse en la agudización por la menor eficacia comparada con salbutamol y su menor seguridad, por lo que el uso de la aminoflina iv. no se recomienda como consecuencia de su bajo poder broncodilatador y de sus importantes efectos secundarios. La adrenalina únicamente estaría indicada en el caso de que la crisis asmática esté englobada en un cuadro de anafilaxia. El uso de sulfato de magnesio por vía iv no se recomienda como tratamiento de rutina y sólo ha mostrado algún beneficio en el subgrupo de pacientes con obstrucción muy grave o con hipoxemia persistente. El empleo de una dosis única de 2 g en perfusión reduce la necesidad de hospitalización. Respecto a los antagonistas de los leucotrienos, tanto por vía oral como intravenosa, no existen datos que respalden su uso. Existe algún estudio en el que su utilización por vía iv o vía oral en pacientes con exacerbaciones moderadas produce un modesto incremento de la función pulmonar dentro de los primeros 30 minutos de su administración. No existe evidencia que apoye el uso de antibióticos, salvo que haya clara clínica de infección respiratoria, no existiendo estudios que demuestren que los antibióticos modifiquen la evolución de las exacerbaciones en el Servicio de Urgencias. No se recomienda el aporte de hidratación con grandes volúmenes de fluidoterapia, ni la fisioterapia respiratoria o la administración de mucolíticos. La medicación ansiolítica y los sedantes se encuentran totalmente contraindicados debido a su efecto depresor del centro respiratorio. En caso de encontrarnos ante un paciente con persistencia de insuficiencia respiratoria refractaria o síntomas o signos de exacerbación grave a pesar del tratamiento, existe la posibilidad de utilizar la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) o remitir al paciente a la UCI para intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Debe evitarse la intubación nasal debido a la alta incidencia de sinusitis en los asmáticos, así como la posible presencia de pólipos nasales.

5. Criterios de ingreso en planta de hospitalización y en Unidad de cuidados intensivos

La decisión de ingreso debe realizarse en base a un seguimiento clínico y funcional durante las tres primeras horas de inicio del tratamiento de la crisis porque, más allá de este periodo, no se suele incrementar de manera significativa el nivel de



Figura 2. Algoritmo sobre el destino de los pacientes en función de la gravedad de la crisis de asma.
Fuente: GEMA 5.4 (2024).



broncodilatación ya conseguido. Los pacientes que han recibido un tratamiento adecuado durante dicho plazo y permanecen sintomáticos, que requieren la administración de suplementos de O₂ para mantener una SaO₂ > 90 % y que muestran una reducción persistente de la función pulmonar (FEV₁ o FEM < 40 %) deberían ser hospitalizados. En todos los casos, se recomienda observar al paciente durante 60 min para confirmar la estabilidad previamente al alta (Figura 2).

Los pacientes exacerbados y que presenten una obstrucción muy grave con deterioro de su estado general, deberían ingresar en una UCI. Otras indicaciones de ingreso incluyen parada respiratoria, alteración del nivel de conciencia, SatO₂ < 90 % a pesar de la administración de O₂ suplementario, hipercapnia o necesidad de intubación orotraqueal y soporte ventilatorio, o neumotórax. Estas indicaciones quedan más pormenorizadas en la Tabla 5.

6. Alta hospitalaria: consejos y plan de abordaje

El paciente puede ser dado de alta cuando tiene síntomas escasos y ha reducido la necesidad de medicación de rescate, y se puede indicar un tratamiento que puede

Tabla 5. Criterios de ingreso hospitalario e ingreso en UCI.

Fuente: GEMA 5.4 (2024) Modificada de PIÑERA, P.

Criterios de ingreso hospitalario	Criterios de ingreso en la UCI
Permanecer sintomáticos después del tratamiento	Parada respiratoria
Precisan O ₂ para mantener SatO ₂ > 92%	Disminución del nivel de conciencia
- PEF o FEV₁ < 50-60% tras tratamiento - PEF o FEV₁ = 50-70% a su llegada. Aconsejable periodo de observación mínimo 12 horas. - No existe ningún parámetro funcional que defina cuándo un paciente debe ser dado de alta, aunque PEF < 75% y variabilidad superior al 25% se asocian con una mayor tasa de reingresos	Deterioro funcional progresivo a pesar del tratamiento
Existencia de CV previo con antecedente de intubación y ventilación, hospitalización o visita en urgencias por asma reciente	SatO ₂ < 90% a pesar de O ₂ suplementario PaCo ₂ > 45 mmHg = signo de alarma de agotamiento muscular
Fracaso de tratamiento con glucocorticoides orales ambulatorio	Hipercapnia, necesidad de soporte ventilatorio o neumotórax
Imposibilidad para garantizar los cuidados necesarios en el domicilio	
Comorbilidades respiratorias (neumonía, neumotórax, neumomediastínico) o no respiratorias	

realizar en su domicilio. Antes del alta debería realizarse un plan educativo mínimo que incluya comprobación de la técnica de inhalación y administración de un Plan de Acción por escrito lo que va a redundar en la calidad de vida del paciente. En este plan de acción debe constar tanto el tratamiento habitual para situaciones de estabilidad clínica, como las medidas para que el paciente sepa detectar un empeoramiento y como debe aumentar su tratamiento si esto sucede. Así mismo, se concertará visita con su médico habitual antes de cinco-siete días.

7. Bibliografía

- 1) Global Initiative For Asthma (GINA) (2024). Global strategy for asthma management and prevention: NHLBI/WHO main report. Bethesda: National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Updated 2024. Disponible en: <http://www.ginasthma.org> [24/10 /24]



- 2) Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 5.4. (2024). Guía española para el manejo del asma. Madrid: Luzón 5, S.A. Disponible en: <http://www.semg.es> [10 /11 /24]
- 3) PÉREZ, G. (2018). «*Manejo práctico de una crisis de asma*», en Alcántara, M. (coord.), *Actualización en alergología para médicos de atención primaria*: Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía, pp. 8-21.
- 4) PIÑERA, P., et al.(2020). et al «*Recomendaciones de derivación del paciente adulto con crisis de asma desde el servicio de Urgencias*», *Emergencias* 32, pp. 258-268.
- 5) Proceso Asistencial Integrado Asma: URL: [www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pal/asma_v3?perfil=org] (http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pal/asma_v3?perfil=org) [Fecha de acceso: 15/12/2024].
- 6) RODRIGO, G.J., et al. (2010). «*Guía ALERTA 2. América Latina y España: Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la exacerbación Asmática*», *Arch Bronconeumol* 46 (Supl.7), pp. 2-20.

