GPC
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

REFERENCIA RÁPIDA

ACTUALIZACIÓN 2022

Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la **EXACERBACIÓN DE ASMA** en adultos

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica

IMSS-806-22

GOBIERNO DE MÉXICO | SALUD SECRETARÍA DE SALUD | SEDENA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL | MARINA SECRETARÍA DE MARINA

CSG CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL | IMSS | ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO | PEMEX POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA | SNDIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Marina Nacional 60, piso 9 ala "B"
Colonia Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,
C. P. 11410, Ciudad de México.
www.gob.mx/salud/cenetec

Publicado por CENETEC
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**
Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Exacerbación de Asma en Adultos**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

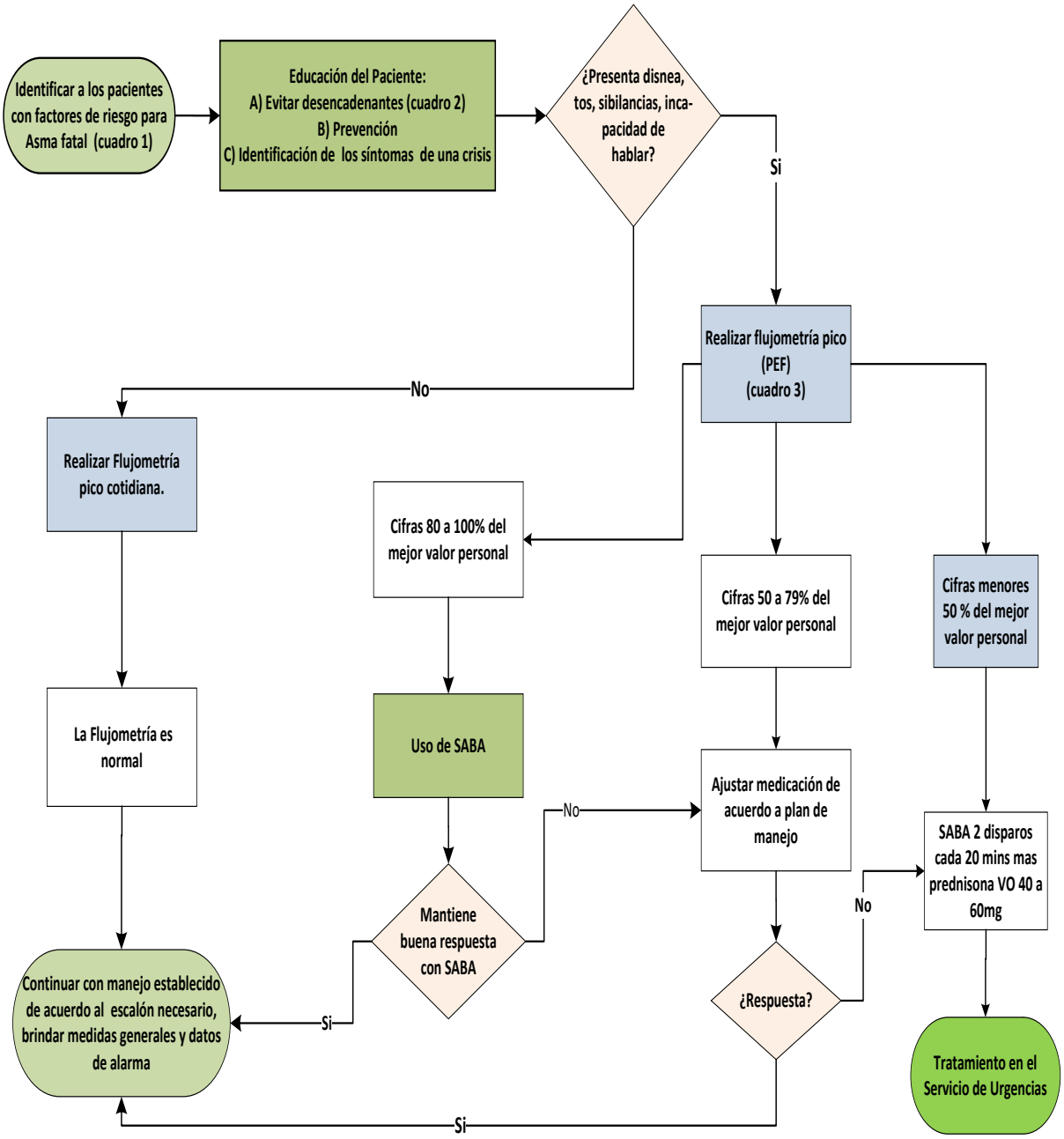
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-806-22/ER.pdf

Debe ser citado como: **Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Exacerbación de Asma en Adultos.** Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida: México, Instituto Mexicano del Seguro Social, CENETEC; **2022** [fecha de consulta]. Disponible en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-806-22/RR.pdf

ISBN en trámite.

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

Algoritmo 1. Evaluación inicial y diagnóstico de riesgo de Asma fatal



Evaluación inicial y diagnóstico de riesgo de Asma fatal (cuadros de apoyo)

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PARA CRISIS ASMÁTICA (Cuadro 1)

-Sexo Femenino
-Tabaquismo y/o exposición a humo de tabaco
-Obesidad
-Pólipos nasales
-Diagnóstico previo de anafilaxia
-Uso de SABA mas de 1 dispositivo al mes
-PEF menor de 60% (función pulmonar deteriorada)
-Uso de OCS
-Historia de hospitalización previa a urgencias y/o ingreso a la UCI en el último año
-Pobre adherencia a medicación (cuestión económica, mal uso o técnica deficiente del dispositivo)

**Correspondiente al Cuadro 2:
Traducido y adaptado de US departamento of Health and Human Services
National Institutes of Health No. 20-HL-5251 febero 2021

nhlbi.nih.gov/BreatheBetter.

**CONSEJOS PARA EL PACIENTE (Cuadro 2)

Se recomienda evitar los desencadenantes del asma

EVITAR ALERGENOS:

Ácaros: Usar fundas de colchón y almohada que eviten que los ácaros del polvo los atraviesen junto con aspiradoras de filtración de aire de partículas de alta eficiencia. Reducir la humedad a menos del 60% (mediante deshumidificadores o sistemas de aire acondicionado centrales)

Cucarachas y roedores: Se debe considerar un plan de manejo de plagas. Mantener la comida y la basura en recipientes cerrados con la intención de disminuir las posibilidades de atraer cucarachas y roedores. Se recomienda Utilizar polvos, geles o pasta venenosos o trampas para atrapar y matar las plagas. En caso de uso de aerosol para matar cucarachas, mantener al paciente alejado habitación hasta que el olor desaparezca.

Caspa de animales: En caso de tener alergia a mascotas, se recomienda mantener a las mascotas al aire libre y limitar su acceso a las áreas interiores dentro del hogar.

Hongos interiores: Se recomienda la eliminación moho mediante atención por profesionales para que esta sea completa. En caso de realizar la eliminación o limpieza de moho por parte del paciente, se deberá usar guantes para evitar contacto y si va a ocupar blanqueador o sustancias con aromas fuertes mantener siempre ventilado.

Polen y hongos exteriores: Si la concentración de polen y esporas son elevados, se recomienda mantener ventanas cerradas, mantenerse en casa desde última hora de la mañana hasta la tarde, que es cuando el polen y de esporas están en su punto más alto.

Si tiene que salir al exterior, se recomienda cambiarse de ropa tan pronto como entre y colocar la ropa sucia en un cesto o recipiente cubierto para evitar la propagación de alérgenos dentro de su casa. Se recomienda evaluar con el médico tratante si es necesario durante esa temporada ajustar dosis de medicamentos.

EVITAR IRRITANTES

Humo de tabaco: Se recomienda la suspensión de tabaco mediante el apoyo de su médico tratante y la adherencia a algún programa; así mismo se recomienda pedir a los familiares suspendan el consumo y evitar además se fume en su domicilio del paciente y/o automóvil.

Humo, olores fuertes y aerosoles: Se recomienda evitar uso de leña para cocinar o el uso en domicilio, así como exposición a biomasa. Se recomienda mantener alejado al paciente de olores y aerosoles fuertes como perfumes, polvos de talco, lacas para el cabello y pinturas.

Limpieza por aspiración: Se recomienda que se lleve a cabo la limpieza mediante aspiradora una o dos veces por semana, evitando esta actividad la relice el paciente; así mismo, mantener al paciente fuera de las habitaciones mientras se aspiran y durante un tiempo después. En caso de que el paciente deba realizar la limpieza, se recomienda usar aspiradoras con filtración HEPA (por sus siglas del inglés *high efficiency particulate air*).

Otros factores que empeoran el asma: Se recomienda evitar Sulfitos en alimentos y bebidas: No beber cerveza o vino ni comer frutas secas, papas procesadas o camarones si causan los síntomas de asma. En cuanto al Aire frío, es recomendable evitar su exposición, cubriendo la nariz y la boca con un pañuelo en los días fríos. Se debe informar al médico sobre todos los medicamentos que toma el paciente por sus diferentes enfermedades; así mismo, los que usa para el resfriado, aspirina, vitaminas y otros suplementos y betabloqueantes no selectivos (incluidos los que se encuentran en gotas para los ojos).

Técnica de medición por Flujometría. (Cuadro 3)

Los rangos que se consideran normales del flujómetro para cada paciente son determinados por la edad del paciente y sexo; en el dispositivo del fabricante encontará las referencias comentadas. Es esperado que algunos pacientes reflejen cifras de lecturas muy por encima de los rangos o por debajo de los mismos, los cuales deberán ser tomados como sus determinaciones "maxima personal" de ser asi el caso.

Para poder realiazar una medición, el indicador delflujometro debe estar en la parte mas baja de la escala, el paciente debe estar de pie, respirar profundamente y cerrar los labios alrededor de la boquilla del flujometro (evitar que la lengua se interponga en la salida del flujo de aire) para que sople por la boquilla lo mas fuerte posible ininterrumpidamente y de forma intensa con la intención de realizar el máximo esfuerzo desde una inspiración profunda hasta la expulsión del aire (como si quisiera apagar las velas de in pastel). Se deberá anotar la cifra obtenida.

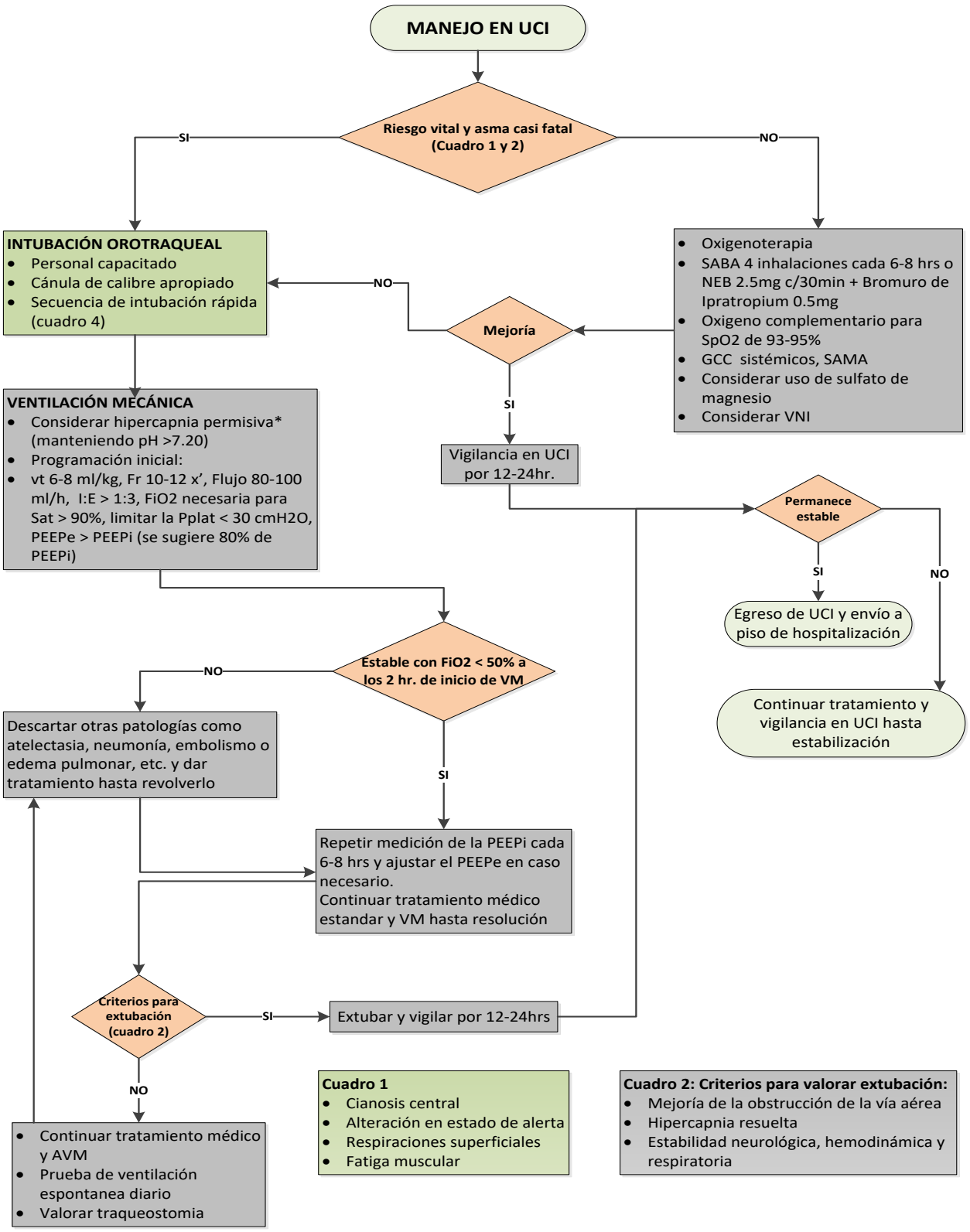
Posteriormente debe descansar un momento para repetir nuevamente la maniobra hasta 5 veces máximo.

Se deberá registrar en una bitacora la cifra mas alta y tomar, de ser el caso, como la máxima personal del Flujo Espiratorio Máximo, también conocido como Flujo Espiratorio Pico (PEF).

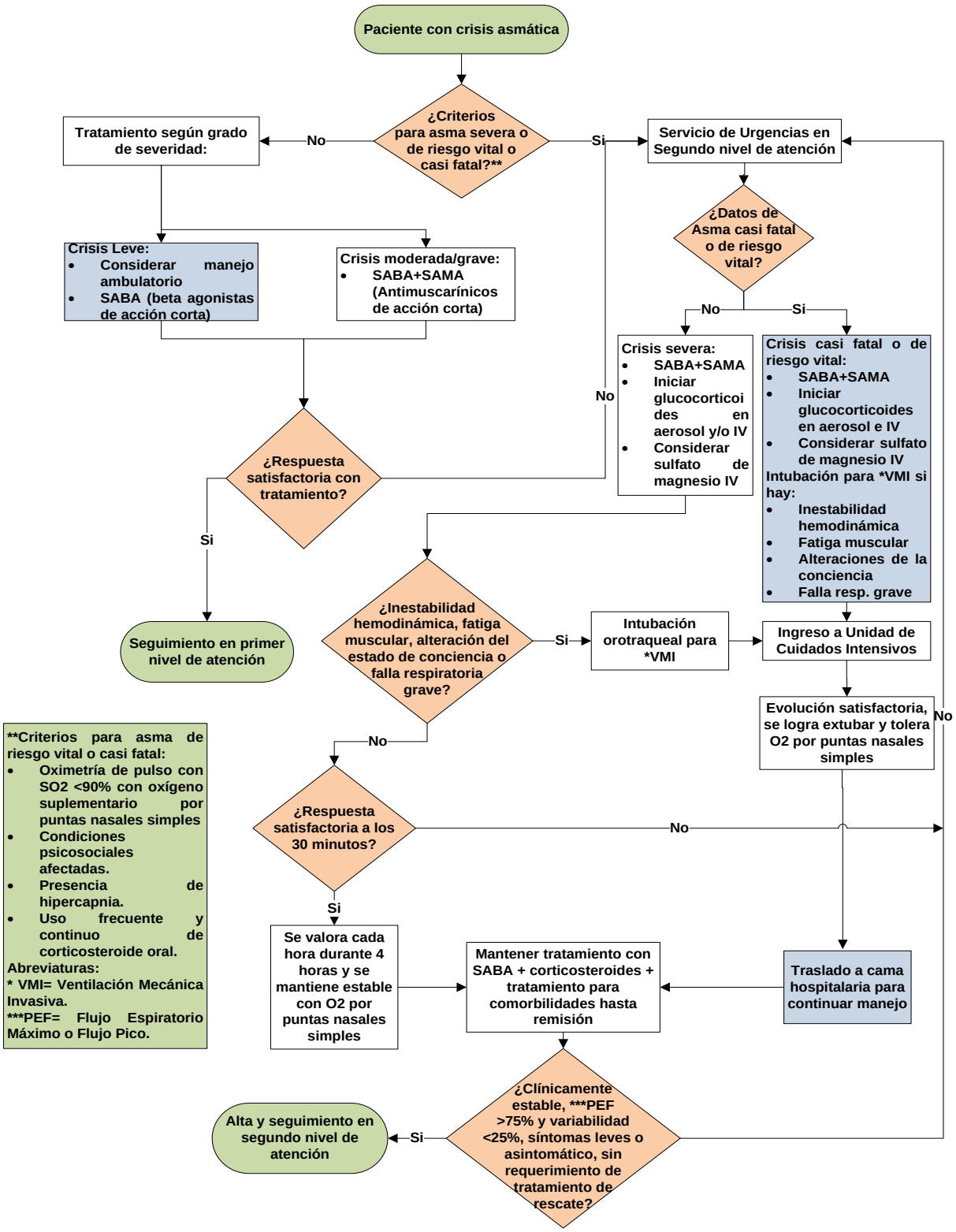
Los resultados se semaforizan de acuerdo al porcentaje obtenido y se clasifican en:

- Verde: si el PEF esta entre 80 a 100% del valor predicho.
- Amarillo: si el PEF está entre 50 a79% del valor predicho, lo que refiere obstrucción de las vías respiratorias y por ende el riesgo de un ataque de asma inminente.
- Rojo: si el PEF está inferior al 50% del valor predicho, este indica obstrucción severa de las vías aéreas, lo cual requerirá atención médica de forma inmediata.

Algoritmo 2. Manejo en UCI del enfermo con Exacerbación grave de Asma



Algoritmo 3. Referencia-Contrarreferencia de un paciente con Crisis de Asma



2. EXACERBACION DE ASMA EN ADULTOS

DIAGNOSTICO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda la valoración objetiva de la obstrucción al flujo aéreo mediante espirometría (FEV1) o con flujómetro (PEF), ya que es fundamental para determinar la gravedad inicial y evaluar la respuesta al tratamiento. Es preferible usar el valor porcentual del mejor valor personal previo del paciente de los últimos dos años, si es conocido. De no ser así, se puede utilizar el valor porcentual con relación al predicho. En función de los valores obtenidos se considera: crisis leve, si el FEV1 o PEF son iguales o superiores al 70 %; moderada, si se encuentran entre el 70 y el 50 %; y grave, si son inferiores al 50 %. La crisis vital suele asociarse con valores inferiores al 33 %. La respuesta terapéutica inicial de la obstrucción al flujo aéreo es el principal factor pronóstico en la valoración de la crisis.	**C**
Se recomienda la decisión de ingreso en las tres primeras horas del inicio del tratamiento de la crisis: A hospitalización, si permanecen sintomáticos después de tratamiento, Precisar O2 para mantener SatO2 >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 hay 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 Existencia de crisis vital previa con antecedente de intubación y ventilación, hospitalización o visita en Urgencias por asma reciente, fracaso de tratamiento con glucocorticoides orales ambulatorio, Imposibilidad para garantizar cuidados necesarios en el domicilio, comorbilidades respiratorias (neumonía, neumotórax, neumomediastino). A UCI, por paro respiratorio, disminución del nivel de conciencia, deterioro funcional progresivo a pesar del tratamiento, SatO2 < 90 % a pesar de O2 suplementario, PaCO2 > 45 mm Hg = signo de alarma de agotamiento muscular, hipercapnia, necesidad de soporte ventilatorio o neumotórax.	**R2**

FACTORES DE RIESGO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda aconsejar al paciente, a su familia y a sus cuidadores, de los peligros de fumar y de la exposición al humo de tabaco de segunda mano, así como, proveer advertencias y recursos de tratamiento y soporte para dejar de fumar.	**B**

Se recomienda hacer la medición del "Nivel de Factor de Riesgo", para exacerbación de Asma, ya que es un componente importante de prevención en manejo de Asma. - Alto: Antecedentes de crisis de Asma. - Moderado: a) Pobre control.- evaluar en cada revisión de rutina, con cuestionario de control objetivo informado por parte del paciente, b) Inapropiado o excesivo uso de broncodilatadores beta-bloqueadores de acción corta. - Leve: a) Más frecuente en mujeres, b) Con función pulmonar reducida, c) Obesidad, d) Tabaquismo, e) Depresión. - Factores de riesgo no del todo definidos: a) Historia de anafilaxia, b) Reflujo gastroesofágico, c) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, d) Aumento de FENO (óxido nítrico exhalado) en las revisiones de rutina, e) Eosinofilia en sangre, f) Pobre adherencia a tratamiento.	**B**

ESTRATIFICACION

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda que dependiendo de los signos y grado de obstrucción al flujo aéreo, clasificar al paciente con crisis de asma en uno de sus cuatro niveles de gravedad: leve, moderada, grave y vital.	**R2**
Se recomienda que la decisión de ingreso se realice en las tres primeras horas del inicio del tratamiento de la crisis, porque más allá de este período no se suele incrementar de manera significativa el nivel de broncodilatación ya conseguido. En las crisis moderadas o graves se recomienda administrar precozmente glucocorticoides sistémicos y oxígeno a la mínima concentración que permita una SaO2 > 90 %.	**R1**

PREVENCION

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
En los pacientes adultos con asma no se recomienda el uso profiláctico de vacunación con la intención de evitar crisis asmáticas en periodos de alto riesgo de resfriado, al no existir diferencia significativa en la reducción de síntomas, ni disminución de uso de medicación de rescate. Se recomienda considerar la aplicación de la vacuna de influenza para el mismo efecto que el de la población en general	**A**

Inmediatamente antes del ejercicio, se recomienda usar los agonistas β2 de acción corta inhalados son el fármaco de elección. Si el ejercicio es un problema específico en pacientes que toman corticosteroides inhalados para prevención de exacerbaciones y que por lo demás están bien controlados, se recomienda agregar una de las siguientes terapias: • Antagonistas de los receptores de leucotrienos. • Agonistas β2 de acción prolongada. • Cromoglicato de sodio o nedocromilo sódico. • Teofilina.	**A**

TRATAMIENTO (FÁRMACOS INHALADOS)

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda prescribir un agonista β2 inhalado de acción corta, No se debe de utilizar SABA en monoterapia, cada vez que se considere su uso se debe acompañar de corticosteroide inhalado (CSI), o utilizar combinación de Formoterol - CSI (terapia MART o SMART) para terapia de rescate en todos los pacientes con asma sintomática, siempre y cuando no tengan contraindicación alguna; en caso de lo contrario, deberá ser referido con el especialista.	**A**
Se recomienda indagar e iniciar tratamiento de glucocorticoides inhalados en los pacientes con cualquiera de las siguientes manifestaciones relacionadas con el asma: o Ataque de asma en los últimos dos años. o Uso de agonistas β2 inhalados tres veces a la semana o más. o La presencia de síntomas tres veces a la semana o más. o Despertar una noche a la semana por crisis de asma.	**B**
En adultos con planes de acción personalizados se puede considerar cuadruplicar la dosis de ICS al inicio de un ataque de asma por 14 días para reducir el riesgo de usar esteroides orales.	**A**

TRATAMIENTO (CORTICOSTEROIDES SISTEMICOS)

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
En las crisis moderadas o graves se recomienda administrar precozmente glucocorticoides sistémicos y oxígeno a la mínima concentración que permita una SaO2 > 90 %	**R1**

REFERENCIA CONTRAREFERENCIA

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda la hospitalización de los pacientes cuyo flujo máximo es superior al 75% del valor predicho una hora después del tratamiento inicial, si cumplen con cualquiera de siguientes criterios: •Todavía tienen síntomas significativos. •Preocupaciones sobre la adherencia. •Viven solos, socialmente aislados, sin redes de apoyo. •Portadores de problemas psicológicos. •Tienen discapacidad física o dificultades de aprendizaje. •Antecedente de exacerbación de asma previa casi fatal. •Exacerbación de asma a pesar de dosis adecuada de corticosteroides orales antes de la presentación. •Presentación de la exacerbación por la noche. •Cursan con embarazo.	**C**
Se recomienda la hospitalización de pacientes con cualquier característica de un ataque de asma potencialmente mortal o casi fatal. Así como, pacientes con cualquier característica de un ataque de asma grave que persista después del tratamiento inicial	**B**

MANEJO HOSPITALARIO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda usar altas dosis de β2 agonistas inhalados como agentes de primera línea en exacerbación de asma tan temprano como sea posible y reservar la vía intravenosa en casos extremos en los que la vía inhalatoria no sea confiable ni segura.	**A**
Se debe dar oxígeno suplementario por mascarilla facial, sistema venturi o cánulas nasales urgentemente a pacientes hipoxémicos, ajustando el flujo a requerimientos para mantener oximetría mayor de 90% (94-98%).	**C**
Se recomienda administrar oxígeno suplementario controlado a todos los pacientes hipoxémicos con asma aguda grave, para mantener un nivel de SpO2 del 94-98%. No se debe retrasar la administración de oxígeno en ausencia de oximetría de pulso, comenzar la monitorización de SpO2 tan pronto como esté disponible.	**C**

MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda el uso de sulfato de magnesio intravenoso en una infusión única de 2 gr, en pacientes adultos con exacerbación de asma y un FEV1 de <25-30%, que no responden a tratamiento inicial y mantienen hipoxemia persistente, ya que cuando se administra, reduce la admisión hospitalaria de algunos pacientes.	**A**
Se recomienda el uso de VMNI en pacientes con exacerbaciones graves de asma siempre y cuando no estén en riesgo inminente de arresto cardiorrespiratorio, deterioro del estado de alerta ni en estado de agitación.	**A**
Se recomienda ingreso a UCI de pacientes con exacerbación grave o asma casi fatal que presentan deterioro del PEF, empeoramiento o hipoxia persistente, hipercapnia, gasometría arterial con disminución del pH o aumento de H+, fatiga, somnolencia, confusión, alteración en estado de alerta, paro respiratorio.	**B**

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 1: PACIENTE EN RIESGO DE ASMA FATAL O CASI FATAL

ASMA GRAVE, RECONOCIDA POR:

1. Asma casi fatal previa, vg. Ventilación mecánica o acidosis respiratoria.
2. Historia de hospitalización por asma en el año previo
3. Necesidad de tratamiento con al menos 3 clases de medicamentos para el asma.
4. Uso intenso de Beta2 agonista de acción corta
5. Consultas frecuentes a urgencias por asma en el último año.

Y: UNA O MÁS CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES O PSICOSOCIALES ADVERSAS

1. Falta de adherencia al tratamiento o monitorización
2. Dificultad para atender indicaciones
3. Mal apego al seguimiento médico
4. Alta voluntaria del hospital
5. Psicosis, depresión, otros trastornos psiquiátricos o autoagresión
6. Uso reciente de antidepresivos mayores
7. Negación
8. Abuso de alcohol o drogas
9. Obesidad
10. Problemas de aprendizaje
11. Desempleo
12. Problemas de ingreso económico
13. Aislamiento social
14. Historia de abuso infantil
15. Violencia doméstica, marital o legal

Fuente: Adaptado de SIGN, 2019

CUADRO 2: Clasificación de la exacerbación de Asma

	Crisis leve	Crisis moderada	Crisis grave	Crisis vital
Disnea	Leve	Moderada	Intensa	Respiración agónica, parada respiratoria
Habla	Párrafos	Frases	Palabras	Ausente
Frecuencia respiratoria	Aumentada	>20	>25	Bradipnea, apnea
Frecuencia cardiaca	< 100x'	100-120x'	>120x'	Bradicardia, parada cardiaca

Uso de musculatura accesoria	Ausente	Presente	Muy evidente	Movimiento paradójico toraco-abdominal o ausente
Sibilancias	Presentes	Presentes	Presentes	Silencio
Nivel de consciencia **FEV1 o PEF (valores de referencia)**	Normal >70%	Normal <70%	Normal <50%	Disminuido o coma No procede
SaO2 (%)	> 95%	<95%	<90%	<90
PaO2 mmHg	Normal	≥61, ≤80mmhg	<60 mmhg	<60 mmhg
PaCO2 mmHg	Normal	< 40 mmHg	<40 mmhg	>45 mmhg (insuficiencia respiratoria hipercápnica)
Nota: La presencia de varios parámetros, pero no necesariamente todos, indica la clasificación general de la exacerbación.				

FEV1 : volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; x': por minuto; SaO2 : Saturación de oxihemoglobina; PaO2 : presión arterial de oxígeno; PaCO2: presión arterial de anhídrido carbónico; mmhg: milímetros de mercurio.
Fuente: adaptado de GEMA, 2021.

CUADRO 3. FÁRMACOS Y DOSIS USADAS EN TRATAMIENTO DE EXACERBACIÓN DE ASMA

TIPO DE FÁRMACO	MEDICAMENTO	DOSIS
Agonistas β2-adrenérgicos	Salbutamol O Terbutalina	4-8 disparos (100 µg /disparo) c/10-15 min (pMDI + cámara) 2,5-5,0 mg c/20 min (NEB intermitente) 10-15 mg/hora (NEB continua)
Agonistas β2-adrenérgicos sistémicos	Salbutamol	200 µg IV en 20 min seguido por 0,1-0,2 µg/kg/min.

Anticolinérgicos	Bromuro de ipratropio	4-8 pulsaciones (18 µg /pulsación) c/10-15 min (pMDI + cámara)- 0,5 mg c/20 min (NEB intermitente)
Glucocorticoides inhalados	Fluticasona Budesonida	2 pulsaciones (250 µg/ pulsación) c/10-15 min (pMDI + cámara) 800 µg c/20 min (NEB)
Glucocorticoides sistémicos	Prednisona Hidrocortisona	20-40 mg c/12 h (VO) 100-200 mg c/6 h (IV)
Sulfato de magnesio Inhalado	-----	145-384 mg en solución isotónica (NEB)
Sulfato de magnesio sistémico	-----	2 g a pasar en 20 min (IV)
Aminofilina	-----	6 mg/kg a pasar en 30 min seguido por 0,5-0,9 mg/kg/h

pMDI: inhalador presurizado; NEB: nebulizado; VO: vía oral; IV: vía intravenosa;
GCI: glucocorticoides inhalados; kg: kilogramo; min: minuto; mg: miligramo;
µg: microgramo; c/: cada; h: hora.
Modificado de GEMA 2021

CUADRO 4. SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA

SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA
Preparación: conseguir y ensamblar el equipo necesario
• Equipo bolsa-máscara-reservorio conectado a toma de oxígeno. • Equipo de aspiración con cánula de Yankauer disponible. • Cánula traqueal de distintos calibres con globo intacto, estilete, jeringa, cinta de fijación. • Laringoscopio con hojas de distintos tipos y tamaños. • Equipo de cricotomía disponible.

Posición: alineación de los 3 ejes de la vía aérea (laríngeo, faríngeo y oral)
• Pre-oxigenación: administrar oxígeno al 100% por dispositivo de bolsa-máscara-reservorio. Comprimir la bolsa suavemente.
Premedicación
• Fentanil: 2-3 mcg/kg, aplicado a velocidad de 1-2 mcg/kg/min IV para analgesia. • Atropina: 0.01 mg/kg IV en niños y adolescentes (dosis mínima recomendada 0.1 mg) • Lidocaína: 1.5-2 mg/kg IV en 30-60 segundos
Parálisis y sedación
• Tiopental, ketamina, etomidato, propofol. • Bloqueador neuromuscular.
Paso de cánula y verificación de posición.
• Laringoscopia e intubación. Si no es posible intubar al paciente en 20 segundos, retirar laringoscopio y ventile al paciente con bolsa-máscara por 30-60 segundos para recuperar oxigenación. • Inflar el globo de la cánula y verificar posición auscultando epigastrio y ruidos respiratorios bilaterales, checando oximetría y/o capnografía.
Cuidados pos intubación
• Tratar bradicardia en la intubación con atropina 0.5 mg IV (o menos dosis en niños)
Asegurar la cánula orotraqueal

Fuente: Adaptado de Roberts and Hedges, Clinical Procedures in Emergency Medicine, Elsevier, 5ª. Ed., 2013.

CUADRO 5. CUESTIONARIOS PARA RIESGO DE EXACERBACION DE ASMA

1. Prueba de Control del Asma (Asthma Control TestTM–ACT) para personas de 12 años de edad en adelante

Paso 1. Anote el número correspondiente a cada respuesta en el cuadro de la derecha.
Paso 2. Sume todos los puntos en los cuadros para obtener el total.
Paso 3. Llévele la prueba a su doctor para hablar sobre su puntaje total.

	Puntos
En las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo le ha impedido su asma hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa? Siempre **(1)** La mayoría del tiempo **(2)** Algo del tiempo **(3)** Un poco del tiempo **(4)** Nunca **(5)**	
Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia le ha faltado aire? Siempre **(1)** La mayoría del tiempo **(2)** Algo del tiempo **(3)** Un poco del tiempo **(4)** Nunca **(5)**	

Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia sus síntomas del asma (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana? Siempre **(1)** La mayoría del tiempo **(2)** Algo del tiempo **(3)** Un poco del tiempo **(4)** Nunca **(5)**	
Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como salbutamol)? Siempre **(1)** La mayoría del tiempo **(2)** Algo del tiempo **(3)** Un poco del tiempo **(4)** Nunca **(5)**	
¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas? Siempre **(1)** La mayoría del tiempo **(2)** Algo del tiempo **(3)** Un poco del tiempo **(4)** Nunca **(5)**	
TOTAL	

Derechos de autor 2002, por Quality Metric Incorporated Asthma Control Test es una marca comercial de Quality Metric Incorporated.

La Prueba ACT: Consiste en un breve cuestionario de 5 preguntas que el paciente responde independientemente y que puede ayudarle al médico a evaluar el asma de sus pacientes durante las últimas 4 semanas. Si obtuvo 19 puntos o menos, es posible que su asma no esté bien controlada.

Referencia: Nathan RA et al. J Allergy Clin Immunol. 2004; 113:59-65

2. Cuestionario de control de asma ACQ

Este cuestionario consta de 5 preguntas que se puntúan de 0 a 6, se suman los puntos y se divide entre 5. Según el resultado de esta operación, los criterios de control del asma serían:	
- **Menos o igual a 0.75**	**Control adecuado del asma.**
- **De 0,75 a 1.50**	**Asma parcialmente controlada.**
- **Más de 1.50**	**Control inadecuado del asma.**
En promedio, durante la última semana, ¿con qué frecuencia se despertó por la noche debido al asma?	En promedio, durante la última semana, ¿cómo fueron de graves los síntomas de asma que tuvo al despertarse por la mañana?
0. Nunca	0. No tuvo síntomas
1. Casi nunca	1. Síntomas muy ligeros
2. Unas pocas veces	2. Síntomas ligeros
3. Varias veces	3. Síntomas moderados
4. Muchas veces	4. Síntomas bastante graves
5. Muchísimas veces	5. Síntomas graves
6. Incapaz de dormir, debido al asma	6. Síntomas muy graves
En promedio, durante la última semana, ¿hasta qué punto el asma le limitó en sus actividades?	En promedio, durante la última semana, ¿hasta qué punto notó que le faltaba el aire debido al asma?
0. Nada limitado	0. Nada en absoluto
1. Muy poco limitado	1. Muy poco
2. Poco limitado	2. Un poco
3. Moderadamente limitado	3. Moderadamente
4. Muy limitado	4. Bastante
5. Extremadamente limitado	5. Mucho
6. Totalmente limitado	6. Muchísimo
En promedio, durante la última semana, ¿cuánto tiempo tuvo silbidos o pitidos en el pecho?	
0. Nunca 4. Mucho tiempo	
1. Casi nunca 5. Casi siempre	
2. Poco tiempo 6. Siempre	
3. Parte del tiempo	

Fuente: Sociedad Vasco-Navarra de patología respiratoria