

# Guia pràctica per al maneig de l'asma asma 2019

## **Membres del Grup de Respiratori de la CAMFiC**

Xavier Flor, Silvia Álvarez, M<sup>o</sup> Antònia Llauger, Mònica Monteagudo,  
Estefanía Sanjuán, Pepi Valverde, Rosa Villafàfila, José Ignacio Aoiz,  
Núria Blasco, Albert Brau, Anna Maria de Pedro, Elena Carrera,  
Cinta Estrada, Miguel Fuente, Enric Hernández, Amparo Hervás,  
Joan Juvanteny, Montse Llordès, Montserrat Mas,  
Gilbert Sergio Minong, Maria Nualart, Núria Sánchez, Ángeles Santos,  
Elisabeth Serra, Pere J. Simonet, Alejandro Trepas, Marta Villanueva



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària

L'asma és una **malaltia heterogènia** de les vies respiratòries caracteritzada per una inflamació crònica. Es defineix per la història de hiperresposta bronquial canviant en el temps i en intensitat, amb una obstrucció variable al flux aeri. La prevalença oscil·la entre un 6-10% en adults.

### Signes i símptomes guia

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Tos</li><li>• Dispnea</li><li>• Sibilàncies</li><li>• Opressió o «tibantor» toràcica</li></ul> | <p>Poden presentar-se junts o aïllats</p> <p>Molt característics de nit i de matinada</p> <p>Normalment apareixen després de fer exercici o per exposició a agents desencadenants</p> |
|--|---|

- Forma monosimptomàtica: tos crònica

### Preguntes bàsiques per al cribratge ràpid de símptomes d'asma

Donat que la clínica no sempre és persistent, cal anar preguntant periòdicament davant la sospita clínica

- Ha tingut alguna vegada sibilàncies o «xiulets»?
- Ha tingut tos «molesta» que arriba a despertar-lo per la nit?
- Té tos, «xiulets», opressió o tibantor en el pit en determinades situacions? (com ara diferents èpoques de l'any, en el seu lloc de treball, contacte amb animals, plantes, riure, fred...).
- Té tos o «xiulets», o «manca d'aire» després de fer exercici moderat o intens?
- Té refredats que «li baixen al pit» o que li duren més de 10 dies?
- Els símptomes han millorat amb algun tractament antiasmàtic?
- Té algun familiar afectat d'asma o al·lèrgia?

### Anamnesi sistematitzada per al diagnòstic de l'asma

- **Antecedents personals:**
  - Història de la malaltia: inici, tractaments, crisis, limitació de l'activitat...
  - Patologies associades: rinitis, conjuntivitis, poliposi nasal, dermatitis atòpica...
  - Factors de risc: atòpia, sensibilitzants ocupacionals...
- **Antecedents familiars d'asma o atòpia**
- **Situació de l'habitatge:** condicions, humitats, tabac, animals domèstics...
- **Anamnesi ocupacional:** ocupació, relació símptomes-exposició, gravetat dels símptomes...

Per a la confirmació diagnòstica utilitzar les proves necessàries per demostrar alguna de les característiques funcionals de la malaltia.

<b>Obstrucció</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Espirometria forçada             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patró obstructiu:  <math>FEV_1/FCV \leq 70\%</math> i <math>FEV_1 &lt; 80\%</math>                      Freqüentment és normal en l'asma</li> </ul> </li> <li>● FEM<sup>1</sup>: mesura del flux expiratori màxim amb el mesurador de pic de flux (triari la millor de 3 bufades) Serveix com a mesura ràpida d'obstrucció que cal confirmar amb espirometria</li> </ul>
<b>Reversibilitat</b>	$PBD^2 = \frac{FEV_1 \text{ post-}FEV_1 \text{ pre}}{(FEV_1 \text{ post} + FEV_1 \text{ pre})/2} \times 100$ <ul style="list-style-type: none"> <li>- PBD positiva: <math>\geq 12\%</math> i <math>\geq 200</math> ml</li> <li>- La prova negativa no exclou el diagnòstic</li> <li>● Augment de FEM &gt; 60 l/minut o 20%</li> <li>● Test terapèutic amb corticosteroides inhalats</li> </ul>
<b>Variabilitat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● RDFEM<sup>3</sup>: es realitzen dues determinacions (matí i nit), durant 10-20 dies</li> </ul> $VD = \frac{FEM^1 \text{ màx} - FEM \text{ mín}}{(FEM \text{ màx} + FEM \text{ mín})/2} \times 100$ <p>Superior al 20% tres o més dies d'una setmana és diagnòstic d'asma</p>
<b>Hiperreactivitat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cursa lliure             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminució <math>FEV_1 &gt; 10\%</math> basal</li> </ul> </li> <li>● PBC<sup>4,*</sup> (metacolina-histamina, disminució de <math>\geq 20\%</math> del <math>FEV_1</math> respecte al basal)</li> </ul>
<b>Inflamació</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Eosinòfils a l'esput*</li> <li>● FeNO: òxid nítric en aire exhalat*</li> </ul>

FEM<sup>1</sup>: flux expiratori màxim.

PBD<sup>2</sup>: prova broncodilatadora.

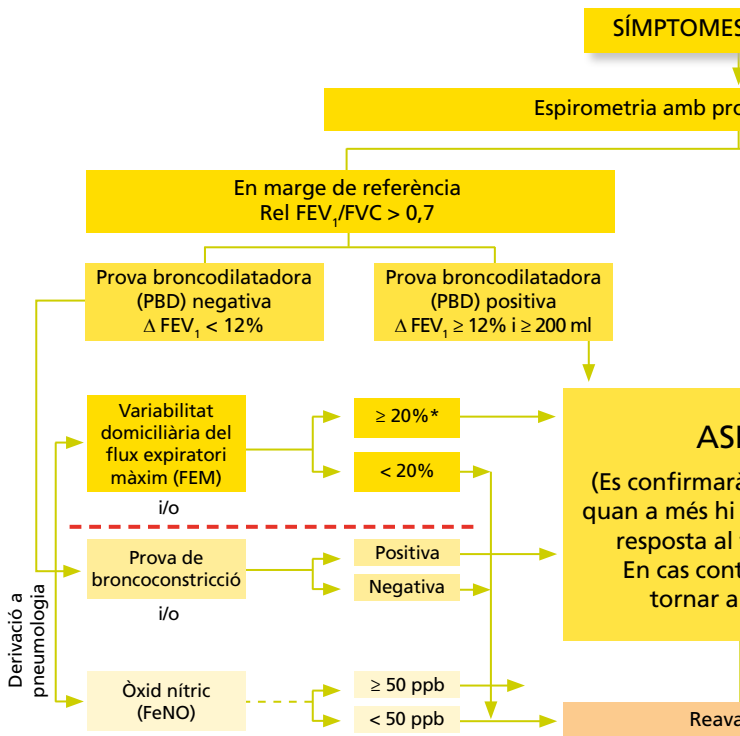
RDFEM<sup>3</sup>: registre domiciliari del flux expiratori màxim.

PBC<sup>4</sup>: prova de broncoconstricció.

\*No es realitza en l'Atenció Primària.

## DIAGNÒSTIC

L'algorisme diagnòstic és una proposta per racionalitzar el procés diagnòstic compatible.



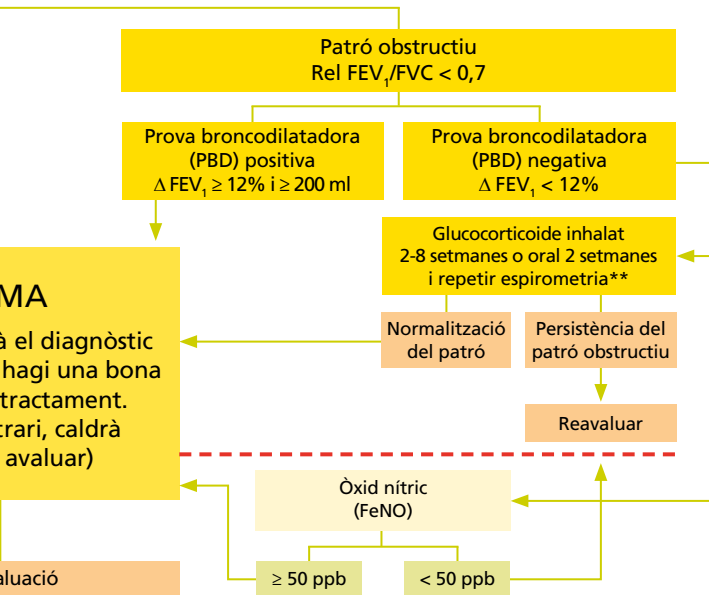
\*Dependent de la fórmula, pot ser un altre valor.

\*\*Normalització patró espiromètric o augment de  $FEV_1 \geq 12\%$  i  $\geq 200$  ml (o del FEM en  $\geq 20\%$ ) amb un tractament amb 40 mg/24 h de prednisona o equivalent) o 2-8 setmanes de glucocorticoides inhalats  
Modificat de GEMA 4.4 i GINA 2019.

òstic, sempre a partir d'uns signes i símptomes suggestius i d'una història

## ASMÀTICS

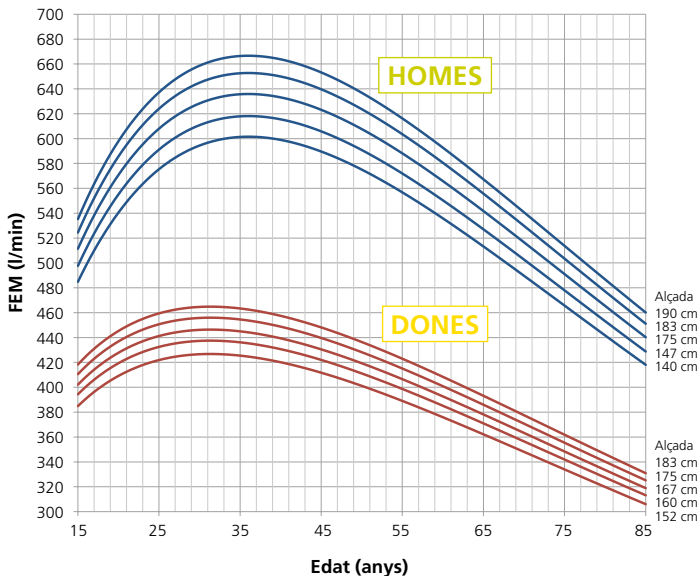
Prova broncodilatadora



$\geq 20\%$ ) respecte al basal després de dues setmanes de glucocorticoïdes sistèmics a dosis altes (1.500-2.000  $\mu\text{g}/24$  h de fluticasona o equivalent).

## Registre teòric de normalitat del flux expiratori màxim (FEM)

Valors normals: fins a 100 l/min inferior al teòric en homes i 85 l/min inferior en dones. Valors derivats de la població caucàsica.



Adaptació de Clement Clarke (2004) per utilitzar amb aparells de mesura EN13826 / escala EU 2004 de Nunn AJ Gregg I. Br Med J 1989;298;106870.

Font: Pau Vallhonrat, Xavier Flor, Silvia Álvarez.

[www.peakflow.com](http://www.peakflow.com)

Hi ha dos tipus de classificació de l'asma:

- 1) Classificació segons la gravetat (abans de l'inici del tractament).
- 2) Classificació segons el grau de control.

Si el pacient no rep tractament, cal valorar la gravetat i utilitzar-la com a guia per triar un tractament farmacològic. Un cop el pacient porta tractament, la gravetat es determina en funció dels requeriments mínims de medicació per mantenir el control.

Pel que fa al seguiment, és més recomanable la classificació segons el grau de control.

## Classificació de la gravetat de l'asma en adults abans de rebre tractament

	INTERMITENT	PERSISTENT		
		Lleu	Moderada	Greu
Síntomes diürns	No (2 cops o menys a la setmana)	≥ 3 cops a la setmana	Síntomes a diari	Síntomes continus (diversos cops al dia)
Medicació de rescat	No (2 cops o menys a la setmana)	≥ 3 cops a la setmana, però no a diari	Tots els dies	Diversos cops al dia
Síntomes nocturns	No més de 2 cops al mes	≥ 3 cops al mes	Més d'un cop a la setmana	Freqüents
Limitació de l'activitat	Cap	Qualsevol	Bastant	Molta
Funció pulmonar (FEV <sub>1</sub> o FEM) % teòric	> 80%	> 80%	> 60% - < 80%	≤ 60%
Exacerbacions	Cap	Una o cap a l'any	Dos o més a l'any	Dos o més a l'any

FEM: flux expiratori màxim; FEV<sub>1</sub>: volum expiratori forçat en el primer segon.

Font: Modificat de GEMA 4.4.

## DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT

Un cop el pacient ha iniciat el tractament, la gravetat es determina en funció dels requeriments mínims de medicació per mantenir el control.

### Classificació de la gravetat en funció dels requeriments mínims de medicació per mantenir el control

GRAVETAT	INTERMITENT	PERSISTENT		
		Lleu	Moderada	Greu
Necessitats mínimes de tractament per mantenir el control	Esglaó 1	Esglaó 2	Esglaó 3 o Esglaó 4	Esglaó 5

### Classificació segons el grau de control

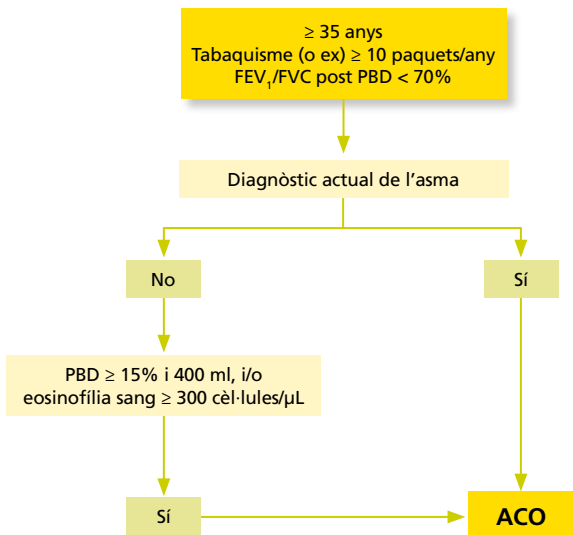
	BEN controlada (tots els següents)	PARCIALMENT controlada (qualsevol mesura en qualsevol setmana)	MAL controlada	
Símptomes diürns	Cap o $\leq 2$ cops a la setmana	$\geq 3$ cops a la setmana	Si $\geq 3$ característiques d'asma parcialment controlada	
Limitació d'activitats	Cap	Qualsevol		
Símptomes nocturns/despertars	Cap	Qualsevol		
Necessitat de medicació de rescat	Cap o $\leq 2$ cops a la setmana	$\geq 3$ cops a la setmana		
Funció pulmonar - FEV <sub>1</sub> - FEM	> 80% del valor teòric > 80% del millor valor personal	< 80% del valor teòric < 80% del millor valor personal		
Exacerbacions	Cap	$\geq 1$ /any		$\geq 1$ en qualsevol setmana
Qüestionaris validats de símptomes - ACT - ACQ	$\geq 20$ < 0,5	16-19 0,5-0,99		$\leq 15$ $\geq 1$

ACT: test de control de l'asma; ACQ: qüestionari de control de l'asma; FEM: flux expiratori màxim; FEV<sub>1</sub>: volum expiratori forçat en el primer segon; SABA: agonista  $\beta_2$  adrenèrgic de curta durada.

Modificat de GEMA 4.4 i GINA 2019.



## Algorisme diagnòstic de la síndrome de solapament asma/MPOC (ACO)



Font: GesEPOC 2017 i GEMA 4.4.

### Situacions especials en l'asma:

- Asma induïda per antiinflamatoris no esteroïdals (EREA) → asma greu associada a rinopoliposis, que es desencadena amb la presa d'AINEs. Si precisa tractament analgèsic: paracetamol a dosis baixes, tramadol o inhibidors de la COX-2.
- Asma induïda per exercici → el tractament d'elecció és la presa de  $\beta_2$  adrenèrgics de curta durada 15 minuts abans de l'exercici. Si la clínica és molt freqüent o factors de risc per exacerbacions, valorar tractament amb corticoides inhalats o antileucotriens.

## Mètodes de mesura del control

L'eina fonamental per avaluar el control del procés és la **visita continuada** de seguiment per professionals sanitaris:

- Signes i símptomes
- Exacerbacions
- Funció pulmonar mitjançant espirometria periòdica i valorar la seva declinació
- Compliment terapèutic. Compliment/adherència terapèutica (test de TAI)
- Revisar plans d'automaneig
- Qüestionaris validats. *No utilitzar-los mai com a eina única de valoració del control.*
  - **Qüestionari del control de l'asma (ACQ)** (versió espanyola): asma ben controlada < 0,5, parcialment controlada 0,5-0,99 i no controlada  $\geq 1$ .
  - **Test del control de l'asma (ACT)**: asma ben controlada  $\geq 20$ , parcialment controlada 16-19, i no controlada  $\leq 15$ .

## Test del Control de l'Asma (ACT)

1. En les darreres 4 setmanes, quant de temps li ha impedit l'asma fer tot el que volia a la feina o a casa?

Mai <input type="checkbox"/> 5	Una mica de temps <input type="checkbox"/> 4	Força temps <input type="checkbox"/> 3	La majoria del temps <input type="checkbox"/> 2	Sempre <input type="checkbox"/> 1
-----------------------------------	---	---	--	--------------------------------------

2. Durant les darreres 4 setmanes, amb quina freqüència li ha faltat l'aire?

Mai <input type="checkbox"/> 5	Un o dos cops per setmana <input type="checkbox"/> 4	De 3 a 6 cops per setmana <input type="checkbox"/> 3	Un cop al dia <input type="checkbox"/> 2	Més d'un cop al dia <input type="checkbox"/> 1
-----------------------------------	---	---	---	---

3. Durant les darreres 4 setmanes, amb quina freqüència els símptomes de l'asma (respiració sibilant, tos, manca d'aire, opressió al pit o dolor) l'han despertat durant la nit o més d'hora al matí?

Mai <input type="checkbox"/> 5	Un o dos cops <input type="checkbox"/> 4	Un cop per setmana <input type="checkbox"/> 3	De 2 a 3 nits per setmana <input type="checkbox"/> 2	4 o més nits per setmana <input type="checkbox"/> 1
-----------------------------------	---	--	---	--

4. Durant les darreres 4 setmanes, amb quina freqüència ha fet servir l'inhalador de rescat?

Mai <input type="checkbox"/> 5	Un cop per setmana o menys <input type="checkbox"/> 4	Dos o tres cops per setmana <input type="checkbox"/> 3	Un o dos cops al dia <input type="checkbox"/> 2	Tres o més cops al dia <input type="checkbox"/> 1
-----------------------------------	--	---	--	--

5. Fins a quin punt diria que la seva asma ha estat controlada durant les darreres 4 setmanes?

Totalment controlada <input type="checkbox"/> 5	Ben controlada <input type="checkbox"/> 4	Una mica controlada <input type="checkbox"/> 3	Mal controlada <input type="checkbox"/> 2	Gens controlada <input type="checkbox"/> 1
--	--	---	--	---

# TEST D'ADHESIÓ ALS INHALADORS (TAI)

1. En els darrers 7 dies, quantes vegades va oblidar prendre els seus inhaladors habituals?

1. Totes  2. Més de la meitat  3. Aproximadament la meitat  4. Menys de la meitat  5. Cap

2. S'oblida de prendre els inhaladors?

1. Sempre  2. Gairebé sempre  3. De vegades  4. Gairebé mai  5. Mai

3. Quan es troba bé de la seva malaltia, deixa de prendre els seus inhaladors?

1. Sempre  2. Gairebé sempre  3. De vegades  4. Gairebé mai  5. Mai

4. Quan està de vacances o de cap de setmana, deixa de prendre els seus inhaladors?

1. Sempre  2. Gairebé sempre  3. De vegades  4. Gairebé mai  5. Mai

5. Quan està nerviós/a o trist/a, deixa de prendre els seus inhaladors?

1. Sempre  2. Gairebé sempre  3. De vegades  4. Gairebé mai  5. Mai

6. Deixa de prendre els seus inhaladors per por de possibles efectes secundaris?

1. Sempre  2. Gairebé sempre  3. De vegades  4. Gairebé mai  5. Mai

7. Deixa de prendre els seus inhaladors per considerar que són de poca ajuda per tractar la seva malaltia?

1. Sempre  2. Gairebé sempre  3. De vegades  4. Gairebé mai  5. Mai

8. Pren menys inhalacions de les que el seu metge li va prescriure?

1. Sempre  2. Gairebé sempre  3. De vegades  4. Gairebé mai  5. Mai

9. Deixa de prendre els seus inhaladors perquè considera que interfereixen amb la seva vida quotidiana o laboral?

1. Sempre  2. Gairebé sempre  3. De vegades  4. Gairebé mai  5. Mai

10. Deixa de prendre els seus inhaladors perquè té dificultat per pagar-los?

1. Sempre  2. Gairebé sempre  3. De vegades  4. Gairebé mai  5. Mai

Preguntes a respondre pel professional sanitari:

11. Coneix o recorda el pacient la pauta (dosis i freqüència) que se li va prescriure?

1. No  2. Sí

12. La tècnica d'inhalació del dispositiu del pacient és:

1. Amb errors crítics  2. Sense errors crítics o correcte

**Tipus d'adherència (valorant només les 10 primeres preguntes)**

- 50 punts → bona adherència
- 46-49 punts → adherència intermèdia
- ≤ 45 punts → baixa adherència

**Tipus d'incompliment (valorant les 12 preguntes)**

- Preguntes de la 1 a la 5 amb < 25 punts → erràtic
- Preguntes de la 6 a la 10 amb < 25 punts → deliberat
- Preguntes 11-12 amb < 4 punts → inconscient

*Un mateix pacient pot presentar més d'un tipus o patró d'incompliment; i un pacient amb 50 punts al TAI de 10 ítems pot ser després incomplidor/inconscient en el TAI de 12 ítems.*

*El podeu consultar a <http://www.taitest.com/>*

# TRACTAMENT DE MANTENIMENT

Recordeu que el tractament d'elecció a l'asma és el corticoide inhalat. Evitar inèrcia terapèutica revisant els tractaments cada 3-6 mesos pujar o baixar esglaó.

Esglaó 1	Esglaó 2	Esglaó 3	Esglaó 4	Esglaó 5
CI-formoterol a demanda* o CI-formoterol a demanda*	CI baixes dosis diària + SABA rescata o CI-formoterol a demanda*	Dosis baixes de CI-LABA (amb rescata amb SABA o teràpia MART)	Dosis baixes de CI-LABA (teràpia MART) o Dosis mitjanes de CI-LABA + SABA de rescata	Altes dosis de CI-LABA + tiotropi o ARLT o teofil·lines Si persisteix mal control, valorar fenotips: - AntilgE (omalizumab): asma al·lèrgica - Anti IL5 (mepolizumab, reslizumab), Anti IL4R (dupilumab): asma eosinofílica greu - Azitromicina: asma neutrofílica - Reducció ponderal en asma associada a la obesitat
Dosis baixes de CI després de SABA o CI baixes dosis a diari + SABA rescata**	ARLT o Dosis baixes de CI després de SABA o Dosis baixa de CI-LABA	Dosis mitjanes de CI o Dosis baixes de CI + ARLT	Altes dosis de CI. Si mal control afegir: - Tiotropi**** - ARLT - Altes dosis de CI-LABA	Afegir baixes dosis de corticoides orals Valorar altres alternatives, si mal control com: - termoplastia - triamcinolona IM
Ci-formoterol* de rescata	<b>Teràpia MART</b> (CI-LABA*** tant de manteniment com de rescata)			
Rescata alternatiu	SABA de rescata			
Educació, control ambiental, tractament de la rinitis i altres comorbiditats Considerar immunoteràpia amb al·lèrgens				

\*La dosis màxima per dia de formoterol és de 72 µg/24h. Off-label: només hi ha dades amb budesònida-formoterol.  
 \*\*Tenir en compte el risc d'abús de SABA, ja que ≥ 3 paquets de SABAs a l'any és mal control, així com l'augment de risc d'exacerbacions severes i ≥ 12 increments el risc de mortalitat.

\*\*\*Teràpia MART només amb budesònida i beclometasona.

\*\*\*\*Tiotropi en dispositiu Soft Mist Inhaler. A partir de 6 anys.

CI: corticoides inhalat; LABA: β<sub>2</sub> adrenèrgics d'acció llarga; SABA: β<sub>2</sub> adrenèrgics d'acció curta; ARLT: antileucotriens (montelukast).

Modificat de GINA 2019 i GEMA 4.4.

Abans de cap canvi de tractament, cal revisar sempre la **TÈCNICA INHALATÒRIA (TI)** i adhesió al tractament i, en general, revisar com a mínim un cop l'any.

### Dosis equipotents dels corticoides inhalats

	Dosis baixa (µg/dia)	Dosis mitjana (µg/dia)	Dosis alta (µg/dia)
Beclometasona dipropionat	200-500	501-1.000	1.001-2.000
Beclometasona extrafina	100-200	201-400	> 400
Budesònida	200-400	401-800	801-1.600
Ciclesònida	80-160	161-320	321-1.280
Fluticasona furoat	–	92	184
Fluticasona propionat	100-250	251-500	501-1.000
Mometasona furoat	100-200	201-400	401-800

GEMA 4.4.

### Dosis de broncodilatadors en asma

Fàrmac	Quantitat per inhalació (µg)		Temps de l'efecte (min)		
	Inhalador pressuritzat	Pols seca	Inici	Màxim	Durada
<b>β<sub>2</sub> adrenèrgics d'acció curta</b>					
Salbutamol	100	100	3-5	60-90	180-360
Terbutalina	–	500	3-5	60-90	180-360

<b>β<sub>2</sub> adrenèrgics d'acció llarga</b>					
Formoterol	12	4,5-9-12	3-5	60-90	660-720
Salmeterol	25	50	20-45	120-240	660-720
Vilanterol	–	22	3-5	–	1.440

Fàrmac	Soft Mist Inhaler		Inici	Màxim	Durada
<b>Antimuscarínics d'acció llarga (LAMA)</b>					
Tiotropi	5	–	30	90	1.440-2.880

Les combinacions per l'asma són:

- Beclometasona + formoterol.
- Budesònida + formoterol.
- Fluticasona propionat + formoterol.
- Fluticasona propionat + salmeterol.
- Fluticasona furoat + vilanterol.

Font: GEMA 4.4.

### **Els objectius del control del pacient asmàtic són:**

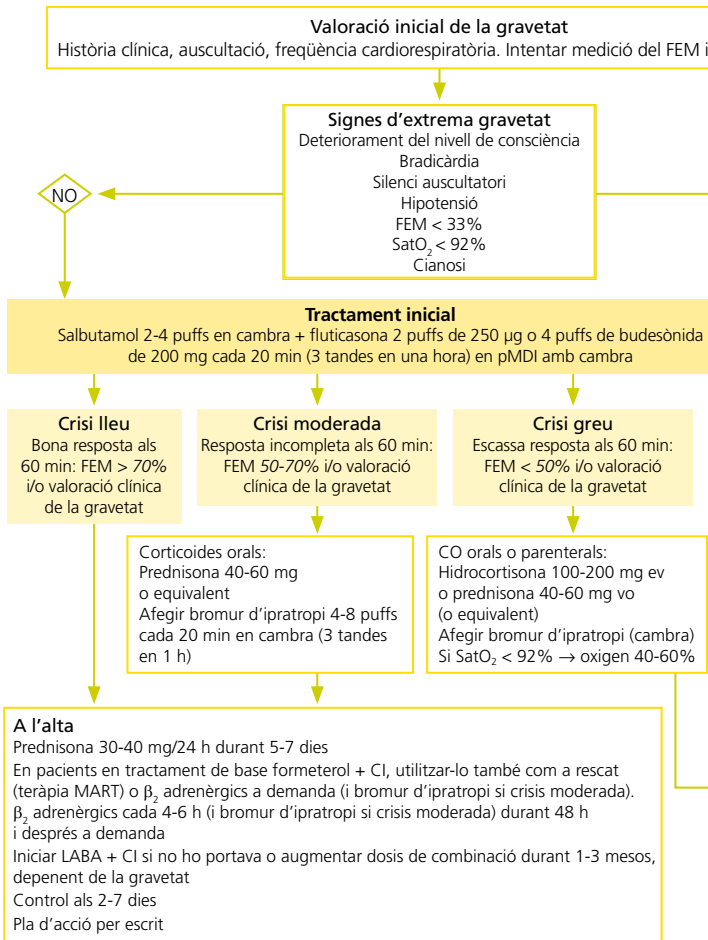
- Aconseguir una activitat física sense limitacions.
- Disminuir l'absentisme escolar i laboral.
- No tenir crisis.
- No necessitat d'ús de medicació de rescat.
- Evitar els efectes adversos de la medicació.

### **Principals factors de risc per patir una exacerbació tot i tenir pocs símptomes:**

- Ús excessiu de SABA (més de 200 dosis o 1 dispositiu al mes o  $\geq 3$  dispositius a l'any que corresponen a 600 dosis).
- Infratractament amb corticoides inhalats (no prescrits, mala adherència, mala tècnica inhalatòria).
- FEV<sub>1</sub> basal baix (sobretot si  $< 60\%$  de teòric).
- Gran reversibilitat bronquial.
- Problemes psicològics o socioeconòmics majors.
- Exposició al fum del tabac o al·lèrgens si està sensibilitzat.
- Comorbiditats: obesitat, síndrome d'apnea-hipoapnea del son, rinosinusitis, al·lèrgia alimentària.
- Eosinofília sang perifèrica ( $\geq 300$ ).
- Embaràs.
- Assistència prèvia a la UCI o intubació per asma.
- Al menys 1 exacerbació a l'any previ o  $\geq 1$  exacerbació greu a l'últim any.
- FENO elevat a l'asma al·lèrgica en tractament amb corticoides inhalats.

*Modificat de GINA 2019 i GEMA 4.4 i Asthma Right Care (ARC).*

## Maneig de les crisis asmàtiques en Atenció Primària



Modificat: Vigatà JM, Flor X i Rodríguez M. Crisis asmàtiques en Atenció Primària. FMC 2006;138 (8):424-434 i GEMA 4.4.

Excepte en crisi greu, el SABA amb el sistema de pols seca es podria utilitzar amb els mateixos resultats en milloria de la funció pulmonar, que si utilitzem ICP + cambra o nebulitzacions.

pulsioximetria

Totes les aguditzacions són potencialment greus fins al seu correcte control. La majoria de les morts per asma són evitables: la tardança en la valoració i el tractament pot ser fatal.

### Graus de severitat de la crisi

MANIFESTACIONS	LLEU	MODERADA	GREU	SIGNES D'EXTREMA GRAVETAT
DISPNEA	Caminant	Parlant	En repòs	Cianosi
FREQÜÈNCIA RESPIRATÒRIA	Normal o augmentada	Augmentada	> 30/minut	> 30/minut Deteriorament de la consciència
ÚS MÚSCULS ACCESSORIS	No	Habitual	Habitual	Signes de fracàs
SIBILÀNCIES	Moderades	Importants	Importants o absents	Silenci auscultatori
POLS	< 100/minut	100-120/minut	> 120/m o bradicàrdia	Bradicàrdia i hipotensió
FEM*	> 80%	60-80%	< 60% o > 150 l/m	
SaO <sub>2</sub>	> 95%	90-95%	90-95%	< 90%
PO <sub>2</sub> mm Hg	Normal	80-60	80-60	< 60

\*Respecte al valor teòric o millor marca personal del pacient.  
FEM: flux expiratori màxim; SaO<sub>2</sub>: saturació d'oxigen;  $\beta_2$ : adrenèrgic de curta durada; CO: corticoesteroides orals; BI: bromur d'ipratropi.

**CRISI GREU DE RISC VITAL**  
Hidrocortisona 100-200 mg ev o equivalent

Trasllat a l'hospital amb ambulància medicalitzada amb:  $\beta_2$  nebulitzat + BI nebulitzat + oxigen 40-60% + corticoesteroide parenteral (hidrocortisona ev 100 mg o equivalent)



## Críteris de derivació

- Confirmar el diagnòstic d'asma quan no s'ha pogut realitzar.
- Investigar comorbiditats les quals el seu estudi no es pot fer a AP.
- Asma greu i asma no controlada.
- Situacions especials: estudi d'al·lèrgologia en pacients mal controlats tot i tractament, sospita d'asma ocupacional, MREA, dones embarassades amb mal control i alguns pacients amb asma induïda per l'exercici.

MREA: *malaltia respiratòria exacerbada per àcid acetilsalicílic i altres AINEs.*

L'educació sanitària del pacient asmàtic redueix el risc de patir una exacerbació, augmenta la qualitat de vida i redueix els costos sanitaris. Cal potenciar l'autonomia del pacient.

## Tot pacient asmàtic ha de tenir un pla d'acció per escrit on hauria de constar

- La medicació habitual del pacient.
- Quan i com incrementar la medicació, i quan començar els corticoides orals.
- Com accedir a l'atenció mèdica si els símptomes no milloren.

## Fases esglaonades del procés educatiu del malalt asmàtic



\*MF: Metge de Família; DUI: Diplomats Universitaris d'Infermeria.



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària