

Crisis asmática: reconocimiento y actuación de emergencia sin medicación

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Crisis asmática: reconocimiento y actuación de emergencia sin medicación

El asma afecta a más de 300 millones de personas en el mundo según la OMS, y las crisis asmáticas graves (status asthmaticus) causan aproximadamente 450.000 muertes anuales. En un escenario de emergencia o colapso donde no se disponga de broncodilatadores ni corticoides, la actuación del primer interviniente se centra en reducir la demanda de oxígeno, optimizar la mecánica respiratoria y mantener la vía aérea permeable hasta la resolución espontánea o la llegada de ayuda médica. Las guías GINA (Global Initiative for Asthma, 2023) y el British Thoracic Society (BTS, 2019) establecen los criterios de gravedad que permiten clasificar la crisis y priorizar la actuación.

Clasificación de la gravedad de la crisis asmática

La clasificación correcta de la gravedad es esencial para determinar la urgencia de la intervención. Los criterios se basan en parámetros clínicos observables sin instrumentación médica.

Parámetro

Crisis leve

Crisis moderada

Crisis grave

Parada inminente

Disnea

Al caminar

Al hablar (frases cortas)

En reposo (palabras sueltas)

Incapaz de hablar

Posición

Puede estar tumbado

Prefiere sentarse

Sentado inclinado hacia delante

Incapaz de moverse

Frecuencia respiratoria

20-30 rpm

>30 rpm

Bradipnea o apnea

Sibilancias

Moderadas, espiratorias

Audibles, espiratorias

Inspiratorias y espiratorias

Silencio auscultatorio (tórax silente)

Frecuencia cardíaca

100-120 lpm

>120 lpm

Bradicardia

Nivel de consciencia

Normal

Puede estar agitado

Agitado, confuso

Somnoliento, obnubilado

Cianosis

Ausente

Ausente

Posible

Presente

Uso musculatura accesoria

No

Sí

Sí, marcado

Movimiento paradójico toracoabdominal

Signos de parada respiratoria inminente: El tórax silente (ausencia de sibilancias) NO significa mejoría: indica que el flujo aéreo es tan bajo que no genera turbulencia. La bradicardia, la somnolencia y el movimiento paradójico toracoabdominal son signos premonitorios de parada cardiorrespiratoria. Si se observan, activar servicios de emergencia inmediatamente.

Actuación inmediata sin medicación

Cuando no se dispone de inhaladores de rescate (salbutamol) ni de corticoides orales, la intervención se centra en medidas posturales, control de la ansiedad y optimización del entorno para facilitar la respiración.

Posición de trípode: Sentar a la víctima inclinada hacia delante, con los brazos apoyados sobre las rodillas o sobre una mesa. Esta posición optimiza la mecánica del diafragma y los músculos intercostales, permitiendo mayor excursión torácica. Nunca acostar a una persona en crisis asmática: la posición supina empeora la

obstrucción bronquial.

Respiración con labios fruncidos: Instruir a la víctima para que inspire lentamente por la nariz durante 2-3 segundos y espire por la boca con los labios fruncidos (como si soplara una vela) durante 4-6 segundos. Esta técnica genera una presión espiratoria positiva (PEP) que mantiene las vías aéreas abiertas durante más tiempo, reduciendo el atrapamiento aéreo. Según estudios publicados en *Respiratory Care*, esta técnica puede reducir la frecuencia respiratoria y mejorar la saturación de oxígeno en pacientes con obstrucción al flujo aéreo.

Control de la ansiedad y el pánico: La ansiedad activa el sistema nervioso simpático y aumenta la demanda de oxígeno, empeorando la crisis. Hablar con voz calmada, mantener contacto visual, dar instrucciones cortas y claras. Técnica 4-7-8 de respiración: inspirar 4 segundos, mantener 7 segundos, espirar 8 segundos (adaptando los tiempos a la capacidad del paciente). No decir "cálmate": dar instrucciones concretas como "respira conmigo" o "sopla despacio".

Optimización del entorno: Alejar a la víctima de posibles desencadenantes: humo, polvo, aire frío, productos químicos, animales. Abrir ventanas si el aire exterior es limpio. Aflojar la ropa que comprima tórax y abdomen. Mantener el ambiente cálido y húmedo si es posible (el aire frío y seco es broncoconstrictor). Si se dispone de agua caliente, generar vapor (no directamente sobre la cara) para humidificar el aire inspirado.

Hidratación: Ofrecer líquidos templados a pequeños sorbos si la víctima puede tragar sin dificultad. La deshidratación espesa las secreciones bronquiales y empeora la obstrucción. Bebidas con cafeína (café, té negro) pueden proporcionar un leve efecto broncodilatador: la cafeína es una metilxantina con estructura similar a la teofilina, aunque su efecto es modesto y no sustituye al tratamiento médico real.

Técnica de respiración abdominal guiada

En una crisis moderada, guiar a la víctima en respiración diafragmática puede reducir significativamente el trabajo respiratorio. Esta técnica está respaldada por revisiones sistemáticas publicadas en *Cochrane Database* y por las guías GINA como complemento al tratamiento farmacológico.

Posición inicial: Víctima sentada con la espalda recta o ligeramente inclinada hacia delante. Una mano sobre el pecho y otra sobre el abdomen. El objetivo es que solo la mano del abdomen se mueva al respirar.

Inspiración diafragmática: Inspirar lentamente por la nariz, dirigiendo el aire hacia el abdomen (la mano abdominal sube, la torácica permanece quieta). Inspiración de 2-3 segundos, sin forzar. El diafragma genera el 60-70 % del volumen corriente y es más eficiente que la musculatura accesorio.

Espiración prolongada: Espirar con labios fruncidos durante el doble del tiempo de inspiración (4-6 segundos). La espiración debe ser pasiva y controlada, sin forzar. La relación inspiración:espiración de 1:2 o 1:3 favorece el vaciado pulmonar y reduce el atrapamiento aéreo característico del asma.

Limitaciones de estas técnicas: Las medidas posturales y respiratorias NO sustituyen al tratamiento farmacológico. Son medidas de soporte para ganar tiempo. Una crisis asmática grave o un status

asthmaticus requieren broncodilatadores, corticoides sistémicos y, potencialmente, ventilación mecánica. Si se dispone de CUALQUIER inhalador de rescate (salbutamol, terbutalina), usarlo según las instrucciones del fabricante.

Cuándo iniciar RCP

Si la víctima pierde la consciencia y deja de respirar o presenta respiración agónica (gaspings), iniciar RCP de alta calidad según las guías del ERC.

Compresiones torácicas: 30 compresiones a un ritmo de 100-120 por minuto, profundidad de 5-6 cm en adultos, permitiendo la reexpansión completa del tórax entre compresiones. En el contexto asmático, las compresiones torácicas pueden ayudar a movilizar tapones mucosos y actuar como mecanismo de ventilación parcial.

Ventilaciones: Relación 30:2. Tener en cuenta que las ventilaciones pueden ser difíciles debido al broncoespasmo severo. No insuflar con excesiva presión: riesgo de barotrauma y neumotórax. Si no se puede ventilar, mantener compresiones continuas (RCP solo con compresiones).

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.