

EDITORIAL

Recibido: 14 noviembre 2025

Aceptado: 14 noviembre 2025

Redefiniendo la severidad de las exacerbaciones de asma: implicaciones y limitaciones del consenso ALAT-SEPAR

Redefining the Severity of Asthma Exacerbations: Implications and Limitations of the ALAT-SEPAR Consensus

Juan Carlos Cardet^{1,2}, Jeremy Landeo-Gutiérrez^{3,4},
Juan Carlos Celedón^{5,6}

1. University of South Florida, Morsani College of Medicine, Departamento de Medicina Interna, División de Alergia e Inmunología, Tampa, Florida, Estados Unidos de América
2. James A. Haley VA Hospital, Tampa, Florida, Estados Unidos de América
3. University of California San Diego, Departamento de Pediatría, División de Neumología, San Diego, California, Estados Unidos de América
4. Rady Children's Hospital, San Diego, California, Estados Unidos de América
5. University of Pittsburgh, Departamentos de Pediatría y Medicina Interna, División de Neumología, Pittsburgh, Pennsylvania, Estados Unidos de América
6. UPMC Children's Hospital of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania, Estados Unidos de América.

ORCID:

Juan Carlos Cardet: <https://orcid.org/0000-0002-9731-4828>Jeremy Landeo-Gutiérrez: <https://orcid.org/0000-0001-7916-067X>Juan Carlos Celedón: <https://orcid.org/0000-0002-6139-5320>Autor corresponsal: Juan C. Celedón, MD, DrPH, ATSF, juan.celedon@chp.edu

Introducción

El asma es una de las enfermedades crónicas más comunes, con una prevalencia global estimada en 6,6% en adultos y 9,1% en niños.¹ El asma no controlada y las exacerbaciones del asma son una causa importante de deterioros en la calidad de vida,² pérdida de días educativos y de trabajo,^{3,4} visitas a salas de emergencia, hospitalizaciones e incremento del riesgo de mortalidad.¹ En Latinoamérica, el asma y sus exacerbaciones afectan de manera desproporcionada a las poblaciones de más bajo estatus socioeconómico.^{5,6} Dada la carga que las exacerbaciones de asma imponen en la población y en los sistemas de salud, su correcta definición y clasificación es crucial para la planificación de políticas sanitarias, la práctica clínica y la investigación.

Las exacerbaciones de asma varían en severidad, pero definir las y categorizarlas ha sido un tema controversial por décadas. Desde su publicación en 2009, el reporte del Task Force de la ATS y la ERS ha sido el estándar usado en la mayoría de las investigaciones del asma, lo que ha permitido comparaciones de resultados entre estudios.⁷ Críticamente, este Task Force ató la definición de ataques severos al uso de corticoesteroides sistémicos, dándole prioridad en la definición al manejo de la enfermedad en vez de a una característica intrínseca. En el artículo por Stok et al⁸ en esta edición de *Respirar*, representantes de la ALAT-SEPAR reportan un consenso con definiciones para distinguir ataques de asma muy graves vs. graves vs. no-graves. En contraste con la definición del Task Force de 2009, en este nuevo consenso se define una exacerbación muy grave con base en características que no incluyen el uso de corticoesteroides sistémicos.

Metodología

Para la elaboración del consenso, se constituyó un comité científico que contó con un total de 12 miembros de las sociedades de ALAT y SEPAR. Este comité realizó una revisión sistemática de 67 publicaciones que incluían definiciones de la exacerbación de asma, cuyos componentes fueron extraídos para ser posteriormente evaluados de manera individual y categorizados para definir tres niveles de exacerbaciones: muy graves, graves y no graves. Esta categorización fue examinada mediante un primer sondeo por un panel de 28 expertos internacionales. Con base en los resultados, el comité científico propuso definiciones y propuestas complementarias que posteriormente se sometieron a dos rondas de consenso utilizando la metodología Delphi basada en el método de adecuación de la corporación RAND Healthcare y de la Universidad de California en Los Ángeles (RAND/UCLA).⁹

Definición de severidad basada en patofisiología y clínica

Los elementos utilizados para la clasificación de severidad de exacerbaciones se describen brevemente a continuación. La exacerbación “muy grave” se definió como la que cuenta con características que ponen en riesgo a la vida. En esta se incluyeron signos de fallo respiratorio (i.e. paro respiratorio, necesidad de ventilación mecánica, hipercapnia con $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg, acidosis respiratoria con $\text{pH} < 7.30$), movimiento paradójico abdominal, deterioro neurológico (e.g., pérdida de conciencia) o inestabilidad hemodinámica. Además, se incluyó el criterio de manejo que requiere ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) o de cuidados intermedios respiratorios (UCRI).

En cuanto a la categoría “grave”, el consenso la definió como un evento que requiere acción urgente. Los indicadores clínicos incluyeron signos de dificultad respiratoria significativa (i.e. frecuencia respiratoria > 30 rpm, frecuencia cardíaca > 120 lpm), el uso de músculos respiratorios accesorios y la incapacidad del paciente para hablar en frases completas. En cuanto a los parámetros fisiológicos, se incluyeron una caída significativa de la función pulmonar (i.e. $< 50\%$ FEV_1 o PEF del valor personal previo) o la presencia de hipoxemia (i.e. $\text{SaO}_2 < 90\%$ o $\text{PaO}_2 < 60$ mm Hg). En esta categoría, se incluyeron las exacerbaciones con necesidad de hospitalización, estancia en urgencias de ≥ 24 horas, o el uso de corticosteroides sistémicos por ≥ 5 días.

Finalmente, la categoría “no grave” fue definida como un evento que requiere un tratamiento adicional para prevenir la progresión a una exacerbación grave, con función pulmonar estable (FEV_1 o PEF $> 50\%$ de su valor de referencia), una $\text{SaO}_2 > 90\%$ y la capacidad de hablar en frases completas. Respecto a la utilización de recursos sanitarios, estos episodios fueron caracterizados por la ausencia de necesidad de hospitalización o una estancia en urgencias < 24 horas, y/o el requerimiento de un curso corto de corticosteroides sistémicos por < 5 días.

Interpretación de la nueva clasificación del consenso

La definición de ataque de asma grave del Task Force 2009 es relativamente sencilla, pues sólo depende del uso de corticosteroides sistémicos. Por ello, facilita la conducción de ensayos clínicos donde el resultado primario son exacerbaciones ya que aumenta la frecuencia observada de eventos infrecuentes -y por tanto difíciles de estudiar- como lo son las exacerbaciones del asma.

El consenso de la ALAT-SEPAR responde a una crítica frecuente a la definición del Task Force y su dependencia en la arbitrariedad y variabilidad interpersonal inherente en la prescripción de corticosteroides sistémicos para tratar síntomas de asma. También responde a la interpretación implícita de que los estudios actuales incluyen gran heterogeneidad en la gravedad de los eventos asmáticos. Bajo la nueva definición de este consenso, muchas exacerbaciones que actualmente se clasifican como graves podrían reclasificarse como no-graves (e.g., al usar 5 días de corticosteroides sistémicos como el dintel que distingue los ataques no-graves de los graves, en vez de 3 días).

De hecho, muchos investigadores han variado sustancialmente la definición de exacerbaciones de asma, como es evidente en las > 65 definiciones listadas en la tabla suplementaria 2 del consenso. Previamente se han usado otros términos para describir las categorizaciones del consenso, y términos como “deterioro de asma” describen similarmente lo que el consenso categoriza como “ataque no grave”.¹⁰

Actualmente, se usa el ingreso hospitalario o la UCI como un marcador de severidad de una exacerbación, probablemente porque el nivel de cuidado es un detalle clínico más accesible a investigadores que datos como la hipercapnia. Por lo tanto, la definición propuesta por el consenso otorga mayor especificidad, pero con la limitación de tener datos incomple-

tos (e.g., gases arteriales) sobre ataques de asma que ocurren en áreas con recursos limitados.

Limitaciones y dirección al futuro

El consenso de la ALAT-SEPAR desliga las definiciones de ataques de asma del uso exclusivo de corticosteroides sistémicos en miras a reducir heterogeneidad. De hecho, la interpretación y especificidad de los ensayos clínicos importantes de las últimas décadas posiblemente cambiaría si aplicáramos los criterios del consenso. Sin embargo, aunque este aclara los componentes que definen ataques como no-graves vs. graves vs. muy graves, introduce complejidad y no queda claro cuántos criterios los definen. Un ataque con sólo un criterio de gravedad o extrema gravedad probablemente no es igual a otro ataque que cumple con varios de estos criterios, lo que nos devuelve a la heterogeneidad. Estas definiciones, y probablemente ninguna otra, tampoco confirman la exclusividad del asma como desencadenante del ataque en vez de imitantes del asma (e.g., disfunción de las cuerdas vocales). El consenso tampoco nos lleva al punto de variar la definición de severidad por el fenotipo asmático.

Varias limitaciones existen en la aplicación de los propuestos componentes de severidad a la población pediátrica. Primero, parámetros clínicos como la frecuencia respiratoria y cardíaca tienen diferentes valores normativos durante la niñez, y valores como los incluidos en los casos de exacerbación grave pueden considerarse síntomas relativamente leves en niños menores. Segundo, la valoración de la presencia del uso de músculos respiratorios accesorios y la ventilación abdominal paradójica puede ser un hallazgo frecuente en exacerbaciones en niños, por lo que se debe valorar su presencia en el contexto de su severidad, tal como se hace en otras herramientas clínicas pediátricas ("pediatric asthma severity score [PASS]"¹¹ o el "pediatric respiratory assessment measure [PRAM]"¹²). Tercero, los valores de espirometría pueden ser de uso limitado en niños en el momento de una exacerbación, quienes requieren de una adecuada colaboración para asegurar la reproducibilidad de la maniobra de máxima espiración forzada. Finalmente, dadas las recomendaciones recientes para el tratamiento de exacerbaciones mediante el uso de dosis adicionales de corticosteroides inhalados con beta agonistas de corta o larga acción en la práctica pediátrica,¹³ el uso de estas terapias también debe ser considerado en la valoración de exacerbaciones.

Algunos otros puntos merecen mayor desglose. Los autores del consenso recomiendan la iniciación de tratamiento adicional para prevenir la progresión a una exacerbación grave, aunque no queda claro cuál debe ser este tratamiento. Una posible terapia es el uso de corticosteroides inhalados de rescate, ya sea combinados con formoterol o albuterol, ambos ahora recomendados por GINA.¹⁴ Muchas terapias biológicas en desarrollo (e.g., inhibidores de JAK inhalados) quizás también se presten para la amortiguación de ataques no-graves, aunque el costo al sistema de salud sea en muchos casos prohibitivo.

El reconocimiento y toma de medidas en tiempo real para las exacerbaciones no-graves con el potencial de reducir la progresión a una de mayor severidad requieren mejor comunicación entre pacientes y clínicos que cuidan el asma, y quizás mejoras en el acceso a especialistas del asma (i.e., alergólogos y neumólogos).¹⁵

Conclusión

El consenso ALAT-SEPAR constituye un esfuerzo y trabajo notable que nos motiva a indagar más profundamente en los datos provistos por los ensayos clínicos. Las definiciones más detalladas y complejas de la gravedad de asma pudiesen permitirnos sopesar los beneficios y limitaciones -especialmente el costo- de la gran variedad de terapias innovadoras y eficaces ahora accesibles para el asma. El impacto y la factibilidad de implementar las definiciones propuestas por este consenso merecen ser evaluadas en futuros estudios que incluyan no sólo a áreas con acceso a recursos especializados sino a aquellas con escasos recursos en Latinoamérica.

Financiamiento: los autores declaran que el trabajo no tuvo financiamiento.

Declaración de conflictos de interés: J.C.Cardet: ha sido miembro de juntas asesoras para Aiolos Bio, Apogee, Amgen, AstraZeneca, Genentech, GSK y Sanofi; miembro de comités de Chiesi y Sanofi-Immuno; y declara que recibió fondos para investigación de GSK. J.L.G. y J.C.Celedón no tienen conflictos de interés.

Contribuciones de los autores: todos los autores contribuyeron de manera equitativa.

Los Editores en Jefe, Dres. Carlos Luna y Francisco Arancibia, realizaron el seguimiento del proceso de revisión y aprobaron este artículo.

Referencias

1. The Global Asthma Report 2022. *Int J Tuberc Lung Dis* 2022;26(Suppl 1):1-104. <https://doi.org/10.5588/ijtld.22.1010>
2. Stucky BD, Sherbourne CD, Edelen MO, Eberhart NK. Understanding asthma-specific quality of life: moving beyond asthma symptoms and severity. *Eur Respir J* 2015;46(3):680-7. <https://doi.org/10.1183/09031936.00225014>
3. CDC. AsthmaStats: asthma-related missed school days among children aged 5–17 years. [Internet]. [Consultado 11 feb 2025]. Disponible en: https://www.cdc.gov/asthma/asthma_stats/missing_days.htm
4. Nurmagambetov T, Kuwahara R, Garbe P. The Economic Burden of Asthma in the United States, 2008-2013. *Ann Am Thorac Soc* 2018;15(3):348-356. <https://doi.org/10.1513/annalsats.201703-259oc>
5. Cruz Á, Stelmach R, Ponte EV. Asthma prevalence and severity in low-resource communities. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2017;17(3):188-193. <https://doi.org/10.1097/aci.0000000000000360>
6. Forno E, Brandenburg DD, Castro-Rodríguez JA et al. Asthma in the Americas: An Update: A Joint Perspective from the Brazilian Thoracic Society, Canadian Thoracic Society, Latin American Thoracic Society, and American Thoracic Society. *Ann Am Thorac Soc* 2022;19(4):525-535. <https://doi.org/10.1513/annalsats.202109-1068cme>
7. Reddel HK, Taylor DR, Bateman ED et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;180(1):59-99. <https://doi.org/10.1164/rccm.200801-060st>
8. Stok AM, Álvarez Gutiérrez F, Bellini L et al. Consenso ALAT-SEPAR sobre la definición y clasificación de las exacerbaciones del asma según su gravedad: hacia una estandarización internacional. *Respirar* 2025;17(4):385-422. <https://doi.org/10.55720/respirar.17.4.2>
9. Fitch KBS, Bernstein SJ, Aguilar MD et al. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica: RAND2001. [Internet]. [Consultado 11 feb 2025]. Disponible en: https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
10. Wechsler ME, Yawn BP, Fuhlbrigge AL et al. Anticholinergic vs Long-Acting beta-Agonist in Combination With Inhaled Corticosteroids in Black Adults With Asthma: The BELT Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2015;314(16):1720-30. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.13277>
11. Gorelick MH, Stevens MW, Schultz TR, Scribano PV. Performance of a novel clinical score, the Pediatric Asthma Severity Score (PASS), in the evaluation of acute asthma. *Acad Emerg Med* 2004;11(1):10-8. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2003.07.015>
12. Ducharme FM, Chalut D, Plotnick L et al. The Pediatric Respiratory Assessment Measure: a valid clinical score for assessing acute asthma severity from toddlers to teenagers. *J Pediatr* 2008;152(4):476-80,480.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.08.034>
13. Cloutier MM, Baptist AP, Blake KV et al. 2020 Focused Updates to the Asthma Management Guidelines: A Report from the National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee Expert Panel Working Group. *J Allergy Clin Immunol* 2020;146(6):1217-1270. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.10.003>
14. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2025. Updated May 2025. [Internet]. [Consultado 11 feb 2025]. Disponible en: <https://ginasthma.org/2025-gina-strategy-report/>
15. Maldonado-Puebla M, Akenroye A, Busby J, Cardet JC, Louisias M. Pharmaco-equity in Allergy-Immunology: Disparities in Access to Medications for Allergic Diseases and Proposed Solutions in the United States and Globally. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2024;12(2):272-280. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2023.11.005>