

CRISIS DE ASMA

Óscar Clavería, Juan Pablo de Torres

El asma es una de las enfermedades respiratorias más comunes, con una prevalencia de 7-10%. Se puede definir el asma como una patología de vías respiratorias con inflamación crónica con engrosamiento de paredes bronquiales y aumento de mucosidad, caracterizada por su importante variabilidad y recurrencia de síntomas, con obstrucción variable al flujo aéreo e hiperreactividad bronquial. Se trata de una enfermedad heterogénea con diversos fenotipos.

Sus síntomas más frecuentes son disnea, tos con o sin expectoración (con frecuencia nocturna) y autoescucha de sibilancias (predominantemente espiratorias). Se presenta en forma de reagudizaciones, generalmente tras la exposición a algún desencadenante. Los desencadenantes más frecuentes son: ejercicio físico, aire frío, exposición a aeroalérgenos, humo de tabaco, estrés e infecciones respiratorias. También puede desencadenar una crisis por tratamientos con betabloqueantes, ácido acetilsalicílico y otros AINEs.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS

Las reagudizaciones asmáticas son importantes en la historia natural de la enfermedad porque tienen un impacto negativo en la calidad de vida, causando ingresos hospitalarios y acelerando la progresión de la enfermedad hacia una inflamación irreversible. Como hemos comentado, las reagudizaciones asmáticas se presentan en forma de disnea, aumento de tos con o sin expectoración, hiperreactividad bronquial con presencia de sibilancias de predominio espiratorio y opresión torácica.

Evaluación inicial

- Anamnesis: tos (con o sin expectoración con cambio de coloración), disnea y sibilancias. Se debe evaluar factores de riesgo de severidad:
 - Ingreso previo en UCI o intubación por reagudización asmática.
 - 2 o más hospitalizaciones o 3 o más visitas a urgencias en el último año.
 - Requerimiento de más de un envase de medicación de rescate el último mes.
 - Empleo reciente o actual de corticoterapia sistémica.
 - Constantes vitales: presión arterial (PA), frecuencia cardíaca (FC), temperatura (T^a), frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (SpO₂) y Peak-flow. Y con ello comprobar la estabilidad hemodinámica del paciente y su estado de conciencia, así como la presencia de trabajo respiratorio con tiraje y empleo de musculatura accesoria,

ausencia de ruidos respiratorios y la presencia de pulso paradójico (disminución mayor de 25mmHg en la presión arterial sistólica durante la inspiración).

- Revisar la historia clínica del paciente para conocer datos como la gravedad del asma, corticodependencia, reagudizaciones previas, aislamientos previos de gérmenes resistentes o comorbilidades asociadas.

Evaluación de la severidad de la reagudización:

- **Media-moderada:** Peak-flow mayor o igual al 40% del valor teórico, el paciente habla con frases completas, frecuencia cardiaca <120 lpm sin pulso paradójico, saturación de oxígeno mayor o igual a 90%.
- **Severa:** Trabajo respiratorio, Peak-flow menor del 40% del teórico, el paciente habla con palabras sueltas o frases incompletas, frecuencia cardiaca > 120 lpm, presencia de pulso paradójico, frecuencia respiratoria > 30 rpm, sibilancias intensas, saturación de oxígeno < 90% o PaO₂ < 60mmHg.
- **Potencialmente mortal:** Somnolencia, confusión o tórax silente (silencio auscultatorio).

Pruebas complementarias

- Analítica con hemograma, ionograma y proteína C reactiva.
- Peak-flow.
- Electrocardiograma.
- Gasometría arterial si reagudización moderada-severa.
- Valorar cultivo bacteriológico de esputo si se sospecha reagudización infecciosa.
- Radiografía de tórax PA y L.

TRATAMIENTO

Es importante identificar y retirar si es posible el factor desencadenante.

Oxigenoterapia suplementaria para mantener saturación de oxígeno por encima de 90%.

Broncodilatadores

El pilar fundamental del tratamiento son los beta-2-agonistas de acción corta cada 4-6 horas (Ventolín®) nebulizado, pudiendo administrarlo hasta en 3 ocasiones durante la primera hora de

tratamiento en reagudizaciones moderadas. En reagudizaciones severas puede administrarse cada 20 minutos o de forma continua durante 1 hora. Es importante tener en cuenta que, en pacientes con arritmias cardíacas, sobre todo con respuesta ventricular rápida, se deben emplear con precaución. Además puede añadirse tratamiento con anticolinérgicos de acción corta (Atrovent® cada 4/6 horas) inhalados en caso de reagudización moderada-severa. Podemos utilizar la combinación salbutamol/ipratropio, bromuro (Combiprasal®). Además se recomienda mantener tratamiento corticoideo inhalado crónico (Pulmicort® cada 12 horas).

Corticoides sistémicos

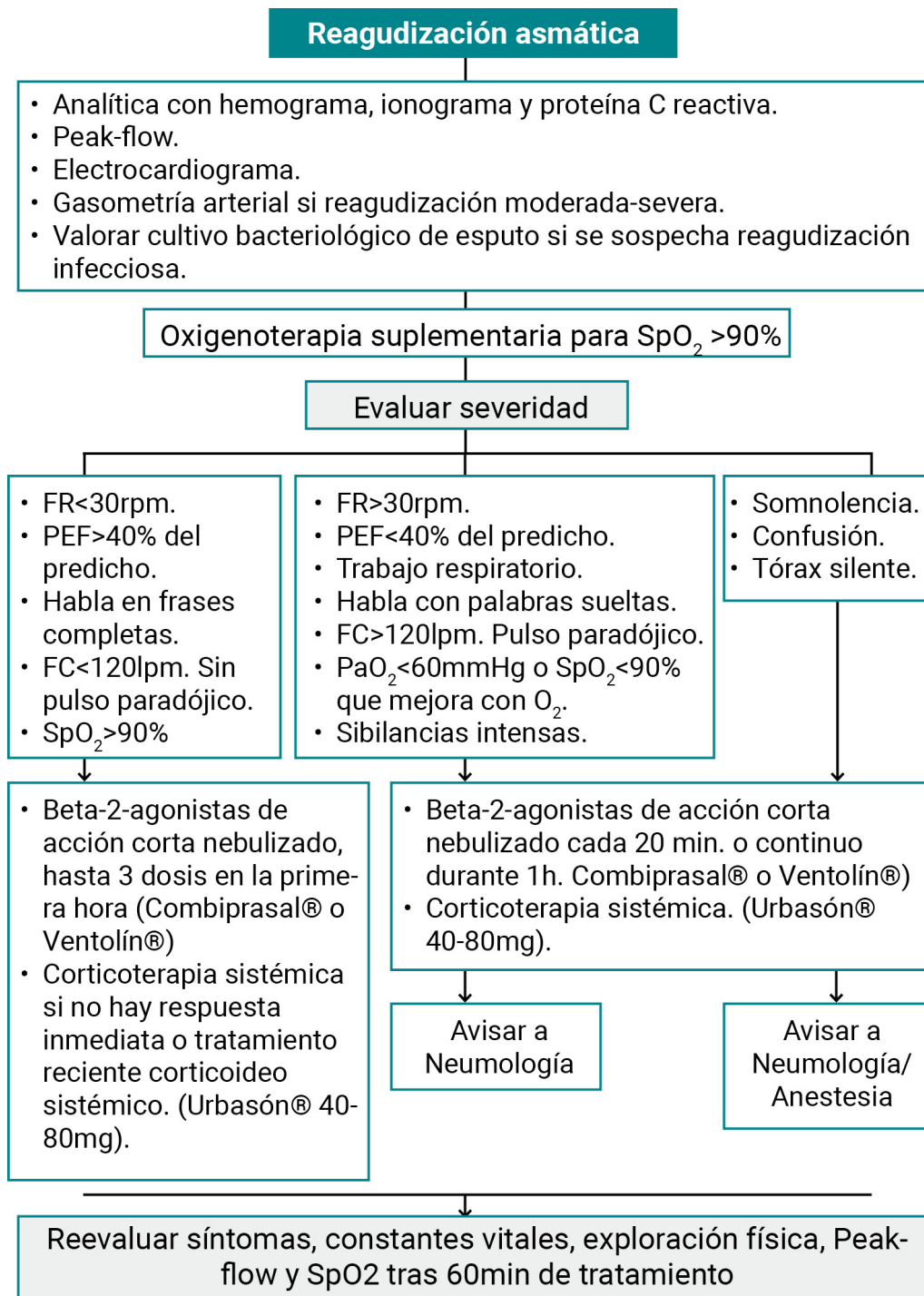
Se recomienda en la mayoría de las reagudizaciones asmáticas. Se asocian a mejoría de función pulmonar, disminución de las hospitalizaciones y menor tasa de reingreso. No se han encontrado diferencias entre la administración oral y la endovenosa, prefiriendo la vía oral si ésta es posible.

Aunque la dosis óptima no es conocida, no se han hallado beneficios en dosis superiores a 100mg/día de prednisona/metilprednisona (Urbasón®), recomendándose 40-80mg/día administrados en una o dos dosis, hasta que el Peak-flow supere el 70% del predicho o se alcance el máximo valor personal.

La duración total del tratamiento corticoideo sistémico debe ser entre 3-10 días, recomendándose pauta descendente para tratamientos de más de 5-10 días de duración.

En casos severos con escasa respuesta a tratamiento se puede valorar la administración de 2gr de sulfato de magnesio endovenosos, así como la administración de teofilina, recomendándose avisar a Neumología previamente.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



BIBLIOGRAFÍA

1. Stephen C. Lazarus. Emergency treatment of asthma. *N Engl J Med* 2010; 363:755-64.
2. Global initiative for asthma (GINA). Global burden of asthma report. 2016.
3. Rodrigo GJ, Rodrigo C, Hall JB. Acute asthma in adults: a review. *Chest* 2004; 125:1081.
4. Normansell R, Kew KM, Mansour G. Different oral corticosteroid regimens for acute asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; CD011801.
5. Kew KM, Kirtchuk L, Michell CI. Intravenous magnesium sulfate for treating adults with acute asthma in the emergency department. *Cochrane database syst rev* 2014; CD010909.