

1301 - ASMA

Muñoz Sánchez, Belén
Rosa Linares, Carmen del Mar
Domínguez Petit, Antonio

CRISIS ASMÁTICA EN URGENCIAS

El asma se define como una enfermedad crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diferentes células y mediadores de inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con una hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo total o parcialmente reversible, sea por la acción medicamentosa o espontáneamente. En la actualidad, el asma es considerado un síndrome que incluye diversos fenotipos clínicos los cuales comparten manifestaciones clínicas similares, pero de etiología probablemente distintas.

Las crisis asmáticas representan una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias (SU) y de ellas entre el 20 y el 30% requiere hospitalización. Por tanto, es necesario detectar al paciente con asma cuando llega al SU, establecer un diagnóstico correcto, iniciar un tratamiento adecuado y, realizar una derivación correcta, ya sea a planta de hospitalización o a consultas de neumología, alergia y/o atención primaria

DEFINICIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO
Episodios de empeoramiento de los síntomas y de la función pulmonar respecto al estado habitual del paciente que requieren modificaciones en el tratamiento.	Sibilancias (el más característico) Disnea Tos Opresión torácica	Síntomas y signos de sospecha Empeoramiento de noche o de madrugada Aparición ante diferentes desencadenantes Pruebas de función pulmonar: alteración compatible (habitualmente obstrucción variable de los flujos espiratorios). Diagnóstico diferencial con EPOC

Según la rapidez de instauración de la crisis, se puede dividir en dos tipos: las de instauración lenta (días o semanas) y las de instauración rápida (en menos de 3 horas), que deben identificarse por tener causas, patogenia y pronósticos diferentes:

- Instauración lenta (más del 80% de las que acuden a los SU) se deben frecuentemente a un mal control de la enfermedad por incumplimiento terapéutico o a infecciones respiratorias altas; el mecanismo fundamental del deterioro es la inflamación y la respuesta al tratamiento es también más lenta.
- Instauración rápida se deben a alérgenos inhalados, fármacos, alimentos o estrés emocional; el mecanismo es la broncoconstricción y, aunque tiene mayor gravedad inicial la respuesta al tratamiento es más favorable y rápida.



ANAMNESIS	EXPLORACIÓN FÍSICA	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
<p>Momento en el que comienzan a empeorar los síntomas</p> <p>Desencadenantes: infecciones respiratorias, humedad, polvo, animales, tabaco/irritantes, ejercicios, alimentos, toma de AINES/ antagonistas beta-adrenérgicos/otros antihipertensivos</p> <p>Síntomas concomitantes nasales o conjuntivales</p> <p>Tratamiento domiciliario: Cambios en la medicación</p> <p>Tratamiento administrado antes de acudir al SU: iniciativa propia o prescripción médica</p> <p>Episodios previos similares en el año previo: ingresos en UCI, consultas a SU o ingresos en planta.</p>	<p>Auscultación respiratoria</p> <p>Frecuencia respiratoria</p> <p>Dificultad respiratoria</p> <p>Dificultad en el habla</p> <p>Frecuencia cardíaca</p> <p>Grado de agitación</p> <p>Nivel de conciencia</p> <p>Coloración de piel y mucosas.</p>	<p>Espirometría es la prueba diagnóstica de primera elección principales parámetros para determinar la gravedad de una crisis en los SU son la FVC y FVE1. Dada la escasa disponibilidad de este recurso, será el FEM (Flujo Espiratorio Máximo o PEF peak expiratory flow) el parámetro objetivo más importante para la valoración, seguimiento y tratamiento de las crisis de asma.</p> <p>Pulsioximetría: En los pacientes que no pueden mantener una saturación de oxígeno (Sat O2) por encima de 90% a pesar de oxigenoterapia, se recomienda realizar una gasometría arterial.</p> <p>Radiografía de tórax cuando la presencia de fiebre, dolor o disnea intensa sugiera la posibilidad de otras complicaciones como neumonía o neumotórax.</p>

Tabla: Clasificación de la crisis asmática según la gravedad.

	LEVE	MODERADA-GRAVE	RIESGO VITAL
Disnea	Leve	Moderada	Muy intensa
Nivel de conciencia	Sin alteraciones	Agitación	Disminuido
Uso de musculatura accesoria	Ausente	Presente	Movimiento paradójico toraco abdominal
Frecuencia respiratoria	>20	20-30	FR: >30, bradipnea o apnea
Frecuencia cardíaca	<100	100-120	>120
Auscultación (Sibilancias)	Presentes	Presentes	Silencio auscultatorio
Saturación sin oxígeno complementario (pulsioximetría)	>95%	95-90%	<90%
Tensión arterial	Normal	Normal	Hipotensión

Tabla: Factores que predisponen al asma de riesgo vital.

FACTORES DE RIESGO DE PADECER CRISIS VITAL DE ASMA

A. Relacionados con las crisis de asma:

1. Crisis actual de instauración rápida.
2. Crisis pasadas que motivaron consultas o ingresos.
 - a) Múltiples consultas a los Servicios de Urgencias en el año previo.
 - b) Hospitalizaciones frecuentes en el año previo.
 - c) Episodios previos de ingreso en UCI, de intubación o de ventilación mecánica.

B. Relacionados con la enfermedad asmática crónica y su adecuado control:

1. Ausencia de control periódico.
2. Abuso de agonista β_2 adrenérgico de acción corta.

C. Comorbilidad cardiovascular

D. Condiciones psicológicas, psiquiátricas y sociales que dificulten la adhesión al tratamiento: alexitimia, actitudes de negación, ansiedad, depresión, psicosis.

Crisis asmática en urgencias

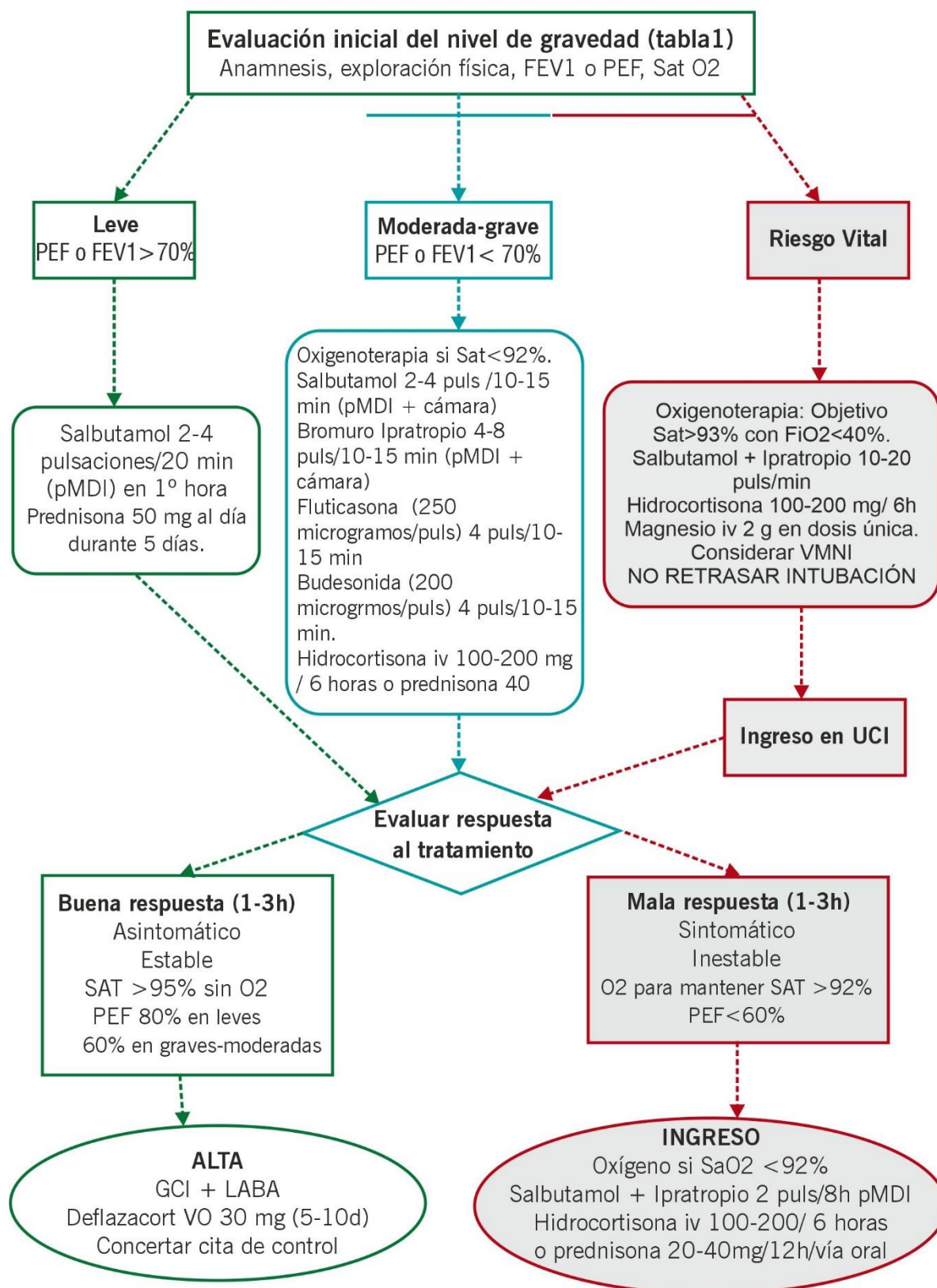
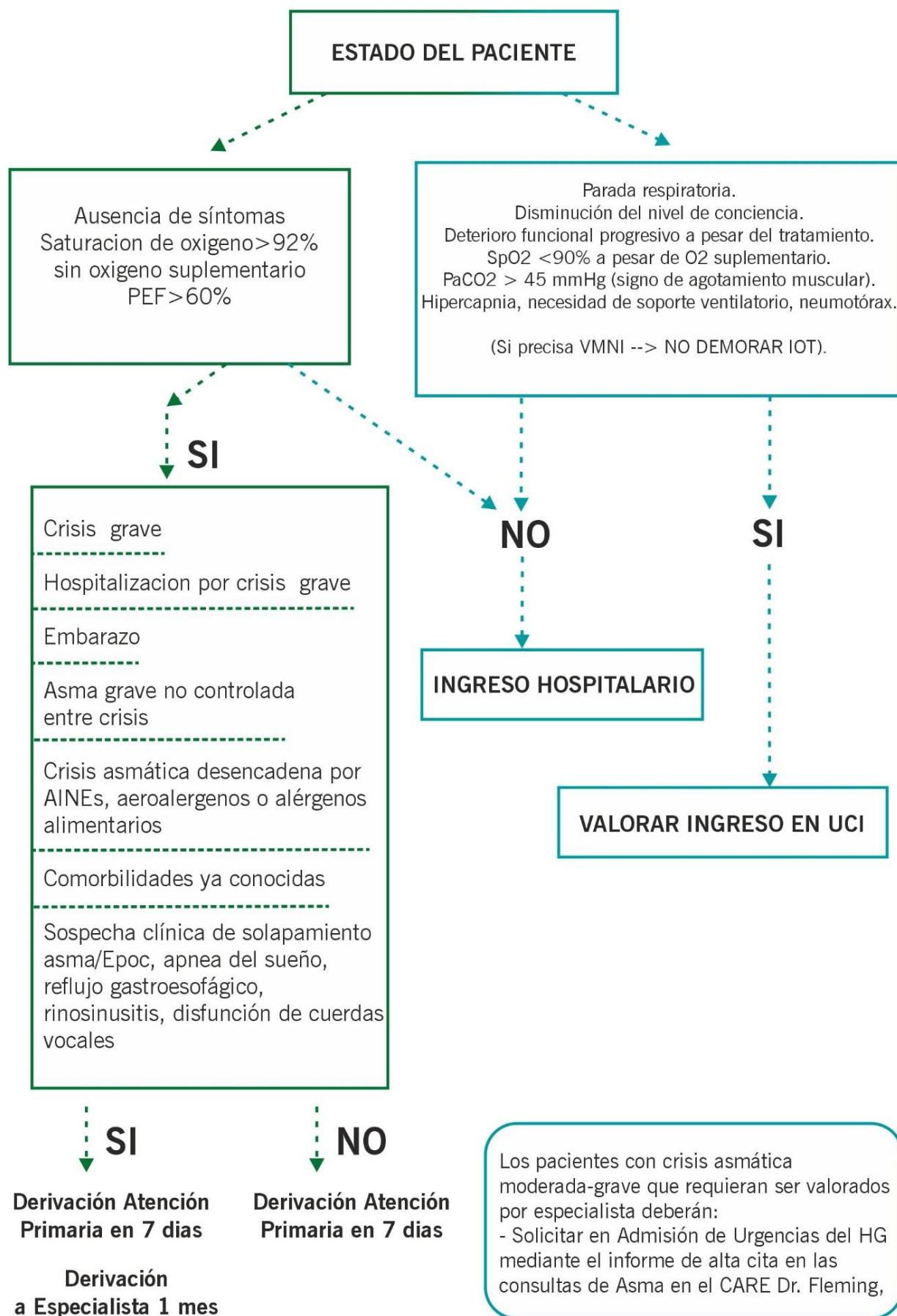


Figura: FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; SaO2: saturación de oxihemoglobina; MDI: inhalador presurizado; iv: vía intravenosa; VO: vía oral; GCI: glucocorticoides inhalados; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; mg: miligramo; LABA: agonista B2 adrenérgico de acción larga.

Criterios de alta, derivación o ingreso del paciente asmático tras su atención en los SU.



CRISIS ASMÁTICA EN PACIENTE EMBARAZADA

El asma es el trastorno respiratorio más frecuente en el embarazo; hasta un 20% de estas pacientes sufren crisis y un 6% precisa ingreso hospitalario por una crisis grave.

Prácticamente todos los tratamientos empleados en el tratamiento del asma atraviesan la placenta; sin embargo, las ventajas de tratar el asma durante el embarazo superan a los inconvenientes potenciales del uso de la medicación.

En líneas generales, el tratamiento del asma en la paciente embarazada difiere poco del tratamiento de cualquier otro paciente, salvo que los requisitos de oxigenación, en este caso, han de ser mayores (mantener una saturación superior a 95%) para favorecer un buen transporte placentario, lo que obliga a una monitorización más estrecha.

Los fármacos que han demostrado ser más seguros y, por tanto, los utilizados en esta situación cuando existe una crisis son:

- **Agonistas b-adrenérgicos de acción corta (SABA):** Los SABA (salbutamol y terbutalina) son actualmente la medicación de elección para el alivio de los síntomas (medicación de rescate), durante el embarazo
- **Agonistas b-adrenérgicos de acción larga (LABA):** Los datos de que disponemos nos permiten considerarlos como medicación segura durante el embarazo siempre y cuando nunca se utilicen en monoterapia.
- **Corticoides inhalados:** Son la base del tratamiento a largo plazo. El uso a dosis medias y bajas es seguro, y no interfieren con el desarrollo fetal, incluyendo la función adrenal del feto y, además, previenen las exacerbaciones. La budesónida ha sido el corticoide inhalado cuya seguridad ha sido más estudiada durante el embarazo, seguido del dipropionato de beclometasona, demostrando reiteradamente su seguridad. Junto a los anteriores, la fluticasona, también han demostrado su seguridad. Todos ellos coinciden en que el potencial riesgo de su uso durante la gestación es mucho menor comparado con el beneficio de usarlos.
- **Anticolinérgicos inhalados (LAMA).** El bromuro de ipratropio está considerado en cuanto a la seguridad de uso en el embarazo como evidencia B por la FDA. Está clasificado dentro de la categoría de evidencia C de riesgo en el embarazo. No se han realizado estudios controlados durante la gestación que permitan descartar efectos tóxicos. Por este motivo, se recomienda su uso en el embarazo cuando los efectos beneficiosos para la madre compensen los potenciales efectos tóxicos para el feto.
- **Antileucotrienos.** No se ha demostrado acción teratogénica o mutagénica del montelukast en todos los estudios preclínicos realizados. En recientes estudios clínicos en que se inicia o se mantiene desde el primer trimestre, no se ha visto un incremento de malformaciones con respecto al grupo control.

Corticoides sistémicos. Para las asmáticas embarazadas, al igual que para las que no lo están, los corticoides sistémicos deben ser indicados sólo para las crisis agudas o, como último recurso, en caso de asma grave de control difícil, y siempre asociados a corticoides inhalados con o sin LABA. Han sido asociados con preeclampsia, prematuridad, bajo peso al nacer y la aparición de fisura palatina durante el primer trimestre. El uso de los corticoides sistémicos, si se siguen las guías para su indicación y dosificación, y una vez valorado el beneficio-riesgo para conseguir el control del asma de la embarazada, se observa que los riesgos potenciales conocidos, son muy inferiores a los beneficios.



BIBLIOGRAFÍA

1. Pereira Vega A, Muñoz Zara P, Ignacio Barrios VM, Ayerbe García R. Manejo de la agudización asmática. Asma de riesgo vital. Manual de diagnóstico y terapéutico en Neumología. 3ª edición. 2016.
2. Pascual Piñero Salmerón, Julio Delgado Romero, Javier Domínguez Ortega. Documento de consenso para el manejo del paciente asmático en urgencias. Emergencias 20018; 30:268-277
3. Lanh M, Bijur P, Gallagher EJ. Randomized clinical trial of intramuscular vs oral methylprednisolone in the treatment of asthma exacerbations following discharge from an emergency department. Chest 2004 Aug; 126 (2):362-8
4. Schatz M, Dombrowski MP. Asthma in Pregnancy. N Engl J Med 2009; 360: 1862-9.
5. GEMA 4.2 Guía española para el manejo del asma. 2017. <http://www.gemasma.com>