

Tratamiento de la crisis asmática aguda

Ronald A. Chacón Ch.*

El tratamiento del paciente con una crisis aguda de asma debe ajustarse a la severidad de la crisis, por lo que una evaluación rápida y precisa de la severidad de la crisis es primordial en estos pacientes. Ésto generalmente se logra a través de un análisis de ciertos factores, incluyendo la historia clínica, el examen físico, mediciones del flujo espiratorio pico (FEP), la respuesta a la terapia inicial, gases arteriales y estudios radiológicos cuando estén indicados.

Dentro de la historia médica es importante el antecedente de episodios previos de crisis severas, en particular el antecedente de intubaciones previas, hipercapnia, pneumomediastino o pneumotórax, hospitalizaciones a pesar del uso crónico de esteroides, enfermedad psiquiátrica de fondo o el antecedente de no cumplimiento con el tratamiento. Acerca de la crisis actual por la que consulta el paciente es importante averiguar el tiempo de evolución de los síntomas, tratamientos que ha usado durante la crisis y efecto de los mismos. Es importante además la presencia de otras enfermedades asociadas tales como enfermedad coronaria que pueden predisponer a complicaciones del tratamiento con medicamentos.

Al examen físico, debe prestarse particular atención a la apariencia general del paciente, ya que ésta provee la más rápida y útil guía de la severidad de la crisis. La imposibilidad de adoptar una posición supina, diaforesis, alteración del estado de consciencia, imposibilidad de hablar y el uso de músculos accesorios indican enfermedad severa. Signos vitales en estos pacientes usualmente incluyen frecuencia respiratoria > 30 / minuto, taquicardia mayor de 120 /min y pulso paradójico mayor de 12 mmHg. Debe buscarse al examen físico evidencia de posibles complicaciones de asma aguda tales como: pneumotórax, pneumomediastino, enfisema subcutáneo, pneumopericardio, infarto del miocardio, tapones de moco causando atelectasias, toxicidad por teofilina, trastornos hidroelectrolíticos, miopatías, acidosis láctica y daño cerebral anóxico.

Es importante recordar que existe mala correlación entre el grado de sibilancias que presenta un paciente y el grado de obstrucción al flujo aéreo; es decir, pacientes con broncoespasmo leve a moderado pueden "silbar" mucho mientras que pacientes con una obstrucción severa pueden no presentar sibilancias debido a que por su grado severo de obstrucción no logran movilizar aire a través de las vías aéreas. Por este motivo

es muy importante tratar de obtener siempre una medición objetiva del grado de limitación al flujo aéreo a través de la medición del flujo espiratorio pico (FEP).

Una vez instaurado el tratamiento, la respuesta al mismo es un buen indicador tanto de la severidad de la crisis como de la necesidad de hospitalización. De nuevo, en esta evaluación es importante tomar en cuenta el cambio (mejoría) del FEP con el tratamiento.

La medición de gases arteriales, es de poco valor en las crisis leves a moderadas pero es de utilidad con crisis severas para determinar el grado de hipoxemia y el trastorno ácido básico de estos pacientes. Determinaciones frecuentes de gases arteriales suelen no ser necesarias para determinar si un paciente está mejorando o empeorando. En la mayoría de los casos, es suficiente el criterio clínico basado en examen físico (posición del paciente, uso de músculos accesorios, diaforesis, auscultación) y determinación del FEP. Pacientes que a juicio clínico se están deteriorando y agotando, deben ser intubados independientemente de la medición de la PaCO₂.

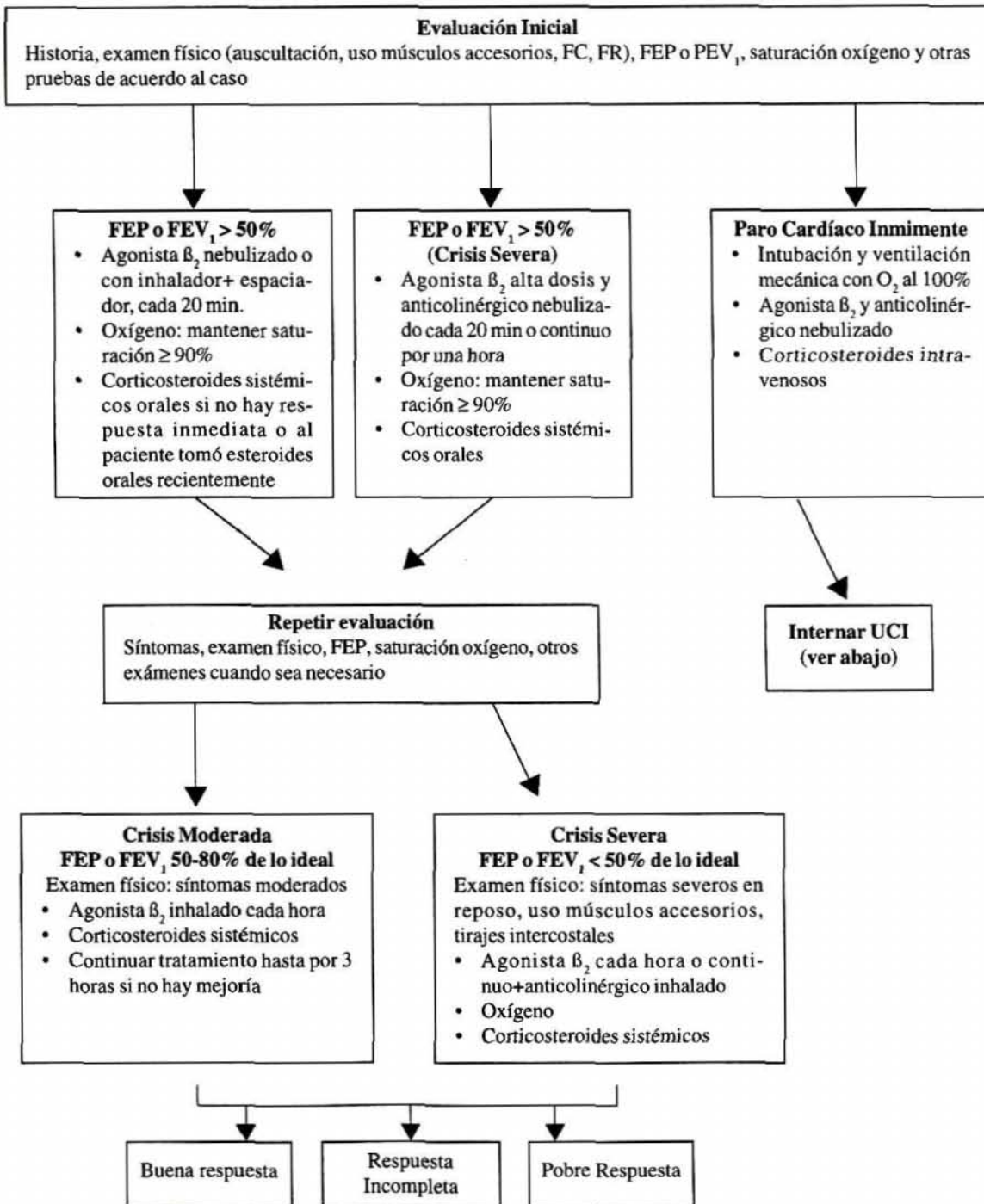
Las radiografías de tórax, al igual que los gases, son de poca utilidad en los pacientes con crisis leves a moderadas. Las radiografías de tórax están particularmente indicadas cuando se sospecha barotrauma, pneumonía, presencia de signos focales, o cuando se sospecha que la causa de la insuficiencia respiratoria no es el asma.

A continuación se presenta el algoritmo de tratamiento que recomienda el panel de expertos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, alrededor del cual se centrará la discusión del tema en esta charla.

Referencias

1. Corbridge TC, Hall JB. The assessment and management of adults with status asthmaticus. State of the art. 1995. *Am J Respir Crit Care Med* 151:1296-1316.
2. British Thoracic Society, The National Asthma Campaign, The Royal College of Physicians of London. The British guidelines on asthma management, 1995 review and position statement. 1997. *Thorax* 52(Suppl. 1):S1-S21.
3. National Institutes of Health, National Heart Lung and Blood Institute. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Expert Panel Report II. NIH Publication No. 97-4051, Julio 1997.

* Médico Asistente, Servicio de Broncopulmonar, Hospital "Dr. Rafael Calderón Guardia".



Tratamiento Agudo (continuación)

