

Actualización en el tratamiento de las Crisis asmáticas graves en el Servicio de Urgencias
by Ferran Fenollar

El asma, según se recoge en la guía Global Initiative for Asthma (GINA), se define como un trastorno inflamatorio crónico de las vías respiratorias. Estas vías inflamadas se encuentran en una situación de hiperreactividad ante diversos estímulos, de tal manera que la exposición a cualquiera de ellos condiciona una respuesta en forma de obstrucción, con la consiguiente reducción del flujo aéreo por aumento de la inflamación y de la producción de mucosidad, y que se traduce a su vez en una serie de síntomas característicos, aunque no exclusivos, de esta enfermedad, como son la presencia de tos, episodios recurrentes de sibilancias en la auscultación, dificultad respiratoria y sensación de opresión torácica.

Además de lo descrito, el asma también se caracteriza por la desaparición de estos síntomas, bien espontáneamente o con tratamiento broncodilatador (reversibilidad), así como por su presentación variable, tanto en intensidad como en duración, incluso en el mismo paciente (variabilidad), con períodos asintomáticos entre crisis.

Los ataques de asma cursan de forma episódica, pero la inflamación de las vías respiratorias es crónica.

En esta revisión, vamos a centrarnos en el tratamiento de las crisis de asma graves y con riesgo vital (Nivel I), así como en los cambios que ha habido en los últimos años. Para ello hemos elegido como referencia la tercera y la cuarta edición del libro de “Medicina de Urgencias y Emergencias de L. Jimenez Murillo y F.J. Montero Pérez”.

Nivel de gravedad de la crisis asmática (Ver tabla):

El valor teórico del PEF*, se calcula en función de la edad, el sexo y el peso aproximado del paciente.

MEDIDAS GENERALES (Sin cambios):

1. Supervisión médica hasta mejoría.
2. Administración de Oxígeno para mantener Sat O₂ mayor de 92 %.
3. Hidratación abundante
4. Medición del PEF antes y después de una nebulización
5. Control del potasio dada la tendencia a la hipopotasemia
6. Vigilancia de la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca
7. Control de la TA y la T^a cada 8 horas
8. Está contraindicado la administración de sedantes

TRATAMIENTO DE LA CRISIS GRAVE (NIVEL I):

3^a Edición:

1. Betaadrenérgicos nebulizados como el salbutamol en dosis de 5 mg (1ml) o Terbutalina 10 mg (1ml) ambos diluidos en 4 ml de SF y administrados vía inhalatoria con un flujo de oxígeno a 6-8 l/min. Se utiliza la mitad de dosis si el paciente está diagnosticado de C. isquémica. Si existe riesgo vital, puede utilizarse el salbutamol (ampollas de 1 ml) por vía sc a dosis de 0'5 mg (½ ampolla).
2. Corticoides como metilprednisolona (Urbason ®) a dosis de 1 mg/Kg en bolo iv o Prednisona (Dacortin ®) en dosis de 1 mg/Kg vo
3. En caso de riesgo vital, anticolinérgicos como bromuro de ipratropio (Atrovent ®) a dosis de 500 mcg diluidos en 3 ml de SF
4. SI NO MEJORÍA: Eufilina con dosis de ataque de 5 mg/kg de peso ideal, y mantenimiento de 0'5-0'6 mg/Kg de peso ideal/h.

4ª Edición (Última):

1. Betaadrenérgicos nebulizados o Salbutamol 100 mcg presurizado a dosis de 400-800 mcg (4 -8 pulsaciones), cada 10-15 minutos que es el tratamiento de elección.
2. Anticolinérgicos como bromuro de ipratopio 500 mcg nebulizado o inhalado (4-8 pulsaciones cada 10-15 minutos) en cámara espaciadora. Se administra combinado con salbutamol, mejorando la función pulmonar y reduciendo las hospitalizaciones.
3. Corticoides sistémicos como Hidrocortisona (Actocortina ®) 100-200 mg/6 h o Prednisona a dosis de 20-40 mg cada 12 horas vo.
4. Cuando no hay mejoría con el tratamiento habitual, corticoides inhalados como Budesonida (Pulmicort ®) 200 mcg en dosis de 4 pulsaciones cada 20 minutos.
5. Sulfato de magnesio en pacientes con obstrucción muy grave (FEV menor de 20%) por vía iv en dosis única de 2 gr diluidos en 100 ml de SG 5%.
6. La aminofilina NO se recomienda en la actualidad
7. El uso de adrenalina sc NO está recomendado en la actualidad.

EN RESUMEN:

En la actualidad se da mayor papel a la vía inhalada que a la nebulizada que tanto utilizamos, se desaconseja la administración de salbutamol vía sc así como la administración de Eufilina iv y la adrenalina sc. Se introduce la administración de Hidrocortisona (mayor rapidez de acción), los corticoides inhalados y el Sulfato de Magnesio en las crisis muy graves. Se aconseja la administración conjunta de Salbutamol y Bromuro de ipratopio para mejorar la función pulmonar.

BIBLIOGRAFÍA:

- * Medidor de Peak-flow: técnica de manejo y utilidad en Atención Primaria
- Revista AMF (SemFYC):
Asma bronquial (AMF 2006)
Asma bronquial (AMF 2011)
- Manual de Medicina de Urgencias y Emergencias de L. Jimenez Murillo y F.J. Montero Perez (3ª y 4ª Edición)
- Guía Española para el manejo del Asma 2009 (GEMA 2009)
- GEMA para pacientes