fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

CASO CLÍNICO

Fracaso respiratorio agudo en paciente asmático. A propósito de un caso.

Ramírez Narváez, María Carmen [1], Palacios Rodríguez, Fermín María [2], Alconchel César, Alicia [3], Selma Santamaría, Daniel[4], Bordés Bustamante, Francisco [5].

1 Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, DCCU Bahía de Cádiz-La Janda (Cádiz).
2 Enfermero, Centro de Salud de Alcalá de los Gazules. Zona Básica de Salud de Medina Sidonia (Cádiz).
3 Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Espera. Zona Básica de Salud de Arcos de la Frontera (Cádiz).
4 Especialista en Medicina Interna, Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz).
5 Enfermero, DCCU Bahía de Cádiz-La Janda (Cádiz).

Contacto: María Carmen Ramírez Narváez. carmenramirezn@yahoo.es.

Citar como: Ramírez Narváez, María Carmen 1, Palacios Rodríguez, Fermín María 2, Alconchel César, Alicia 3, Selma Santamaría, Daniel4, Bordés Bustamante, Francisco 5 fml. 2017; 21(9)2p

Recibido el 15/10/2016
Aceptado el 15/03/2017
Publicado el 14/05/2017

Resumen

El asma es una de las enfermedades más frecuentes a nivel mundial. Los fallecimientos por asma son poco comunes siendo uno de los principales factores de riesgo el tratamiento inadecuado, así como la educación sanitaria de esta patología.

Palabras *MESH:* Asma,

Datos de interés

El asma es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la población mundial y para su control son necesarios un correcto diagnóstico y tratamiento, así como una adecuada educación sanitaria.

Aparece a cualquier edad, siendo elevada la tasa de prevalencia tanto en adultos como en niños y estando repartida de desigual manera en distintas regiones del planeta. En niños, la frecuencia de ataque es dos veces mayor en varones que en mujeres.

Introducción

El asma es un síndrome caracterizado por la inflamación crónica de las vías respiratorias originada en gran medida por distintas células y mediadores. Se trata de un trastorno heterogéneo y multicausal en el que guardan relación factores genéticos y ambientales.

A estos estímulos que desencadenan el cuadro se le suma la presencia de hiperreactividad bronquial, produciendo disnea, sibilancias y tos, apareciendo en mayor o menor medida obstrucción de la vía aérea la cual puede revertir de manera espontánea o con tratamiento.

Para un control eficiente de este proceso resulta de suma importancia mantener una terapia de base certera para controlar los síntomas y a la vez impartir una adecuada educación sanitaria encaminada a evitar los factores desencadenantes.

Las exacerbaciones de la enfermedad que tienen los pacientes pueden llegar a amenazar su vida, siendo el principal objetivo del tratamiento evitarlas; en este sentido la terapia con inhaladores combinados se ha mostrado muy eficaz

Descripción del caso clínico

Varón de 17 años de edad, que acude a urgencias extra-hospitalarias por presentar un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda muy severa que le incapacita para hablar y caminar. Presenta además cianosis acra, presenciándose posteriormente pérdida de conciencia y convulsión. Según refiere la madre, ese día había presentado un episodio de tos y sensación de disnea autolimitado mientras practicaba deporte. El día previo había inhalado un olor intenso de productos de limpieza.

Antecedentes personales de alergia a ácaros y epitelio de animales diagnosticado a los 10 años; asma de años de evolución en tratamiento únicamente con salbutamol inhalado a demanda. Ha presentado episodios aislados de sibilancias y disnea

Artículo de acceso libre bajo licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

en los últimos años coincidiendo con la práctica de ejercicio físico y sobre todo en primavera, teniendo que ser atendido en alguna ocasión en el servicio de urgencias. Tiene varios animales en casa.

En la exploración física el paciente presenta mal estado general con piel cianótica y sudoración, manteniendo una tensión arterial de 150/80 mmHg, glucemia capilar de 220 mg/dl y temperatura dentro de la normalidad. En la exploración cardiopulmonar presenta tonos cardíacos puros y rítmicos sin soplos. Los pulsos radiales son simétricos y conservados, con una frecuencia cardíaca de 70 latidos por minuto. Presenta la vía aérea permeable, apnea y murmullo vesicular abolido, manteniendo una saturación de oxígeno del 30%. No presenta alteraciones en la exploración abdominal siendo el abdomen blando y depresible sin palparse masas ni megalias. En la exploración neurológica presenta pupilas medias no reactivas a la luz ni acomodación, con un Glasgow de 3/15.

Se inicia tratamiento con midazolam 15 mg vía intravenosa, adrenalina 0,5 mg – 0,5 mg vía intramuscular, salbutamol 0,5 mg vía intravenosa, adrenalina 1 mg vía intravenosa y en perfusión de 3 mg en 250 cc de suero salino a 20 ml/h, metilprednisolona 125 mg vía intravenosa, hidrocortisona 200 mg vía intravenosa y control de la vía aérea con mascarilla laríngea nº 4. Tras la administración del tratamiento continúa con un broncoespasmo importante, tendencia a la bradicardia y una saturación de oxígeno del 80%, por lo que se decide el traslado al hospital útil de referencia.

A la llegada al hospital ingresa a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se realiza intubación orotraqueal, tratamiento broncodilatador y ventilación mecánica laboriosa de varias horas de duración, tras lo cual se consigue la estabilización del paciente. Posteriormente pasa a la planta de neumología estable y asintomático, donde continúa con tratamiento broncodilatador y corticoideo. Las pruebas complementarias fueron un electrocardiograma normal, analítica con pH de 6,69, pCO2 de 253 mmHg y radiografía de tórax normal.

Se llegó al diagnóstico de asma bronquial no controlada persistente grave con crisis de broncoespasmo severo, con insuficiencia respiratoria aguda muy grave que precisó de intubación y ventilación mecánica invasiva con estancia en UCI.

La evolución del paciente fue favorable, sin ninguna secuela. Continúa en seguimiento en consultas externas de neumología donde se pauta tratamiento agresivo de base con inhaladores combinados, además de una buena educación sanitaria acerca de su patología.

Discusión

Los fallecimientos por asma son poco comunes y su frecuencia ha descendido notablemente. El empleo más generoso de corticoides inhalados en pacientes con asma persistente ha sido la causa de la reducción de la mortalidad. Algunos de los principales factores de riesgo de fallecimiento por asma son el tratamiento inadecuado de la enfermedad con el uso frecuente de broncodilatadores inhalados, el hecho de no iniciar la corticoterapia inhalada y las hospitalizaciones previas en casos de asma casi fatal. Un correcto diagnóstico y tratamiento son necesarios para el control de la enfermedad, pero insuficientes. Conseguir que el asmático siga las recomendaciones terapéuticas, utilice de forma correcta los sistemas de inhalación administrados, sepa prevenir y actuar tempranamente ante una crisis, evite en lo posible los alérgenos, fomentar el autocontrol, disminuir la ansiedad que crea la enfermedad y que haga una vida social y laboral con normalidad, son objetivos que se consiguen con técnicas de educación sanitaria.

Bibliografía

1. Le Moual N, Siroux V, Pin I, et al, for the Epidemiological Study on the Genetics and Environment of Asthma (EGEA). Asthma severity and exposure to occupational asthmogens. Am J Respir Crit Care Med. 2005; 172:440-5.
2. Bousquet J, Cauwenberge P, Khaltaer N; Aria Workshop Group. Impact on asthma. Workshop report. J Allergy Clin Immunol. 2001; 108:S147-334.
3. López Viña A, Agüero Balbín R, Aller Álvarez JL, et al. Normativa para el asma de control difícil. Arch Bronconeumol. 2005; 41:505-15.
4. Ten Brinke A, Sterk PJ, Maselee AA, et al. Risk factors of frequent exacerbations in difficult-to-treat asthma. Eur Respir J. 2005; 26:812-8.
5. López Viña A. Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en asma. Arch Bronconeumol. 2005; 41:334-40.