

SINDROME DE ASMA CASI FATAL A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

DRA. MORAN DALMA, DR. ULLOA JOSE



INTRODUCCIÓN

Las exacerbaciones graves del asma, incluida el asma casi mortal, tienen una alta morbilidad y mortalidad ingresando a UCI: 2-5% en ventilación mecánica: 1.3% MORTALIDAD: 2.5%.

La ventilación mecánica de los pacientes con asma grave es difícil debido a la fisiopatología compleja que resulta del broncoespasmo grave y la hiperinsuflación dinámica. Son factores de riesgo: episodio anterior de asma casi fatal, exceso de broncodilatadores o falta o interrupción de corticoides sistémicos o inhalados.

OBJETIVOS

- Identificar las causas principales que llevan a asma casi fatal.
- Definir el manejo adecuado de este síndrome.

CASO CLINICO

Paciente de 25 años de edad con antecedentes patológicos personales de asma que ingresa al servicio de urgencias en las siguientes condiciones estuporoso, diaforético, cianótico, Glasgow 8/15, cuadro clínico de 1h de evolución caracterizado por insuficiencia respiratoria aguda, posterior a exposición de biocombustibles, al examen físico sibilancias es ambos campos pulmonares, hipoventilados, se mantuvo en ventilación mecánica invasiva durante 12 días sedado, relajado durante 72 horas, recibió broncodilatadores de acción corta agonistas beta-2 y broncodilatadores de acción corta anticolinérgicos, corticoides inhalados, los parámetros ventilatorios se manejaron de tal modo que se logró llegar a hipoxemia e hipercapnea permisiva, además de recibir de tratamiento antifímico por hallazgo de M. tuberculosis en lavado broncoalveolar.

LEUCOCITOS:			GASOEMTRIA		DETECCION DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS Y RESISTENCIA A RIFAMPICINA POR PCR TIPO DE MUESTRA: ASPIRADO TRAQUEAL RESULTADO: Mycobacterium tuberculosis (MTB) : DETECTADO Resistencia al Gen de la Rifampicina: NO DETECTADO
PH:	7.06		PCO2:	96.2 mmHg	
LINFOCITOS:	1.5%	0.39	PO2:	81.5 mmHg	
EOSINOFILOS:	0.0	0.010	HCO3:	27.4 mmol/l	
BASOFILOS:	0.10%	0.04 N	SO2:	95.5%	
MONOCITOS:	2.80%	0.75	LACTATO:	1.4 mmol/l	

Figura 1.

Figura 2.

RESULTADOS

PH:	7.30	7.34	7.50	7.53
PCO2:	76.3	64.4	41	39
PO2:	92.8	75.5	85	156
HCO3:	38.20	35.3	31.2	32.6
SO2:	97.6%	95.7%	97%	100%
LACTATO:	0.7	1.0	0.5	0.7

Figura 3.

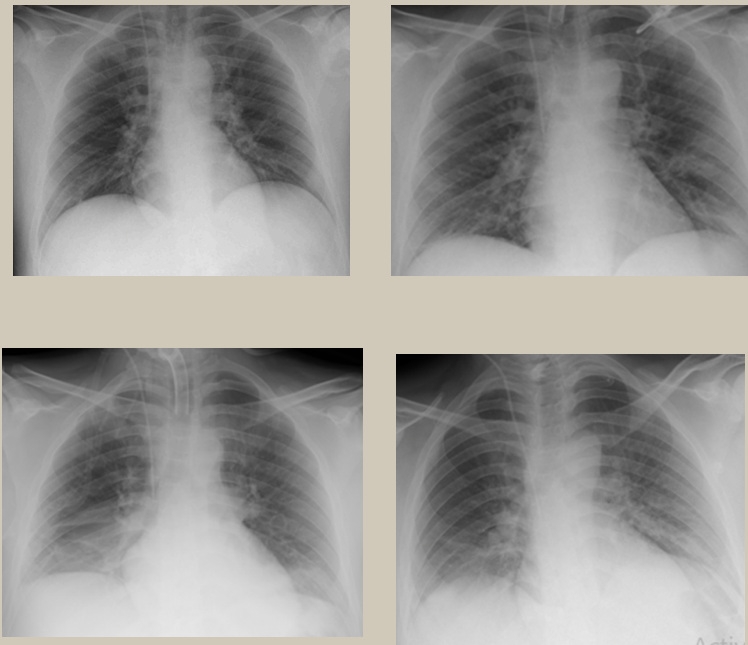


Imagen 2.

DISCUSIÓN

Actualmente sigue siendo un reto el manejo de síndrome de asma crítica, ya sean por las comorbilidades del paciente como las infecciones asociadas a la estancia en la unidad de cuidados intensivos, entre ellas la principal es la neumonía asociada a la ventilación mecánica ya que muchos pacientes se mantienen en ventilación mecánica invasiva mas de 48 horas e incluso terminan en traqueostomía para mantener.

Entre las causas principales de asma crítica están: exposición a alérgenos, contaminación ambiental e infecciones respiratorias.

CONCLUSIÓN

El tratamiento se basa en la administración de broncodilatadores y corticosteroides más el apoyo vital con oxigenoterapia y ventilación mecánica. Para revertir el atrapamiento aéreo, la estrategia se basa en prolongar el tiempo espiratorio, disminuyendo la frecuencia respiratoria y el tiempo inspiratorio con flujos altos. Medir la presión positiva al final de la espiración intrínseca predice mortalidad y permite evaluar la efectividad de la estrategia ventilatoria ideada.

BIBLIOGRAFIA:

- Síndrome de Asma Crítica. Revisión narrativa. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. 2023;25(1):25-36
- Global Strategy for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2022. [Citado el 9 de abril de 2023].
- Sandrock CE, Norris A. Infection in Severe Asthma Exacerbations and Critical Asthma Syndrome. Clin Rev Allergy Immunol. 2015;48(1):104-13.
- Kenyon N, Zeki AA, Albertson TE, Louie S. Definition of critical asthma syndromes. Clin Rev Allergy Immunol. 2014;48(1):1-6.
- Manejo del asma en cuidados críticos. Rev Arg Med 2022;10(Supl. 1):S44-S51
- Marino P. El libro de la UCI. 3.a edición. Williams & Wilkins. 2007. Págs. 419-27
- MacIntyre N. Ventilación mecánica. McGraw-Hill Interamericana. 2002. Sección IV; Cap. 19; Págs. 362-70
- Ceraso D y col. Terapia intensiva. SATI. 4ª ed. Editorial Panamericana. 2007. Sec. IV; Caps. 13 y 14. Págs. 307-35.
- Fosco M, Valdez P y col. Guía clínica. Manejo del asma agudo en emergencias. Sociedad Argentina de Emergencias 2012
- Alvarez GG, FitzGerald JM. A systematic review of the psychological risk factors associated with near fatal asthma or fatal asthma. Respiration. 2007;74(2):228-36