

EDITORIAL:

Asma que pone en peligro la vida. Un reto para el intensivista.

Asma putting life in danger. A challenge for the intensivist.

Aunque el asma es una entidad conocida desde hace siglos, hasta hace muy poco no se había establecido una definición suficientemente aceptada, una de las más difundidas es aquella que considera el asma como una alteración inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que participan células (mastocitos, eosinófilos, linfocitos T) y que se asocia a un grado variable de limitación del flujo aéreo parcialmente reversible de forma espontánea o con el tratamiento; la inflamación también se acompaña de una hiperreactividad de las vías aéreas frente a una variedad de estímulos con la consiguiente hipersecreción de moco. Teniendo en cuenta las consideraciones antes planteadas, la interpretación más plausible es que posiblemente no se trate de una enfermedad única, sino que es el lugar común de una serie de factores genéticos y ambientales que coinciden en producir cambios inflamatorios, con una disfunción histiaria, lo que origina obstrucción en la luz bronquial y una respuesta exagerada frente a estímulos muy diversos. A partir de 1992 se comenzó a utilizar en la literatura médica mundial el término asma potencialmente fatal o asma que pone en peligro la vida para aquellas crisis de asma que por la intensidad de la misma dada por la máxima expresión del daño provocado por la infiltración crónica de las vías aéreas y el bronquio hiperreactivo cursa con una exacerbación aguda, potencialmente fatal, caracterizada por broncoespasmo severo y mantenido, refractario al tratamiento con los medicamentos habituales y que de forma rápida y progresiva lleva al paciente a graves alteraciones clínicas, biológicas y fisiológicas que de no ser yuguladas de forma rápida, adecuada y enérgica ocasionan un fallo respiratorio de carácter irreversible. La incidencia de asma y muertes por su causa está creciendo en todo el mundo. Aún cuando la mayoría de los pacientes con asma nunca experimenten episodios que pongan en peligro su vida, la asistencia de los individuos con asma grave (habitualmente jóvenes y por otra parte sanos con insuficiencia respiratoria inminente o real) representa un desafío para los intensivistas. El tratamiento apropiado muchas veces pero no siempre, produce un resultado terapéutico beneficioso, mientras que un tratamiento no intensivo puede conducir a una evolución complicada o a la muerte. Generalmente el precipitante de una exacerbación asmática es una infección del trato respiratorio superior, presumiblemente de origen viral, otras causas son las infecciones bacterianas de dichos órganos o traqueobronquitis séptica, aunque también la exposición prolongada a alérgenos puede desencadenar un efecto inmunológico con respuesta lenta al tratamiento que caracteriza a este trastorno. La inflamación ya señalada de la vía aérea se presenta con alteraciones de las células de la misma, número aumentado de células infiltrantes y cambios en el componente no celular de la pared de la vía aérea con engrosamiento y modificaciones de la membrana basal. La evaluación inmunohistoquímica de muestras de biopsias endotraqueal obtenidas de pacientes fallecidos de asma han establecido que en esta asma grave la inflamación de la vía aérea se asocia a la presencia de secreciones espesas de moco en la luz de la misma. Es muy importante al enfrentar a un paciente asmático identificar los signos distintivos del asma potencialmente fatal:

- Trastornos de conciencia.
- Cianosis
- Reducción de la PaO₂ menos de 60 mmHg.
- Cualquier elevación de la PaCO₂.
- Hiperinsuflación pulmonar radiográfica evidente.
- Presencia de pulso paradójico, anomalías electrocardiográficas, neumotórax o

neumomediastino.

- Disnea intensa y palidez.
- Sudoración profusa.
- Uso de los músculos accesorios de la respiración.
- Taquicardia de más de 120 lat/min.
- Lenguaje monosilábico.
- Signos de agotamiento físico.
- Insomnio de más de 24 horas.
- Incapacidad para expectorar.

Así mismo hay signos de paro inminente en un asmático que no solamente el intensivista sino todo médico que haga cuerpo de guardia debe reconocer :

- Cianosis, tórax silencioso, incoordinación torácica abdominal.
- Bradicardia.
- Hipotensión.
- Alteraciones de conciencia.

Ante estos signos de alarma hay que energizar el tratamiento y si es necesario llegar a la ventilación mecánica, no obstante, esta debe ser la última opción. Menos del 5% de los pacientes internados por un ataque asmático agudo requieren intubación y ventilación mecánica, sin embargo, el tratamiento correcto de estos pacientes es fundamental porque a este grupo se asocia la mayor morbimortalidad, con un 13% de mortalidad.

El asma fatal es suficientemente grave como para justificar el ingreso del paciente a una unidad de terapia intensiva y lo suficientemente dramático como para que el médico agote todos sus recursos terapéuticos, pues como ya señalamos, generalmente los pacientes más afectados son jóvenes y de su tratamiento depende que sobrevivan o no, que no queden secuelas neurológicas.

Intensivistas, recordando el juramento de Hipócrates"Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será el beneficiario de los enfermos...", dejamos en sus manos a estos pacientes cargados de esperanzas en su recuperación.

Dra. Silvia González Cobo.
Especialista de 1er Grado en Medicina Interna.
Hospital Universitario cmte Faustino Pérez. Matanzas.