

Estatus asmático, infrecuente, pero muy relevante

Estatus asmatikoa, ezohikoa bainaoso garrantzitsua

M.L. Palacios Loro, L. Urriza Yeregui,
L. Díaz Munilla, M. Ilincheta Andueza

UCI Pediátrica. Servicio de Pediatría. Complejo
Hospitalario de Navarra.

LABURPENA

Sarrera: Asmaren larriagotze akutuak, larrialdietan kontsultatzeko eta Pediatriako Zainketa Intentsiboko Unitateetan (PZIU) ingresatzeko ohiko arrazoiak izaten dira. Arrisku handiagoa duten pazienteak identifikatzea eta areagotzeen larritasuna eta tratamenduari duten erantzuna behatzea garrantzitsua da.

Kasu klinikoa: 12 urteko haur baten kasua aurkeztzen da. Haur honek, asma-krisi larri baten ondorioz, arnas gutxietitasuna garatzen du tratamendu egokia izan arren. Hori dela eta, ZIUan ingresatzen da. Ospitaleratzean, tratamendu bronkodilatatzailerareagotzen da eta aireztapen ez-inbaditzailea optimizatzen da. Hala ere, okerrera egiten du (arnas zailtasun gehiago eta kontzientzia-mailaren gutxitzea). Ondorioz intubazio orotrakeala egiten da, hasieran arnas azidosiak okerrera eginez tratamendua optimizatu arren. Hori dela eta, erreferentziazko taldeari abisatzen zaio gorputzaz kanpoko mintzaren bidezko oxigenaziorako (ECMO) hautagai izan daitekeen paziente delako. Azkenean hobetzen hasten da eta ez da beharrezkoa.

Lehen orduetan aireztatzeko arazoak ematen ditu, eta, ondoren, pixkanaka hobera egiten du, 72 orduren buruan extubatu ahal izanez.

Iruzkina: Asma larria duten pazienteen tratamenduan eta euskarri ez-inbaditzailean izandako aurrerapenei esker, intubazio-tasa nabarmen jaitsi da azken urteotan. Hala ere, kontuan izan behar da bilakaera txarra izateak zailtasun handiak ekar ditzakeela paziente horien arnasbideak maneiatzeko eta aireztatzeko.

Gako-hitzak: Estatus asmatikoa; Arnasbide zaila; Arnas gutxiegitasun.

RESUMEN

Introducción: Las exacerbaciones asmáticas son un motivo frecuente de consulta en urgencias y de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPs). Es importante identificar a los pacientes de mayor riesgo, objetivar la gravedad de las exacerbaciones y su respuesta al tratamiento.

Caso clínico: Paciente de 12 años que ingresa en UCIP por insuficiencia respiratoria mixta

secundaria a crisis asmática grave, a pesar de tratamiento adecuado. Al ingreso se intensifica tratamiento broncodilatador y se optimiza soporte con ventilación no invasiva (VNI), presentando empeoramiento respiratorio y disminución de nivel de consciencia.

Se procede a intubación orotraqueal, bajo sedoanalgesia, con empeoramiento inicial de acidosis respiratoria a pesar de optimización de tratamiento, por lo que se preavisa a equipo de referencia por posible paciente candidato a soporte con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO); finalmente inicia mejoría, por lo que no es necesario.

Presenta dificultad inicial para la ventilación durante las primeras horas, con progresiva mejoría posterior, que permite extubación a las 72 horas.

Comentario: Gracias a los avances en el tratamiento y el soporte no invasivo de los pacientes con asma grave, ha disminuido considerablemente la tasa de intubación por este motivo en los últimos años. Sin embargo, es importante tener en cuenta que una evolución adversa puede suponer grandes dificultades en el manejo de la vía aérea y ventilación de estos pacientes.

Palabras clave: Estatus asmático; Vía aérea difícil; Insuficiencia respiratoria.

INTRODUCCIÓN

El asma es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la edad pediátrica, se caracteriza clínicamente por una obstrucción crónica, difusa y fluctuante o reversible de la vía aérea inferior, generalmente inflamatoria⁽¹⁾.

La prevalencia de Asma en España se sitúa en torno al 10%, consiguiéndose, en la mayoría de los casos un adecuado control con glucocorticoides inhalados, precisando asociar, en ocasiones otros fármacos (antagonista del receptor de lucotrienos, tratamientos biológicos...). Sin embargo, entre un 2-10% de los pacientes con asma resulta difícil de controlar, a pesar de un tratamiento correcto, esto es lo que denominamos asma grave⁽²⁾.

La mortalidad por asma difiere entre los distintos países y depende de factores

como sexo, edad o raza, también se describen factores socio-económicos implicados en la mortalidad por esta causa. En pediatría, en nuestro medio, la mortalidad por asma es baja⁽³⁾, aunque las exacerbaciones graves continúan siendo un motivo frecuente de ingreso en las unidades de cuidados intensivos pediátricos.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 12 años que ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por insuficiencia respiratoria mixta secundaria a crisis asmática grave.

El paciente presentaba como antecedentes más relevantes: asma sin tratamiento de base en el momento del ingreso, no había presentado crisis frecuentes ni que precisaran ingreso hasta el momento; rinitis con sensibilización a polen de olivo y ácaros, a tratamiento con inmunoterapia, alergia a frutos secos y obesidad.

Desde hacía cinco días presentaba cuadro de dificultad respiratoria con empeoramiento progresivo a pesar de tratamiento broncodilatador en domicilio (con técnica inhalatoria correcta). Acude a urgencias el día del ingreso, donde se administra rescate completo con salbutamol, bromuro de itpatropio, prednisona y sulfato de magnesio, a pesar de lo cual presenta empeoramiento brusco con hipoxemia y acidosis respiratoria. Se traslada a UCIP conectado a ventilación no Invasiva (VNI). En UCIP se optimiza tratamiento broncodilatador, corticoide y ventilación no invasiva, presentando aumento progresivo de dificultad respiratoria, hipercapnia y disminución de nivel de consciencia, por lo que se decide intubación orotraqueal (IOT). Dado el alto riesgo del procedimiento se realiza en quirófano infantil, por parte de anestesia, presenta vía aérea difícil, por lo que la IOT es difícil.

Tras la intubación, presenta dificultad para la ventilación por obstrucción grave del flujo, se continúa con tratamiento broncodilatador,

corticoide y se añade adrenalina intravenosa con empeoramiento inicial de acidosis respiratoria, por lo que se previsa a equipo de referencia por posible paciente candidato a soporte con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO), que finalmente no es necesario por inicio de mejoría.

Se conecta a ventilación mecánica, bajo sedoanalgesia y relajación muscular, siguiendo estrategia de protección pulmonar, precisando inicialmente picos ventilatorios altos.

Presenta lenta mejoría de broncoespasmo que permite descenso de parámetros ventilatorios y extubación electiva a ventilación no invasiva a las 72 horas. Permite retirada de soporte ventilatorio no invasivo de forma definitiva a las 24 horas.

Durante las primeras horas de ingreso precisa expansión volumétrica y soporte isotópico con adrenalina, que puede retirarse tras mejoría respiratoria. Asimismo se inicia antibioterapia por sospecha de broncoaspiración, sin encontrarse crecimiento bacteriano en cultivos realizados.

Se mantiene hospitalizado un total de 10 días, seis de ellos en UCIP. Previo al alta se inicia tratamiento de mantenimiento para el asma y se programa seguimiento en consultas de Neumología Infantil.

DISCUSIÓN

El asma grave en pediatría es más frecuente a partir de la edad escolar y supone una gran morbilidad, coste sanitario y riesgo futuro de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El asma grave constituye un síndrome heterogéneo con múltiples variantes clínicas, durante los últimos años, se han ido descubriendo distintos fenotipos de asma grave no controlada. Establecer el fenotipo de estos pacientes nos ayuda a ofrecer un tratamiento diferencial y puede tener implicaciones pronósticas⁽²⁾. El fenotipo de asma grave predominante en la edad pediátrica es el alérgico, siendo frecuente la existencia de polisensibilización y la asociación con otras comorbilidades atópicas.

Existen guías nacionales e internacionales que intentan estandarizar el manejo de los pacientes con asma; esto, junto con la atención de los pacientes con asma grave en unidades especializadas, sin duda ha contribuido a un mejor control de estos pacientes.

El manejo de pacientes con múltiples factores de riesgo (como el del caso descrito), requiere un alto índice de sospecha, ya que pueden presentar un empeoramiento brusco que requiera traslado a UCIP para aumento de soporte.

A pesar del correcto diagnóstico e inicio de tratamiento farmacológico específico adecuado, las exacerbaciones asmáticas graves pueden requerir soporte respiratorio no invasivo, a pesar del cual algunos pacientes pueden precisar soporte ventilatorio invasivo. El riesgo de muerte en pacientes con asma grave que precisan ventilación mecánica invasiva es del 6,5-10,3%⁽⁴⁾.

La indicación de intubación en estos pacientes se realiza en un momento de mínima reserva respiratoria (disminución de nivel de consciencia, agotamiento muscular grave, parada respiratoria), por lo que supone un alto riesgo vital.

El manejo de la ventilación mecánica en estos pacientes viene marcado por la grave obstrucción al flujo e hiperinsuflación pulmonar que presentan, por lo que debemos aplicar una estrategia de ventilación protectora con hipercapnia permisiva para evitar el aumento de hiperinsuflación y consiguiente barotrauma. Dados los parámetros necesarios para ventilar a estos pacientes, es necesaria una adecuada sedoanalgesia y, en muchas ocasiones paralización muscular.

En algunos casos, a pesar de una óptima asistencia respiratoria, no se logra controlar la acidosis respiratoria, pudiendo ser necesario soporte con membrana de oxigenación extracorpórea⁽⁵⁾ que, en el caso descrito, se planteó, aunque, finalmente no fue necesario.

El manejo de los pacientes asmáticos graves refractarios al tratamiento convencional y a soporte no invasivo requiere un manejo en muchas ocasiones multidisciplinar y coordinado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moral Gil L, Asensi Monzó M, Juliá Benito JC, Ortega Casanueva C, Paniagua Calzón NM, et al. Asma en pediatría. Consenso regAp. Alicante (España): Luis Moral; 2021. [Revisión; consultado]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/asma_en_pediatría._consenso_regap._2021_v2.pdf
2. Actualización GEMA 5.1. Guía Española para el Manejo del Asma. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. 2020. Disponible en: <https://www.gemasma.com/>
3. Herrera AM, Fitzgerald DA. Question 1: Why do children still die from asthma? *Paediatr Respir Rev*. 2018; 27: 40–3.
4. Leatherman J. Mechanical ventilation for severe asthma. *Chest*. 2015; 147: 1671-80.
5. Alzeer AH, Al Otair HA, Khurshid SM, El Badrawy S, Bakir BM. A case of near fatal asthma: The role of ECMO as rescue therapy. *Ann Thorac Med*. 2015; 10: 143-5.