

24. CRISIS ASMÁTICA

MATERIAL	CLASIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Oxígeno.• Kit de vía aérea (SVA).• Monitor cardíaco - ECG• Pulsioxímetro - Capnógrafo• Aspirador.• Fármacos para IOT.• Salbutamol (nebulización).• Adrenalina.• Corticoides.	<p>Según FEV1 ó PERF</p> <ul style="list-style-type: none">• Leve $\geq 60\%$• Moderada 40 – 60%• Severa $\leq 40\%$ <p>Ingreso en UCI = $\leq 25\%$ a pesar del tratamiento adecuado.</p>

VALORACION INICIAL

1- Epoca - Frecuencia - Intensidad de los Ataques.

2- Factores de Riesgo de Mal Pronóstico.

- Historia de Agudizaciones Graves.
- Alta Hospitalaria frecuente.
- Control Médico inadecuado.
- Deterioro lento - gradual.
- Mala Respuesta a Betaadrenérgicos.
- Amplias variaciones diurnas del PF.
- Inicio Crisis Vespertino / Diurno.

3- Factores Desencadenantes.

- Administración de extractos hiposensibilizantes.
- AAS.
- AINEs.
- Betabloqueantes en Colirio o VO.
- Supresión brusca de Esteroides.
- IRA.

4- Síntomas actuales.

- Disnea, Tos, Sibilancias.
- Opresión Torácica.
- Inicio Súbito / Gradual.
- Signos:
 - Ansiedad, disnea, taquipnea
 - Taquicardia, HTA, Pulso paradójico
 - Uso de musculatura respiratoria accesoria
 - Cianosis perioral-ungueal
 - ACR:
 - Espiración prolongada
 - Sibilancias espiratorias – inspiratorias
 - Crepitantes basales finos
 - Espiración prolongada sin sibilancias
 - Tonos cardiacos apagados

5- Tratamiento actual.

6- Complicaciones: Neumotórax / Neumomediastino.

7- PEAK - FLOW: Inicialmente más Sensible que la Gasometría.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES	1- Valoración Inicial. ABCD. 2- Posición sentado. 3- Vía venosa - SG5% a 21 ml / h. 4- Ventimask® 28% (Control gasométrico) Objetivo = SatO ₂ > 90% - pO ₂ ≥ 60 mmHg. 5- Intubación si criterios (1). 6- Monitorización (PA – FC – FR – ECG). 7- Pulsioximetría.
--------------------------	--

Oxigenoterapia	
PCO ₂ N / ↓	24 - 28% ó 3 lpm
PCO ₂ ↑	24% ó 1 - 2 lpm
PCO ₂ > 65 mm Hg	NO
PCO ₂ > 45 + Somnolencia	NO

FÁRMACOS	1- VENTOLIN® (Salbutamol) sol 0,5% (1 ml = 5 mg) <ul style="list-style-type: none"> • 1 ml + 4 ml SF aerosol – Flujo 6 – 8 lpm / 20 min x 3 dosis. <ul style="list-style-type: none"> • Si Cardiopatía Isquémica = 0,5 ml Ventolín®. • Si no mejora en 30 min = 2 ml Ventolín®. 2- URBASON® (Metilprednisolona) = 1 mg / Kg IV. <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta terapéutica a las 3 horas. • Efecto máximo: 6 – 10 horas. • Indicaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes en tratamiento con Corticoides. • Formas Moderadas / Severas. • Agudizaciones frecuentes o aceleradas. 3- Si no mejora, añadir ATROVENT® (Bromuro de Ipratropio) sol <ul style="list-style-type: none"> • 1 ml + 4 ml SF - O₂ 6 - 8 lpm / 20 min. • Indicado en Formas Moderads / Severas asociado a Ventolín. 4- Si no mejora, añadir EUFILINA® (Teofilina) IV (ver Tabla dosis) . 5- Si Broncoespasmo severo (PEF < 33%, FR > 30, FC > 120, Torax silencioso) <ul style="list-style-type: none"> • VENTOLIN® amp 0,5 mg = 1/2 - 1/4 amp SC. • ADRENALINA® amp 1 mg <ul style="list-style-type: none"> ○ 1:1000: 0,3 – 0,5 mg SC ○ 1:10000: 3 - 5 ml IV / 30 min (Máx. 3 dosis) <ul style="list-style-type: none"> ▪ → De elección en Jóvenes. ○ Contraindicaciones de la Adrenalina <ul style="list-style-type: none"> ▪ HTA ▪ FC > 140 lpm ▪ Arritmias ▪ Hipertrofia prostática ▪ Glaucoma ángulo cerrado
-----------------	---

- No se recomienda administrar Sedantes, antitusígenos ni mucolíticos.
- Los ataques de asma en raras ocasiones son desencadenados por una infección bacteriana. En caso de que exista una sospecha razonable administrar antibióticos.

- Los β -agonistas inhalados son los fármacos de primera línea en el tratamiento de la crisis asmática. Aunque la dosis inhalada es más efectiva, la mayoría de los pacientes son tratados mediante nebulización.

- La administración conjunta de bromuro de ipratropio y salbutamol potencia los efectos broncodilatadores de este último. En principio, estaría indicado en agudizaciones moderadas

Dosis Eufilina	Si Teofilina en 24 h previas	
	No Teofilina en 24 h previas	> 60 años IC / IH
Ataque	5 mg / Kg <u>peso ideal</u> 1,5 amp +250 cc SG5% - 30 min	2 - 3 mg / Kg <u>peso ideal</u> 3/4 amp+ 250 cc SG5% - 30 min
Mantenimiento	0,5 - 0,6 mg / kg / h 1,5 amp + 500 cc SG5% / 8 h (63 ml / h)	0,2 - 0,3 mg / Kg / h 3/4 amp + 500 cc SG5% / 8 h (63 ml / h)

VENTOLIN® amp 0,5 mg (IV en formas graves)

- Inefectivo si Acidosis.
- Control de Potasemia, Glucemia o Arritmias.
- Dosis Carga = 1/2 amp + 100 ml SF en 15 min.
- Perfusión: 5 amp + 250 ml SF 6 - 60 ml / h.

Grados	PCO ₂	PO ₂	PF (lpm)	%PF	Tratamiento
I	20 – 35	> 80	300	> 70	Ventolín® inh = 2 inh / 6 h. Pulmicort® inh = 2 inh / 12 h. Dacortín® 30 mg = 40 mg 7 d ○ ↓ 10 mg cada 2 d.
II	< 20	60 – 80	150 – 300	50 – 70	Reevaluar a los 30 minutos Si Buena respuesta: - Ventolin® inh / 6 h. - Urbason® iv. - Revisión C. Ext. Neumología.
III	35 – 45	40 – 60	< 150	< 50	Si Mala respuesta o Recaida - Ventolín® inh / 4 - 6 h.. - Atrovent® inh / 4 - 6 h. - Urbason® iv. - Ingreso Neumología.
IV	> 45	< 40		< 33	Ventolín® inh / 4 - 6 h.. Atrovent® inh / 4 - 6 h. Urbason® iv. Eufilina® iv - Valorar UCI.

ACTITUD TRAS TRATAMIENTO ADECUADO (Según FEV1 ó PEFR)

- 1- $\geq 70\%$ = ALTA
- 2- **40 – 70%** = Inhaladores horarios
 - Si no responde en 4 horas, Ingreso
- 3- **< 40%** = Ingreso
- 4- $\leq 25\%$ = UCI

TRATAMIENTO AL ALTA

- 1- **Ventolin®** 2 inh / 6 horas + / - **Atrovent®**.
- 2- Pauta descendente de Corticoides.
 - En no cumplidores = **Urbasón®** 80 – 240 mg IM dosis única.
- 3- + / - Beclometasona 2 – 4 inh / 6 – 12 horas.
 - **Becotide®** (50 mcg / inh) = 2 inh / 6 – 8 h.
 - **Becloforte®** inh (250 mcg) = 1 – 2 inh / 6 – 12 h.
 - i. Como sustitución de corticoides orales.

Patrón Temporal

Inicial = pH > 7,4 + PCO₂ < 40 + PO₂ ≈ 90

Horas = pH ≈ 7,4 + PCO₂ ≈ 40 + PO₂ < 80

Prolongada = pH < 7,4 + PCO₂ > 40 + PO₂ < 60

En casos graves, en los que han fallado otras medidas puede administrarse **Sulfato de Magnesio** 2gr (4 ml) + 10 ml SF en 5 - 20 minutos.

INDICADORES DE CALIDAD

- SaO₂ inicial
- Ruidos respiratorios
- Respuesta al tratamiento
- SaO₂ tras tratamiento
- En caso de IOT, confirmación de la posición del tubo
- Destino del paciente

ANEXO

(1) Criterios de Intubación

Clinicos

- FR > 30 rpm
- Incoordinación toracolumbar
- Agotamiento muscular
- Incapacidad para toser / hablar
- Inestabilidad hemodinámica
- Encefalopatía hipercápica.

Gasométricos

- PO₂ < 35 mmHg con oxigenoterapia adecuada
- Hipercapnia + pH < 7,25.

ATAQUE GRAVE (III - IV)

Alteración Conciencia

Dificultad para Hablar

Diaforesis

Cianosis

Hipotensión

FR > 30 rpm

Taqui - Bradicardia

Pulso Paradójico

Tórax Silencioso

Musculatura Accesoria