

## 424/917 - DE UNA CRISIS ASMÁTICA A UNA INTUBACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Sánchez Gallego<sup>1</sup>, D. Ortega Moreno<sup>2</sup> y E. Buller Viqueira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 37 años. No RAMC. No FRCV. AP: asma extrínseco en tratamiento con salmeterol/propionato de fluticasona y salbutamol a demanda. Acude por disnea de 48 horas de evolución asociado a sintomatología catarral. Afebril. Ha sufrido un empeoramiento súbito en las últimas horas. Acude al no presentar mejoría con tratamiento inhalatorio domiciliario, con trabajo respiratorio importante y sibilancias audibles.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada, taquipnea y disnea en reposo. Murmullo vesicular disminuido globalmente, con sibilantes espiratorios e inspiratorios. Rx: IC normal. Tórax hiperinsuflado, sin infiltrados, ni pinzamientos. Hemograma sin alteraciones en la serie roja y plaquetaria, leucocitosis de 18.000 con neutrofilia. Bioquímica: PCR 0,82 mg/dl. Resto normal. Coagulación sin alteraciones GAB: pH: 7,22, pCO<sub>2</sub>: 54, pO<sub>2</sub>: 43, lactato: 4,8, HCO<sub>3</sub>: 22,1. Antigenuria y PCR gripe negativos.

**Orientación diagnóstica:** Durante su estancia presenta saturación O<sub>2</sub> de 95% a pesar de oxigenoterapia con Ventimask al 35%. Se pautan nebulizaciones con salbutamol y bromuro de ipratropio asociados a bolos de metilprednisolona iv, sin mejoría, presentando mayor trabajo respiratorio y datos de agotamiento. Se ingresa en UCI, quienes ante la persistencia del cuadro, se comienza con terapia de VMNI, mejorando progresivamente. Al día siguiente, presenta empeoramiento súbito, nueva crisis de broncoespasmo grave que no responde ni a salbutamol nebulizado, ni intravenoso, comenzando con taquipnea severa, intolerancia al decúbito y uso de la musculatura accesoria y tiraje cervical. Se decide intubación orotraqueal con conexión a ventilación mecánica. Tras mantener aerosolterapia y corticoterapia iv así como antibioterapia, se consigue extubación con mejoría del broncoespasmo.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis asmática severa. Laringoespasmo. Tromboembolismo pulmonar. Fibrosis quística. Bronquiectasias.

**Comentario final:** Las crisis asmáticas constituyen un motivo muy frecuente de asistencia a urgencias, en su mayoría con resolución de fácil manejo con terapia inhalatoria o intravenosa. Sin embargo, hay que tener presente las crisis asmáticas severas que pueden llegar a ser potencialmente fatales de cara a precisar incluso un ingreso en Cuidados Intensivos. Es importante el saber diagnosticarlas y tratarlas a tiempo o, aunque si no es posible esto último, es necesario saber detectarlas para poder actuar con su ingreso.

### Bibliografía

1. Leatherman J. Mechanical ventilation for severe asthma. *Chest*. 2015;147:1671-80.

**Palabras clave:** Asma aguda. Ventilación mecánica invasiva. Terapia inhalatoria.