



# ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA

www.archbronconeumol.org



## Guía ALERTA 2. América Latina y España: Recomendaciones para la prevención y el Tratamiento de la exacerbación Asmática

Gustavo J. Rodrigo<sup>a</sup>, Vicente Plaza Moral<sup>\*.b</sup>, Santiago Bardagí Forns<sup>c</sup>, José A. Castro-Rodríguez<sup>d</sup>, Alfredo de Diego Damiá<sup>e</sup>, Santos Liñán Cortés<sup>f</sup>, Carlos Melero Moreno<sup>g</sup>, Luis J. Nannini<sup>h</sup>, Hugo Neffen<sup>i</sup> y Jorge Salas<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Emergencia, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay; Departamento de Asma de la Asociación Latinoamericana del Tórax (2006-2008), Montevideo, Uruguay

<sup>b</sup>Servicio de Neumología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Área de Asma de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Barcelona, España

<sup>c</sup>Unidad de Neumología, Hospital de Mataró, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Barcelona, España

<sup>d</sup>Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Asociación Latinoamericana del Tórax, Santiago, Chile

<sup>e</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Barcelona, España

<sup>f</sup>Servicio de Neumología Pediátrica, Hospital de Nens de Barcelona, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Barcelona, España

<sup>g</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Barcelona, España

<sup>h</sup>Sección de Neumonología, Hospital G. Baigorria, Universidad Nacional de Rosario, Asociación Latinoamericana del Tórax, Santa Fe, Argentina

<sup>i</sup>Unidad de Medicina Respiratoria, Hospital de Niños O. Alassia, Asociación Latinoamericana del Tórax, Santa Fe, Argentina

<sup>j</sup>Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Departamento de Asma de la Asociación Latinoamericana del Tórax (2008-2010), México DF, México

### Índice de abreviaturas

ACD: asma de control difícil.  
 ARLT: antagonistas de los receptores de los leucotrienos.  
 FEM: flujo espiratorio máximo.  
 FE<sub>NO</sub>: óxido nítrico en aire espirado.  
 FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio máximo en el primer segundo.  
 GCC: glucocorticoide.  
 HRB: hiperrespuesta bronquial.  
 IDM: inhalador de dosis medida.  
 im: intramuscular.  
 INH: inhalada.  
 INHAL: inhalocámara, aerocámara o cámara de inhalación.  
 iv: intravenosa.  
 LABA: agonistas-β<sub>2</sub> adrenérgicos de acción larga.  
 NEB: vía nebulizada.  
 NNT: número necesario de pacientes que se debe tratar.  
 PaCO<sub>2</sub>: presión arterial de anhídrido carbónico.  
 PaO<sub>2</sub>: presión arterial de oxígeno.  
 SABA: agonistas-β<sub>2</sub> adrenérgicos de acción corta.  
 SaO<sub>2</sub>: saturación arterial de oxihemoglobina.  
 sc: subcutánea.  
 UCI: unidad de cuidados intensivos.  
 VNI: ventilación mecánica no invasiva.  
 vo: vía oral.

### Introducción

El asma es una enfermedad crónica de amplia prevalencia mundial. A pesar de la eficacia y la seguridad de su tratamiento actual, la gran mayoría de los pacientes están insuficientemente controlados. Aunque algunos estudios sugieren un descenso de su morbimortalidad, todavía hoy muchos pacientes presentan exacerbaciones de tal magnitud que pueden poner en riesgo sus vidas y requieren una inmediata atención en los servicios de urgencias.

Dentro de la fructífera colaboración entre las áreas o secciones de asma de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT), destaca el Proyecto EAGLE, acrónimo en español de Estudio del asma grave en Latinoamérica y España<sup>1</sup>. Este estudio tuvo, entre otros objetivos, determinar las características clínicas de más de 3.000 pacientes que presentaron una exacerbación asmática grave y las relacionadas con la calidad de la asistencia médica ofrecida por los 19 centros hospitalarios participantes de Latinoamérica y España durante un período de 10 años. El estudio puso de manifiesto algunas importantes carencias asistenciales, como por ejemplo el escaso uso de la medición objetiva de la gravedad de la exacerbación y, en consecuencia, el establecimiento de un tratamiento ajustado a aquélla. Esto fue verdad tanto en España como en Latinoamérica, y lo que es peor, no se pudo verificar ninguna mejoría durante el período de estudio.

Otro aspecto motivador del desarrollo de este consenso ha sido comprobar que las guías internacionales sobre asma, aunque desarrolladas según metodologías más o menos rigurosas, presentan importantes carencias o incongruencias que pueden comprometer la validez de sus recomendaciones respecto al tratamiento del paciente con una exacerbación asmática<sup>2</sup>.

Por lo tanto, pese a los incuestionables avances terapéuticos actuales sobre la enfermedad, todavía quedan aspectos subsidiarios de mejora. Entre éstos, la adecuada asistencia de los pacientes con una

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vplaza@santpau.cat (V. Plaza Moral).

exacerbación asmática. En consecuencia, esta guía va dirigida a todos los profesionales de la salud de ambos lados del Atlántico, quienes se enfrentan diariamente con el desafío que implica el adecuado manejo terapéutico de estos episodios. Confiamos que el presente documento, la Guía ALERTA (América Latina y España: Recomendaciones para la prevención y el Tratamiento de la exacerbación Asmática), consensuado entre expertos pertenecientes a la ALAT y a la SEPAR, sirva para paliar las carencias asistenciales de nuestros respectivos ámbitos geográficos.

Finalmente, ALERTA 2 constituye la primera versión revisada de la guía, en un intento de mantenerla actualizada y aún mejorarla. Así, se han introducido modificaciones en la metodología utilizada para clasificar la evidencia y hacer las recomendaciones, así como en los capítulos de prevención y tratamiento.

## Clasificación de la evidencia

La evidencia que aparece referenciada a lo largo de la guía fue categorizada en cuatro niveles (A, B, C, D) según la calidad metodológica de los estudios involucrados o confianza en los resultados (tabla 1). Así, la categoría A correspondería a una calidad alta y abundante, y es improbable que estudios posteriores modifiquen los resultados disponibles. Por el contrario, la categoría D corresponde a una calidad muy baja, y es probable que estudios posteriores modifiquen los resultados, e incluso la dirección del efecto.

Las recomendaciones se graduaron de acuerdo con la calidad (confianza en los resultados) de los estudios disponibles en: a) recomendaciones fuertes (R1), basadas en evidencia de la más alta calidad, y b) recomendaciones débiles (R2), basadas en evidencia de menor calidad y, por tanto, con un grado significativo de incertidumbre.

## Términos y definición de exacerbación

Las exacerbaciones del asma (ataques o crisis de asma o asma aguda) son episodios caracterizados por un aumento progresivo en la dificultad para respirar, sensación de falta de aire, sibilancias, tos y opresión torácica, o una combinación de estos síntomas. A esto se le agrega una disminución en el flujo de aire espirado, que puede documentarse y cuantificarse a través de la medida de la función pulmonar (volumen espiratoria máximo en el primer segundo [FEV<sub>1</sub>] o flujo espiratorio máximo [FEM])<sup>3</sup>. La gravedad de la crisis puede oscilar desde episodios leves que pasan casi desapercibidos para el paciente hasta otros de extrema gravedad que pueden poner en riesgo su vida (condición denominada asma casi fatal o de riesgo vital) o incluso en ocasiones producir su fallecimiento (asma fatal).

Si bien la medida de la función pulmonar es el indicador más confiable de la limitación en el flujo aéreo, la evaluación de los síntomas puede ser, sin embargo, una medida más sensible del comienzo de una exacerbación debido a que el incremento de éstos, por lo general, precede al deterioro espirométrico<sup>4,5</sup>. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que una proporción significativa de los asmáticos puede presentar una disminución en la percepción a la obstrucción de la vía aérea, lo que puede conducir a que estos pacientes tengan una disminución significativa de la función pulmonar sin un cambio de los síntomas<sup>6</sup>. Esta situación afecta especialmente a los pacientes con antecedentes de asma casi fatal y también es más probable en los varones<sup>7</sup>.

El término "estado de mal asmático" (*status asmaticus*), actualmente menos utilizado, hace referencia a una crisis de extrema gravedad y de duración prolongada. Por otro lado, la denominación de asma de riesgo vital o casi fatal engloba a las crisis definidas por la presencia de eventos tales como parada cardiorrespiratoria, intubación orotraqueal y ventilación mecánica, requerimiento de ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI), así como la presencia de hipercapnia > 50 mmHg y/o acidemia con pH < 7,30<sup>8,9</sup>. También la denominada asma aguda

**Tabla 1**  
Clasificación de la evidencia empleada

A	RS con o sin MA y EAC con riesgo bajo de sesgo. La evidencia proviene de un número sustancial de estudios bien diseñados y con un patrón consistente de hallazgos
B	RS con o sin MA y EAC con riesgo moderado de sesgo. La evidencia proviene de un número limitado de estudios y/o resultados inconsistentes
C	La evidencia proviene de estudios no aleatorizados, observacionales, o no controlados
D	Experiencia clínica o literatura científica que no puede incluirse en la categoría C

EAC: estudios aleatorizados y controlados; MA: metaanálisis; RS: revisiones sistemáticas.

Modificada de: Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2008.

epidémica, definida como la ocurrencia simultánea en el espacio y el tiempo de un número anormalmente elevado de pacientes con crisis asmática, se ha comunicado en por lo menos una docena de lugares diferentes en el mundo<sup>10</sup>.

En términos de evolución temporal, existen dos escenarios patogénicos diferentes en la progresión de la exacerbación asmática. Cuando el factor predominante es la inflamación de la vía aérea, los pacientes presentan un deterioro clínico y funcional lentamente progresivo (medido en horas, días y aún en semanas) que constituye la crisis asmática tipo I o de evolución lenta. La prevalencia de este tipo de crisis se encuentra entre el 80-90% de las producidas en adultos que consultan en urgencias. El factor desencadenante más frecuente está constituido por las infecciones respiratorias altas; estos pacientes presentan una respuesta terapéutica lenta y más dificultosa. En el segundo escenario, el broncospasmo es el mecanismo predominante; los pacientes presentan una crisis asmática tipo 2 o de evolución rápida, también denominada asma asfíctica o hiperaguda, caracterizada por una evolución menor a las 3-6 h tras el comienzo de los síntomas, aunque rara vez de minutos. Los alérgenos respiratorios, el ejercicio y el estrés psicosocial son los desencadenantes habituales. A pesar de la mayor gravedad inicial, estos pacientes muestran una respuesta más rápida al tratamiento y necesitan hospitalización de forma menos frecuente<sup>9,11,12</sup>.

## RESUMEN

1. La exacerbación asmática se define como la agudización de la enfermedad caracterizada por un aumento progresivo en la dificultad para respirar, sensación de falta de aire, sibilancias, tos y opresión torácica, o una combinación de todos estos síntomas, ocasionada por la obstrucción intensa del flujo aéreo.
2. La intensidad de la crisis puede oscilar desde episodios leves hasta otros de extrema gravedad que pueden poner en riesgo la vida del paciente.
3. De acuerdo con el tiempo de evolución, se pueden diferenciar las crisis asmáticas en: tipo 1 o de evolución lenta y tipo 2 o de evaluación rápida o hiperaguda.

## Epidemiología

El asma es una enfermedad crónica de las vías aéreas que cursa con episodios recurrentes de exacerbación, en ocasiones muy graves. Si bien el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad tiene como primer objetivo prevenirlas, éstas no son infrecuentes. Representan una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias (del 1 al 12% de todas las consultas) y de ellas entre el 20 y el 30% requiere hospitaliza-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4203920>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4203920>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)