

Correspondencia

Dr. Gustavo J. Rodrigo
Departamento de Emergencia,
Hospital Central de las FF.AA, Montevideo, Uruguay.
gurodrig@adinet.com.uy

No hay excusa para no medir la obstrucción de la vía aérea en los asmáticos en crisis

Autor Gustavo J. Rodrigo

La crisis asmática constituye una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencia o emergencia a lo largo de todo el mundo. La intensidad de estos episodios puede variar desde exacerbaciones de carácter leve (que pueden pasar desapercibidas para el propio paciente) hasta otras de extrema gravedad (condición denominada asma casi fatal o de riesgo vital), que pueden incluso determinar su fallecimiento. Si bien en términos globales la tasa de mortalidad por asma es relativamente baja en comparación con otras patologías, las muertes por esta enfermedad en su inmensa mayoría son evitables y por lo tanto inaceptables.

Las muertes por asma se han vinculado a múltiples factores, a veces contradictorios, tales como el uso de broncodilatadores, trastornos psicosociales, polimorfismos de los receptores beta, y una percepción disminuida de la obstrucción de la vía aérea entre otros. No menos importante es la demora en recibir atención médica, así como los errores que se cometen en el manejo de los pacientes en crisis. Dentro de esta última categoría, el denominado factor médico, se incluyen tanto la medida objetiva de la obstrucción de la vía aérea (relacionada con la gravedad de la crisis y la respuesta terapéutica), como un adecuado manejo del oxígeno, los broncodilatadores, y los corticosteroides. Se ha señalado que un manejo pre-hospitalario correcto de las crisis sería una de las medidas más provechosas para reducir las muertes¹. De hecho, el 72% de las muertes reportadas en la base de datos del proyecto EAGLE resultaron ser la consecuencia de los efectos devastadores del paro cardio-respiratorio y la encefalopatía hipóxica resultante², producidos en su gran mayoría fuera del ámbito hospitalario.

En el presente número de la Revista Argentina de Medicina Respiratoria, los Dres. Nannini y Colodenco³ evaluaron el manejo basado en las guías de la crisis asmática mediante una encuesta a 243 médicos especialistas y generalistas de diversas regiones de Argentina. Si bien puede discutirse la

representatividad de la muestra seleccionada, los resultados son especialmente elocuentes. Así, mientras que 8 de cada 10 profesionales manifestó tomar decisiones en base a las guías, el 50% de ellos no usaba medidor de flujo pico, el 45% no administraba anticolinérgicos inhalatorios, el 41% modificaba totalmente sus decisiones ante una crisis asmática en el primer trimestre del embarazo, casi el 30% no indicaba agonistas beta₂ inhalados cuando la crisis presentaba un pulso mayor de 120/min. y un 15% usaba ansiolíticos sublinguales. Si bien estas carencias se presentaron con más frecuencia en los médicos generalistas, también fueron evidentes, aunque en menor grado, en algunos especialistas encuestados (neumólogos y alergistas).

Si bien cada uno de estos hallazgos merece un capítulo especial, focalizaré mi atención en el uso del medidor de flujo pico. Es cierto que los síntomas pueden constituir un indicador precoz del comienzo de una exacerbación; sin embargo, la medida de la obstrucción bronquial constituye un aspecto fundamental de la evaluación del paciente⁴, particularmente cuando sabemos que una proporción significativa de los asmáticos presentan una disminución de la percepción de la disnea. Así, el reconocimiento inadecuado de la severidad de una exacerbación o la ausencia de medidas objetivas constituyen algunas de las causas más frecuentes de fracaso terapéutico. La valoración objetiva del grado de obstrucción al flujo aéreo mediante espirometría (FEV₁) o con medidor de flujo pico es indispensable, a los efectos de determinar tanto la gravedad de la crisis (evaluación estática), como la respuesta temprana al tratamiento (evaluación dinámica)⁵. Si bien la espirometría es preferible debido a su menor variabilidad y dependencia del esfuerzo, ambas medidas resultan razonablemente equivalentes en pacientes en crisis⁶.

Los datos reportados por la encuesta de Nannini y Colodenco se encuentran en línea con los hallados en otros estudios, constituyendo una pequeña muestra de una realidad mucho más amplia. El

anteriormente mencionado proyecto EAGLE, acrónimo en español de «ESTUDIO DEL ASMA GRAVE EN LATINOAMÉRICA Y ESPAÑA»⁷, fue diseñado para determinar retrospectivamente las características clínicas de más de 3.000 pacientes que padecieron una exacerbación asmática grave, y las relacionadas con la calidad de la asistencia médica ofrecida por 19 centros hospitalarios participantes de Latinoamérica y España durante un período de 10 años. Dicho estudio puso de manifiesto algunas importantes carencias asistenciales, y en particular el escaso uso de la medición objetiva de la gravedad de la exacerbación (menos de un tercio de los pacientes fueron evaluados con espirometría o pico flujo). Esto fue verdad tanto en España como en Latinoamérica, y lo que es peor, no se pudo verificar ninguna mejoría a lo largo de la década estudiada. Estos hallazgos sugieren la inquietante posibilidad de que muchos de los pacientes hospitalizados por asma agudizada fueron ingresados, tratados y dados de alta en forma inapropiada.

Ahora bien ¿cuáles son las razones que conducen a la subutilización del FEV₁ o el pico flujo en estos pacientes? ¿Por qué razón, lo que resultaría inadmisiblemente en el manejo de otras patologías, como por ejemplo tratar un hipertenso sin medir su presión arterial, o un diabético sin determinar su glucemia, es de alguna forma tolerado en el asma? Muchas son las razones que se esgrimen. Así, se ha responsabilizado a la congestión de los servicios de urgencia o a la fragmentación del tiempo de los médicos, características habituales de la práctica diaria de la medicina de emergencia. También, para quienes trabajamos en esta área es frecuente escuchar que las maniobras que implican la medida del FEV₁ o flujo pico son muy difíciles para no decir imposibles de realizar en asmáticos con crisis severas, llegando al extremo de señalar la posibilidad de agravación de la crisis como consecuencia de su realización. Sin embargo, a pesar de nuestra percepción totalmente contraria a estas ideas, hemos tenido que esperar hasta la publicación de un reciente estudio que ha derrumbado definitivamente este mito, demostrando que la maniobra espirométrica puede llevarse a cabo en la casi totalidad de los pacientes agudos con obstrucción intensa, con altos niveles de aceptabilidad y seguridad⁸. Adicionalmente y no menos importante, este estudio también nos dice que personal sin experiencia previa puede ser entrenado rápidamente a los efectos de alcanzar los

estándares mínimos necesarios para realizar la espirometría en la sala de urgencia. Parafraseando una carta al editor relacionado con esta última publicación, no existe ninguna excusa para no llevar a cabo la medida de la obstrucción bronquial en pacientes con asma aguda, tanto en los ámbitos pre-hospitalarios como de la urgencia o emergencia⁹.

El gran desafío que tenemos por delante es determinar la forma más adecuada en que deberían instrumentarse las guías en el marco de la educación médica, a los efectos de que éstas se conviertan en verdaderos instrumentos al servicio de la calidad del cuidado médico. Dando un paso más, preguntarnos de qué forma podríamos mejorar nuestra capacidad para juzgar la validez de dichas guías, no siempre adecuadas¹⁰. Finalmente deseo agradecer el esfuerzo de los Dres. Nannini y Colodenco por llevar a cabo este simple pero elocuente y provocativo estudio que nos permite comenzar a correr el velo de una realidad ampliamente negada.

Referencias

1. Krishnan V, Diette GB, Rand CS et al. Mortality in Patients Hospitalized for Asthma Exacerbations in the United States. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 174: 633-8.
2. Rodrigo GJ, Plaza V, Bardagi Forn S, Perpiñá Tordera M, Salas J. Factors associated with mortality in patients hospitalized for severe acute asthma during the years of 1984, 1999 and 2004 in Spain and Latin-America. *J Bras Pneumol*, in press.
3. Nannini LJ, Colodenco FD. Encuesta en 8 regiones de Argentina sobre manejo pre-hospitalario de la crisis de asma. *Revista Argentina de Medicina Respiratoria* 2008; 1: 6-11.
4. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Revised 2007. In: <http://www.ginasthma.com>.
5. Rodrigo GJ, Rodrigo C, Hall JB. Acute asthma in adults: A review. *Chest* 2004; 125: 1081-102.
6. Rodrigo G, Rodrigo C. Assessment of the patient with acute asthma in the emergency department. A factor analytic study. *Chest* 1993; 104: 1325-8.
7. Rodrigo GJ, Plaza V. Características clínicas de la agudización grave de asma en Latinoamérica y España. Similitudes y diferencias (proyecto EAGLE). En Plaza V y Rodrigo G (eds) *Asma Aguda*. Barcelona: Editorial Ergón 2007, pp. 109-25.
8. Silverman RA, Flaster E, Enright PL, Simonson SG. FEV₁ performance among patients with acute asthma. Results from a multicenter clinical trial. *Chest* 2007; 131: 164-71.
9. Rodrigo GJ. There are no excuses for not performing spirometry in acute asthmatics in the emergency department. *Chest* 2007; 131: 1615.
10. Rodrigo GJ. ¿Están verdaderamente basadas en la evidencia las guías sobre el asma? Un análisis crítico. *Arch Bronconeumol* 2008; 44: 81-6.