



242/3160 - CRISIS ASMÁTICA

N. García Espinosa^a, M. Contreras Carrasco^b y M. de Oliveira^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz. ^cMédico Residente 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 22 años de edad derivada desde atención primaria por disnea de 24h de evolución que no cede a pesar de realizar hasta 20 inhalaciones de salbutamol. No mejora tras administración de aerosolterapia y O₂ en su centro de salud. No refiere fiebre ni mucosidad en días previos. Como antecedentes personales de interés, es asmática desde los 11 años. En urgencias se inició tratamiento con oxigenoterapia, metilprednisolona 125 mg IV y dos pases de aerosolterapia con bromuro de ipatropio + budesonida. Tras valorar de nuevo a la paciente, persiste la disnea con aparición de tiraje intercostal y abundante sibilantes. Se decide pasarla al aérea de observación donde se inició VMNI (BIPAP).

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, FC: 144 lpm, SatO₂ 89%, taquipnea. No somnolienta. Consciente, orientada y colaboradora. ACP: sibilantes dispersos en ambos campos pulmonares. Taquicardia sin soplos audibles. No edemas en miembros inferiores ni signos de TVP. Hemograma: parámetros dentro de la normalidad, salvo leucocitos 10.700 (neutrófilos 95%). Coagulación: parámetro dentro de la normalidad, dímeros D 635. Bioquímica: glucemia 166 mg/dl, creatinina 0,87 mg/dl, potasio 3,98mEq/L, PCR 7,67. Gasometría venosa: pH 7,30, pCO₂ 44, pO₂ 47, HCO₃ 21,6. ECG: Taquicardia sinusal a unos 150 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía tórax: no se observan signos de condensaciones pulmonares ni pinzamientos de senos costofrénicos.

Juicio clínico: Crisis asma bronquial.

Diagnóstico diferencial: Crisis asma bronquial vs TEP vs síndrome de hiperreactividad sensorial.

Comentario final: Destacar que tras tratamiento en observación seguía empeorando la disnea de la paciente y los parámetros gasométricos, por lo que se decidió su ingreso en UCI. Allí se continuó con aerosolterapia y broncodilatación IV, además de la VMNI (BIPAP). Tras mejoría clínica pasó a planta a cargo de Neumología. Es importante mencionar que el tratamiento de base de un paciente con asma bronquial es muy importante para evitar exacerbaciones.

Bibliografía

1. Otoniel PJ, Sánchez MI, Sánchez CA. Crisis de Asma. En: Julián JA, ed. Manual de protocolos y

actuación en urgencias, 4ª ed. Toledo: Grupo SANED; 2016. p. 401-8.

Palabras clave: Crisis asma bronquial.