

Broncoespasmo inducido por ejercicio (BIE)

Dr. Gustavo Bruno

Residente de Clínica Médica. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo.

Dra. Noel Spangenberg

Residente de Clínica Médica. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo.

Dra. Lucía Silveira

Residente de Clínica Médica. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo.

El ejercicio es otro agente que puede desencadenar una crisis bronco obstructiva en el paciente asmático, muchas veces es el único factor desencadenante. La pérdida de calor y agua mediante la hiperventilación es el mecanismo por el cual se produce el broncoespasmo. Este puede aparecer durante o minutos después de la actividad física y resolviéndose en 20 a 30 minutos. ⁽¹⁾

EL BIE traduce hiperreactividad bronquial por lo que es un buen indicador del estado de control de la enfermedad y su tratamiento. ⁽²⁾ A su vez puede ser reflejo de un tratamiento suboptimo, por lo que todos los pacientes con estos síntomas deben ser correctamente controlados, descartando la presencia de síntomas fuera del ejercicio o reducción del PEF. ⁽¹⁾ La corrección del tratamiento generalmente mejora la sintomatología y previene las crisis. ^(1,3)

Para la correcta valoración de este tipo de crisis asmáticas la historia clínica es fundamental pero muchas veces poco específica ^(4,5). Se han desarrollado métodos más certeros sometiendo al paciente a un ejercicio suficiente determinado por un aumento de su frecuencia cardíaca 80% del basal. Se controla la presencia de síntomas durante y posterior al ejercicio y con PEF. Ésta es positiva si el paciente refiere síntomas o el PEF desciende 15% del valor óptimo. La prueba de provocación presenta una excelente especificidad siendo una herramienta fundamental para el diagnóstico. ^(1,2)

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

El paciente no debe evitar el ejercicio, se debe optimizar el tratamiento de base valorando la respuesta. ^(1,3)

Para la prevención de las crisis inducidas por el ejercicio son efectivos tanto los B2 de acción corta como de acción prolongada. Los agonistas de corta acción (salbutamol) deben usarse lo más cercano al ejercicio durando el efecto de 2 a 3 horas. Estos previenen un 80% de las crisis inducidas por el ejercicio. Los agonistas de acción prolongada pueden ser efectivos hasta 12 horas luego de la administración, dado que su efecto es menor no debe ser usados como único tratamiento ⁽¹⁾. Otros fármacos como los antileucotrienos han demostrado ser eficaces pudiendo atenuar hasta 50% de estas crisis. Los cromoglicatos son otra alternativa válida pero no tan eficaz ^(1,3). En algunos pacientes la asociación de estos con B2 de acción corta presenta mejores resultados que el tratamiento exclusivo con B2. El correcto tratamiento indicado a largo plazo determina una reducción de la frecuencia y severidad de las crisis. ⁽¹⁾

Otros tipos de conductas a adoptar previo y durante la realización del ejercicio son el uso de bufandas o mascarillas de protección y un buen calentamiento previo. Estas conduc-

tas adicionales que pueden reducir la aparición de crisis. ^(6,7)

BIBLIOGRAFÍA

1. National Heart, Lung, and Blood Institute, US department of health and human service. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma; 2007.
2. Pablo Brockmann V, Daniel Fodor O, ET cols. Asma inducida por ejercicio: Diferencias en la percepción de síntomas entre pacientes pediátricos y sus padres Rev Méd Chile 2006; 134: 743-748.
3. Global Initiative for asthma (GINA) 2006. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Disponible en: www.ginasthma.com.
4. Tan RA, Spector SL. Exercise-induced asthma: diagnosis and management. Ann Allergy Asthma Immunol 2002;89(3):226-35; quiz 235-7, 297.
5. McKenzie DC, Stewart IB, Fitch KD. The asthmatic athlete, inhaled beta agonists, and performance. Clin J Sport Med 2002;12(4):225-8.
6. de Bisschop C, Guenard H, Desnot P, Vergeret J. Reduction of exercise-induced asthma in children by short, repeated warm ups. Br J Sports Med 1999;33(2):100-4.
7. Beuther DA, Martin RJ. Efficacy of a heat exchanger mask in cold exercise-induced asthma. Chest 2006;129(5):1188-93.

Asma en el paciente quirúrgico

Dr. Gustavo Bruno

Residente de Clínica Médica. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo.

Dra. Noel Spangenberg

Residente de Clínica Médica. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo.

Dra. Lucía Silveira

Residente de Clínica Médica. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Udelar. Montevideo.

Deben considerarse los pacientes asmáticos en vistas al acto anestésico-quirúrgico ya que pueden presentar complicaciones previo y durante la cirugía. Las mismas incluyen: broncoespasmo vinculado a exposición al látex y a eventuales agentes anestésicos, vinculadas a la intubación orotraqueal, hipoxemia e hipercapnia, atelectasias y posibles infecciones respiratorias intrahospitalarias ^(1,2).

La principal medida para reducir los riesgos previos a la cirugía es la realización de una correcta valoración preoperatoria, clínica y funcional.

El paciente debe recibir su tratamiento habitual con β_2 agonistas y anticolinérgicos hasta la mañana del acto operatorio. Puede ser necesario un tratamiento corto con corticoides para optimizar la función pulmonar.

Para pacientes que recibieron corticoides orales en los últimos 6 meses o a largo plazo que serán sometidos a cirugía mayor pueden administrarse 100 mg Hidrocortisona cada 8 hs durante el preoperatorio y en las siguientes 24 hs, para cirugías menores o anestesia local se realiza tratamiento a dosis habituales sin dosis suplementarias. La suspensión brusca de los corticoides son la primer causa de insuficiencia suprarrenal secundaria. Dosis mayores a 20 mg/día de Prednisona por más de 3 semanas suprimen el eje HHS por lo que deberá realizarse tratamiento suplementario durante el preoperatorio ⁽³⁾. El uso de corticoides retrasa la cicatrización