



Medicina humana

Clínicas médicas
complementarias
“Asma”

3er Parcial (Séptimo semestre)

Doctor Ricardo Acuña Del Saz

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Asma

Definición

Enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, en cuya patogenia intervienen diferentes células y mediadores inflamatorios, condicionada parcialmente por factores genéticos. Se acompaña de una mayor reactividad traqueobronquial (hiperreactividad de las vías aéreas), que provoca en forma recurrente tos, sibilancias, disnea y aumento del trabajo respiratorio, principalmente en la noche o en la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente a una obstrucción extensa y variable del flujo aéreo que a menudo es reversible de forma espontánea o como respuesta al tratamiento.

Clasificación

Según la clínica, la enfermedad se puede clasificar en cuatro grupos, dependiendo del estado basal del paciente, la frecuencia de las crisis, la función pulmonar y la variabilidad del PEF.

Asma intermitente	<ul style="list-style-type: none">• Crisis de disnea breves, menos de una vez a la semana• Menos de dos crisis nocturnas al mes• Periodo intercrítico asintomático y con función normal (PEF o VEMS > 80% del teórico)• Variabilidad < 20%• Incluye el asma por ejercicio
Asma persistente leve	<ul style="list-style-type: none">• Más de una crisis semanal, pero menos de una diaria• Más de dos crisis nocturnas al mes• A veces hay limitación de la actividad y del sueño• Situación basal: PEF o VEMS > 80% del teórico• Variabilidad > 20 - 30%
Asma persistente moderada	<ul style="list-style-type: none">• Síntomas continuos• Más de una crisis nocturna a la semana• Limitación de la actividad y del sueño• Situación basal: PEF o VEMS 60-80% del teórico• Variabilidad > 20 - 30%
Asma persistente «grave»	<ul style="list-style-type: none">• Síntomas continuos• Exacerbaciones y crisis nocturnas frecuentes y graves• Ingresos hospitalarios frecuentes• Limitación de la actividad y del sueño• Situación basal: PEF o VEMS < 60% del teórico• Variabilidad > 30%

Epidemiología

Prevalencia. La prevalencia del asma es de 4.6 a 5.9 por cada 1000 habitantes en mujeres y de 3.6 a 4.4 en hombres. En edad infantil es más frecuente en varones, se iguala en ambos sexos en la pubertad y predomina en la edad adulta.

Mortalidad. En todo el mundo se producen unas 250.000 muertes por asma al año. No existe relación entre la prevalencia y la mortalidad por asma.

Factores de riesgo

Los factores implicados son de dos tipos y se exponen a continuación.

Factores del huésped

- Genéticos: El asma tiene un componente hereditario complejo, en el que múltiples genes están implicados e interactúan entre ellos y con fenómenos ambientales.
- Atopia/hiperreactividad bronquial. Los genes implicados en la tendencia a la producción de IgE (atopia) y en el desarrollo de hiperreactividad bronquial no están Respuesta al tratamiento. Existen diferentes alelos en el receptor β_2 con diferentes respuestas terapéuticas. Otros genes de interés modifican a la respuesta a esteroides o a antileucotrienos.

Obesidad

- Se han demostrado que es un factor de riesgo para el asma. Algunas sustancias como las leptinas, implicadas en el control de la sensación de saciedad, pueden modificar la función pulmonar y aumentar el riesgo de desarrollar asma.

Factores ambientales

Alérgenos: algunos estudios indican que la exposición a ácaros, epitelio de perro y gato y aspergillus se asocia con el diagnóstico de asma en la infancia en sujetos susceptibles (interacciones herencia-ambiente); otros.

Infecciones

La infección por virus sincitial respiratorio y virus parainfluenzae causan un patrón de síntomas muy similar al fenotipo asmático.

Tabaco

Los asintomáticos fumadores tiene peor función pulmonar, mayor frecuencia de síntomas y peor respuesta al tratamiento. Se ha demostrado que la exposición al humo del tabaco intrauterino y en las primeras etapas de la vida (tabaquismo materno) se asocia peor función pulmonar y mayor incidencia de síntomas asmáticos.

Contaminación ambiental/domestica

La relación entre contaminación ambiental y crisis por asma parece clara, pero no así su papel como agente causal de asma. La contaminación ambiental se asocia con peor función pulmonar en niños pero no con el diagnóstico de asma.

Clínica

La triada clásica es la disnea, sibilancias y tos, y a veces opresiones torácicas. Las sibilancias son muy frecuentes, pero no es raro encontrar a a pacientes cuya manifestación es la tos escasamente productiva, conocida con el nombre de equivalente asmático.

Es muy típico del asma en los adultos la aparición de los síntomas de madrugada o por la mañana temprano, lo que lo diferencia del reflujo gastroesofágico (los síntomas suelen aparecer nada más acostarse) o la enfermedad cardiaca (donde los síntomas pueden ocurrir en cualquier momento). Los antecedentes familiares o personales de atopia deben ser tenidos en cuenta.

Los síntomas de asma suelen ocurrir de modo paroxístico existiendo temporadas donde el paciente está libre de clínica, aunque en casos graves no siempre se consigue la remisión de la enfermedad.

Las sibilancias, generalmente espiratorias, son el dato más característico. No son específicas del asma y cuando la obstrucción es grave pueden desaparecer.

Diagnostico

Diagnóstico temprano: El diagnóstico clínico del asma se basa en los siguientes síntomas: disnea, sibilancias, tos y sensación de opresión torácica. Una prueba terapéutica con broncodilatadores o con corticosteroides sugiere el diagnóstico de asma.

Interrogatorio: Los síntomas aparecen o empeoran en la noche, sobretodo en la madrugada o se pueden presentar después del ejercicio físico. La espirometría obstructiva con test broncodilatador positivo es útil en el diagnóstico del asma. Los síntomas aparecen tras una infección respiratoria viral. Los antecedentes familiares de asma o antecedentes personales atópicos sugieren el diagnóstico de asma.

Exploración: Cuando el paciente asmático está mal controlado o en una crisis asmática, el examen físico revelará sibilancias espiratorias a la auscultación, que en algunos casos sólo se detectan con la espiración forzada. En las exacerbaciones graves del asma la obstrucción bronquial es tan intensa que las sibilancias pueden estar ausentes. Sin embargo, los pacientes graves suelen tener otros signos físicos que reflejan su condición, como cianosis, somnolencia, dificultad para hablar, taquicardia, tórax distendido, uso de músculos accesorios y tiraje intercostal. En pacientes bien controlados el examen físico del aparato respiratorio puede ser normal.

Radiografía de tórax. El hallazgo más frecuente es la radiografía de tórax normal, tanto en la fase estable como en las crisis. Si la crisis es grave, puede observarse hiperinsuflación torácica. La radiografía de tórax sirve para excluir otras enfermedades y descubrir complicaciones de la agudización asmática, como neumotórax, neumomediastino o atelectasia por impactación de tapones mucosos.

Exámenes de laboratorio y gabinete: La realización de la espirometría con test broncodilatador ayuda a confirmar el diagnóstico de asma en pacientes con síntomas sugestivos y aporta información sobre su gravedad. La normalidad de la espirometría en un paciente con sospecha clínica no excluye el diagnóstico y obliga

a proseguir el estudio del paciente. En los pacientes con sospecha clínica de asma y espirometría normal, se debe realizar el estudio de variabilidad del FEM.

Test sanguíneos. La eosinofilia es característica del asma, tanto intrínseca (en la que suele ser más marcada) como extrínseca, aunque su ausencia no excluye la enfermedad.

Test alérgicos. En el caso de sospechar asma alérgica, se deben realizar las pruebas cutáneas de hipersensibilidad inmediata (prick-test).

Tratamiento

Los medicamentos para tratar el asma se clasifican en: controladores y de rescate

- Se prefiere la terapia inhalada de los medicamentos debido a que así se deposita mayor concentración directamente en las vías respiratorias y con menor riesgo de efectos adversos
- El asma leve intermitente puede ser adecuadamente controlada sólo con betaadrenérgicos de acción corta a demanda.
- Los beta-adrenérgicos de corta duración son los fármacos de elección como medicación de rescate.
- Prescribir beta-agonista de acción rápida inhalados a todos los pacientes con síntomas de asma intermitente.
- Cuando los síntomas son frecuentes o se agravan periódicamente, se requiere un tratamiento regular con un controlador
- En caso de asma inducida por ejercicio se recomienda utilizar beta-agonista de acción corta 15 minutos antes de empezar la actividad
- Se debe iniciar esteroide inhalado en paciente que presente cualquiera de lo siguiente: Exacerbaciones de asma en los últimos 2 años Uso de beta-agonistas de acción corta más de 3 veces al día durante una semana o más Síntomas diurnos más de 3 veces en una semana o despertar nocturno una vez por semana.

Bibliografía

- Diagnóstico, tratamiento y prevención de la exacerbación de asma en Adultos. Guía de referencia Rápida. México. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2017.
- Cadeza, J., Contreras, M., Díaz, S., Enseñat, M. y Vega, A. (2017). Asma. En Manual CTO de medicina y cirugía, Neumología. México: CTO editorial.