

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ASIGNATURA: CLINICA MEDICA COMPLEMENTARIA.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

SEPTIMO SEMESTRE.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEGUNDO PARCIAL.

TEMA: ASMA

MEDICINA HUMANA.

ASMA

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, en cuya patogenia intervienen diferentes células y mediadores inflamatorios, condicionada parcialmente por factores genéticos, que cursa con hiperreactividad de la vía aérea a una gran variedad de estímulos y con obstrucción reversible al flujo aéreo, bien espontáneamente, bien con tratamiento broncodilatador. Esta inflamación causa episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos. Aumento en FEVI Y FVC en un 12% y >200 ml del basal. Prueba de exposición al ejercicio positiva. Adultos: disminución del FEVI > 10% y 200 ml respecto al valor basal. Niños: disminución del FEVI de > 12% o bien del PEF > 15%. Prueba de provocación bronquial positiva: Reducción del FEVI respecto al valor basal de >20% con una dosis estándar de metacolina o de histamina o > 15% con una exposición a hiperventilación, solución salina hipertónica o manitol. El asma es un síndrome con fenotipos diferentes que comparten unas manifestaciones clínicas similares, pero con etiologías probablemente distintas.

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 mujeres en la edad adulta. En muchos países la prevalencia ha aumentado en las últimas décadas. 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. Patogenia: El asma es un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas. La inflamación crónica se asocia a hiperreactividad bronquial y a obstrucción reversible, aunque los mecanismos que explican esta asociación no están completamente aclarados. El proceso inflamatorio es bastante consistente entre todos los fenotipos de asma, aunque puede variar entre pacientes y entre diferentes momentos evolutivos de la enfermedad. La inflamación en el asma es similar al de otros procesos alérgicos.

Fisiopatogenia: disminución del calibre de la vía aérea es el evento final común que explica los síntomas y las alteraciones funcionales. Los factores que contribuyen a su aparición son los siguientes: Contracción del músculo liso de la vía

aérea., Edema de la vía aérea, consecuencia de la inflamación bronquial, Engrosamiento de la vía aérea a consecuencia de los fenómenos de reparación definidos como remodelado de la vía aérea, Hipersecreción de moco. El asma tiene 2 vías de afección en los pacientes con asma (vía alérgica y alérgica). La otra característica definitoria del asma es la hiperreactividad bronquial, que provoca obstrucción de las vías aéreas en respuesta a estímulos que en sujetos sanos no evocarían respuesta alguna, y explican la aparición episódica de síntomas asmáticos. Es consecuencia de la inflamación crónica de la vía aérea y se produce por mecanismos.

Diagnóstico

Se basa en la clínica del paciente, donde la parte sospechada, junto con la demostración de obstrucción reversible en una espirometría post -broncodilatador, teniendo otras opciones como: hiperreactividad bronquial o variabilidad de la función pulmonar.

Función pulmonar. Sirve para confirmar el diagnóstico, establecer la gravedad y monitorizar la respuesta al tratamiento. Aumento en FEV1 Y FVC en un 12% y >200 ml del basal, aunque su negatividad no descarta el diagnóstico. La obstrucción en el asma es, además de reversible, variable, como se manifiesta con la medición del pico de flujo espiratorio máximo (PEF, FEM). Si la espirometría es normal, se debe investigar la presencia de hiperreactividad bronquial o de variabilidad de la función pulmonar.

Hiperreactividad bronquial. Se diagnostica con los test de provocación bronquial inespecífica con histamina, metacolina o ejercicio. La disminución del FEV1 de más de un 20% con respecto al valor basal hace que el test sea positivo. Es muy sensible pero poco específica, pues sujetos con atopia o sinusitis sin asma pueden presentar hiperreactividad bronquial, e incluso algunos sujetos sanos, por lo que es más útil para excluir el diagnóstico si el resultado del test es negativo.

Variabilidad. Se define como la fluctuación excesiva de la función pulmonar a lo largo del tiempo. Se emplean mediciones seriadas del pico de flujo espiratorio (*peak flow*, PEF, FEM). La medida más usada es la amplitud (diferencia entre el PEF máximo y el mínimo del día) expresada como porcentaje del valor diario del PEF y

promediado a 1-2 semanas, según la siguiente Variabilidad de > 10% Diurna Niños > 13%.

Fracción de óxido nítrico (NO) exhalado (FeNO). Es un marcador no invasivo de inflamación eosinofílica de la vía aérea. Los pacientes asmáticos tienen valores elevados de FeNO comparados con sujetos sanos. Alcanza elevadas sensibilidad y especificidad en sujetos no fumadores que no reciben tratamiento antiasmático, por lo que puede tener valor diagnóstico en pacientes con alta sospecha clínica y test funcionales no diagnósticos. No obstante, un valor normal no excluye el diagnóstico de asma, especialmente en personas no atópicas, y aún no ha sido evaluado de forma prospectiva como test diagnóstico.

Otras exploraciones

Gasometría arterial. En el asma crónica estable es típicamente normal. Durante una agudización, suele haber hipocapnia (debida a la hiperventilación) e hipoxemia. Generalmente, hay alcalosis respiratoria. Cuando la crisis es grave, la PaCO₂ aumenta, indicando fatiga de los músculos respiratorios, por lo que se produce acidosis respiratoria que en ocasiones lleva asociado un componente de acidosis láctica (acidosis mixta).

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.

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. Cifras muy altas sugieren otras enfermedades (Churg-Strauss, aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), neumonía eosinófila crónica, etc.). La eosinofilia puede no estar presente si el paciente toma corticoides.

Test alérgicos. En el caso de sospechar asma alérgica, se deben realizar las pruebas cutáneas de hipersensibilidad inmediata (prick-test). Sin embargo, hay una alta prevalencia de test cutáneos positivos en personas sin síntomas alérgicos, por lo que se deben correlacionar los resultados de los test cutáneos con la clínica.

Diagnóstico diferencial: Se debe establecer con otras enfermedades obstructivas de las vías aéreas (EPOC, bronquiolitis, etc.), insuficiencia cardíaca, obstrucción de las vías respiratorias superiores (por tumores o edema laríngeo), disfunción laríngea funcional (cuadro que muestra mala respuesta al tratamiento convencional y gasometría normal en las "crisis"), lesiones endobronquiales, TEP recurrentes, neumonías eosinófilas, y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Clasificaciones del asma: 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 (PEF o FEV₁) 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% |

Tabla 2. Clasificación de gravedad-GEMA

Tratamiento

Medidas preventivas: Consisten en identificar y evitar alérgenos específicos, irritantes inespecíficos y fármacos nocivos.

Fármacos: Existen dos grupos de fármacos que se emplean en el tratamiento del asma:

Fármacos de rescate o aliviadores: usados en las agudizaciones, alivian rápidamente los síntomas. Incluyen los β_2 agonistas de acción corta (SABA), los corticoides sistémicos, los anticolinérgicos inhalados y las teofilinas de acción corta.

Fármacos controladores de la enfermedad: usados de forma regular, mantienen controlada el asma. Incluyen los corticoides inhalados y sistémicos, las cromonas, las teofilinas de liberación retardada, los β_2 agonista de acción larga, los fármacos anti-IgE y los antagonistas de los leucotrienos.

Bibliografía:

Josué Daniel Cadeza Aguilar. (2017). manual de CTO de medicina y cirugía Neumología. Madrid: grupo CTO editorial.