

“ASMA”

DOCENTE: RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

**MATERIA: CLÍNICAS MÉDICAS
COMPLEMENTARIAS.**

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

DEFINICION.

El asma se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que participan diversas células y mediadores químicos; 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.

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.

EPIDEMIOLOGIA.

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.

CLASIFICACION.

1. ASMA INTERMITENTE:

- Síntomas menos de una vez por semana.
- Exacerbaciones de corta duración.
- Síntomas nocturnos no más de dos veces al mes.
- FEV1 o PEF >80% del valor predicho.
- Variabilidad en el PEF o FEV1 <20%.

2. ASMA PERSISTENTE LEVE:

- Síntomas menos de una vez por semana, pero menos de una vez al día.
- Exacerbaciones puede afectar la actividad y el sueño.
- Síntomas nocturnos más de dos veces al mes.
- FEV1 o PEF >80% del valor predicho.
- Variabilidad en el PEF o FEV1 <20% - 30%.

3. ASMA PERSISTENTE MODERADA:

- Síntomas diarios.
- Exacerbaciones afecta la actividad y el sueño.
- Síntomas nocturnos más de una vez a la semana.
- Uso diario de β_2 agonistas de acción corta inhalados.
- FEV1 o PEF 60% - 80% del valor predicho.
- Variabilidad en el PEF o FEV1 30%.

4. ASMA PERSISTENTE GRAVE:

- Síntomas diarios.
- Exacerbaciones frecuentes.
- Síntomas diarios de asma nocturna.

- Limitaciones para actividades físicas.
- FEV1 o PEF <60% del valor predicho.
- Variabilidad en el PEF o FEV1 30%.

ETIOLOGIA.

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.

Células inflamatorias.

Linfocitos T.

Están aumentados en la vía aérea, con un desequilibrio en la relación Th 1/Th2 favorable a los Th2 y un aumento en las células natural killer.

Mastocitos.

Aumentados tanto en la vía aérea como en el músculo liso bronquial, lo que se relaciona con la hiperreactividad bronquial.

Su activación da lugar a la liberación de mediadores broncoconstrictores y proinflamatorios.

Eosinófilos.

Están elevados en la vía aérea de la mayoría de los asmáticos y su número se relaciona con la gravedad del asma.

Su activación libera enzimas responsables del daño epitelial y mediadores que amplifican la respuesta inflamatoria.

DIAGNOSTICO.

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.

Los síntomas de asma, disnea, sibilancias y tos, son variables, principalmente nocturnos o por exposición a agentes desencadenante.

El asma es una entidad heterogénea que resulta de interacciones complejas entre factores ambientales y genéticos.

Ninguno de los síntomas y signos característicos es totalmente específico de asma, por lo que en ocasiones no es fácil confirmar o rechazar el diagnóstico asma.

Así, se pueden diferenciar tres fases en el diagnóstico y la clasificación del asma:

- Sospecha clínica de asma.
- Demostración objetiva de obstrucción variable al flujo de aire en la vía aérea.
- Clasificación del nivel de control, riesgo futuro, gravedad y fenotipo del asma.

En pacientes sintomáticos hay signos de obstrucción bronquial; en el asma controlada la exploración física respiratoria habitualmente es normal.

Una espirometría obstructiva con test broncodilatador positivo es útil en el diagnóstico del asma.

La espirometría tiene una baja sensibilidad y alta especificidad en el diagnóstico del asma.

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 de realizar el estudio de variabilidad del FEM.

La variabilidad del FEM de 20% apoya el diagnóstico de asma.

Una prueba de reto bronquial con metacolina o histamina ayuda a confirmar el diagnóstico de asma cuando la espirometría es normal.

El diagnóstico clínico del asma se basa en los siguientes síntomas: disnea, sibilancias, tos y sensación de opresión torácica.

Como resultado de los hallazgos de la historia clínica, la exploración física y las pruebas de función pulmonar, para demostrar obstrucción al flujo de aire y fluctuación en esta obstrucción, eventualmente completadas con pruebas más específicas, el médico tomará la decisión de iniciar el tratamiento de asma o buscar diagnósticos diferenciales.

En pacientes que sólo presentan un síntoma clave y en pacientes que no mejoran aún con un manejo adecuado es importante tomar en cuenta los diagnósticos diferenciales.

Según la edad del paciente, sugerimos considerar ciertas patologías diferenciales.

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).

TRATAMIENTO.

Medidas preventivas.

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

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 B-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 B-2 agonista de acción larga, los fármacos anti-IgE y los antagonistas de los leucotrienos.

El principal objetivo del tratamiento es el control del asma.

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 tratamiento se debe enfocar a controlar las características clínicas del asma.

El asma leve intermitente puede ser adecuadamente controlada sólo con beta-adrenérgicos de acción corta a demanda.

Los beta-adrenérgicos de corta duración son los fármacos de elección como medicación de rescate.

El tratamiento de rescate de primera elección es con beta-agonista de acción rápida inhalados.

Prescribir beta-agonista de acción rápida inhalados a todos los pacientes con síntomas de asma intermitente.

Los esteroides inhalados son los medicamentos controladores más efectivos, en adultos y niños, para alcanzar todas las metas de tratamiento independientemente de la gravedad del asma.

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.

La adición de glucocorticoides orales a otros controladores puede ser efectiva, pero tendría que ser considerada sólo en el asma persistente grave con limitación diaria de actividades y exacerbaciones frecuentes que no se ha controlado con el tratamiento.

El omalizumab, anticuerpo monoclonal anti-IgE, está indicado en el asma alérgica de difícil control cuando no se logra el control con otros controladores incluyendo altas dosis de esteroides orales o inhalados.

Bibliografía.

Diagnostico y manejo del asma en el primer y segundo nivel de atención. México: Secretaria de salud; 03/Octubre/2013.

Manual CTO de Neumologia. 3a Edición. Grupo CTO editorial.