

UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

**SEMESTRE CURSANTE:
7MO SEMESTRE - UNIDAD 1**

**MATERIA:
CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS.**

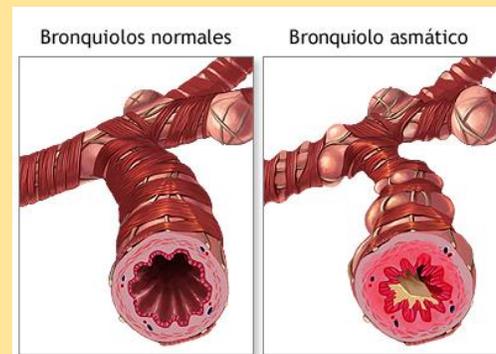
**NOMBRE DEL DOCENTE:
DR. SAMUEL ESAU FONSECA FIERRO.**

**NOMBRE DE LA ALUMNA:
JALIXA RUIZ DE LA CRUZ.**

**TEMA DELK TRABAJO:
RESUMEN DE ASMA.**

**FECHA DE ENTREGA:
09/09/2022**

ASMA



1. Definición:

Enfermedad que ocasiona inflamación bronquial; esta inflamación lleva a hiperactividad (constricción de la vía aérea), provocando edema, aumento de producción de moco, llegando a células inflamatorias y lesión de células epiteliales, revierte con broncodilatadores. si se hace crónica, ocasiona remodelación y como consecuencia, pérdida de la función pulmonar.

1 criterio mayor o 2 menores= 77% de padecer asma entre los 6-13 años.		
	Factor de riesgo mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis atópica • Antecedente familiar
	Factor de riesgo menores	<ul style="list-style-type: none"> • Dx de rinitis alérgica • Sibilancias no relacionadas a resfriado • Eosinófilos >4% en sangre periférica • Prematuros • Madre expuesta a humo de tabaco • Uso de antibióticos en la infancia • Exposición a alérgenos o irritantes • Infecciones víricas • Contaminación aérea
Niños con 3 episodios de sibilancias antes de los 3 años +		

2. Factores de riesgo para desarrollar asma en la población pediátrica:

- **El grupo de agentes infecciosos #1 desencadenantes de asma:** VIRUS
- **Factores más frecuentes desencadenantes de asma:** Infecciones víricas, exposición a alérgenos o irritantes, ejercicio, emocionales y cambios ambientales.

3. Fisiopatología:

La inflamación crónica genera hiperrespuesta, provocando en la vía área edema, bronco constricción y secreción mucosa.

En los pacientes con asma, las células TH2 y otros tipos celulares (sobre todo, eosinófilos y mastocitos, pero también otros subtipos CD4+ y neutrófilos) forman un infiltrado inflamatorio extenso en el epitelio y el músculo liso de las vías aéreas que conduce a la remodelación de éstas. La hipertrofia del músculo liso estrecha las vías aéreas y aumenta la reactividad a los alérgenos, las infecciones, los irritantes, la estimulación parasimpática (que causa la liberación de neuropéptidos proinflamatorios, como la sustancia P, la neurocinina A y el péptido relacionado con el gen de la calcitonina) y otros desencadenantes de la broncoconstricción.

4. Clínica más frecuente del asma:

- Disnea Periódica
- Sibilancias
- Opresión torácica
- Tos
- Taquipnea

Hallazgo más común en la exploración física del paciente con asma: Sibilancias

a) **Diagnóstico presuntivo de asma:** Clínica + interrogatorio

b) **Diagnóstico confirmatorio de asma en niños y adultos:** En niños de 5 años o menos el diagnóstico se hace por CLÍNICA debido a la incapacidad o falta de cooperación de los niños.

- Niños: Síntomas de tos, sibilancias o dificultad respiratoria.
- Niños >6 años / Adultos Espirometría con test de broncodilatador (determinando CVF y VEF1) esto nos muestra el grado de obstrucción de los bronquios.

5. Clasificación del asma según se severidad:

	Asma intermitente	Asma persistente leve	Asma persistente moderado	Asma persistente grave
Síntomas diurnos	≤1 vez por semana	≥1 vez por semana ≤1 vez/día	Diarios	Diarios
Exacerbaciones	Duración corta	Afectan la actividad y el sueño	Afectan la actividad y el sueño	Frecuentes
Síntomas nocturnos	≤2 veces/mes	≥2 veces/mes	>1 vez/semana	Diarios
Función pulmonar (FEV1 o PEF%)	>80%	>80%	60-80%	<60%
Varialidad en el PEF o FEV1	<20%	<20-30%	>30%	>30%
Otros			Uso diario de B2 de acción corta inhalados	Limitación de actividades físicas

6. Tratamiento en niños ≤5 años:

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
<ul style="list-style-type: none"> • Educación del asma • Control ambiental • Continuar la administración de agonistas B2 de acción rápida según sea necesario 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar dosis bajas de CEI (corticoesteroides inhalados) • Modificadores de leucotrienos 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar dosis bajas (al doble) de corticoesteroides inhalados • Administrar dosis bajas de corticoesteroides inhalados junto con modificadores de leucotrienos

- **Paciente controlado con agonista B2 de acción rápida:** Continuar con mismo tratamiento.
- **Paciente parcialmente controlado con agonistas B2:** Considerar subir el nivel para buen control.
- **Paciente no controlado / controlado con dosis bajas de corticoesteroides inhalados:** Subir nivel hasta conseguir control.

6.1 Tratamiento en niños menores de 5 años:

- En caso de una exacerbación aguda, utilizar agonistas B2 de acción rápida sin considerar el nivel de tratamiento en que se encuentre el paciente.
- La administración de glucocorticoides orales sólo debe utilizarse para exacerbaciones agudas del asma.
- Antes de subir de nivel se debe revisar la técnica de administración del inhalador, el apego al tratamiento (preferencias, costos) y confirmar que los síntomas son debidos a asma.

6.2 Tratamiento en adultos:

Paso 1:

Agonista B2 de acción corta PRN

Paso 2:

- Corticoesteroide inhalado (CSI) dosis bajas (A)
- Alternativa: Montelukast (A)

Paso 3:

- De elección: CSI dosis media
- Alternativa: CSI dosis baja + Montelukast (D) o CSI dosis baja + LABA(D)

Paso 4:

- De elección: CSI dosis media + LABA(D)
- Alternativa: CSI dosis media + Montelukast(D)
- Considerar ciclo corto de esteroides sistémicos

Paso 5:

- De elección: CSI dosis alta + LASA(D) o Montelukast(D)
- En caso de no controlarse, revalorar por especialista.

- Corticoesteroides orales(D)