



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**MEDICINA HUMANA**

**FRANCISCO IGNACIO ORDOÑEZ SALVATIERRA**

**FISIOPATOLOGIA II**

**DR. MIGUEL BASILIO ROBLEDO**

**ENSAYO**

**3 SEMESTRE**

**19/11/22**

**TAPACHULA, CHIAPAS.**

## **Introducción**

El asma es una enfermedad crónica bastante común, aunque su prevalencia en la población varía geográficamente. Asimismo, afecta más a la población infantil y juvenil, reduciendo su prevalencia entre los adultos. En el presente trabajo abordamos las características clínicas y diagnósticas del asma bronquial, y sus diferentes tipos y tratamientos, con especial atención a los broncodilatadores directos y los antiinflamatorios bronquiales. La definición de asma ha cambiado significativamente en los últimos 20 años. Se definió en 1959 como un estrechamiento de las vías respiratorias capaz de cambiar su presentación clínica a corto plazo, ya sea en respuesta al tratamiento o de forma espontánea, que no es consecuencia de una enfermedad cardiovascular.

## **Asma bronquial.**

El asma es una enfermedad crónica muy común, aunque su incidencia varía en diferentes partes del mundo. Es difícil determinar cuál es la prevalencia del asma bronquial en nuestro país debido a que diversos factores dificultan la evaluación de las estadísticas disponibles, como la falta de criterios consistentes para la definición de la enfermedad o la diversidad de métodos epidemiológicos utilizados. Obtenidos en países con características similares al nuestro sugieren que entre el 3% y el 7% de la población padece la enfermedad.

La enfermedad afecta más a niños y adultos jóvenes, con una disminución de la prevalencia en la edad adulta, pero puede aumentar nuevamente después de los 40 años. En los niños, afecta más a los niños. Parece haber acuerdo entre los diversos autores con respecto al reciente aumento de la mortalidad por asma. Esto puede deberse al uso excesivo de beta-agonistas inhalados, ya que esto implica un exceso de confianza en los efectos broncodilatadores de estos fármacos y retrasos en la búsqueda de atención médica en caso de una crisis broncoespástica.

Desde el punto de vista clínico, el asma se clasifica en intermitente, persistente o crónica y atípica.

**Asma intermitente** se caracteriza por cursar con episodios de disnea con sibilancias de magnitud variable, intercalados períodos asintomáticos. Los episodios tienen la posibilidad de estar involucrados con razones desencadenantes alérgicas o no alérgicas (ejercicio, exposición a tóxicos del medio ambiente, infecciones víricas) o no enseñar interacción con razones evidentes.

**Asma persistente** o crónica se caracteriza por la existencia de indicios seguidos a modo de tos, sibilancias y sensación disneica oscilante y variable en su magnitud. Esta manera de presentación clínica es poco recurrente en el asma infantil y suele observarse en los asmáticos que inician la patología en la adultez, aunque en algunas ocasiones se recoge en la historia clínica la vida de asma intermitente en la niñez que luego se cronifica. Ciertos pacientes refieren el antes de asma en la niñez que, tras desaparecer al llegar a la juventud, se reinicia otra vez en la adultez, empero esta vez a modo de asma persistente.

**Asma atípica** en ciertos asmáticos la patología se muestra a modo de tos persistente, disnea de esfuerzo y/u opresión torácica. El diagnóstico de asma atípica debería considerarse más que nada si la tos se sigue de sibilancias y la investigación de la funcionalidad ventilatoria muestra una obstrucción bronquial reversible con un broncodilatador. No es raro mirar enfermos asmáticos adultos que muestran clínica sugestiva de patología obstructiva crónica fija (tos, expectoración y disnea de esfuerzo), o sea, sin oscilaciones notables en la magnitud de los indicios y ocasionalmente padecen episodios disneicos recortados clásicos de un ataque asmático.

El diagnóstico se basa en la historia clínica, en particular en la especificación descriptiva de las propiedades de los indicios, las razones desencadenantes y las que generan alivio. Los datos clínicos se complementan con la información facilitada por las pruebas cutáneas y la espirometría, si es viable con la evolución de la contestación tras la gestión de un broncodilatador en aerosol. La radiografía de tórax, el hemograma con fórmula leucocitaria y particular atención al recuento de eosinófilos y la decisión de IgE total y específica ofrecerán información adicional.

El diagnóstico diferencial debería desarrollarse con algunas entidades:

Así sea por compresión extrínseca, por obstrucción intraluminal o por variación intrínseca de las propias construcciones. Estas entidades se exploran por medio de la curva flujo/volumen de la espirometría forzada común y las imágenes radiológicas en planos, en una primera aproximación.

La insuficiencia cardíaca congestiva o la tromboembolia pulmonar tienen la posibilidad de confundirse con el asma. Los datos clínicos permiten hacer el diagnóstico diferencial.

Como en la situación de la estenosis traqueal, así sea por un cuerpo humano extraño, almacenamiento de la secreción de moco, compresión extrínseca o neoplasias benignas o malignas, además tienen la posibilidad de simular una crisis de asma. En dichos casos la tos es constante y pertinaz, la auscultación es de sibilancias inspiratorias o estridor y la fibroscopia suele poner en claro el diagnóstico.

El procedimiento eficaz del asma debería ver su gravedad y mantener el control del curso del procedimiento; mantener el control de los componentes del medio ambiente para eludir o minimizar en lo viable los indicios precipitantes o las exacerbaciones; utilizar fármacos en el procedimiento de las exacerbaciones para eludir o minimizar la inflamación de las vías aéreas, y educar al paciente para que logre existir cooperación entre él, su familia y los expertos sanitarios.

El procedimiento se orienta a prevenir los indicios crónicos, conservar la funcionalidad pulmonar lo más regular viable, mantener unos niveles clásicos de actividad, evadir las exacerbaciones, minimizar la necesidad de ir a urgencias o ser ingresado, evitar los efectos adversos del procedimiento y saciar las necesidades de cuidado del paciente y su familia.

## **Conclusión**

El asma bronquial sigue siendo un problema muy invalidante, que frecuentemente resulta mortal. Por su evolución natural, es siempre un problema Médico- Social, principalmente para los países subdesarrollados como Honduras en donde la mayoría de la población está marginada de la atención médica.

## **Bibliografía**

(lozano, 2001)

### Trabajos citados

lozano, j. a. (noviembre de 2001). *ELSEVIER*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-asma-bronquial-13021229>