



Universidad Del Sureste
Licenciatura en medicina humana
Campus Comitán



Ensayo de ASMA

MATERIA: Inmunoalergias

DOCENTE: Dr. Adrian Espino

8° A

ALUMNO: CARLOS OMAR JACOB VELÁZQUEZ

Comitán de Domínguez Chiapas 25 de abril del 2025

Introducción

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, con una prevalencia significativa en la población adulta. A diferencia del asma infantil, en los adultos esta patología suele manifestarse de forma persistente, con mayor impacto en la calidad de vida y con riesgos aumentados de exacerbaciones graves si no se controla adecuadamente.

Clínicamente, se caracteriza por la presencia de síntomas respiratorios recurrentes como disnea, sibilancias, opresión torácica y tos, los cuales se asocian a una obstrucción variable del flujo aéreo.

El diagnóstico oportuno del asma en adultos representa un desafío, ya que puede confundirse con otras enfermedades respiratorias crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Por ello, las guías internacionales, como las establecidas por la Iniciativa Global para el Asma (GINA), recomiendan el uso de herramientas diagnósticas objetivas, especialmente la espirometría, complementadas con una evaluación clínica detallada.

Una vez confirmado el diagnóstico, el manejo del asma debe seguir un enfoque escalonado que permita ajustar el tratamiento según el nivel de control de los síntomas y el riesgo de futuras exacerbaciones, optimizando así los resultados terapéuticos.

Generalidades del asma en el adulto

A diferencia del asma infantil, el asma en adultos puede presentarse como una enfermedad persistente con síntomas más severos y una respuesta menor al tratamiento. En algunos casos, se diagnostica por primera vez en la adultez, situación que puede generar desafíos diagnósticos por la posible confusión con otras enfermedades respiratorias crónicas como la EPOC.

Los factores de riesgo incluyen antecedentes familiares de asma, exposición a alérgenos, tabaquismo activo o pasivo, obesidad, y condiciones comórbidas como la rinitis alérgica y la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

La fisiopatología del asma se basa en una inflamación crónica de las vías respiratorias que causa hiperreactividad bronquial, engrosamiento de la pared bronquial, aumento de la producción de moco y broncoconstricción.

Estas alteraciones conducen a la limitación variable del flujo aéreo y a la presentación clínica característica de la enfermedad.

Diagnóstico del asma en adultos

El diagnóstico de asma se basa en la identificación de un patrón clínico compatible y la confirmación de la variabilidad del flujo aéreo espiratorio. Según las guías GINA (2023), el diagnóstico requiere una evaluación clínica detallada que incluya historia médica, examen físico y pruebas objetivas de función pulmonar. La espirometría es la herramienta diagnóstica de elección. Un FEV1/FVC reducido que mejora $\geq 12\%$ y ≥ 200 ml tras la administración de un broncodilatador confirma la reversibilidad del flujo aéreo, característica del asma.

En pacientes con síntomas intermitentes o que presentan una espirometría normal, pueden utilizarse otras pruebas como la medición del pico de flujo espiratorio (PEF) seriado, la prueba de broncoprovocación con metacolina o el monitoreo del óxido nítrico exhalado (FeNO), especialmente en contextos clínicos con sospecha persistente de asma. Es fundamental descartar otras causas de obstrucción bronquial, como la EPOC o enfermedades pulmonares intersticiales.

Tratamiento escalonado del asma según GINA

El enfoque terapéutico actual del asma se basa en un tratamiento escalonado, ajustado a la severidad de los síntomas, el riesgo de exacerbaciones y la respuesta individual al tratamiento. Las guías GINA recomiendan el uso combinado de glucocorticoides inhalados (ICS) y broncodilatadores β_2 de acción prolongada (LABA) desde el inicio del tratamiento en la mayoría de los pacientes, en lugar del uso aislado de β_2 de acción corta (SABA), que ha demostrado estar asociado a peores resultados a largo plazo.

Paso 1: Para pacientes con síntomas ocasionales, se recomienda el uso a demanda de ICS-formoterol. ICS (corticoesteroide inhalado) + formoterol (LABA) En dosis baja, por razón necesaria (rescate), Budesonida formoterol 200-400/4.5 MCG. Síntomas menos de 4-5 días a la semana.

Esta estrategia ha demostrado reducir significativamente el riesgo de exacerbaciones graves.

Paso 2: En pacientes con síntomas más frecuentes o factores de riesgo de exacerbación, se recomienda ICS diario con SABA a demanda o ICS-formoterol a demanda como tratamiento preferido.

Paso 3: Para pacientes con asma moderada, el tratamiento preferido es ICS-LABA en dosis bajas como mantenimiento con SABA o ICS-formoterol como terapia de mantenimiento y alivio. ICS (corticoesteroide inhalado) + Formoterol(LABA) en dosis baja de mantenimiento (MART) Budesonida- Formoterol 200-400/4.5 mcg más (rescate) ICS + Formoterol en dosis baja, por razón necesaria, Budesonida-Formoterol 200-400/4.5 mcg Síntomas diarios o despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o más y función pulmonar baja.

Paso 4: En casos de asma persistente moderada a severa, se recomienda aumentar la dosis de ICS-LABA, o considerar agregar un tiotropio o un LTRA (antagonista de los receptores de leucotrienos). Síntomas diarios o despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o más y función pulmonar baja. ICS+ Formoterol en dosis intermedia de mantenimiento, Budesonida -Formoterol 400-800/4.5 mcg más (Rescate) ICS+ Formoterol en dosis baja por razón necesaria Budesonida-Formoterol 200-400/4.5mcg.

Paso 5: En pacientes con asma grave no controlada, debe considerarse la referencia a un especialista. Y el uso de ICS+Formoterol en dosis de mantenimiento, considerar dosis altas. Budesonida formoterol más 800/4.5mcg más (rescate) ICS+ Formoterol en dosis baja, por razón necesaria Budesonida-Fomoterol 200-400/4.5mcg más Referir evaluación del fenotipo de asma, complemento con LAMA, considerar anticuerpos monoclonales Anti IGE, IL-5, IL-4, TSLP.

VIA 2 Controlador y rescate (alternativo)

Paso 1: Síntomas menos de dos veces al mes

SABA O ICS+SABA por razón necesaria (rescate) 100-200 mcg 1-2 inhalaciones según sea necesario cada 4 a 6 horas, máximo de 8 inhalaciones

Salbutamol 100 mcg por 2 a 4 inhalaciones máximo 10 inhalaciones según sea necesario 20 minutos entre cada toma. Más tome ICS siempre que tome SABA a dosis bajas

Budesonida 200- 400 mcg.

PASO 2: síntomas menos de 4-5 días a la semana. El manejo de medicamentos sería el siguiente

ICS en dosis baja de mantenimiento Budesonida 200-400 mcg. Más Rescate

Salbutamol 100-200 mcg inhalaciones según sea necesario cada 4 a 6 horas máximo de 8 inhalaciones

ICS+ SABA: Beclometasona- Salbutamol 250/100 mcg 1-2 inhalaciones por razón necesaria máximo de 8 inhalaciones

PASO 3: Síntomas diarios o despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o más y función pulmonar baja. El manejo en estos pacientes es el siguiente:

ICS+ Formoterol (LABA) en dosis baja de mantenimiento Budesonida -Formoterol 200-400/4.5 mcg más SABA salbutamol 100-200 mcg 1-2 inhalaciones según sea necesario cada 4-6 horas máximo 8 inhalaciones.

ICS + SABA beclometasona-salbutamol 250/100 mcg 1-2 inhalaciones por razón necesaria máximo de 8 inhalaciones.

Paso 4: Indicado para síntomas diarios o despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o más y función pulmonar baja. El manejo es el siguiente: ICS + LABA en dosis intermedia o alta de mantenimiento budesonida formoterol 400-800 o >800/4.5mcg más rescate SABA salbutamol 100-200 mcg inhalaciones según sea necesario cada 4 a 6 horas con un máximo de 8 inhalaciones, ICS+SABA Beclometasona- Salbutamol 250/100 mcg 1-2 inhalaciones por razones necesaria con un máximo de 8 inhalaciones.

Paso 5: Referir a tercer nivel, para el manejo se establece:

ICS+LABA (fomoterol) en dosis baja de mantenimiento considerar dosis altas, budesonida-formoterol >800/4.5mcg. Más rescate SABA salbutamol 100-200 mcg entre 1-2 inhalaciones según sea necesario cada 4 a 6 horas con un máximo de 8 inhalaciones, ICS+ SABA beclometasona-salbutamol, 250/100 mcg entre 1-2 inhalaciones por razón necesaria con un máximo de 8 inhalaciones.

VIA 3 OTRAS OPCIONES

Paso 1: SABA O ICS+SABA por razón necesaria (rescate) tomar ICS a dosis baja siempre que tome SABA o Antileucotrieno a diario o complemento con ITSL (inmunoterapia sublingual)

Paso 2: ICS a dosis intermedia de mantenimiento o antileucotrieno a diario o complemento con ITSL

Paso 3: ICS a dosis alta de mantenimiento complemento con LAMA o Antileucotrieno a diario o complemento con ITSL

Paso 4: Manejo con complemento con Azitromicina o Antileucotrieno a diario o como ultimo recurso corticoesteroides sistémicos orales a dosis baja.

Paso 5: Manejo con complemento con LAMA, Referir para evaluación de fenotipo, considerar el uso de ICS- Formoterol a dosis altas.

Conclusión

El diagnóstico y manejo adecuado del asma en adultos representa un pilar fundamental en la prevención de complicaciones, la mejora de la calidad de vida y la reducción de la carga económica y social asociada a esta enfermedad.

Las guías GINA ofrecen un marco actualizado y basado en la evidencia que permite a los profesionales de la salud identificar oportunamente la enfermedad, diferenciarla de otras patologías respiratorias y establecer un tratamiento escalonado personalizado.

Este enfoque no solo facilita el control de los síntomas y la reducción de exacerbaciones, sino que también promueve una atención centrada en el paciente, donde la educación, la adherencia terapéutica y la monitorización continua son esenciales.

Reconocer la importancia de un diagnóstico preciso y un manejo estratégico del asma, siguiendo las recomendaciones de GINA, es clave para transformar el pronóstico de los pacientes adultos y garantizar una atención de calidad que impacte positivamente en su bienestar a largo plazo.

Referencias

Actualización GINA 2023. (2023). Livemed.in. <https://www.livemed.in/canales/respiratorio-en-la-red/guias/gina/gina-2023.html>

Global Initiative for Asthma. (2023). Global strategy for asthma management and prevention. <https://ginasthma.org/gina-reports/>

Reddel, H. K., Bacharier, L. B., Bateman, E. D., Brightling, C. E., Brusselle, G. G., Buhl, R., ... & FitzGerald, J. M. (2021).