

Tema: ensayo de asma en el adulto

Nombre: Gerardo Pérez Ruiz

Grupo: A

Grado: 8

Materia: inmunoalergias

Docente: Dr. Adrián Espino Pérez

Comitán de Domínguez Chiapas a 25 de abril de 2025

Introducción

El asma es una enfermedad que afecta en diferentes edades y más en los países en desarrollo económico elevado en zonas de fábricas ya que esta puede ser un factor de riesgo de tipo ambiental para desarrollar dicha enfermedad. Es una patología que causa síntomas respiratorios el cual el paciente pasa por periodos de estrés por la dificultad respiratoria, en cuanto a su clínica sin las sibilancias, dificultad para respirar y el dato más importante es la opresión torácica acompañado con una tos que varía con el tiempo la frecuencia y la intensidad. Estos pacientes tienden a tener dificultad respiratoria debido a la broncoconstricción el cual hay un estrechamiento de las vías respiratorias, engrosamiento de las paredes con un aumento de la mucosidad. Hay diferentes de asma llamados fenotipos que posteriormente se menciona en este ensayo ya que su finalidad es tratar de explicar con más claridad el tratamiento y la sintomatología y la estatificación en cual se encuentra cada uno de los pacientes que se llegue a diagnosticar en la práctica médica.

Desarrollo

El asma es una enfermedad que se caracteriza por una limitación del flujo respiratorio por una broncostricción el cual se acompaña con la gran producción de moco. En cuanto su fisiopatología llega a ser muy extendido pero se entiende que es una inflamación de la vía aérea con una afección epitelial que induce una cascada de inflamación produciendo TSLP, IL-23 y 25 estas induciendo una afección pluricelular el cual participa el sistema inmune. Posterior hay una remodelación crónica de la vía aérea pudiendo generar irreversibilidad de la afección. Los factores de riesgo de gran relevancia incluyen algunas infecciones virales, alérgenos que están presentes en casa por ejemplo el humo de tabaco, polvo, polen, ácaros, también se relaciona a la actividad física y el estrés. El asma se puede complicar debido algún tratamiento con betabloqueadores y el uso de AINES. Existen varios fenotipos de asma como el asma alérgica que esta se caracteriza por un inicio en la infancia está relacionado con enfermedades atópicas como la rinitis y dermatitis atópica con niveles elevados de Ige, el asma eosinofílica es otra de las variantes esta se caracteriza por no ser alérgica esta se presenta en la edad adulta, no se asocia con la elevación de Ige, esta se caracteriza por una inflamación eosinofílica y es resistente a corticoesteroides, el asma de inicio tardío esta aparece en la edad adulta con predominio en las mujeres con esta relacionado con alergias y esta tiende a ser neutrofílica y responde mal a los corticoesteroides. El asma por obesidad es común en pacientes que tienen un índice de peso muy alto puede tener poca inflamación eosinofílica pero con síntomas respiratorios graves debido a la restricción mecánica por el exceso de peso. El asma inducida por aines se caracteriza por la intolerancia a aspirina y antiinflamatorios no esteroides esto se asocia con poliposis nasal y rinosinusitis crónica esta inflamación es predominante eosinofílica y esta si responde a corticoesteroides y biológicos como dupilumab. El cual esta patología puede exacerbarse y tienden a ser fatales, incluso en pacientes con síntomas leves el cual se debe reducir o alejarse de posibles causas de exacerbación. Para realizar un diagnóstico se necesita una buena clínica el cual al paciente se le debe realizar una buena anamnesis y preguntar si tiene antecedentes de síntomas respiratorios tales como respiración silbante, falta de aire, opresión torácico y tos que varía con el tiempo y e intensidad, también preguntar o bien a la exploración detectar una limitación variable del flujo de aire espiratorio aunque la limitación del flujo de aire puede volverse persistente, el gold standar para confirmar asma por primera

vez es la espirómetro a la espiración forzada. Con una relación entre la FEV1/FVC menor a 0.70 se considera un proceso obstructivo y se confirma diagnóstico. Esta prueba se debe de realizar pre broncodilatación y pos broncodilatación si posterior a ello los niveles de FEV1 O FVC aumentan más del 12% o más de 200 ml. En caso de no contar con la prueba se debe realizar la PEF que sea mayor o igual del 20%. . Para las exacerbaciones se pueden clasificar de esta manera con la espirometría el cual nos permite saber o valorar el grado de obstrucción al flujo aéreo mediante espirometría FEV1 el cual si tenemos superior al 70% se considera leve. Moderado entre el 70 y 50 % y grave si los valores son menores a 50%. Una vez diagnosticado el paciente se debe evaluar para su control del asma de manera que haya controlado los síntomas durante las últimas 4 semanas una vez que haya recibido un manejo. El cual el paciente se debe realizar unas preguntas y se clasifica en bien controlado, parcialmente controlado y no controlado. Al paciente se le debe de evaluar sus factores de riesgo para una evolución desfavorable al hacer un diagnóstico el cual debe tener los siguientes puntos como el uso excesivo de SABA una FEV1 menor del 60%, que el paciente tenga comorbilidades como obesidad, erge, rinosinusitis crónica o que padezca ansiedad o depresión. Antes de iniciar un tratamiento se debe tener en cuenta ciertos aspectos como revisar el tratamiento actual del paciente y efectos secundarios, observar la técnica de inhalación y corregir errores, evaluar la adherencia al tratamiento con una conversación empática, verificar si el paciente tiene un plan de acción por escrito. Preguntar sobre sus expectativas y objetivos con el tratamiento. La función pulmonar se debe de medir al diagnóstico desde de 3 a 6 meses de tratamiento y al menos cada 1 a 2 años, un FEV bajo por debajo del 60% es un factor de riesgo para las exacerbaciones como ya se mencionó con anterioridad. Se debe de evaluar a reversibilidad por un aumento del FEV1 en 12% y mayor a 200 ml tras uso de broncodilatador. Se debe de registrar la PEF por 2 semanas, se confirma diagnóstico si el PEF es mayor o igual que el 20%. No se recomienda como diagnóstico realizar la fracción espirada de óxido nítrico. En cuanto el tratamiento se debe ser muy estricto para iniciar y estar consiente al fármaco a usar. Para un tratamiento controlador que está encargado de la disminución del proceso inflamatorio crónico se aconseja el uso de ICS o LABA más ICS. Para rescate o alivio se debe usar para aliviar los síntomas agudos se le puede otorgar estos fármacos. ICS mas LAB A, ICS mas SABA o incluso SABA únicamente,

Previamente controlado era con SABA , pero el uso excesivo de del medicamento aumenta la mortalidad. Existen 2 tipos de terapias como el antiinflamatory reliever que es de uso de rescate con función antiinflamatorio como broncodilatador. Y el otro llamado maintenance and reliever therapy tiene la función de terapia de mantenimiento con alivio. La vía uno que es de controlador y rescate reduce el riesgo de exacerbaciones en comparaciones con el uso de saba como rescate. Paso 1 del escalón terapia Air se aconseja ICS inhalado mas formoterol en dosis bajas, por razón necesaria para el formoterol es de 4.5 mcg. Para el el paso 3 escalon 3 terapia mart se aconseja ICS inhalado mas formoterol en dosis bajas. Para rescate ICS mas formoterol en dosis bajas y budesonida o formoterol en dosis de 200-400/ 4.5 mcg. Para el paso 4 y escalón 4 terapia mart se debe de iniciar ICS inhalado en dosis intermedia con budesonida o formoterol 400-800/ 4.5 mcg, más el rescate ICS inhalado mas formoterol en dosis bajas en razones necesarias. Pasó 5 y escalón 5 ICS inhalado en dosis intermedia de mantenimiento mart considerar dosis altas. Budesonida o formoterol mas 800/ 4.5 mcg para el rescate ICS inhalado en dosis bajas uso de budesonida o formoterol en mismas dosis que en lo anterior. Mas referir para evaluación del fenotipo se debe de dar complemento con tiotropio, considerar anticuerpos monoclonales anti Ige o las citosinas participantes en la hipersensibilidad de tipo 1. Vía 2 controlador y rescate es alternativo. Pasó 1 y escalón 1 se indica SABA o ICS mas SABA por razón necesaria rescate. De 100 a 200 mcg de 1 a 2 inhalaciones según sea necesario para el paciente de cada a 4 a 6 horas, máximo 8 inhalaciones. Se indica salbutamol 100 mcg por cada 2 a 4 inhalaciones máximo 10 según sea necesario con un intervalo de 20 minutos en cada toma. Paso 2 escalon 2 ICS inhalado en dosis bajas y budesonida a 200 a 400 mcg. Para el rescate SABA salbutamol de 100 a 200 mcg 11 a 2 inhalaciones según la necesidad del paciente cada 4 a 6 horas con un máximo de 8 inhalaciones. Paso 3 escalón 3 ICS en dosis bajas de mantenimiento más laba formoterol o budesonida 200-400 mcg/ 4.5 mcg. Paso 4 escalon 4 ICS inhalado más LABA mas rescate salbutamol de 100-200 mcg máximo 8 inhalaciones cada 4 horas. Beclometasona 250 mcg de 1 a 2 inhalaciones. Paso 5 escalon 5 referencia a tercer nivel ICs inhalado en dosis intermedia de mantenimiento mart, para el formoterol considerar dosis máximas. Mas rescate salbutamol de 100-200 mcg 1 a 2 inhalaciones según la necesidad. Referir a evaluación de fenotipo, complemento con Tiotropio considerar anticuerpos monoclonales presentes en la hipersensibilidad tipo uno del asma.

Conclusiones

El asma es una enfermedad respiratoria crónica compleja que involucra inflamación de las vías aéreas, remodelación bronquial y una participación activa del sistema inmune. Su fisiopatología, fenotipos diversos y múltiples factores desencadenantes hacen necesario un enfoque diagnóstico y terapéutico integral y personalizado. El diagnóstico se basa principalmente en la espirometría, siendo esencial una buena anamnesis y valoración clínica. El tratamiento debe ser escalonado, ajustado según la respuesta del paciente y considerando siempre la educación, la técnica inhalatoria y la adherencia. Un control adecuado del asma no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también reduce el riesgo de exacerbaciones graves y potencialmente fatales. Por eso, es fundamental el seguimiento constante y una intervención médica oportuna ante cualquier signo de descompensación.

Bibliografía

(Diagnostico, tratamiento y prevención de las exacerbaciones de asma en el adulto). Guia de practica

Guia de bolsillo para el manejo y prevención del asma para adultos, adolescentes y niños de 6 a 11 años . (2023).

Pozo, J. s. (2006). *Epidemia de campo y epidemiologia social* . Madrid