



Nombre del alumno: Hugo Gerardo Morales Gordillo.

Nombre del docente: Dr. Adrián Espino Pérez

Materia: Inmunoalergias

Grado: Octavo

Grupo: B

El asma, es una enfermedad que en nuestros días se ha hecho más común, sobre todo en los adultos que es acompañado por varios signos y síntomas significativos que hacen que el diagnóstico de la enfermedad sea un poco clínico. No debemos de olvidar lo peligrosa que puede ser esta enfermedad si no tenemos un tratamiento adecuado y estricto, vamos a definir al asma como; una enfermedad broncopulmonar inflamatoria crónica frecuente y potencialmente reversible, que se acompaña de hiperreactividad de la vía aérea y provoca en forma recurrente tos, sibilancias, disnea y aumento del trabajo respiratorio, principalmente en la noche o en la madrugada.

El asma causa síntomas respiratorios como sibilancias, dificultad para respirar, opresión de pecho y tos que varían con el tiempo.

Con el paso del tiempo se han descubierto varios fenotipos de esta enfermedad como son la alérgica, no alérgica, de inicio tardío, asma con obesidad, cada uno de estos tipos con características diferentes, pero no por eso dejan de ser la enfermedad del asma, algunas características son las siguientes:

Alérgica: Inicia en la infancia y se asocia con historia familiar de enfermedades alérgicas tales como rinitis, eczema, o alergia a medicamentos; el examen de esputo inducido revela a menudo inflamación con predominio de eosinófilos, este grupo responde bien a corticosteroides inhalados.

No alérgica: El esputo puede ser neutrofílico, eosinofílico o contener escasas células inflamatorias (paucigranulocítico); estos pacientes tienen menor respuesta a corticosteroides inhalados a corto plazo.

De inicio tardío: Tienden a ser no alérgicos, requieren altas dosis de corticosteroides inhalados o son relativamente refractarios a ellos. El asma ocupacional es un ejemplo de inicio tardío.

Asma con obesidad: tienen síntomas respiratorios prominentes y escasa inflamación eosinofílica de la vía aérea.

Se conoce como asma no controlada como el pobre control de los síntomas (síntomas o uso de medicamento de rescate frecuente, actividad limitada o despertar nocturno por asma), o más de 2 exacerbaciones por año que requieran uso de corticosteroides orales o una

exacerbación grave en un año que requiera hospitalización. Una exacerbación de asma es un desbalance agudo o subagudo provocado por un agente externo o por pobre cumplimiento del tratamiento. Los factores asociados al riesgo de sufrir exacerbaciones incluyen la presencia de síntomas no controlados y el antecedente de exacerbaciones graves.

Aunque la anterior no es la única clasificación del asma, ya que también tenemos la clasificación de acuerdo al tiempo que sería de la siguiente manera;

Intermitente: Síntomas diurnos dos veces por semana o menos, medicación de rescate dos veces por semana o menos, síntomas nocturnos 2 veces por mes o menos, ninguna limitación de la actividad, función pulmonar (FEV1 o PEF) % teórico > 80%, ninguna exacerbación.

Leve persistente: Síntomas diurnos 2 veces por semana o más, medicación de rescate 2 veces por semana o mes, síntomas nocturnos más de dos veces por mes, alguna limitación de la actividad, función pulmonar (FEV1 o PEF) porcentaje teórico > 80%, una exacerbación por año o menos.

Moderada persistente: Síntomas diurnos diariamente, medicación de rescate diariamente, síntomas nocturnos más de 1 vez por semana, bastante limitación de la actividad, función pulmonar (FEV1 o PEF) porcentaje teórico > 60% - < 80%, más de una exacerbación por año.

Grave persistente: Síntomas diurnos más de 1 vez por día, medicación de rescate más de 1 vez por día, síntomas nocturnos frecuentes, mucha limitación de la actividad, función pulmonar (FEV1 o PEF) porcentaje teórico < 60%, más de una exacerbación por año.

Se recomienda la valoración objetiva de la obstrucción al flujo aéreo mediante espirometría (FEV1) o con flujómetro (PEF), ya que es fundamental para determinar la gravedad inicial y evaluar la respuesta al tratamiento.

En las exacerbaciones graves se sugiere realizar tomografía computarizada (TC) sólo cuando exista duda diagnóstica, para estudio de diagnóstico diferencial (deterioro rápido de la función pulmonar), este estudio debe ser indicado por el médico especialista experto en neumología. Se recomienda de manera rutinaria medir la saturación de oxígeno por oximetría de pulso, para valorar la necesidad de tratamiento con oxígeno suplementario y evaluar la respuesta al mismo. Se debe mantener siempre la SatO2 entre 94% – 98%. La evaluación

inicial del paciente con crisis de asma debe incluir el análisis del riesgo vital, del nivel de gravedad y del grado de obstrucción al flujo aéreo. Se han reportado muertes posteriores a la prescripción inapropiada de AINEs y betabloqueadores en pacientes con asma.

Los siguientes medicamentos pueden emplearse para proteger de asma inducida por ejercicio:

- Corticoesteroides inhalados (CSI)
- SABA
- LABA
- Teofilina
- Antagonistas de leucotrienos
- Cromoglicato de sodio o nedocromil sódico

Los β_2 agonistas de acción prolongada (LABA) y los antagonistas de receptores de leucotrienos (LTRA), proporcionan una protección más prolongada que los β_2 agonistas de corta duración, pero se desarrolla un grado de tolerancia con la LABA, particularmente con respecto a la duración de la acción. No se ha demostrado tolerancia con LTRA.

Se recomienda el uso de corticosteroides inhalados en pacientes con cualquiera de las siguientes características relacionadas con el asma:

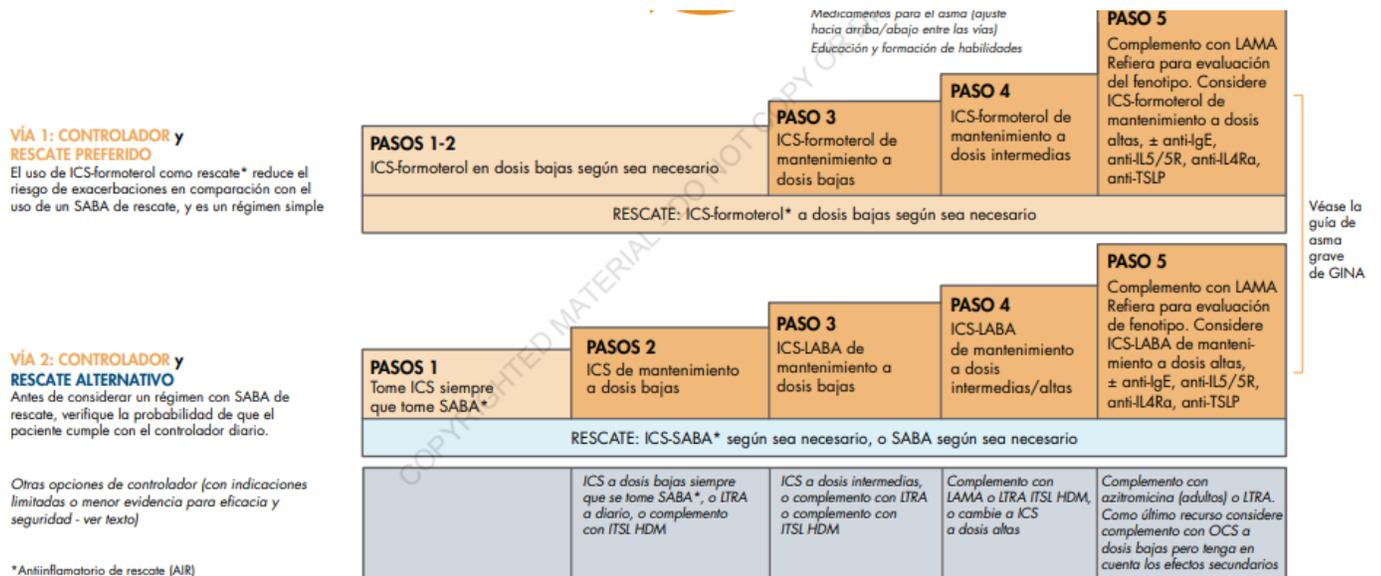
- Ataque de asma en los últimos dos años.
- Uso de agonistas β_2 inhalados tres veces a la semana o más.
- Sintomático tres veces a la semana o más.
- Despertarse una noche a la semana

Uso de LABA solo debe considerarse en pacientes que están recibiendo ICS, ya que no deben utilizarse los LABA sin ICS. El manejo de terapia combinada con ICS/LABA, tanto para mantenimiento como para el alivio de los síntomas (rescate), en pacientes adultos que tienen antecedentes de ataques de asma con ICS de dosis media o ICS / LABA.

Si el asma continúa con descontrol con uso de dosis media de ICS + LABA o LTRA, puede considerar:

- Aumentar ICS a dosis altas
- Agregar LTRA (si aún no lo está recibiendo)
- Agregar tiotropio, o Agregar teofilina

Cuando el paciente ha sido hospitalizado se debe de administrar oxígeno suplementario controlado a todos los pacientes hipoxémicos con asma aguda grave, para mantener un nivel de SatO2 del 94-98%. No se debe retrasar la administración de oxígeno en ausencia de oximetría de pulso, comenzar la monitorización de SatO2 tan pronto como esté disponible.



Bibliografía:

GPC, evidencias y recomendaciones actualización 2022; diagnóstico, tratamiento y prevención de la exacerbación del asma en adultos.

Guía de bolsillo para el manejo y prevención del asma guía GINA.

Harrison: Principios de Medicina Interna [Internet]. 20 ed. Madrid: McGraw Hill; 2018 [citado 25 de julio de 2021]