



Rojas Velázquez Joan Natael

Espino Pérez Adrián

Ensayo: Asma en el adulto

PASIÓN POR EDUCAR

Inmunoalergias

8°B

Introducción

El asma se le conoce como una enfermedad broncopulmonar inflamatoria crónica frecuente y potencial/parcialmente reversible que se acompaña con una hiperreactividad bronquial y provoca en forma recurrente síntomas característicos como tos, sibilancias, disnea y un aumento del trabajo respiratorio. Por lo general en las noches o madrugada. Afecta aproximadamente a 300 millones de personas alrededor del mundo lo cual es un problema de salud a escala mundial que tiene relación con grupos de edad y es más frecuente en países con un desarrollo económico parcialmente bajo.

Esta enfermedad afecta principalmente a hombres y es más frecuente en niños /adolescentes. Se han encontrado y clasificado varios fenotipos de asma:

- 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: (edad adulta) 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.
- Con limitación persistente del flujo aéreo ocasionado por remodelación de la vía aérea
- Asma con obesidad: tienen síntomas respiratorios prominentes y escasa inflamación eosinofílica de la vía aérea.

Clasificación de la gravedad del asma

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.

Diversos agentes desencadenantes pueden ocasionar estrechamiento intenso de las vías respiratorias, produciendo una exacerbación asmática. Dependiendo de la causa subyacente se genera una hipersensibilidad exagerada por diversos estímulos en el ambiente, la inflamación de las vías respiratorias se manifiesta por la presencia de células inflamatorias y el daño al epitelio bronquial.

Se libera linfocitos T1H de los cuales se diferencian en IgM (inmunoglobulina M) y las células productoras de IgG (inmunoglobulina G) a la cual se le une la participación de citosinas las cuales participan en menor cantidad.

Los eosinófilos tienden a encontrarse en las vías respiratorias de personas con asma, generan enzimas pro inflamatorias y liberan leucotrienos y muchas enzimas pro inflamatorias. Es habitual que las personas que experimentan exacerbaciones de asma tengan una mayor cantidad de neutrófilos en el esputo y las vías respiratorias. La liberación de leucotrienos causa más secreción mucosa, que a menudo obstruye aún más las vías respiratorias y conduce a que se libere más histamina de los mastocitos.

Como hacemos el diagnóstico, el asma es una enfermedad con muchas variaciones por lo general se caracteriza por una inflamación crónica de las vías respiratorias. El asma tiene dos características principales que la definen los antecedentes de síntomas respiratorios tales como respiración sibilante, falta de aire, opresión en el pecho y tos que varían con el tiempo

e intensidad y limitación variable del flujo de aire espiratorio, aunque la limitación del flujo de aire puede volverse persistente en el asma de larga data.

Principalmente es clínico, mediante la historia clínica y exploración física. Se deben establecer antecedentes de síntomas respiratorios variables, los síntomas típicos son sibilancias, falta de aire, opresión en el pecho y tos: en general las personas con asma mantienen uno de estos síntomas, debemos saber si aparecen de forma variable a lo largo del tiempo y varían en su intensidad, si empeoran por la noche o al despertar y si suelen ser desencadenados al ejercicio, la risa, o alérgenos o el aire frío. Después de hacer el interrogatorio y tener el diagnóstico en todos los casos se debería hacer el estudio para valorar la función pulmonar normal.

- El FEV aumenta en $>200\text{ml}$ y $>12\%$ del valor pre broncodilatador después de inhalar un broncodilatador, esto se denomina respuesta significativa o reversibilidad a los broncodilatadores.
- El FEV aumenta en más de 12% y en 200ml con respecto basal después de 4 semanas de tratamiento antiinflamatorio.

En cuanto mayor sea la variación o cuantas más veces se observa una variación excesiva mayor seguridad se puede tener sobre el diagnóstico de asma. Podría ser necesario repetir las pruebas durante los síntomas, a primera hora de la mañana o después de interrumpir el tratamiento con los medicamentos broncodilatadores.

A todo paciente con asma de inicio en la edad adulta se le debe preguntar por posibles exposiciones laborales o domésticas a alérgenos o irritantes y sobre si el asma mejora cuando está lejos de exposiciones.

El tratamiento del asma se divide en pasos o escalones, los objetivos a largo plazo son el control de los síntomas y la reducción de riesgos.

Existen dos vías; la vía 1 el tratamiento de rescate es ICS-formoterol en dosis bajas según sea necesario. Este abordaje es preferible recomendado por GINA para adultos y adolescentes.

- Pasos 1-2: ICS-formoterol en dosis bajas según sea necesario.

- Paso 3: ICS-formoterol de mantenimiento a dosis bajas.
- Paso 4: ICS-formoterol de mantenimiento dosis intermedias.
- Paso 5 Complemento con LAMA, referir para evaluación del fenotipo. Considerar ICS-formoterol de mantenimiento a dosis alta.
- Rescate: ICS-formoterol a dosis bajas según sea necesario

Via 2; el rescate es SABA según sea necesario o ICS-SABA, este es un abordaje alternativo cuando la via 1 no es posible o no es preferida por un paciente que tiene asma estable y no tiene exacerbaciones con su terapia actual.

- Paso 1: Tome ICS siempre que tome SABA
- Paso 2: ICS de mantenimiento a dosis bajas siempre que se tome SABA o LTRA a diario
- Paso 3: ICS-LABA de mantenimiento a dosis bajas /ICS a dosis intermedias o complemento con LTRA
- Paso 4: ICS-LABA de mantenimiento a dosis intermedia/alta
- Paso 5: Complemento con LAMA, referir para evaluación de fenotipo. Considerar ICS-LABA de mantenimiento a dosis altas
- Rescate: ICS-SABA según sea necesario o SABA según sea necesario

Bibliografía

Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Exacerbación de Asma en Adultos. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, Instituto Mexicano del Seguro Social, CENETEC; 2022.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. (2023). MANEJO Y PREVENCIÓN DEL ASMA para adultos, adolescentes y niños de 6-11 años.

L. Norris Tommie. (2019). PORTH Fisiopatología alteraciones de la salud. Conceptos básicos. 10ª Edición