

Licenciatura en medicina humana

Brayan Velázquez Hernández

Adrián espino Pérez

Inmunoalergias

8vo Semestre

Grupo: "B"

Introducción

El asma es un problema de salud a nivel mundial cuya prevalencia está en aumento en países desarrollados con un gran coste económico para los sistemas de salud.

se pone énfasis y se resalta el hecho de que muchos profesionales no tienen acceso a la realización de la espirometría, dándole mayor valor a la realización del flujo espiratorio máximo (PEF, por sus siglas en inglés), que aun siendo menos preciso que la espirometría, es útil para el diagnóstico y manejo del asma en áreas con acceso limitado a esta prueba

Se reconoce un nuevo fenotipo entre los más comunes, además de los ya conocidos (alérgico, no alérgico, de inicio tardío, con limitación persistente al flujo, con obesidad, etc.), que es el de asma con tos, que se caracteriza porque la espirometría puede ser normal y la variabilidad del flujo aéreo solo se detecta mediante pruebas de provocación bronquial; tiene una buena respuesta a corticoides inhalados y puede aparecer de nuevo la tos, si se suspenden.

Esta tos puede empeorar por la noche o con el ejercicio y puede ser productiva.

Este nuevo fenotipo debemos tenerlo en cuenta en nuestras consultas diarias y sospecharlo por la clínica y remitir para estudio y realización de pruebas de provocación bronquial.

En relación con el control del asma, aunque no hay herramientas que estén validadas para evaluar el control durante más de cuatro semanas, se recomienda también preguntar al paciente/cuidador por el periodo desde la última revisión, sin olvidar los factores de riesgo del paciente para sufrir exacerbaciones, deterioro rápido de la función pulmonar y efectos adversos de los medicamentos

En cuanto al concepto de remisión del asma (con y sin tratamiento) que ha sido impulsado por los tratamientos biológicos, hay que diferenciar entre remisión clínica (no existen síntomas de asma y exacerbaciones en un periodo determinado y es un objetivo a largo plazo del control del asma) y completa o fisiopatológica (que incluye normalización de marcadores inflamatorios y de la función pulmonar, etc). La remisión clínica es más frecuente en todas las edades que la fisiopatológica. Se enfatiza que la remisión del asma no es una cura, por lo que es importante monitorizar la función pulmonar a lo largo de la vida adulta, y se destaca que no hay evidencia suficiente para afirmar que las intervenciones en la edad infantil aumentan la probabilidad de una remisión. En cualquier caso, se necesitan más investigaciones para saber si la remisión del asma mejorará los resultados a largo plazo. Deben saber transmitir este concepto de remisión al paciente todos los profesionales que abordamos a las personas con asma y, especialmente, los médicos de familia, para que el paciente sea consciente en todo momento de que no está curado y de que debe seguir con controles por parte del profesional sanitario.

En la vía 1 (la preferida por la GINA), el tratamiento en los pasos 1 y 2 es corticoide inhalado más formoterol a dosis baja, según sea necesario (terapia AIR). La terapia MART (uso de mantenimiento cada 12 horas y alivio con budesonida o beclometasona) se podría plantear en los pasos 3, 4 y 5 cuando exista tabaquismo actual, síntomas diarios, disminución de la función pulmonar, antecedentes de exacerbaciones graves...

En la vía 2, hay que destacar que, en esta actualización, en los pacientes que presentan escasos síntomas se prefiere el uso de un corticoide inhalado siempre que se use un agonista beta2 de acción corta (SABA), frente a un tratamiento de base con corticoide inhalado y SABA, según sea necesario.

Cuando optamos por otras opciones de tratamiento con otro controlador (indicaciones con menos evidencia, eficacia o seguridad) y sea posible el uso de montelukast (antagonista de los receptores de los leucotrienos) se debe tener en cuenta el potencial riesgo de aparición de efectos adversos, como ideas suicidas, alteraciones de la conducta y pesadillas. puede considerarse como complementaria para adultos y niños con asma que tienen una sensibilización clínicamente significativa a los alérgenos. Existen dos enfoques: la inmunoterapia sublingual y subcutánea.

Inmunoterapia subcutánea: su uso ha disminuido la necesidad de corticoides inhalados, lo que puede mejorar la calidad de vida y función pulmonar. Siempre se debe sopesar la posibilidad de efectos adversos graves, aunque baja: menos de un 0,7 %.

Inmunoterapia sublingual: hay poca evidencia que demuestre sus efectos en variables como las exacerbaciones del asma y la calidad de vida. Sus efectos adversos graves están presentes en menos del 1 %.

En esta actualización se destaca la importancia de la rehabilitación pulmonar ambulatoria para mejorar la calidad de vida y la capacidad de ejercicio funcional de las personas con asma

B. Factores de riesgo para una evolución desfavorable del asma (continuación)

Los factores de riesgo para desarrollar una limitación del flujo de aire persistente incluyen:

- Antecedentes: parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor aumento de peso del lactante; hipersecreción mucosa crónica
- Medicamentos: falta de ICS en pacientes con antecedentes de exacerbación grave
- Exposiciones: humo de tabaco, sustancias químicas nocivas, exposiciones ocupacionales
- Exploraciones complementarias: FEV₁ bajo; eosinofilia en esputo o sangre

Los factores de riesgo para efectos secundarios con la medicación incluyen:

- Sistémicos: uso frecuente de OCS; uso de ICS a altas y/o potentes dosis; también el uso de inhibidores del citocromo p450
- Locales: uso de ICS a altas o potentes dosis; mala técnica al usar el inhalador

CONCLUSION:

Si nos centramos en los objetivos a largo plazo del tratamiento del asma, en esta actualización se mantiene el enfoque de lograr un buen control de los síntomas del asma y minimizar el riesgo futuro de exacerbaciones, deterioro de la función pulmonar y efectos secundarios del tratamiento. Sin embargo, se ha reforzado la importancia de personalizar los objetivos según las necesidades y preferencias del paciente, por lo que se le intenta empoderar para que sea participe de su enfermedad y tome decisiones compartidas como en otras patologías

BIBLIOGRAFIA

(S/f). Ginasthma.org. Recuperado el 28 de abril de 2025, de https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf