



**Universidad del sureste  
Campus Comitán**

**Licenciatura en Medicina Humana**

**Ensayo sobre Asma en el Adulto**

**Carlos Rodrigo Velasco Vázquez**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grupo "B"**

**Octavo Semestre**

**Materia: Inmunoalergias**

**Docente: Dr. Adrián Espino Pérez**

Comitán de Domínguez Chiapas a 03 de abril de 2025

## **Introducción**

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias muy frecuente, que puede ser potencialmente grave y por lo mismo supone una carga para los pacientes, sus familiares y la sociedad. El asma cursa de forma recurrente y se manifiesta con síntomas respiratorios y limitación de la actividad, pudiendo aparecer exacerbaciones o crisis que, a veces, requieren una asistencia urgente y pueden ser mortales. El asma resulta de interacciones complejas entre factores ambientales y genéticos. Mientras que en la patogenia del asma intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, y cursa con hiperrespuesta bronquial y obstrucción variable del flujo aéreo, que puede ser total o parcialmente reversible ya sea con la ayuda de fármacos o de forma espontánea.

El asma es una enfermedad muy importante en primera instancia por el gran número de pacientes con esta enfermedad y en segundo término por la gravedad de la misma, que puede ocasionar exacerbaciones en los pacientes mal controlados y en los casos más fatales la muerte.

En esta ocasión hablaremos principalmente sobre los métodos diagnósticos del asma en el adulto, así como el inicio del tratamiento siguiendo las recomendaciones de las guías GINA comenzando de manera gradual y de acuerdo a la sintomatología del paciente. Abordando además el tema de reconocimiento de síntomas primarios de la enfermedad y de esa manera poder clasificarlos y estadificarlos. Para así prevenir las complicaciones y el desenlace fatal de la enfermedad.

## **Desarrollo**

El asma se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que participan diversas células y mediadores químicos; se acompaña de una mayor reactividad traqueobronquial (hiperreactividad de las vías aéreas), que provoca en forma recurrente tos, sibilancias, disnea y aumento del trabajo respiratorio, principalmente en la noche o en la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente a una obstrucción extensa y variable del flujo aéreo que a menudo es reversible de forma espontánea o como respuesta al tratamiento. Entre los fenotipos de asma encontramos entre los principales:

- Asma alérgica: es de inicio temprano, antecedentes de atopia familiar.
- Asma no alérgica: eosinofílica y neutrofílica con respuesta irregular a corticoesteroides inhalados.
- Asma con limitación fija de aire: sin reversibilidad, después de años de asma.
- Asma con obesidad: síntomas muy aparentes usualmente sin eosinofilia.

Es importante señalar que existen factores que pueden desencadenar o empeorar los síntomas del asma entre estos incluyen infecciones virales, alérgenos en la casa o en el trabajo (como los ácaros del polvo doméstico, polen, cucarachas), el humo de tabaco, el ejercicio y el estrés. Estas respuestas son más probables cuando el asma no está controlada. Además, algunos fármacos pueden inducir o provocar ataques de asma como los beta bloqueadores, la aspirina u otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

La clínica del asma corresponde a la identificación de una triada característica presente en la gran mayoría de los pacientes que se diagnostican con asma: *sibilancias a la exploración torácica, disnea recurrente y tos crónica*. En la práctica clínica las sibilancias inspiratorias son el hallazgo más común. Los síntomas antes mencionados predominan o empeoran de manera preferente en la noche o madrugada y pueden además agregarse un síntoma extra frecuente en los pacientes asmáticos *sensación de opresión torácica*.

El abordaje diagnóstico comienza desde el reconocimiento de los síntomas (la triada clásica) que muchas veces pueden ser de hallazgo mientras se exploran al paciente. De esta manera el diagnóstico de sospecha se basa en la historia clínica, pero la confirmación se establece por la exploración funcional que objetive una obstrucción bronquial. De esta manera puede demostrarse la hiperreactividad de la vía aérea frente a distintos estímulos como la reversibilidad de la obstrucción bronquial y la variabilidad de la misma.

Si seguimos un esquema de exploración física es importante reconocer que el síntoma más común es tos, seguida por las sibilancias desencadenadas por el ejercicio. En la crisis de asma la auscultación pulmonar muestra sibilancias y espiración alargada. En casos leves, las sibilancias (de predominio espiratorio) aparecen en las fases del ciclo respiratorio y son de tonalidad más grave. (Sierra & Sánchez, 2024)

En segunda instancia (cuando ya hemos respaldado la historia clínica y el examen físico hace alusión al diagnóstico de asma) debemos de realizar una espirometría/PEF con prueba de reversibilidad y debemos de cumplir las siguientes situaciones:

Demostrar la evidencia de una limitación variable del flujo de aire espiratorio.

La variación de la función pulmonar es mayor que en las personas sanas. El exceso de variabilidad se registrará si:

- En el FEV1 aumenta en  $> 200$  ml y  $>12\%$  del valor prebroncodilatador (o en niños aumenta el valor prebroncodilatador  $>12\%$  del valor predicho) después de inhalar un broncodilatador. Esto se denomina respuesta significativa o reversibilidad a los broncodilatadores.
- El FEV1 aumenta en más de un  $12\%$  y en  $200$  ml con respecto al basal (en niños,  $>12\%$  del valor predicho) después de 4 semanas de tratamiento antiinflamatorio (al margen de infecciones respiratorias).

En un contexto más simplificado podemos demostrar el diagnóstico de asma de la siguiente manera:

- Inicial: clínico (antecedentes o la presencia de síntomas cardinales del asma) A partir de los 6 años: espirometría con broncodilatador: valorando reversibilidad de obstrucción:  $VEF1/FCV < 0.7$  ( $<70\%$ ) o un incremento de  $VEF1 > 12\%$  o  $200$  ml con broncodilatador.

### Manejo del asma

Los objetivos a largo plazo del tratamiento del asma son el control de los síntomas y la reducción de riesgos. De esta manera lo que se plantea con el paciente son reducir la carga y reducir su riesgo de presentar muerte relacionada con el asma, exacerbaciones, daño de las vías respiratorias y efectos secundarios de la medicación.

El manejo del asma implica un ciclo continuo para evaluar, ajustar el tratamiento y revisar la respuesta. En este contexto tenemos que evaluar siempre los siguientes puntos, confirmación del diagnóstico de ser necesario, control de síntomas, revisar técnica para usar el inhalador y la adherencia al tratamiento y las preferencias y objetivos del paciente.

De esta manera el tratamiento para prevenir las exacerbaciones del asma y controlar los síntomas incluye:

- Medicamentos que contienen corticoesteroides inhalados para todos los pacientes con asma, incluso a aquellos pacientes con síntomas poco frecuentes, para reducir el riesgo de exacerbaciones graves.
- Un inhalador de rescate para todos los pacientes con asma, ya sea corticoesteroide de rescate-formoterol, ICS-SABA o SABA. El ICS-formoterol en dosis bajas es el medicamento de rescate preferido porque reduce el riesgo de exacerbaciones graves en comparación con las opciones de tratamiento en las que el medicamento de rescate es SABA.

El tratamiento de asma debe iniciarse con medicamentos que contienen corticoesteroides inhalados tan pronto como sea posible después de establecer el diagnóstico del asma esto porque los pacientes con asma pueden tener exacerbaciones graves. Los ICS a dosis bajas reducen notablemente las hospitalizaciones y la muerte por asma.

Es importante mencionar que el control del asma lo evaluaremos de manera global teniendo la clasificación de asma controlada y asma descontrolada. Además, debemos evaluar en primera instancia: conformar el diagnóstico de asma, evaluar el control de síntomas y factores de riesgo modificables, comorbilidades del paciente, técnica de inhalación y adherencia, preferencias y objetivos del paciente.

Comenzar con el fármaco controlador y de rescate preferido si el uso de ICS-formoterol como rescate reduce el riesgo de exacerbaciones con el uso de un SAB de rescate, y es un régimen simple de tratamiento. De esta manera el rescate para todos los pasos será ICS-formoterol a dosis bajas según sea necesario.

Si los síntomas son menos de 4-5 días a la semana mantener al paciente en los pasos 1-2 con ICS formoterol en dosis bajas según sea necesario.

Paso 3 si los síntomas del paciente están la mayoría de los días o cursa por despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o mas debemos usar ICS-formoterol de mantenimiento a dosis bajas.

Paso 4 si el paciente tiene síntomas diarios o despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o más y función pulmonar baja, usar ICS-formoterol de mantenimiento a dosis intermedias.

Paso 5 si no remite el paciente complemento con LAMA, referir la evaluación de fenotipo + terapia biológica y considerar ICS-formoterol a dosis altas.

Si el paciente no remite con la medicación de primera elección utilizar el segundo régimen con rescate: ICS-SABA según sea necesario o SABA según sea necesario.

Paso 1 con síntomas menos de dos veces al mes con ICS siempre que tome SABA.

Paso 2 si los síntomas dos veces al mes o más, pero menos de 4-5 días a la semana con ICS de mantenimiento a dosis bajas.

Paso 3 con síntomas la mayoría de los días o despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o mas con ICS-LABA de mantenimiento a dosis bajas.

Paso 4 con síntomas diarios o despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o más y función pulmonar baja con ICS-LABA de mantenimiento a dosis intermedias/altas.

Paso 5 con complemento con LAMA refiriendo para evaluación de fenotipo + terapia biológica. Considerar ICS-formoterol a dosis altas.

### **Conclusión**

Podemos concluir entonces que, el primer escalón del tratamiento para el asma es su diagnóstico oportuno porque si tenemos a un paciente que se diagnostica de manera temprana puede comenzar con el tratamiento lo antes posible y de esa manera disminuir el riesgo de exacerbaciones y complicaciones que en el caso del asma pueden ser fatales.

En cuanto al tratamiento del asma es importante recalcar que hay que realizar un enfoque y evaluación a la técnica de inhalación y la adherencia al tratamiento que tenga el paciente. Principalmente a la técnica de inhalación puesto que muchas veces se sigue escalonando el tratamiento cuando el problema es una mala técnica de administración. De ahí la importancia de evaluar todos los factores antes de escalar un paso más al tratamiento.(ASTHMA, 2023) (Hoces, 2020) (Alvárez-Gutiérrez, Blanco-Aparicio, & Casas-Maldonado, 2022)

## Referencias

Alvárez-Gutiérrez, F. J., Blanco-Aparicio, M., & Casas-Maldonado, F. (2022). Documento de consenso de asma grave en adultos. Actualización 2022. *Open Respiratory Archives*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.opresp.2022.100192>

ASTHMA, G. I. (2023). *GUÍA DE BOLSILLO PARA EL MANEJO Y LA PREVENCIÓN DEL ASMA*. GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA.

Hoces, A. M. (2020). Tratamiento de mantenimiento del asma en adultos: actualización. *Boletín terapéutico ANDALUZ*. doi:<https://dx.doi.org/10.11119/BTA2020-35-02>

Sierra, C. P., & Sánchez, E. C. (2024). Asma. *Open Respiratory Archives*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.opresp.2024.100324>