

Universidad Del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Nicole Yuliveth García Guzmán

Dr. Adrian Espino Pérez

ENSAYO

INMUNOALERGIAS

Octavo semestre

Grupo: "B"

INTRODUCCIÓN

Como sabemos el asma se trata de una enfermedad crónica frecuente que puede ser potencialmente grave, afecta a toda la población, causando síntomas respiratorios como es el caso de sibilancia, dificultada para respirar, opresión en el pecho y tos que varían con el tiempo, desde su frecuencia e intensidad, los síntomas están asociados a una limitación del flujo de aire espiratorio variables, en otras palabras se refiere a la dificultad para expulsar el aire de los pulmones debido al estrechamiento de las vías respiratorias (broncoconstricción), engrosamiento de las paredes y aumento de la mucosidad, por lo regular suele presentar un predominio nocturno. Es importante recordar que algunas variaciones en el flujo de aire también pueden ocurrir en personas sin asma.

En relación a sus factores de riesgo puede clasificarse en dos HUESPED en donde entran los factores genéticos como la atopia y otros como la obesidad, por otro lado, están los FACTORES AMBIENTALES en donde destacan los alergenicos, por ejemplo, los ácaros del polvo doméstico, polen, cucarachas infecciones, contaminación y tóxicos, incluso el ejercicio es considerado como un factor desencadenante de asma, algunos fármacos pueden inducir o provocar ataques de asma, por ejemplo, betabloqueadores, y (en algunos pacientes), la aspirina u otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). De acuerdo a los fenotipos se clasifica en alérgica, no alérgica, con limitación fija al flujo de aire (remodelación) y con obesidad.

La GINA (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA) nos menciona que las crisis de asma también llamadas exacerbaciones o ataques pueden llegar a ser fatales, Son más comunes y más graves cuando el asma no está controlada, y en algunos pacientes de alto riesgo, la exploración física en personas con asma suele ser normal, pero el hallazgo más frecuente son las sibilancias a la auscultación, especialmente en la espiración forzada

En cuestión a su diagnóstico el asma al ser una enfermedad con muchas variaciones (fenotipos), como se mencionó con anterioridad se caracteriza por una inflamación crónica

de las vías respiratorias. Se menciona que cuenta con dos características principales que la definen como los antecedentes de síntomas respiratorios tales como respiración sibilante, falta de aire, opresión en el pecho y tos que varían con el tiempo y en intensidad, limitación variable del flujo de aire espiratorio, aunque la limitación del flujo de aire puede volverse persistente (ya no variable) en el asma de larga data.

De acuerdo a las características utilizadas para establecer el diagnóstico de asma, se basa en antecedentes de síntomas respiratorios variables dentro los cuales se menciona que en general las personas asmáticas manifiestan más de uno de estos síntomas

- Los síntomas aparecen de forma variable a lo largo del tiempo y varían en intensidad
- Los síntomas suelen aparecer o empeorar por la noche o al despertar
- Los síntomas suelen ser desencadenados por el ejercicio, la risa, los alérgenos o el aire frío
- Los síntomas suelen aparecer o empeorar con las infecciones virales.

En cuestión a evidencia de una limitación variable del flujo de aire espiratorio

Al menos una vez durante el proceso de diagnóstico, por ejemplo, cuando el FEV1 es bajo, se documenta que el cociente FEV1 /FVC está por debajo del límite inferior de lo normal. El cociente FEV1 /FVC normalmente es mayor de 0,75-0,80 en los adultos y de 0,85 en los niños.

El examen físico en las personas asmáticas suele ser normal, pero como se menciona con anterioridad el hallazgo más frecuente son las sibilancias a la auscultación, especialmente en la espiración forzada. De igual forma se debe tomar en cuenta si no cumple los criterios estándar para el asma deben considerarse otras investigaciones, como ejemplo si la función pulmonar es normal debe realizarse la prueba de reversibilidad.

Es importante recordar que el asma se puede desencadenar por otros factores como es el caso de asma ocupacional y agravada por el trabajo, por lo regular se basa en todo paciente en la edad adulta, al cual se le debe interrogar por las posibles exposiciones laborales y de esa manera tratar de eliminar la exposición tan pronto como sea posible.

De igual forma puede ser sobre diagnosticada en adultos mayores debido a la confusión con la falta de aire debido a una insuficiencia ventricular izquierda o una cardiopatía isquémica, en especial se debe prestar atención a los antecedentes de tabaquismo o de una exposición a combustibles de biomasa, ya que debe considerarse la posibilidad de una EPOC o de un síndrome de superposición asma-EPOC, la superposición asma-EPOC no es una enfermedad sola, más bien es probable que esté causada por varios mecanismos diferentes.

Así mismo es indispensable el reconocer como evaluar a un paciente con asma, como primer punto es importante evaluar el control de los síntomas y factores de riesgo, evaluando el control de los síntomas durante las últimas 4 semanas, identificando si el paciente ha presentado síntomas diurnos más de 2 veces/semana, algún despertar nocturno debido al asma, necesidad de utilizar medicación para el rescate más de 2 veces/semana, o si presenta alguna limitación en la actividad debido al asma. En cuestión a los factores de riesgo entran

- Medicamentos: corticoesteroides inhalados, uso elevado de SABA (agonista B de acción corta)
- Comorbilidades ya que los pacientes obesos presentan una mayor incidencia en cuestión a problemas relacionados de salud, de igual forma el presentar rinosinusitis crónica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, alergia alimentaria, en ciertos casos también se ven afectados pacientes con ansiedad, depresión.
- Exposiciones: humo de tabaco, exposición a alérgenos en caso de estar sensibilizado, contaminación al aire.
- El entorno también entra dentro de los factores de riesgo, basándose en problemas socioeconómicos principalmente.
- Dentro de las más importantes destaca la Función Pulmonar (FEV) bajo especialmente cuando es -60% del valor teórico,
- Otras pruebas se basan en la eosinofilia en esputo/sangre, FeNO elevado

Al igual los factores de riesgo para desarrollar una limitación del flujo aéreo fijo incluyen parto pretérmino, bajo peso al nacer y aumento de peso mayor del bebé, ausencia de tratamiento con ICS; exposición al humo de tabaco, productos químicos nocivos o exposiciones ocupacionales; FEV1 bajo; hipersecreción mucosa crónica y eosinofilia en el esputo o sangre.

En relación al tratamiento escalonado que nos menciona la guía es importante identificar que si comienza con síntomas menos de dos veces al mes se iniciara con el **paso 1** en el cual indica tomar un corticoestoride inhalado(ICS) a dosis baja siempre que se tome un agonista beta de acción corta (SABA), como **paso 2** en el cual los síntomas deberán estar presentes dos veces al mes o más, pero menos de una vez al día se recomienda la dosis diaria de corticoesteroides inhalados a dosis bajas, en relación al **paso 3** los síntomas se presentaran en su mayoría en el día o puede presentar despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o mas y en ese caso se recomienda el uso de corticoesteroides a dosis baja + Agonista beta de acción prolongada (LABA) o terapia de mantenimiento y rescate con ICS-formoterol (MART) a dosis bajas, por parte del **paso 4** menciona que en caso de que los síntomas se presenten a menudo o tenga despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o mas y la función pulmonar baja se prefiere el uso de ICS+LABA a dosis intermedias o mantenimiento y rescate con ICS-formoterol (MART) a dosis bajas, en relación al **Paso 5** es necesario la evaluación de un especialista para la valoración fenotípica por lo que se usa ICS+LABA a dosis altas o terapia complementaria como por ejempli anti-IgE, anti-IL4Ra, anti-IL5.

Es importante recordar que como otra opción se opta por un manejo “alternativo” en donde se considera el uso de Corticoesteroides a dosis bajas, como paso 2 se recomienda el uso de un antagonista del receptor de leucotrienos (LTRA) o ICS a dosis bajas tomadas siempre que se toma SABA, en cuestión al paso 3 se recomienda el uso de ICS a dosis bajas +LTRA, en el paso 4 complemento con tiotropio o con complemento con LTRA, en el paso 5 como ultimo recurso se considera complemento con Corticoesteroide oral (OCS) a dosis bajas.

Como tratamiento de rescate se considera el uso de un agonista beta de acción corta según sea necesario, y en cuestión del paso 3 y 4 se recomienda SABA o Corticoesteroide-formoterol.

Conclusión

Me resulta interesante el manejo del asma puesto que debemos prestar vital atención a cada uno de los factores desencadenantes, de igual forma es indispensable llevar un control de la misma y tener en cuenta con que frecuencia se presentan las exacerbaciones. En relación a su tratamiento es fundamental comprender y entender el manejo del mismo, ya que como sabemos en la GINA (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA) nos menciona el manejo correcto y escalonado por paso a paso, iniciando con el paso 1 donde se recomienda el tomar un corticoesteroide inhalado (ICS) a dosis bajas siempre que tome un Agonista beta de acción corta (SABA), o dentro de otra opción del paso 1 se incluye el considerar un corticoesteroide inhalado a dosis bajas diarias, y así sucesivamente nos va mencionando hasta llegar al paso 5 donde nos orienta a que debe ser evaluado por un especialista, técnicamente al ser un tratamiento escalonado nos orienta a que en caso de que fracase se puede optar por el manejo alternativo y como última opción el tratamiento de rescate, con el fin obtener la mejoría del paciente.

BIBLIOGRAFIA

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2024

Cortés Rico, O.. (2013). Tratamiento del asma. *Pediatría Atención Primaria*, 15(Supl. 23), 97-103. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000300011>