



Docente: Dr. Francisco Calderón Hernández.

Alumna: Evelin Samira Andres Velazquez.

Licenciatura: Medicina Humana.

8º Semestre 1º Parcial.

Materia: Urgencias Médicas.

Tema: Asma.

Actividad: Ensayo.

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad crónica autoinmune también se considera un síndrome, si no es diagnosticada ni tratada puede ser potencialmente grave. A lo largo del tiempo se ha estudiado, actualizado y mejorado información sobre el asma, como sus síntomas, diagnóstico y lo más importante el tratamiento, nos enfocaremos en el último. Las bibliografías que se tomaran de referencia para hacer una comparación de los cambios y actualizaciones del tratamiento serán la Guía de Práctica Clínica (GPC) 2013, Global Initiative For Asthma (GINA) 2024 y la Guía española Para el Manejo del Asma (GEMA) 5.4.

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, que provoca en forma recurrente tos, sibilancias, disnea y aumento del trabajo respiratorio, principalmente en la noche o en la madrugada, según la GPC 2013 de asma.

La GEMA 5.4 define al asma como, enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, donde participan distintas células y mediadores de la inflamación, condicionada por factores genéticos, cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable del flujo aéreo, total o parcialmente reversible.

Mientras que la GINA, enfatiza que el asma causa síntomas respiratorios como sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos que varían con el tiempo, incluso en su frecuencia e intensidad, se asocian a una limitación del flujo de aire espirado variable; y define a las crisis de asma como, exacerbaciones o ataques que pueden ser fatales, incluso en personas con aparentemente asma leve.

El asma se considera un grave problema de salud a nivel mundial, que afecta a personas de todos los grupos etarios y que está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. Se estima que en 2019, el asma afectó a 262 millones de personas y causó 461 000 muertes. Afectando mayormente a países de ingreso bajo y medio-bajo.

Esta enfermedad puede presentarse clínicamente en cualquier época de la vida, la mayor incidencia se presenta en la edad pediátrica, afectando predominantemente en este grupo de edad a los varones; mientras que, en la edad adulta, afecta en mayor proporción a las mujeres. La incidencia del asma en México se estima en 123.33 X 100 000 habitantes.

En México la tasa de morbilidad por asma por 100 000 habitantes ha incrementado siendo de 261 en el año 2000 y de 291 en el año 2011.

DESARROLLO

Se reconoce al asma como una enfermedad heterogénea cuyas manifestaciones o cursos de la enfermedad van a depender de una serie de circunstancias. Los fenotipos del asma son los siguientes: asma alérgica, asma no alérgica, asma eosinófilica, asma y obesidad, asma neutrófilica.

Como toda enfermedad, el asma tiene factores de riesgo que predisponen al desarrollo del asma, los más mencionados en las bibliografías son los siguientes: infecciones virales, alérgenos en la casa o en el trabajo, el humo del tabaco, el ejercicio y estrés, sin embargo, la GEMA clasifica los factores de riesgo de la siguiente manera. **Factor del huésped** incluye, atopia, menarquia temprana, obesidad e hiperrespuesta bronquial; **factores prenatales y perinatales** incluye, edad de la madre, preclamsia, prematuridad, cesárea, ictericia neonatal lactancia, consumo de tabaco durante la gestación, dieta de la madre, dieta del lactante, función pulmonar del neonato, sobrepeso de la madre y obesidad de la madre; **factores ambientales** incluye, aeroalérgenos, alérgenos laborales, infecciones respiratorias, tabaco y contaminación ambiental; **fármacos** incluye, paracetamol, antiácidos, antibióticos y terapia hormonal sustitutiva.

La clasificación del asma: Asma atópica T2: alérgica que es desencadenada por antígenos ambientales y es mediada por IgE; Asma no atópica-NO T2: no alérgica que es desencadenada por infecciones respiratorias e irritantes químicos o fármacos.

El cuadro clínico se caracteriza por: **Tos, disnea, opresión torácica y sibilancias.**

Sin embargo, se pueden manifestar o acompañar de otras manifestaciones clínicas; los signos y síntomas se pueden desencadenar al realizar alguna actividad física, ya sea ejercicio, la risa, los alérgenos o el aire frío.

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD

	INTERMITENTE	PERSISTENTE LEVE	PERSISTENTE MODERADA	PERSISTENTE GRAVE
SÍNTOMAS DIURNOS	≤ 2 veces/semana	> 2 veces/semana	Diario	> 1 vez/día
MEDICACIÓN DE ALIVIO	≤ 2 veces/semana	> 2 veces/semana	Diaria	> 1 vez/día
SÍNTOMAS NOCTURNOS	≤ 2 veces/mes	> 2 veces/mes	> 1 vez/semana	Frecuentes
LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD	Ninguna	Algo	Bastante	Mucha
FUNCION PULMONAR (FEV ₁ o PEF) % teórico	> 80%	> 80%	> 60% - < 80%	≤ 60%
EXACERBACIONES	Ninguna	≤ 1/año	> 1/año	> 1/año

Tabla 1. Clasificación de la gravedad del asma en adultos. Viene determinada por el parámetro + afectado. FEV₁: Volumen espirométrico forzado en el primer segundo; PEF: Flujo espiratorio máximo

CLASIFICACIÓN DEL CONTROL DEL ASMA EN ADULTOS

	BIEN CONTROLADA (Todos los siguientes)	PARCIALMENTE CONTROLADA (Cualquier medida en cualquier semana)	MAL CONTROLADA
SÍNTOMAS DIURNOS	Ninguno o ≤ 2 veces al mes	Diario	Si ≥ 3 características de asma parcialmente controlada
LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES	Ninguna	Cualquiera	
SÍNTOMAS NOCTURNOS/ DESPERTARES	Ninguno	Cualquiera	
NECESIDAD DE MEDICACIÓN DE ALIVIO (Rescate)	Ninguno o ≤ 2 días al mes	> 2 días al mes	
FUNCION PULMONAR (Agonista β ₂ adrenérgico de acción corta)	≥ 80 % del valor teórico o z-score (-1,64)	≥ 80 % del valor teórico o z-score (-1,64)	
EXACERBACIONES	≥ 80 % del mejor valor personal	≥ 80 % del mejor valor personal	≥ 1 en cualquier semana

Tabla 2. Clasificación del control del asma en adultos. Viene determinada por el parámetro + afectado. FEV₁: Volumen espirométrico forzado en el primer segundo; PEF: Flujo espiratorio máximo

El diagnóstico del asma es clínico y se puede confirmar con exámenes de laboratorio y gabinete, durante el interrogatorio lo podemos clasificar por contexto: Asma ocupacional (asma exacerbada) y asma agravada por el trabajo, en la anamnesis hay que preguntar por posibles exposiciones laborales o domésticas a alérgenos o irritantes, de ser así hay que evitar y eliminar la exposición; Mujeres embarazadas, si una mujer está embarazada o esté planeando quedar embarazada se le debe preguntar si tiene asma y de ser así brindarle un tratamiento con ICS y recomendaciones para el cuidado de la madre y del bebé; Adultos mayores, muchas veces el asma es subdiagnosticada debido a que por la edad hay funciones fisiológicas que se van deteriorando y se llega a creer que es normal, por ejemplo, la disnea, y no hay que olvidar que la disnea se puede asociar a insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica; Fumadores y exfumadores, hay que considerar que el asma y el EPOC pueden coexistir o superponerse, es importante que en la anamnesis se interrogué antecedentes de fumar y si tiene antecedentes familiares de asma, si el paciente ya tiene EPOC y tiene antecedentes de asma es muy importante deben ser tratados con dosis bajas de ICS y broncodilatadores.

El diagnóstico clínico temprano se basa en los siguientes síntomas: disnea, sibilancias, tos y sensación de opresión torácica; una prueba terapéutica con broncodilatadores o con corticosteroides sugiere el diagnóstico de asma.

En la exploración física se puede auscultar sibilancias, en algunos casos se detecta con la espiración forzada, hay que recordar algo muy importante “no todo lo que sibila es asma”.

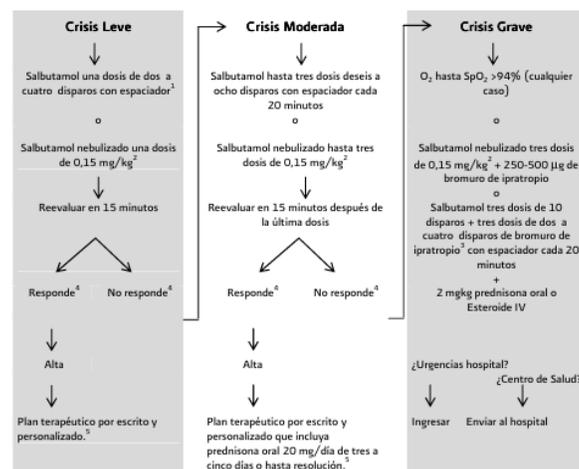
Los exámenes para el diagnóstico que actualmente se solicitan son: espirometría y flujo espiratorio máximo; las pruebas adicionales son: pruebas por imagen. Pruebas de alergia, análisis de óxido nítrico y análisis de provocación para el asma inducida por el frío y los ejercicios.

CONCLUSIÓN

El tratamiento del asma se ha ido actualizado con el paso de los años, iniciaremos describiendo el tratamiento de la GPC 2013 de Asma, se menciona que los medicamentos se clasifican en controladores y de rescate, en este tratamiento se prefiere la terapia inhalada debido a que así se deposita mayor concentración directamente en las vías respiratorias y con menor riesgo de efectos adversos, el asma leve intermitente puede ser adecuadamente controlada sólo con beta-adrenérgicos de acción corta a demanda, los beta-adrenérgicos de corta duración son los fármacos de elección como medicación de rescate y prescribir beta-agonista de acción rápida inhalados a todos los pacientes con síntomas de asma intermitente; cuando los síntomas son frecuentes o se agravan periódicamente, se requiere un tratamiento regular con un controlador, en caso de asma inducida por

ejercicio se recomienda utilizar beta-agonista de acción corta 15 minutos antes de empezar la actividad. Los pasos a seguir de la GPC 2013 en el paso 1 menciona si es necesario β 2-agonista de acción corta; paso 2 dosis bajas de esteroides inhalados GCI y antileucotrienos; paso 3 dosis bajas de GCI más agonista β 2- de larga duración, dosis alta o media de GCI, dosis baja de GCI más antileucotrieno y dosis baja de GCI más teofilina de liberación sostenida; paso 4 dosis media o alta de GCI más β 2-agonista de larga duración, antileucotrienos, teofilina de liberación sostenida y paso 4 esteroides orales (dosis bajas) y anticuerpo anti-IgE. Sombreados Antileucotrienos Anticuerpo anti-IgE Teofilina de liberación sostenida, los tratamientos alternativos de rescate incluyen anticolinergicos inhalados, β 2-agonistas orales de acción corta, algunos β 2-agonistas de acción prolongada, y teofilina de acción corta. El uso regular de β 2-agonistas de corta y larga acción no es aconsejable a menos que vaya acompañado por el uso regular de un esteroide inhalado.

El tratamiento para el episodio de agudo de asma en edades pediátricas:



El tratamiento de asma en la GINA, menciona que antes de iniciar hay que considerar lo siguiente: registrar la actividad que responda el diagnóstico de asma, de ser posible; documentar el control de los síntomas y los factores de riesgo; evaluar la función pulmonar, siempre que sea posible; capacite al paciente para utilizar inhalador de forma correcta y luego compruebe su técnica y programe una visita de seguimiento.

Después de iniciar considerar lo siguiente: Revise la respuesta al cabo de 2 a 3 meses o según la urgencia clínica y considerar reducir el tratamiento si el asma ha sido bien controlado durante 3 meses.

El tratamiento lo divide en controlador y aliviador, controlador, solo los ICS, actualmente es LABA+ICS, ya sea como terapia, terapia de mantenimiento y alivio (MART) y antiinflamatorio; aliviadores, actualmente es LABA+ICS, previamente solo

SABA con un uso >3 canister, mayor a un año tiene mayor riesgo de exacerbación y hospitalización.

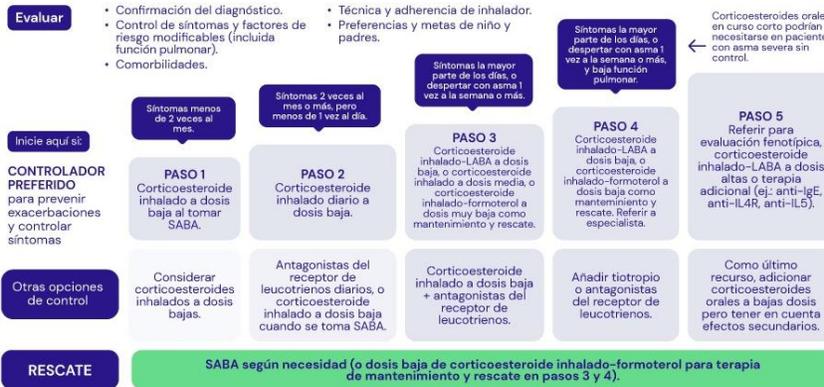
Tratamiento inicial

En adultos y adolescentes con diagnóstico de asma



SABA, B2 agonista de acción corta; LABA, B2 agonista de acción prolongada; LAMA, anticolinérgicos de acción larga; Ig, inmunoglobulina; IL, interleucina; CSO, corticoesteroides orales; CSI, corticoesteroides inhalados; anti-IL4R, antirreceptor de interleucina 4.

Figura 1. Tratamiento de inicio en pacientes con asma de 6 a 11 años



SABA, B2 agonista de acción corta; LABA, B2 agonista de acción prolongada; LAMA, anticolinérgicos de acción larga; Ig, inmunoglobulina; IL, interleucina; anti-IL4R, antirreceptor de interleucina 4.

Para concluir con este ensayo, hemos visto los diferentes cambios y modificaciones del asma, principalmente el tratamiento, el cual se ha modificado en el uso de los controladores y aliviadores.