



Hellen Gissele Camposeco Pinto.

Dr. Adrián Espino Pérez.

PASIÓN POR EDUCAR

Ensayo

Inmunoalergias

8“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de octubre de 2025

Introducción

El asma afecta a 300 millones de personas en todo el mundo. Constituye un grave problema de salud a escala mundial que afecta a todos los grupos de edad, con una prevalencia creciente en muchos países en desarrollo económico, costos de tratamiento en aumento y una carga creciente para los pacientes y la comunidad. El asma sigue suponiendo una carga inaceptable para los sistemas de salud y para la sociedad como consecuencia de la pérdida de productividad laboral y, especialmente, en el caso del asma pediátrica, alteración en la vida familiar. El asma continúa contribuyendo con muchas muertes a escala mundial, incluido entre las personas jóvenes. Aproximadamente el 96% de las muertes por asma se producen en países de ingresos bajos y medios.

Los profesionales de la salud que manejan el asma se enfrentan a distintos problemas en diferentes lugares de todo el mundo, dependiendo del contexto local, el sistema de salud y el acceso a recursos.

ASMA

El asma es una enfermedad crónica frecuente y potencialmente grave que supone una carga sustancial para los pacientes, sus familias y sus comunidades. Provoca síntomas respiratorios, limitación de la actividad y las crisis (ataques) de asma.

Asma no controlada: Pobre control de los síntomas o más de 2 exacerbaciones por año que requieran uso de corticosteroides orales o una exacerbación grave en un año que requiera hospitalización.

Exacerbación: Es un desbalance agudo o subagudo provocado por un agente externo o pobre cumplimiento del tratamiento.

Afortunadamente, el asma se puede tratar efectivamente, y la mayoría de los pacientes puede lograr un buen control del asma. Un buen control del asma significa que los pacientes pueden:

- Evitar síntomas molestos durante el día y la noche
- Necesitar poca o ninguna medicación de rescate
- Llevar una vida productiva y físicamente activa
- Tener una función pulmonar normal o casi normal
- Evitar las crisis (exacerbaciones o ataques) asmáticas graves.

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. Estos síntomas están asociados a una limitación del flujo de aire espiratorio variable, es decir, dificultad para expulsar el aire de los pulmones debido a la broncoconstricción (estrechamiento de las vías respiratorias), engrosamiento de las paredes de las vías respiratorias y aumento de la mucosidad.

Algunas variaciones en el flujo de aire también pueden ocurrir en personas sin asma, pero es mayor en el asma no tratada. Hay diferentes tipos de asma (también llamados fenotipos) y diferentes procesos de enfermedades subyacentes.

Los factores que pueden desencadenar o empeorar los síntomas del asma incluyen infecciones virales, alérgenos en la casa o en el trabajo (por ejemplo, los ácaros del polvo doméstico, polen, cucarachas), el humo del tabaco, el ejercicio y el estrés. Estas respuestas son más probables cuando el asma no está controlada.

Algunos fármacos pueden inducir o provocar ataques de asma, por ejemplo, beta bloqueadores, y (en algunos pacientes), la aspirina u otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Las crisis de asma (también llamadas exacerbaciones o ataques) pueden ser fatales, incluso en personas con aparentemente asma leve. Son más comunes y más graves cuando el asma no está controlada, y en algunos pacientes de alto riesgo.

Cómo hacer el diagnóstico de asma?

El asma es una enfermedad con muchas variaciones (fenotipos), que por lo general se caracteriza por una inflamación crónica de las vías respiratorias. El asma tiene dos características principales que la definen:

- 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).

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.

Diagnóstico del asma

Asma ocupacional:

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 a tales exposiciones. Es importante confirmar el diagnóstico de manera objetiva (que a menudo requiere una referencia al especialista) y eliminar a exposición tan pronto como sea posible.

Mujeres embarazadas:

A todas las mujeres embarazadas o que estén planeando quedar embarazadas se les debe preguntar si tienen asma y recomendarles acerca de la importancia de utilizar un tratamiento que contenga ICS para la salud tanto de la madre como del bebé. Si se necesita una confirmación objetiva del diagnóstico de asma, no es aconsejable suspender el tratamiento que contiene ICS para este fin ni realizar pruebas de provocación bronquial hasta después del parto.

Adultos mayores:

El asma podría estar subdiagnosticada en los adultos mayores debido a una escasa percepción, la suposición de que la disnea es normal en la edad avanzada, una condición física deficiente o una actividad reducida. El asma también podría sobre diagnosticarse en los adultos mayores si la dificultad para respirar debido a insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica se atribuye erróneamente al asma. Si hay antecedentes de tabaquismo o de una exposición a combustibles de biomasa, debe considerarse la posibilidad de una EPOC o un síndrome de superposición asma-EPOC

Fumadores y exfumadores:

El asma y la EPOC pueden coexistir o superponerse (con frecuencia llamado asma + EPOC o superposición asma-EPOC), sobre todo en los fumadores y en los adultos mayores. Los antecedentes y el patrón de síntomas, así como los expedientes clínicos anteriores, pueden ayudar a distinguir el asma con limitación persistente del flujo de aire de la EPOC.

Los pacientes con tos persistente como único síntoma respiratorio

Esto podría deberse a un síndrome de tos crónica de las vías respiratorias altas; sinusitis crónica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, tos inducida por inhibidores de la enzima

convertidora de angiotensina (ECA), obstrucción laríngea inducible (a menudo llamada disfunción de las cuerdas vocales), bronquitis eosinofílica o una variante de asma con tos. La variante de asma con tos se caracteriza por tos e hiperactividad de las vías respiratorias y la documentación de la función pulmonar es esencial para establecer este diagnóstico.

Diagnóstico de asma en países de bajos y medianos ingresos (PBMI)

El diagnóstico diferencial de asma en PBMI a menudo incluye otras enfermedades respiratorias endémicas (por ejemplo, tuberculosis, enfermedades pulmonares asociadas a VIH/SIDA y enfermedades pulmonares parasitarias o fúngicas).

Clasificación de gravedad GINA:

Intermitente: Síntomas diurnos dos veces por semana. FEVI >80%

Leve persistente: Síntomas nocturnos más de dos veces por mes. FEVI >80%

Moderada persistente: Síntomas diurnos diariamente. FEVI <60-<80%

Grave persistente: Síntomas nocturnos frecuentes. FEVI <60%

Auxiliares

< Oximetría de pulso: Valora la necesidad de oxígeno suplementario, mantener SatO₂ en 94 - 98%.

< TAC en caso de duda diagnóstica y con exacerbación grave.

< Radiografía o ECG en caso de fiebre, sospecha de infección o neumotórax.

Tratamiento

Crisis leve: Considerar manejo ambulatorio (después de 2 horas de valoración) + SABA (Beta agonistas de acción corta).

Crisis moderada: SABA + SAMA (Antimuscarínicos de acción corta) + oxígeno acorde a su saturación

Crisis severa: SABA + SAMA + Oxígeno + Corticoides en aerosol o IV + Sulfato de Mg IV

Crisis vital: SABA+ SAMA+ Oxígeno + Corticoides + Sulfato de Mg + Ventilación M.

- Se recomienda usar altas dosis de B2 agonistas inhalados como agentes de primera línea en exacerbación de asma tan temprano como sea posible.

- La mayoría de los ataques graves de asma evolucionan lentamente en 6 horas o más, dando tiempo suficiente para tomar acciones que disminuyan la tasa de hospitalización.

- Los pacientes con inestabilidad hemodinámica, datos de fatiga muscular, alteraciones en el estado de alerta o falla respiratoria, deberán ser sometidos a ventilación mecánica.

Criterios Para Valorar Ingresar a UCI

- Crisis con alteración de conciencia.
- Crisis asmática casi fatal.

- Falla respiratoria con hipercapnia.
- Crisis asmática + pulso paradójico: Descartar padecimientos cardiopulmonares.

Conclusión

El manejo del asma implica un ciclo continuo para evaluar, ajustar el tratamiento y revisar la respuesta. La evaluación de un paciente con asma incluye no solo el control de los síntomas, sino también los factores de riesgo y las comorbilidades individuales del paciente que pueden contribuir a su carga de enfermedad y al riesgo de resultados de salud deficientes, o que podrían predecir su respuesta al tratamiento. Una vez que se ha diagnosticado el asma, la función pulmonar es más útil como indicador del riesgo a futuro. Debe registrarse al momento del diagnóstico, 3-6 meses después de comenzar el tratamiento y periódicamente a partir de entonces se les debe medir la función pulmonar a la mayoría de los pacientes por lo menos una vez cada 1-2 años, con más frecuencia en los niños y en los que están en mayor riesgo de presentar crisis asmáticas o deterioro de la función pulmonar. Los pacientes que tienen pocos o muchos síntomas en relación con su función pulmonar requieren más investigaciones. El asma grave es el asma que no se controla a pesar de la optimización de dosis altas de ICS-LABA o que requiere dosis altas de ICS-LABA para evitar que se descontrolle. El asma leve es el asma que se puede controlar con ICS-formoterol según sea necesario, o con dosis bajas de ICS.

Es importante enfatizar a los pacientes que incluso el asma leve necesita tratamiento con ICS.

Cita Bibliográfica

- *Guía de bolsillo para manejo y la prevención del asma.* (2023). GINA.