



Nombre del alumno: Elena Guadalupe Maldonado Fernández

Semestre: 8vo

Materia: Inmunología

Trabajo: Ensayo

Docente: Dr. Adrian Espino Pérez

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de octubre del 2025

“Abordaje diagnóstico y terapéutico del asma de acuerdo con las guías GINA (Global Initiative for Asthma)”.

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.

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.

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. Todos los pacientes deben tener un plan de acción para el asma por escrito; "escrito" incluye instrucciones manuscritas, impresas, digitales o pictóricas, no solo verbales.

Factores de riesgo:

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).

Clasificación:

La clasificación del asma se basa principalmente en la severidad (intermitente, persistente leve, moderada y grave) y en fenotipos (como asma alérgica y no alérgica, asma de inicio en adultos y asma con inflamación persistente). La clasificación por severidad se determina

evaluando la frecuencia de los síntomas, la función pulmonar (mediante pruebas como la espirometría) y la variabilidad del flujo aéreo.

Intermitente: Síntomas menos de 1 vez por semana, síntomas nocturnos no más de dos veces al mes, FEV1 >80%.

Persistente leve: Síntomas más de 1 vez por semana, pero menos de 1 vez al día, síntomas nocturnos más de dos veces al mes, FEV1 >80%.

Persistente moderada: Síntomas diarios, uso diario de agonistas beta-2 de acción corta, FEV1 entre 60-80%.

Persistente grave: Síntomas diarios, exacerbaciones frecuentes, síntomas nocturnos diarios, limitación de actividades, FEV1 <60%.

Diagnóstico:

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) en el asma de larga data.

Se debe confirmar el diagnóstico de asma y documentar la evidencia en el expediente médico del paciente, preferiblemente antes de iniciar el tratamiento con ICS. Confirmar el diagnóstico de asma es más difícil una vez iniciado el tratamiento.

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.

Criterios para establecer el diagnóstico de asma:

Características utilizadas para establecer el diagnóstico de asma

1. Antecedentes de síntomas respiratorios variables

Los síntomas típicos son sibilancias, falta de aire, opresión en el pecho y tos:

- 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.

2. Evidencia de una limitación variable del flujo de aire espiratorio

• La variación de la función pulmonar es mayor que en las personas sanas. Por ejemplo, el exceso de variabilidad se registra si:

- El FEV₁ aumenta en >200 ml y >12% del valor prebroncodilatador (o en niños, aumenta del valor prebroncodilatador > 12% del valor predicho) después de inhalar un broncodilatador. Esto se denomina respuesta significativa o reversibilidad a los broncodilatadores.
 - La variabilidad* diurna media diaria del PEF >10% (en niños, >13%)
 - 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).
- Cuanto mayor sea la variación, o cuantas más veces se observa una variación excesiva, mayor seguridad se puede tener sobre el diagnóstico de asma.
- Podría ser necesario repetir las pruebas durante los síntomas, a primera hora de la mañana o después de interrumpir el tratamiento con los medicamentos broncodilatadores.
- Al menos una vez durante el proceso de diagnóstico, cuando el FEV₁ es bajo, se documenta que el cociente FEV₁/FVC está por debajo del límite inferior de lo normal.

- Podría no darse respuesta con broncodilatadores durante exacerbaciones graves o infecciones virales, o en el asma de larga data. Si no hay respuesta con broncodilatadores, el siguiente paso depende de la urgencia clínica y la disponibilidad de otras pruebas.

Tratamiento escalonado:

Vía 1: controlador y rescate preferido

Pasos 1-2: ICS- formoterol en dosis bajas según sea necesario (síntomas menos de 4-5 días a la semana)

Paso 3: ICS- formoterol de mantenimiento a dosis bajas (síntomas la mayoría de los días o despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o más)

Paso 4: ICS- formoterol de mantenimiento a dosis intermedias (síntomas diarios o despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o más, y función pulmonar baja)

Paso 5: Complemento con LAMA rediera para evaluación de fenotipo +/- terapia biológica, considerar ICS- formoterol a dosis altas.

Vía 2: controlador y rescate alternativo

Paso 1: Tomar ICS siempre que tome SABA (síntomas menos de dos veces al mes)

Paso 2: ICS de mantenimiento a dosis bajas (síntomas dos veces al mes o mas, pero menos de 4-5 días a la semana)

Paso 3: ICS-LABA de mantenimiento a dosis bajas (síntomas la mayoría de los días o despertares nocturnos por el asma una vez a la semana o más)

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

Paso 5: Complemento con LAMA, referir para evaluación de fenotipo +/- terapia biológica, considerar ICS- formoterol a dosis altas.

Estrategias de seguimiento y educación al paciente:

Las estrategias de seguimiento y educación para pacientes con asma según GINA se centran en un enfoque personalizado y dinámico, que incluye la educación sobre la enfermedad, el uso de la medicación (particularmente el inhalador de doble propósito con ICS-formoterol) y el monitoreo continuo de los síntomas. El seguimiento regular, que incluye la evaluación de síntomas, la espirometría y la medición del flujo pico, permite ajustar el tratamiento para alcanzar la menor dosis de mantenimiento posible y así lograr un control óptimo.

La guía GINA representa un avance importante en el manejo del asma, ya que promueve un enfoque más individualizado y centrado en el control de la inflamación, no solo de los síntomas. Uno de los cambios más relevantes es dejar de usar los broncodilatadores de rescate (SABA) como único tratamiento y, en su lugar, iniciar desde etapas tempranas con corticoides inhalados o combinaciones ICS-formoterol.

También destaca la importancia de confirmar el diagnóstico con pruebas de función pulmonar y de usar biomarcadores como eosinófilos o FeNO para ajustar el tratamiento según el tipo de asma. Además, el manejo por pasos ahora es más flexible, buscando prevenir exacerbaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Referencias

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