

ASMA

Alvarez M. Melissa, Sandoval G. Pablo

Guías Clínicas Respiratorio

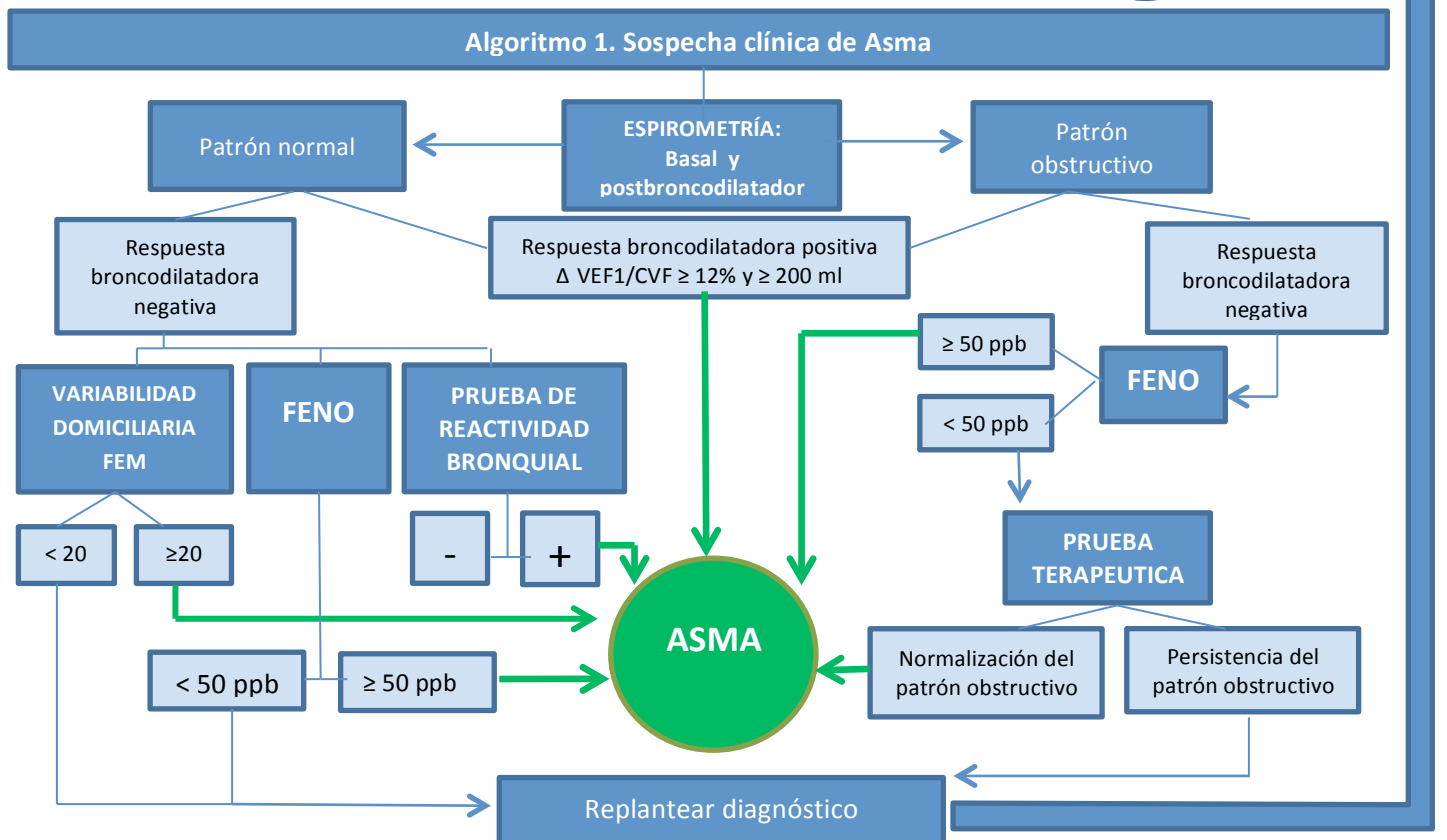
Dra. Emiliana Naretto Larsen

Definición

“Enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente”. *GEMA. Guía Española para Manejo del Asma. Cap.1-3. Pág.17-57. Madrid; 2009.*

Diagnóstico

| SÍNTOMAS | SIGNOS | ÉNFASIS EN ANAMNESIS DE PACIENTE CON SOSPECHA DE ASMA | DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Disnea - Sibilancias referidas por el paciente - Tos - Opresión torácica - Empeoramiento nocturno | <ul style="list-style-type: none"> - Examen físico puede no tener alteraciones - Sibilancias aisladas en período intercrítico. | <ul style="list-style-type: none"> - Asma en la infancia. - Episodios de sibilancias audibles. - Tos, disnea y/o sibilancias audibles nocturnas, después del ejercicio, cuando hace frío o tras exposición a algún agente en particular. - Sintomatología estacional y recurrente. - Bronquitis a repetición. - Sensación de pecho apretado sin estar resfriado. - Antecedentes familiares de asma. | <ul style="list-style-type: none"> - EPOC - Cardiopatías - Bronquiectasias - Enfermedad Pulmonar intersticial - Embolismo pulmonar - RGE - Aspiración u obstrucciones de vía aérea - Vasculitis de Churg-Strauss |
| <p>Factores predisponentes: atopia, género. Factores etiológicos: alérgenos ambientales, domésticos, ocupacionales, farmacológicos. Factores facilitadores: infecciones respiratorias, bajo peso al nacer, dieta, polución, tabaco. Factores agravantes: ejercicio, infecciones respiratorias, alimentos, fármacos.</p> | | | |



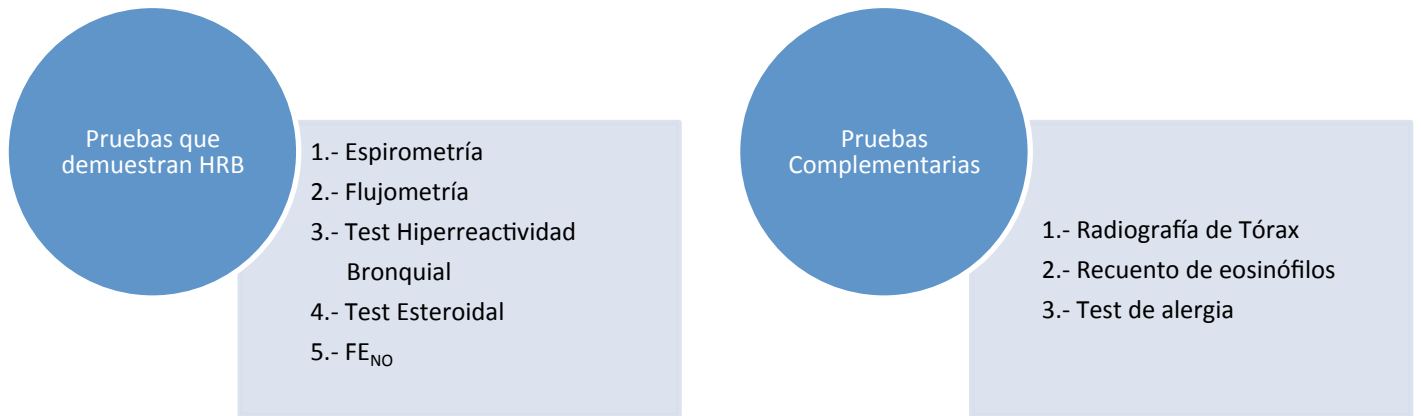


Tabla 1. Pruebas que demuestran hiperreactividad bronquial

| ESPIROMETRÍA CON RESPUESTA BRONCODILATADORA | FLUJOMETRÍA | TEST DE HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL | PRUEBA TERAPÉUTICA | FENO |
|---|--|---|---|---|
| Patrón obstructivo VEF1/CVF < 70%, que revierte a los 15 minutos tras 4 puff de salbutamol de 100 ug y se modifica en relación al basal en 12% y en 200 ml el VEF1 o CVF. | Variabilidad ≥ 20% de la amplitud del PEF*, con un cambio mínimo de 60 L/minuto en al menos 3 días de la semana por 2 semanas consecutivas. *Amplitud del PEF: Diferencia entre el PEF medido en la mañana y en la tarde. | Test de Metacolina o histamina: Administración de dosis crecientes de éstos y medición posterior del VEF1. Un valor de PC20 * < 8mg/ml es indicativo de HRB. *PC20: Concentración del fármaco que genera una disminución del 20% respecto al VEF1 basal. | Reversión de los síntomas y del patrón obstructivo luego del tratamiento con corticoides inhalados por 1 mes. | Medición no invasiva de la inflamación eosinofílica. Límite superior de normalidad entre 20 y 30 pbb. Un valor normal de FENO no excluye el diagnóstico, especialmente en personas no atópicas. |

Clasificación

Esquema 2. Fenotipos del asma



Tabla 2. Clasificación de la gravedad del asma en el adulto

| Intermitente |
|--|
| <p>Síntomas diurnos: Menos de una vez por semana</p> <p>Síntomas nocturnos: ≤ 2 veces por mes</p> <p>Medicación de alivio (B2 acción corta): 2 o menos días a la semana</p> <p>Limitación de la actividad: Ninguna</p> <p>Función pulmonar (CVF o VEF1): $\geq 80\%$ teórico</p> <p>Exacerbaciones: Ninguna</p> |
| Persistente leve |
| <p>Síntomas diurnos: Más de dos días por semana</p> <p>Síntomas nocturnos: > 2 veces por mes</p> <p>Medicación de alivio (B2 acción corta): Más de 2 por semana pero no a diario</p> <p>Limitación de la actividad: Poco</p> <p>Función pulmonar (CVF o VEF1): $\geq 80\%$ teórico</p> <p>Exacerbaciones: 1 o menos por año</p> |
| Persistente moderada |
| <p>Síntomas diurnos: Síntomas a diario</p> <p>Síntomas nocturnos: > 1 vez por semana</p> <p>Medicación de alivio (B2 acción corta): Todos los días</p> <p>Limitación de la actividad: Bastante</p> <p>Función pulmonar (CVF o VEF1): 60-80% teórico</p> <p>Exacerbaciones: 2 o más al año</p> |
| Persistente grave |
| <p>Síntomas diurnos: Síntomas continuos (varias veces al día)</p> <p>Síntomas nocturnos: Frecuentes</p> <p>Medicación de alivio (B2 acción corta): Varias veces al día</p> <p>Limitación de la actividad: Mucha</p> <p>Función pulmonar (CVF o VEF1): $\leq 60\%$ teórico</p> <p>Exacerbaciones: 2 o más al año</p> |

Adaptado de GEMA. Guía Española para Manejo del Asma. Madrid; 2009. GINA report. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2015

| Tabla 3. Clasificación según control del asma | | | |
|--|----------------------------|--|---------------|
| Síntomas de Control → Evaluación de las últimas 4 semanas | | | |
| | Buen control | Control parcial | No controlado |
| 1. Síntomas diurnos de asma más de dos veces por semana. 2. Ninguna noche ha despertado por síntomas de asma. 3. Ha requerido medicación de emergencia más de dos veces por semana. 4. Sin limitaciones de la actividad debido a síntomas de asma. | Ninguno de éstos criterios | 1-2 criterios | 3-4 criterios |
| Factores de riesgo para pobre respuesta al tratamiento | | | |
| -Evaluar factores de riesgo al momento del diagnóstico y periódicamente, especialmente en pacientes con exacerbaciones anteriores. -Medir VEF1 al momento del diagnóstico, después de 3-6 meses del inicio del tratamiento de control para registrar la función pulmonar personal del paciente. | | | |
| Factores de riesgo independientes potencialmente modificables para exacerbaciones: -Síntomas de asma sin control -Uso de alta dosis de SABA -Uso inadecuado de corticoides inhalados (no prescritos, pobre adherencia, técnica incorrecta) -Bajo VEF1, especialmente en <60% -Problemas socioeconómicos o psicológicos mayores -Exposición a tabaco, alérgenos (sensibilizado) -Comorbilidades: obesidad, sinusitis, alergia alimentaria confirmada -Eosinofilia en esputo o sangre -Embarazo Factores de riesgo mayores independientes: -Ha requerido Intubación o UCI por asma -≥1 exacerbaciones severas en el último año | | ≥1 de éstos se incrementa el riesgo de exacerbación a pesar de tener síntomas bien controlados | |
| Factores de riesgo para desarrollar limitación fija del flujo aéreo: -Falta de tratamiento con corticoides inhalados -Exposición al humo de tabaco, químicos nocivos, exposiciones ocupacionales. -VEF1 inicial bajo, hipersecreción de moco crónica, eosinofilia en esputo o sangre. | | | |
| Factores de riesgo para desarrollar efectos adversos con el tratamiento: -Sistémicos: uso frecuente de corticoides orales, uso de corticoides inhalados a altas dosis y/o potentes a largo plazo, uso simultáneo de inhibidores de p450. -Locales: corticoides inhalados a altas dosis y/o potentes, mala técnica inhalatoria. | | | |

Adaptado de GEMA. Guía Española para Manejo del Asma. Madrid; 2009. GINA report. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2015

Tratamiento

| | | Tabla 4. Escalones de tratamiento del asma | | | | |
|---|-------------|---|---|---|--|--|
| | | ASMA LEVE | | ASMA MODERADA | ASMA SEVERA | |
| | | ESCALÓN 1 | ESCALÓN 2 | ESCALÓN 3 | ESCALÓN 4 | ESCALÓN 5 |
| Tratamiento de mantenimiento | De elección | | Corticoides inhalados a dosis baja | Corticoides inhalados a dosis baja + Agonistas β2 adrenérgicos de acción larga (LABA) | Corticoides inhalados a dosis media o alta + Agonistas β2 adrenérgicos de acción larga (LABA) | Añadir anti- IgE al tratamiento |
| | Opciones | Corticoides inhalados a dosis bajas | Antileucotrienos o Bajas dosis de teofilina | Corticoides inhalados a dosis media o alta Corticoides inhalados a dosis baja + antileucotrienos (o teofilina) | Corticoides inhalados a dosis medias + antileucotrienos | AÑADIR Teofilina y/o Corticoides inhalados a dosis alta |
| | A demanda | Agonistas β2 adrenérgico de acción corta (SABA) | Agonistas β2 adrenérgico de acción corta (SABA) | Agonistas β2 adrenérgico de acción corta (SABA) | Agonistas β2 adrenérgico de acción corta (SABA) | Agonistas β2 adrenérgico de acción corta (SABA) |
| Manejo de comorbilidades + control de factores ambientales + educación de la enfermedad y del tratamiento | | | | | | |

Adaptado de GEMA. *Guía Española para Manejo del Asma*. Madrid; 2009. GINA report. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2015*

Referencias

1. GEMA. *Guía Española para Manejo del Asma. Cap.4. Pág.59-67. Madrid; 2009.*
2. GINA report. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2015.* Recuperado el día 20 de junio del 2015 de <http://www.ginaasthma.org>
3. Gustavo J. Rodrigo., Vicente Plaza Moral., Santiago Bardagí Fornis. *Guía ALERTA 2. América Latina y España: Recomendaciones para la prevención y el Tratamiento de la exacerbación Asmática. Arch Bronconeumol. 2010; 46(Supl 7):2-20.*
4. Rodríguez J., Undurraga A. *Enfermedades Respiratorias. 2ªed. Cap.13 "Asma Bronquial". Páginas 289-294. Santiago: Ed. Mediterráneo; 2011.*
5. [Fanta Christopher](#). *An overview of asthma management.* Recuperado el día 15 de julio del año 2014 de http://www.uptodate.com/contents/an-overview-of-asthma-management?source=search_result&search=asma&selectedTitle=1~150#H31
6. [Rodrigo GJ, Rodrigo C, Hall JB](#). *Acute asthma in adults: a review. Chest 2004; 125:1081.*
7. *National Asthma Education and Prevention Program: Expert Panel Report III: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda, MD. National Heart, Lung, and Blood Institute, 2007. (NIH publication no. 08-4051)* Recuperado el día 15 de junio del año 2014 de <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>
8. [Fanta Christopher](#). *Diagnosis of asthma in adolescents and adults.* Recuperado el día 11 de julio del año 2014 de http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-asthma-in-adolescents-and-adults?source=search_result&search=asma&selectedTitle=5~150
9. [Scott S, Currie J, Albert P, et al](#). *Risk of misdiagnosis, health-related quality of life, and BMI in patients who are overweight with doctor-diagnosed asthma. Chest 2012; 141:616.*
10. [Augusto A Litonjua,](#) Scott T Weiss. *Natural history of asthma.* Recuperado el día 11 de julio del año 2014 de http://www.uptodate.com/contents/natural-history-of-asthma?source=search_result&search=asma&selectedTitle=7~150
11. [Peters S., McCallister J., Pascual R](#). *Treatment of moderate persistent asthma in adolescents and adults.* Recuperado el día 10 de agosto del año 2014 de http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-moderate-persistent-asthma-in-adolescents-and-adults?source=search_result&search=Treatment+of+moderate+persistent+asthma+in+adolescents+and+adults&selectedTitle=1~36
12. [Shearer P., Jagoda A](#). *Emergency airway management in acute severe asthma.* Recuperado el día 10 de agosto del año 2014 de http://www.uptodate.com/contents/emergency-airway-management-in-acute-severe-asthma?source=search_result&search=asma&selectedTitle=24~150
13. *Diagnóstico y Manejo del Asma. Rev. chilena de enfermedades. respiratorias. [online]. 2004, vol.20, n.3. Cap.1: Diagnóstico del Asma en el Adulto. Pág.147-150*