

# Asma (a excepción del asma aguda)

A. Justet, C. Taillé

*El asma es una enfermedad heterogénea caracterizada por una inflamación crónica de las vías aéreas que conduce a una obstrucción bronquial reversible. Se trata de una patología frecuente y potencialmente grave que puede tratarse de forma eficaz en la mayoría de los casos, con el fin de controlar los síntomas y minimizar el riesgo de exacerbación o de crisis. El diagnóstico de la enfermedad es ante todo clínico. Se basa en los datos de la anamnesis y debe confirmarse por la demostración del trastorno ventilatorio obstructivo y de su reversibilidad mediante la espirometría. La identificación de todos los elementos agravantes y/o desencadenantes de la enfermedad (neumoalérgenos, rinitis y sinusitis, irritantes, etc.) es fundamental para el tratamiento de la enfermedad. La gravedad del asma depende de la importancia de los síntomas, la función respiratoria y el arsenal terapéutico necesario. El tratamiento debe ser personalizado y adaptado en función del control del asma, valorado en cada consulta. El control está centrado en la frecuencia de los síntomas clínicos respiratorios, la repercusión en la calidad de vida y en los parámetros funcionales respiratorios (volumen espiratorio en el primer segundo [VEMS] o flujo espiratorio máximo [FEM]). El tratamiento médico asocia casi siempre, en función de la gravedad de la enfermedad, corticoides, generalmente administrados por vía inhalada, y agonistas  $\beta_2$  adrenérgicos. La educación del paciente es fundamental para conseguir la adherencia al tratamiento.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Asma; Trastorno ventilatorio obstructivo; Alergia; Corticoides inhalados; Agonistas  $\beta_2$  adrenérgicos; Educación

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Definición</b>	1
■ <b>Diagnóstico positivo</b>	2
Anamnesis	2
Exploración física	2
Pruebas funcionales	2
Otras pruebas	2
■ <b>Formas clínicas y diagnósticos diferenciales</b>	3
Asma grave, asma mal controlada	3
Asma con disnea continua	3
Asma de esfuerzo	3
Los «malos perceptores»	3
Asma aguda grave	3
Tos aislada	3
Aspergilosis broncopulmonar alérgica	3
Granulomatosis eosinofílica con polivascularitis (antiguamente, vasculitis de Churg- Strauss)	3
Asma en el anciano	3
Asma en la mujer embarazada	3
■ <b>Principales clases de antiasmáticos</b>	3
Tratamiento de base del asma	4
Tratamiento de las exacerbaciones y de los síntomas de duración breve	4
Tratamientos futuros del asma	5

■ <b>Tratamiento del paciente asmático (excepto durante una crisis)</b>	5
Inicio de un tratamiento de base inicial	5
Valoración del control del asma y ajuste terapéutico	5
Detección precoz y tratamiento de los factores agravantes	7
Educación, prevenciones	8
■ <b>Conclusión</b>	8

## ■ Introducción

El asma sigue siendo un problema de salud pública en muchos países. En Francia, la prevalencia del asma en el adulto ha pasado del 5,8% en 1998 al 6,7% en 2006 <sup>[1]</sup>. Por el contrario, la evolución de la mortalidad ha disminuido considerablemente, con 2.500 fallecimientos al año en 1990 frente a 1.100 fallecimientos al año en 2006 <sup>[2]</sup>. Sin embargo, los ingresos hospitalarios siguen siendo frecuentes (más de 43.000 ingresos entre 2005 y 2007) e influyen mucho en el coste de la enfermedad <sup>[1]</sup>.

## ■ Definición

El asma es una patología heterogénea caracterizada por una inflamación crónica de las vías aéreas que provoca síntomas respiratorios: disnea, sibilancias, tos, sensación de opresión torácica y limitación variable del flujo espiratorio <sup>[3]</sup>.

La fisiopatología del asma es compleja. Sería la consecuencia de una inflamación de las vías aéreas, polimorfa, donde están involucrados mediadores de la respuesta inmunitaria innata, células dendríticas, células linfoides innatas, polimorfonucleares eosinófilos y neutrófilos, mastocitos y mediadores de la respuesta inmunitaria específica, los linfocitos. Esta inflamación está favorecida por factores genéticos y/o ambientales, y provoca una hiperreactividad bronquial, responsable de una obstrucción bronquial difusa, variable, reversible espontáneamente o con tratamiento. Provoca así mismo una remodelación del epitelio bronquial, una hiperplasia de las glándulas mucosas, un engrosamiento de la membrana basal y una hipertrofia de las células musculares lisas bronquiales. Estas remodelaciones estructurales del bronquio participan en el mantenimiento de la inflamación y de la obstrucción bronquial [3].

## ■ Diagnóstico positivo

El diagnóstico del asma se centra en la asociación de síntomas clínicos episódicos sugerentes de una obstrucción bronquial y en la demostración mediante la espirometría de esta obstrucción y de su reversibilidad, al menos parcial. La asociación de estos dos elementos es indispensable. El diagnóstico se basa por lo tanto en una anamnesis precisa de la historia de la enfermedad y de los síntomas, la exploración física y la prueba funcional respiratoria. Posteriormente, el resto del estudio se basa en descartar otro diagnóstico e identificar factores desencadenantes o agravantes.

## Anamnesis

La semiología clínica del asma es variable entre los pacientes y en un mismo paciente a lo largo del tiempo. Existe con frecuencia tos crónica o en forma de accesos de tos, sibilancias respiratorias, opresión torácica y disnea. Dos elementos importantes que se deben buscar son la reversibilidad, espontánea o con tratamiento, y la variabilidad de estos síntomas.

La duración de los síntomas es variable. Ceden al cabo de unos minutos o de varias horas, tras inhalación de un broncodilatador de corta duración de acción (BDCA), y van clásicamente seguidos de una fase de tos productiva («esputos perlados»). Cuando duran más de 24 horas y requieren un cambio del tratamiento, se habla de exacerbación. La exacerbación puede presentarse con un inicio brusco o en forma de un deterioro progresivo de la función respiratoria en unos días. Es importante que el paciente identifique estos síntomas para el establecimiento de un plan de acción.

La aparición o empeoramiento de los síntomas con el ejercicio, el frío, durante un episodio vírico, tras exposición a irritantes, pólenes, polvo o mohos, emoción fuerte, durante el período menstrual, en presencia de animales con pelo o en el marco de una patología nasosinusal no controlada son elementos que orientan el diagnóstico y que deben buscarse.

## Exploración física

La exploración física, excepto en la exacerbación, es clásicamente normal. En concreto, salvo en la exacerbación, pueden no existir sibilancias en la espiración no forzada ni alargamiento del tiempo espiratorio, típicos de la obstrucción bronquial. La existencia de una dermatitis atópica o de un eccema constituye un elemento a favor del diagnóstico. Se deben buscar signos de rinitis o de pólipos nasales mediante un examen otorrinolaringológico (ORL) cuidadoso (el 75% de los asmáticos presenta rinitis). En este caso, la exploración debe también centrarse en descartar otro diagnóstico (soplo cardíaco especialmente). Una semiología predominante de tos y broncorrea debe llamar la atención y hacer buscar otros diagnósticos (sobre todo dilataciones bronquiales).

## Pruebas funcionales

La demostración de una obstrucción bronquial y de su reversibilidad constituye un elemento fundamental del diagnóstico, a

### Cuadro 1.

Asma del adulto: diagnóstico diferencial.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Insuficiencia cardíaca congestiva
Embolia pulmonar
Bronquiectasias
Disfunción de las cuerdas vocales y síndrome de hiperventilación
Mucoviscidosis
Cuerpo extraño
Traqueobroncomalacia
Cáncer traqueobronquial

pesar de tratarse de signos no específicos ni constantes. La espirometría debe por lo tanto formar parte de la valoración de cualquier paciente con sospecha de asma y de su seguimiento. La obstrucción bronquial provoca un descenso del volumen espiratorio máximo por segundo (VEMS) y de la relación VEMS/capacidad vital (CV) (índice de Tiffeneau). La reversibilidad de la obstrucción se define por el aumento de al menos un 12% y de 200 ml en valor absoluto del VEMS en relación con los valores basales, tras inhalación de un  $\beta_2$  mimético de acción rápida. Sin embargo, la respuesta es inconstante, y su ausencia no descarta el diagnóstico.

Salvo en caso de exacerbaciones, la función respiratoria puede ser normal, lo que tampoco descarta el diagnóstico de asma, cuya característica es la variabilidad. Se puede entonces demostrar la existencia de una hiperreactividad bronquial no específica mediante una prueba de provocación con metacolina. Esta prueba presenta un buen valor predictivo negativo y se emplea sobre todo para descartar el diagnóstico de asma. La hiperreactividad bronquial no es un elemento específico del asma, ya que puede observarse en caso de insuficiencia cardíaca, bronquitis crónica secundaria a tabaquismo, bronquitis o rinitis alérgica. La prueba de provocación, debido al riesgo de broncoconstricción intensa, debe realizarse por un equipo experimentado y está contraindicada si el VEMS es inferior al 65% del valor predicho [4].

Por último, cuando el paciente presenta síntomas de asma pero la espirometría es normal, la búsqueda de la variabilidad del flujo espiratorio máximo (FEM o *peak flow*, que es el flujo máximo generado por una espiración forzada) a lo largo del día durante 1-2 semanas puede resultar útil para establecer el diagnóstico. Clásicamente, el FEM es mínimo al despertar y máximo en la mitad del día. Una variación mayor del 20% entre el FEM medido al despertar, antes de la inhalación de un BDCA, y el de la noche (mejor el de la tarde), medido tras la inhalación del  $\beta_2$ , constituye un elemento favorable al diagnóstico de asma. Es importante comprobar cómo el paciente utiliza su flujómetro y emplear siempre el mismo dispositivo de medida [5].

La presencia de una obstrucción bronquial en un episodio de exacerbación y la mejoría posterior del VEMS son elementos que demuestran la variabilidad de la obstrucción y que pueden apoyar el diagnóstico.

## Otras pruebas

Su objetivo fundamental consiste en descartar un diagnóstico diferencial (Cuadro 1).

En la primera consulta, cuando todavía no se conoce el diagnóstico, se debe realizar obligatoriamente una radiografía de tórax, con el fin de descartar otro diagnóstico. Realizada durante una exacerbación, puede mostrar opacidades transitorias ligadas a tapones mucosos.

Se estima que el 80% de los pacientes asmáticos presenta una alergia asociada [6]. La exposición a los alérgenos favorece la pérdida del control de la enfermedad. Se debe realizar sistemáticamente un estudio alergológico a cualquier paciente asmático de más de 3 años de evolución. Demostrar una sensibilización a un alérgeno resulta interesante para establecer medidas de exclusión o plantear una desensibilización.

La primera etapa del estudio consiste en una anamnesis minuciosa con el fin de detectar una atopía familiar y síntomas respiratorios o sinusales de repetición en un tiempo y lugar determinados. Las pruebas cutáneas constituyen el elemento clave

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757899>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757899>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)