

## Tratamiento ambulatorio del asma bronquial

Wing Ch. Chan Ch.\*

“El tratamiento debe estar basado en el principio primordial de que el asma bronquial es una enfermedad cuyo componente principal es la inflamación y no el espasmo bronquial.”

*Las metas del tratamiento en el asma bronquial son:*

1. Prevenir síntomas crónicos
2. Mantener función pulmonar normal o cercana a lo normal
3. Mantener actividad normal (incluyendo actividad física y ejercicios)
4. Prevenir exacerbaciones y minimizar la necesidad de consultas a urgencia u hospitalizaciones.
5. Utilizar fármacos óptimos y con mínimos efectos adversos.
6. Enseñar a los pacientes y a los familiares las expectativas y satisfacciones de los cuidados del asma bronquial.

*Componentes de una terapia integral para el paciente asmático:*

1. Control ambiental en el hogar y en el trabajo (fumado, ácaros en el polvo casero, polen, animales, moho, antígenos

alimentarios, contaminación ambiental, cambios de temperatura, etc.)

2. Tratamiento farmacológico (corticoesteroides, cromoglicatos, metilxantinas, beta 2 agonistas, modificadores de leucotrienos, inmunosupresores, etc.)
3. Educación al paciente y la familia
4. Inmunoterapia
5. Terapia respiratoria (ejercicios respiratorios)
6. Psicoterapia y terapia ocupacional

Se debe clasificar la severidad del asma para que ésta sea manejada escalonadamente. Para ello es necesario realizar una detallada historia clínica para determinar los síntomas y realizar del pico flujo. Estos se clasifican en:

1. Leve intermitente
2. Leve persistente
3. Moderado persistente
4. Severo persistente

Clasificación de la severidad del asma bronquial (antes de iniciarse el tratamiento)

Severidad	Síntomas	Síntomas nocturnos	Función pulmonar
Severo persistente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas continuos</li> <li>• Limitada actividad física</li> <li>• Exacerbaciones frecuentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VEF<sub>1</sub> o PF ≤ 60% del predicho</li> <li>• PF con variabilidad &gt; 30%</li> </ul>
Moderado persistente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas diarios</li> <li>• Uso diario del Beta2 agonista inhalado</li> <li>• Exacerbaciones que afectan la actividad</li> <li>• Exacerbaciones &gt; 2 veces/semana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;1 vez/ semana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VEF<sub>1</sub> o PF &gt; 60% y &lt;80% del predicho</li> <li>• PF con variabilidad &gt; 30%</li> </ul>
Leve persistente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas &gt; 2 veces /semana, pero &lt; 1 vez/día</li> <li>• Las exacerbaciones pueden afectar las actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 2 veces/ mes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VEF<sub>1</sub> o PF ≥ 80% del predicho</li> <li>• PF con variabilidad 20-30%</li> </ul>
Leve intermitente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas ≤ 2 veces/semana</li> <li>• Asintomático y con picos flujos normales entre las exacerbaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ 2 veces/ mes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VEF<sub>1</sub> o PF ≥ 80% del predicho</li> <li>• PF con variabilidad &lt; 20%</li> </ul>

\* Asistente Especialista en Neumología, Hospital México.

## Tratamiento escalonado del asma de acuerdo a la severidad

Severidad	Tratamiento a largo plazo	Tx alivio rápido
Severo persistente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoesteroides inhalados (dosis altas) +</li> <li>• agonista Beta2 de acción prolongada y/o teofilina o agonista beta2 V.O. +</li> <li>• Corticoesteroides sistémicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• agonista Beta 2 inhalado de acción corta</li> <li>• La intensidad del tx. depende de la severidad de la exacerbación</li> </ul>
Moderado persistente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoesteroides inhalados (dosis intermedias) +</li> <li>• agonista Beta2 de acción prolongada y/o teofilina o agonista beta2 V.O.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• agonista Beta 2 inhalado de acción corta</li> <li>• La intensidad del tx. depende de la severidad de la exacerbación</li> </ul>
Leve persistente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoesteroides inhalados (dosis bajas) ó Cromoglicato sódico o Nedocromil</li> <li>• Teofilina de liberación lenta</li> <li>• Modificadores de los leucotrienos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• agonista Beta 2 inhalado de acción corta</li> <li>• La intensidad del tx. depende de la severidad de la exacerbación</li> </ul>
Leve intermitente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No requiere de medicación diaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• agonista Beta 2 inhalado de acción corta</li> <li>• La intensidad del tx. depende de la severidad de la exacerbación</li> </ul>

Nota: se debe estar revisando periódicamente (cada 6 meses) el tratamiento de acuerdo a los síntomas y la severidad.

## Referencias

1. Boomsma J: The Role of Neuropeptides in asthma. *Chest* 106(Sup): 389S-392S, 1992.
2. Hall F: El futuro del asma. *BMJ (Edición Latinoamericana)* 5: 25-30, 1997.
3. Holgate S: Mediator and cytokine mechanisms in asthma. *Thorax* 48: 103-109, 1993.
4. Holgate S, et al: Leukotriene antagonists and synthesis inhibitors: New directions in asthma therapy. *J Allergy Clin Immunol* 98: 1-13, 1996.
5. Huang S: Molecular modulation of allergic responses. *J Allergy Clin Immunol* 102: 887-92, 1998.
6. National Institutes of Health Global Initiative for Asthma: Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop Report. NIH Publication No. 95-3659A. National Institutes of Health, Bethesda, MD, 1995.
7. Polito A, et al: Epithelial cells as regulators of airway inflammation. *J Allergy Clin Immunol* 102: 714-8, 1998.
8. Recomendaciones SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Barcelona, 1998.
9. Redington A, et al: Airway wall remodeling in asthma. *Thorax* 52: 310-312, 1997.
10. Reed C: The natural history of asthma in adults: the problem of irreversibility. *J Allergy Clin Immunol* 103: 539-47, 1999.
11. Second Expert Panel on the Management of Asthma National Asthma education and Prevention Program: Expert Panel Report II: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. NIH Publication No. 97-451: National Institutes of Health, Bethesda, MD, 1997.
12. Vignola A, et al: Evaluation of apoptosis of eosinophils, macrophages, and T lymphocytes in mucosal biopsy specimens of patients with asthma and chronic bronchitis. *J Allergy Clin Immunol* 103: 563-73, 1999 Reed C: The natural history of asthma in adults: the problem of irreversibility. *J Allergy Clin Immunol* 103: 539-47, 1999.