

# Prevención terciaria Asma aguda

**Carlos Andrés Celis Preciado, MD, MSc.**

**Internista, Neumólogo  
Unidad de Neumología, Departamento de Medicina Interna  
Hospital Universitario San Ignacio**

**Profesor Asistente  
Facultad de Medicina  
Pontificia Universidad Javeriana**

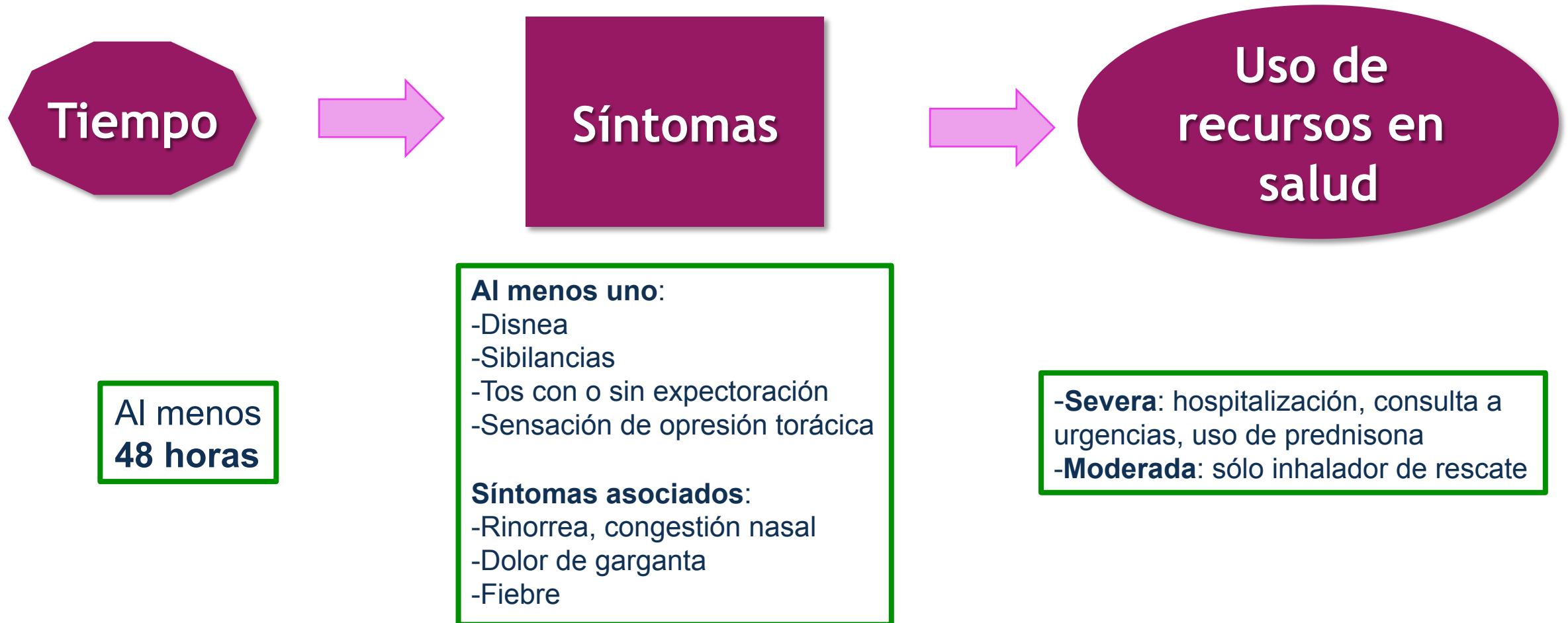
**Bogotá, Colombia**

AstraZeneca

UNIVERSIDAD  
**EL BOSQUE**  
Especialización en  
Medicina Familiar

ASMA  
**CERO**  
TOLERANCIA CERO  
PARA LOS ATAQUES DE ASMA

Evento agudo caracterizado por empeoramiento de los síntomas respiratorios y de la función pulmonar más allá de la variación normal diaria que conlleva a un cambio en la medicación.

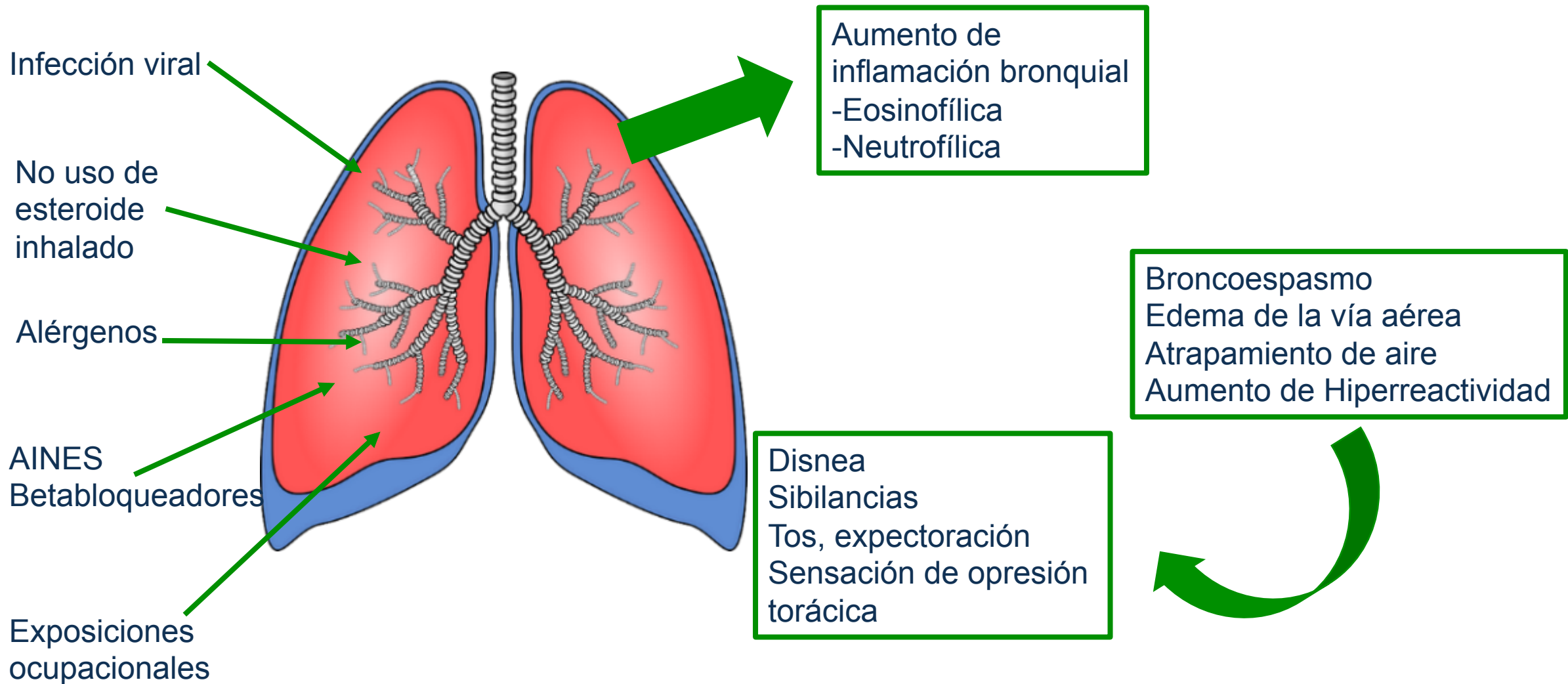


# Factores de Riesgo

- Infección viral (rinovirus)
- No adherencia al tratamiento con esteroide inhalado.
- Errores críticos con el uso del dispositivo.
- Uso de medicamentos: AINES, beta bloqueadores
- Comorbilidades no controladas: apnea del sueño, obesidad, reflujo gastroesofágico, rinitis/sinusitis/pólipos, disfunción de cuerdas vocales, tabaquismo
- Exposiciones a alérgenos conocidos o laborales



# Fisiopatología



# Diagnóstico

- Es clínico, teniendo en cuenta síntomas asociados y siempre descartando otras entidades que pueden simularlos.
- En ocasiones es necesario realizar exámenes con el fin de descartar diagnósticos alternativos como: cuerpo extraño, neumonía, falla cardiaca, neumotórax.
- La pulsoximetría permite evaluar presencia o no de hipoxemia; esta debe confirmarse con gases arteriales.

Paraclínico	Utilidad
Pico flujo	Evaluación inicial de la obstrucción bronquial, PEF menor de 100 L/min indica exacerbación grave. Evaluación de la respuesta al tratamiento. Aumento de 100 L/min o más indica respuesta adecuada
Gases arteriales	Evaluación de severidad de la hipoxemia Presencia de normocapnia o hipercapnia indican exacerbación grave
Radiografía de tórax	Descartar neumonía, neumotórax, falla cardiaca, cuerpo extraño, enfermedad intersticial, vasculitis
Hemograma	Leucocitosis por encima de 13.000 o eosinofilia por encima de 1000 no son frecuentes en la exacerbación
Electrocardiograma	Si sospecha de evento coronario agudo o falla cardiaca

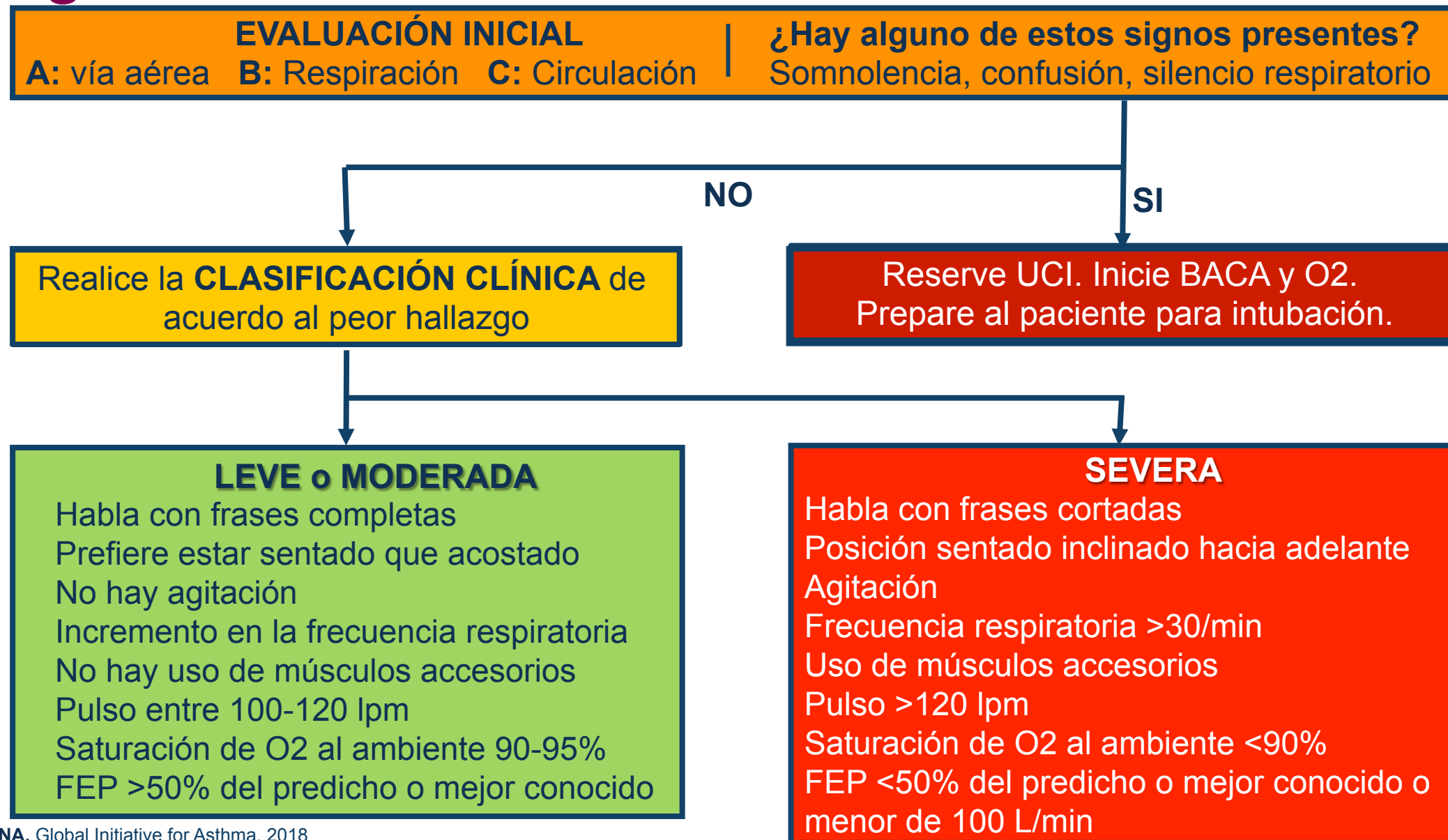
# Factores de Mortalidad en asma aguda

- Antecedente de ventilación no invasiva o intubación/ventilación mecánica (asma casi fatal)
- Hospitalización o consulta a urgencias por asma aguda en los últimos 12 meses
- Uso actual o reciente suspensión de esteroide oral
- No uso actual de esteroide inhalado para el tratamiento del asma
- Sobreuso de salbutamol (más de un cánister por mes)
- Antecedente de enfermedad psiquiátrica
- Antecedente de mala adherencia al tratamiento o al plan de acción
- Antecedente de alergia alimentaria

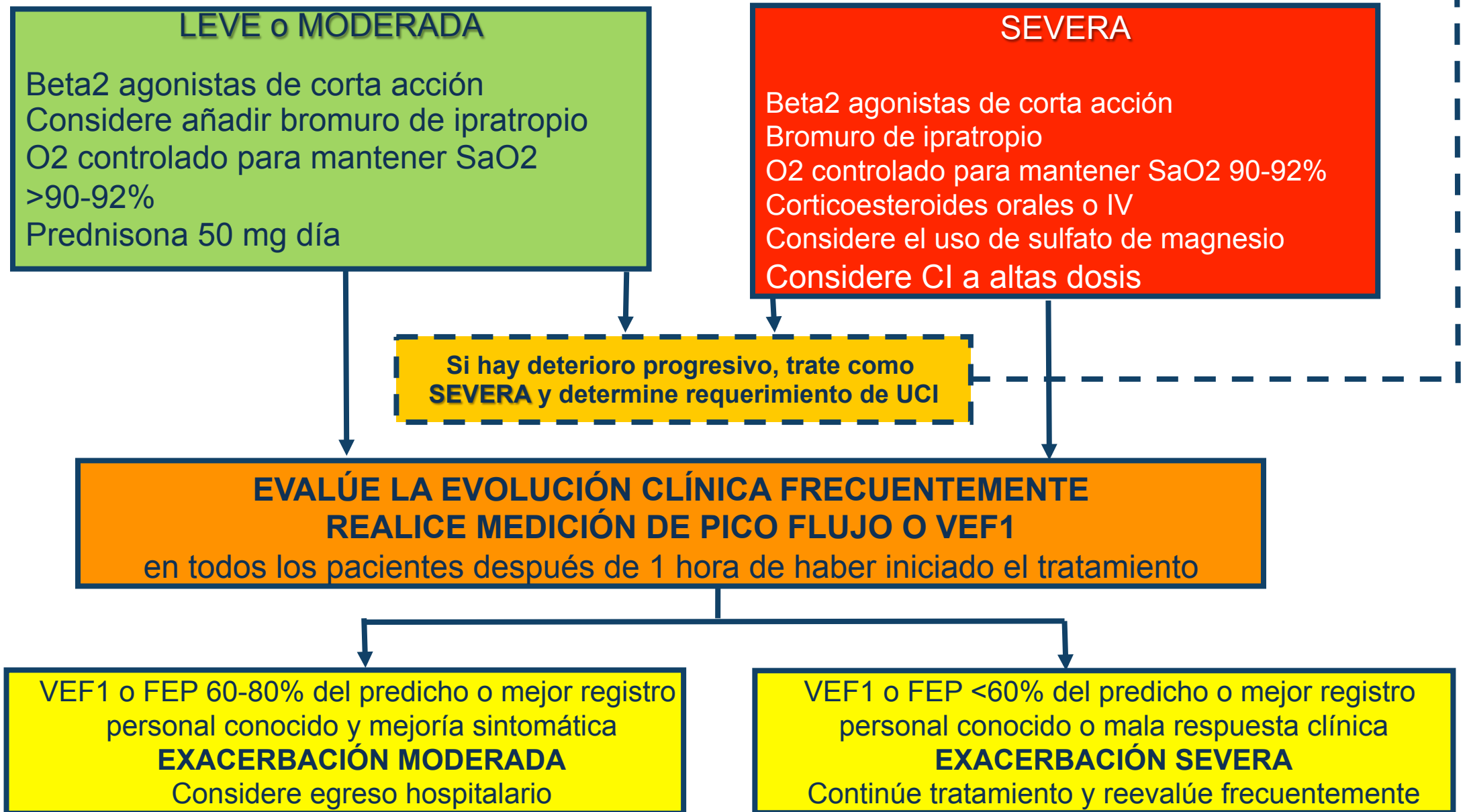


Deben identificarse en todo paciente con asma aguda, Su presencia probablemente categorizaría el episodio como grave y sería indicación de valoración por Neumología.

# Algoritmo de tratamiento







## Corticoide sistémico    rta acción

- Ipratropio: por MNB (hasta 40 gotas en cada una)
- Por MNB (hasta 10 gotas en cada una) o por inhaladores, pues su inicio de acción es rápido.
- DIM + inhalocámara (4-10 disparos cada 20 min la 1ª hora luego cada 2-4 horas durante los primeros 4-6 horas después).
- Inhalador con cámara o con mascarilla (4-10 disparos cada 20 min la 1ª hora luego cada 2-4 horas).
- Dosis oral 15-20 mg de prednisona o 1 mg/kg/día (hasta 1 mg/kg/día en asma grave).
- Asociado a salbutamol disminuye hospitalización (OR 0.62 IC 95% 0.44-0.88) y mejora PEF y VEF1 (OR 0.14 L IC 95% 0.04-0.24).
- Vigilar posibilidad de hipocalcemia, hipomagnesemia.
- En asma aguda o grave también se recomienda la administración continua. (OR 0.4 IC 95% 0.21-0.78 – NNT 8).
- Acelera la resolución de la crisis y previene recurrencia.
- NO se recomienda administración parenteral excepto por imposibilidad para la vía oral o en pacientes que vayan a ser dados de alta y se sospecha inadecuada adherencia o tolerancia a la VO.

# Metilxantinas

- Inician si el sujeto no venía siendo tratado o continuarlo si lo venía usando.
- Puede usarse cualquier medicamento en dosis usuales: beclometasona (2 inh cada 12 horas), budesonida, fluticasona, mometasona o ciclesonida.
- **NO** se recomienda el empleo de teofilina o de aminofilina.
- Estrategia más importante para disminuir el riesgo de recurrencia de la exacerbación a largo plazo.
- Considerar de forma temprana cuando no hay respuesta con el tratamiento inicial. **NO** disminuye la necesidad de intubación o de ventilación mecánica.
- En dosis mucho más altas que las empleadas en inhalador y en nebulización:
  - Budesonida más 2 efectos adversos
  - Dosis única de 2 gr en infusión continua durante 20 minutos.
  - Nebulización más 2 efectos adversos
- En exacerbaciones graves puede reducir el número de ingresos hospitalarios (OR 0.54; IC95% 0.16-1.81) y mejora la supervivencia (OR 0.42; IC95% 0.24-0.74).
- **NO** reduce la estancia hospitalaria (OR 0.75; IC95% 0.6-0.92).
- Mecanismo de acción: no genérico: disminución de la edema de la mucosa bronquial.

# Plan de acción en asma

## Todos los pacientes deben tener un plan de acción escrito para el asma

- El objetivo es mostrar al paciente cómo reconocer y responder al empeoramiento del asma.
- Debe ser individualizado para los medicamentos del paciente, el nivel de control del asma y el nivel de alfabetización.
- Puede hacerse según los síntomas y/o el mejor PEF del paciente.

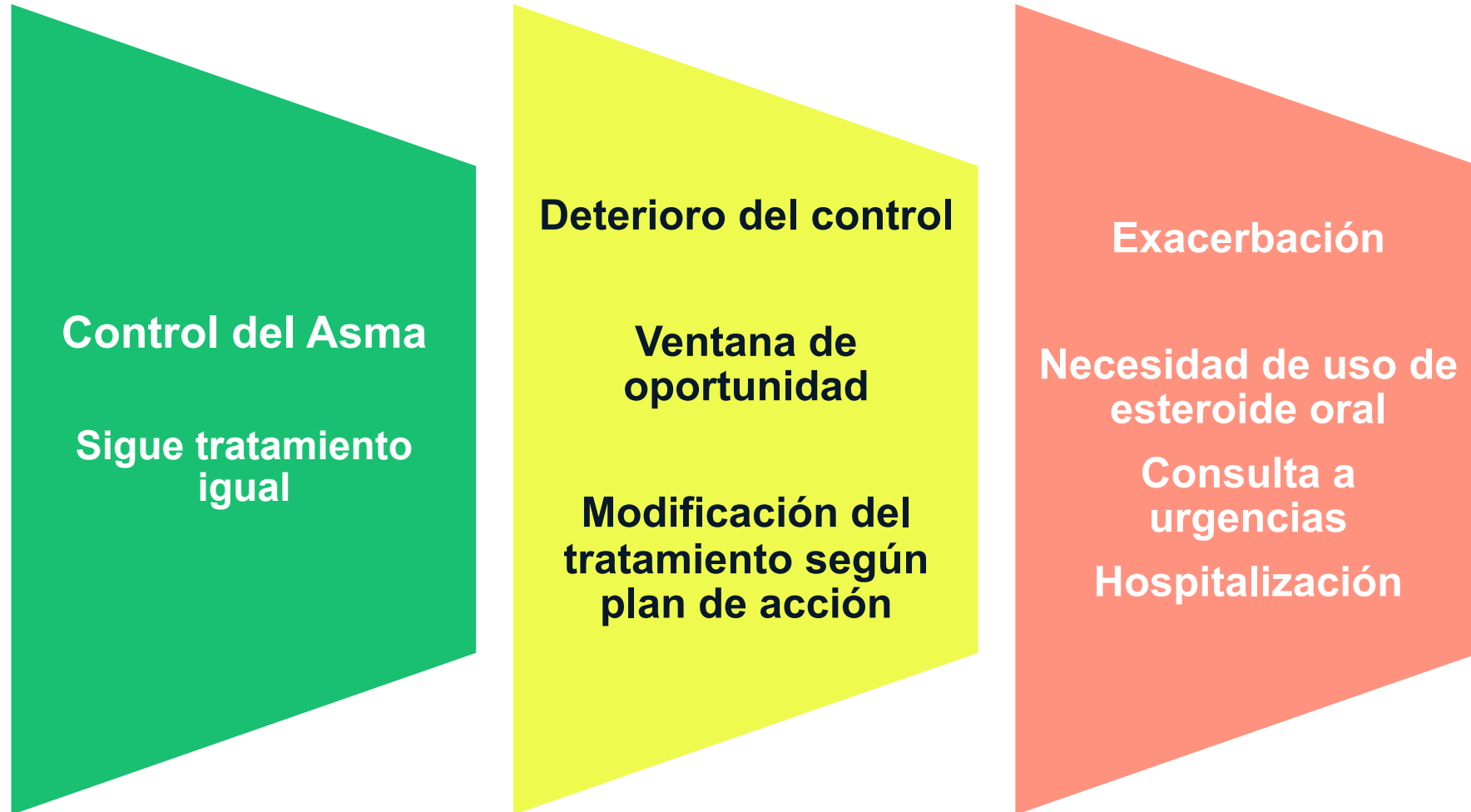
## El plan de acción debe incluir:

- Los medicamentos habituales para el asma del paciente.
- Cuándo y cómo aumentar el medicamento aliviador y el controlador (ZONA AMARILLA)
- Cómo acceder a la atención médica si los síntomas no responden.

## ¿Por qué?

- Cuando se combinan con el autocuidado y la revisión médica periódica, los planes de acción son altamente efectivos para reducir el riesgo de exacerbaciones.

# Zona amarilla en asma



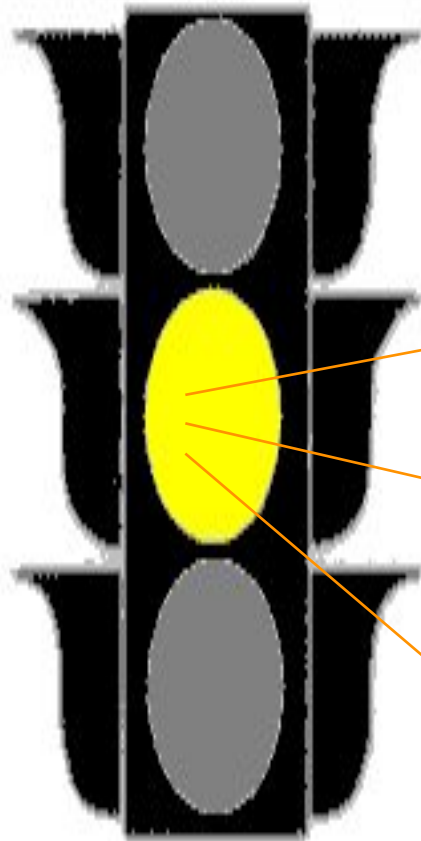


# Zona amarilla en asma

**Pérdida aguda del control del asma:** al menos uno de los siguientes:

- Aumento de síntomas de asma (>2 veces/día o no mejoran o recurren tras rescate <4 horas).
- Aumento en el empleo de rescate: 1-4 disparos al día
- PEF <80% personal o disminución  $\geq 15\%$
- Presencia síntomas nocturnos: 1-3 días
- Infección respiratoria superior, si pérdida de control previa asociada

# Zona amarilla en asma



Aumento del aliviador: 2-4 inh/4-6 horas.  
Contacto si más de 12 al día.

1-Cuadruplicar dosis de esteroide inhalado

2- Empleo de CI/BACA según síntomas

3- Empleo de CI/formoterol (MART)

**Evidencia A**

# Prevención de exacerbaciones de Asma

- **Uso de esteroide inhalado permanente tras la exacerbación.**
- Educación en asma y plan de acción personalizado (zona amarilla).
- Control médico a los 15 días tras la exacerbación.
- Vacunas influenza y neumococo.
- Evaluación y control de adherencia y comorbilidades.