

XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia

GRA  
NA  
DA 2016  
26-28 MAYO



SEMG  
Sociedad Española de Médicos  
Generales y de Familia

# Caso clínico Asma

## ( Huyendo de la inercia hacia la adhesión terapéutica )

**Dr: J.Valero**  
**C.S.Betera (Valencia)**  
**Grupo Respiratorio SEMG**



# Estructura del caso clinico

- Cosas que sabemos y debemos aplicar:
  - Valorar el grado de control:
    - Espirometria.
    - Peck Flow.
    - Test de control: ACT/ACQ.
  - Valorar Adhesion Terapeutica.
  - Disminuir la dosis de C.I. siempre que podamos.
  - Informacion verbal y Plan de acción escrito.
  - Vacunacion.

# María

- **50 años. Profesora.**
- **Diagnosticada de asma en la infancia.**
- **Realiza autocontrol en su domicilio.**

# Motivo de consulta

- **Acude a la consulta para repetición de recetas y visita programada de revisión de su asma con espirometria realizada .**

# Antecedentes personales

- **Asma bronquial en madre y abuela materna.**
- **Ex-fumadora.**
- **Sin alergias conocidas.**

# Antecedentes patológicos

- **Diagnosticada de asma en la infancia.**
- **El año anterior tuvo 2 exacerbaciones con un 1 ingreso hospitalario y fue etiquetada de Asma grave.**
- **Actualmente asintomática desde la última revisión hace 6 meses.**
- **HTA (2010 ).**

# Exploración física

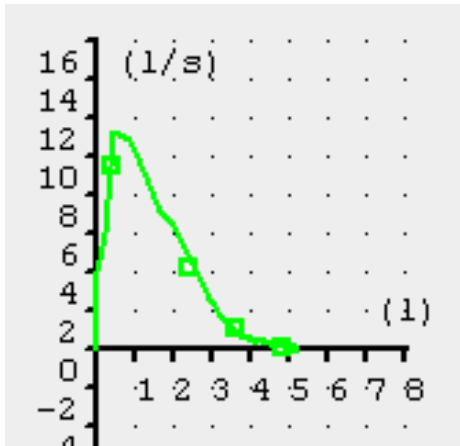
- **T.A.140/80 mm Hg.**
- **FC: 72 px'.**
- **FR: 18 rx'.**
- **Afebril**
- **Sat O2 : 97%**
- **Auscultación pulmonar: nhp.**
- **Auscultación cardiaca: nhp.**
- **Abdomen: anodino.**
- **Extremidades inferiores: no edemas, ni signos de trombosis.**



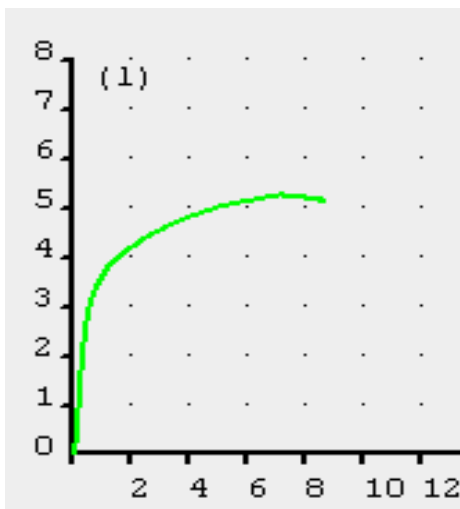
# Exploraciones complementarias

- **Analítica : Recuento /Formula y Bioquímica normales .**
- **IgE normal.**
- **Rx Torax: Discreta hiperinsuflacion.**
- **ECG: normal.**
- **PEF máximo 82%, PEF minimo 66%.Ultimas 4 semanas ( < 20% ).**
- **Espirometria\* : Patron espirometrico normal con PPB -.**

# Espirometría normal



	PARAMETRO		OBS	REF	(%)
1	Mejor FVC	(l)	5.25	4.88	108
2	Mejor FEV1	(l)	3.81	3.60	106
3	FVC	(l)	5.25	4.88	108
5	FEV1	(l)	3.81	3.60	106
8	FEV1/FVC	(%)	72.51	74.36	98
11	PEF	(l/s)	11.16	9.44	118
15	FEF25%-75%	(l/s)	2.48	3.12	79
18	FET100%	(s)	6.24		



# ¿Cuándo realizar espirometria?

- 1) Al iniciar el diagnóstico.
- 2) A los 3 – 6 meses del Tt de mantenimiento.
- 3) Anualmente.
- 4) Todas.

# ¿Cuándo realizar espirometría?

- **Al inicio del diagnóstico**
- **3-6 meses después de iniciar el tratamiento controlador**
- **Después con periodicidad (no especificada)**



# Si la espirometria y PPB son normales?

- **1) El dg de Asma anterior es incorrecto .**
- **2) Podemos estar ante un paciente Epoc puesto que la PPB es negativa?**
- **3) En periodos de normalidad los pacientes asmáticos pueden tener valores espirometricos normales .**
- **4) La espirometria no es diagnostica y deberíamos medir la IgE.**

## Si la espirometria y PPB son normales?

- 1) El dg de Asma anterior es incorrecto .
- 2) Podemos estar ante un paciente Epoc puesto que la PPB es negativa?
- 3) En periodos de normalidad los pacientes asmáticos pueden tener valores espirometricos normales .
- 4) La espirometria no es diagnostica y deberíamos medir la IgE.





# Asthma control test (ACT)

1 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo le ha impedido el asma completar sus actividades habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

PUNTUACIÓN

- 1 Siempre 2 Casi siempre 3 A veces 4 Pocas veces 5 Nunca

2 Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha notado que le faltaba el aire?

PUNTUACIÓN

- 1 Más de una vez al día 2 Una vez al día 3 De 3 a 6 veces por semana 4 Una o dos veces por semana 5 Nunca

3 Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le han despertado por la noche o más temprano de lo habitual por la mañana sus síntomas de asma (sibilancias / pitidos, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor)?

PUNTUACIÓN

- 1 4 noches o más por semana 2 De 2 a 3 noches por semana 3 Una vez por semana 4 Una o dos veces 5 Nunca

4 Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha utilizado su inhalador de rescate (por ej., Salbutamol, Ventolin®, Terbasmin®)?

PUNTUACIÓN

- 1 3 veces o más al día 2 1 ó 2 veces al día 3 2 ó 3 veces por semana 4 Una vez por semana o menos 5 Nunca

5 ¿Hasta qué punto diría que su asma ha estado controlada durante las últimas 4 semanas?

PUNTUACIÓN

- 1 Nada controlada 2 Mal controlada 3 Algo controlada 4 Bien controlada 5 Totalmente controlada

22 PUNTOS



# Asthma control test: Puntuacion

- 1) Esta bien controlada.**
- 2) Esta parcialmente controlada.**
- 3) Esta mal controlada .**
- 4) ACT no es un test de control.**

# Asthma control test

5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Completamente controlada	Bien controlada	Algo controlada	Mal controlada	No controlada, en absoluto
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="background-color: red; color: white; padding: 5px 10px; font-weight: bold; font-size: 24px; margin-right: 10px;">5</span> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ▼ <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ▼ <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ▼ <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ▼ <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ▼ <input type="checkbox"/> </div> <span style="background-color: red; color: white; padding: 5px 10px; font-weight: bold; font-size: 24px; margin-left: 10px;">1</span> </div>

Si marcó alguna de las respuestas en azul, puede ser que su asma no esté bien controlada. Asegúrese de hablar con un profesional de la salud sobre su plan de tratamiento del asma.

Prueba de control del asma es una marca registrada y marca de QualityMetric Incorporated, 2002.

**20-25: Control total**

19-16: parcialmente controlada

15 o menos: Mal control

**Tabla 2.10. Clasificación del control del asma en adultos**

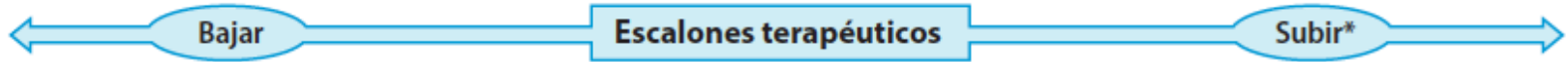
	<b>BIEN controlada</b> (Todos los siguientes)	<b>PARCIALMENTE controlada</b> (Cualquier medida en cualquier semana)	<b>MAL controlada</b>
<b>Síntomas diurnos</b>	Ninguno o $\leq 2$ veces a la semana	$> 2$ veces a la semana	Si $\geq 3$ características de asma parcialmente controlada
<b>Limitación de actividades</b>	Ninguna	Cualquiera	
<b>Síntomas nocturnos/ despertares</b>	Ninguno	Cualquiera	
<b>Necesidad medicación de alivio (rescate) (SABA)</b>	Ninguna o $\leq 2$ veces a la semana	$> 2$ veces a la semana	
<b>Función pulmonar</b> - FEV <sub>1</sub> - PEF	$> 80$ % del valor teórico $> 80$ % del mejor valor personal	$< 80$ % del valor teórico $< 80$ % del mejor valor personal	
<b>Exacerbaciones</b>	Ninguna	$\geq 1$ /año	$\geq 1$ en cualquier semana

FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; SABA: agonista  $\beta_2$ -adrenérgico de acción corta

# Tratamiento actual

- **Fluticasona /Formoterol 250/10 2 inh /12 h , con cartucho presurizado (cámara de inhalación) desde hace 6 meses.( Flutiform ).**
- **Olmesartan 40 mgr/d.**

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO



TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

	Escalón 1	Escalón 2	Escalón 3	Escalón 4	Escalón 5	Escalón 6
<b>De elección</b>		GCI a dosis bajas	GCI a dosis bajas + LABA	GCI a dosis medias + LABA	GCI a dosis altas + LABA	GCI a dosis altas + LABA + tiotropio o ARLT o teofilina
<b>Otras opciones</b>		ARLT	GCI a dosis bajas + ARLT	GCI a dosis medias + ARLT	Si mal control añadir: - Tiotropio y/o - ARLT y/o - Teofilina  Si persiste mal control considerar tratamiento por fenotipos: - Omalizumab: asma alérgica - Azitromicina: asma neutrofilica - Reducción ponderal: obesidad	Si persiste mal control considerar: - Termoplastia y/o - Triamcinolona IM o Glucocorticoides VO
<b>A demanda</b>	SABA		SABA o GCI a dosis bajas + formoterol			

INTERMITENTE

Persistente LEVE

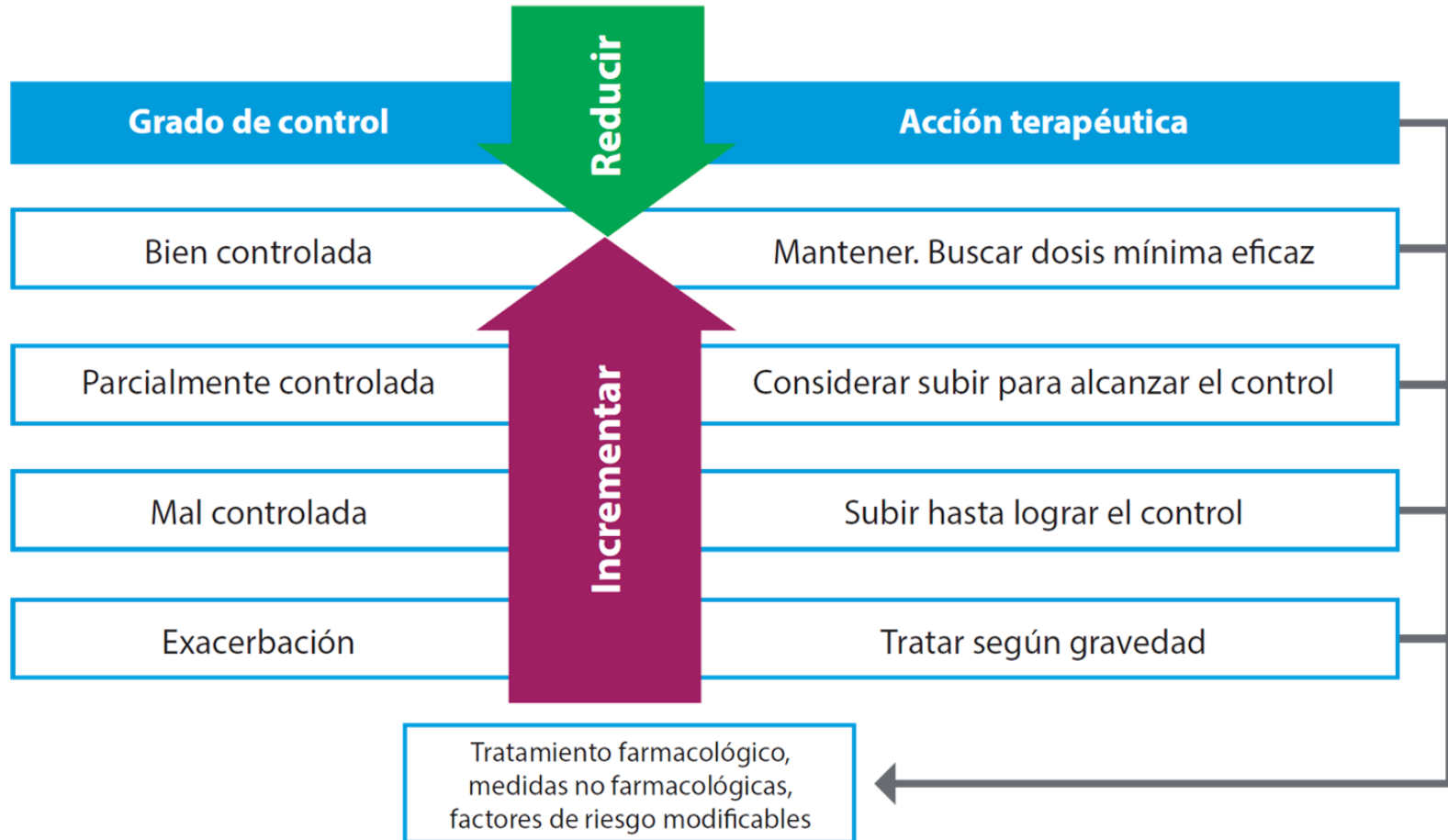
Persistente MODERADA

Persistente GRAVE

Educación, control ambiental, tratamiento de la rinitis y otras comorbilidades

Considerar inmunoterapia con alérgenos

## Tratamiento escalonado



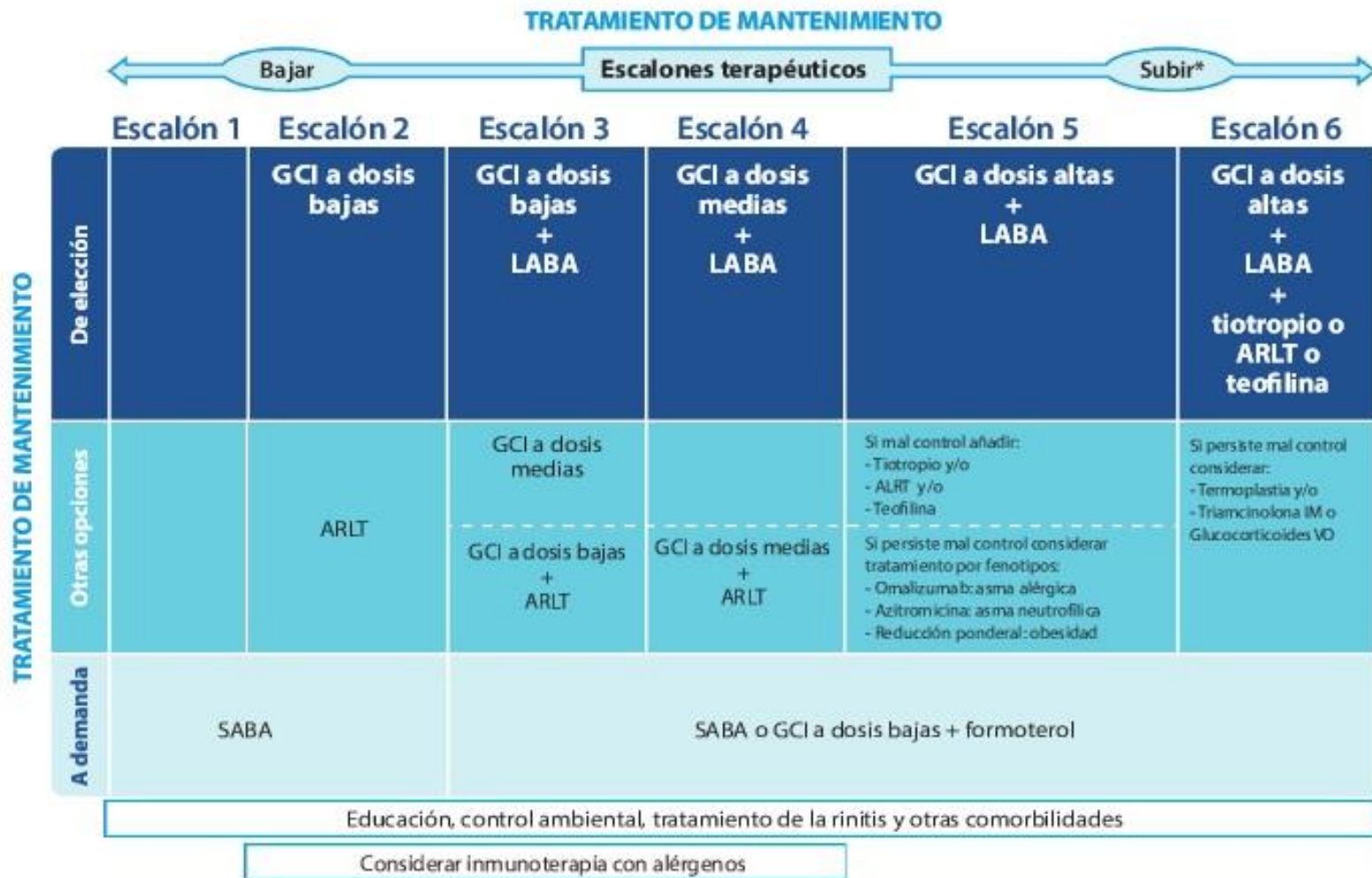
# ¿Que tratamiento prescribimos?

- 1) ¿Seguimos con el mismo tratamiento, puesto que esta controlada ?
- 2) Disminuimos escalon de tratamiento ?
  - Fluticasona /Formoterol 125/5 2 inh/12 h \*.
- 3) Añadimos Antimuscarinicos?
- 4) Añadimos Corticoides orales?

# ¿Que tratamiento prescribimos?

- 1) ¿Seguimos con el mismo tratamiento, puesto que esta controlada ?
- 2) Disminuimos escalon de tratamiento ?
  - Fluticasona /Formoterol 125/5 2 inh/12 h \*.
- 3) Añadimos Antimuscarinicos?
- 4) Añadimos Corticoides orales?





\*tras confirmar la correcta adhesión terapéutica y empleo del inhalador/es

**Figura 3.2. Escalones terapéuticos del tratamiento de mantenimiento del asma del adulto.**

ARLT: Antagonista de los receptores de los leucotrienos; GCI: Glucocorticoide inhalado, LABA: Agonista  $\beta_2$ -adrenérgico de acción larga; SABA: Agonista  $\beta_2$ -adrenérgico de acción corta.

**Tabla 3.3. Dosis equipotentes de los glucocorticoides inhalados**

	Dosis baja ( $\mu\text{g}/\text{día}$ )	Dosis media ( $\mu\text{g}/\text{día}$ )	Dosis alta ( $\mu\text{g}/\text{día}$ )
Beclometasona dipropionato	200-500	501-1.000	1.001-2.000
Beclometasona extrafina	100-200	201-400	> 400
Budesónida	200-400	401-800	801-1.600
Ciclesonida	80-160	161-320	321-1.280
Fluticasona furoato	-	92	184
Fluticasona propionato	100-250	251-500	501-1.000
Mometasona furoato	100-200	201-400	401-800

**Tabla 3.2. Características de los agonistas  $\beta_2$ -adrenérgicos inhalados**

Fármaco	Cantidad por inhalación ( $\mu\text{g}$ )		Tiempo del efecto (min)		
	Inhalador presurizado	Polvo seco	Inicio	Máximo	Duración
<b>Acción corta</b>					
Salbutamol	100	100	3-5	60-90	180-360
Terbutalina	-	500	3-5	60-90	180-360
<b>Acción larga</b>					
Formoterol	12	4,5 – 9 – 12	3-5	60-90	660-720
Salmeterol	25	50	20-45	120-240	660-720
Vilanterol	-	22	3-5	-	1.440

# Plan de actuación

- **Se realizó un programa básico de educación de asma:**
  - **Revisión de la técnica de inhalación.**
  - **Conducta adecuada de evitación de alérgenos.**
  - **Adhesión terapéutica\* .**
  - **Plan de acción por escrito\* .**

# Test de Adhesion Terapeutica

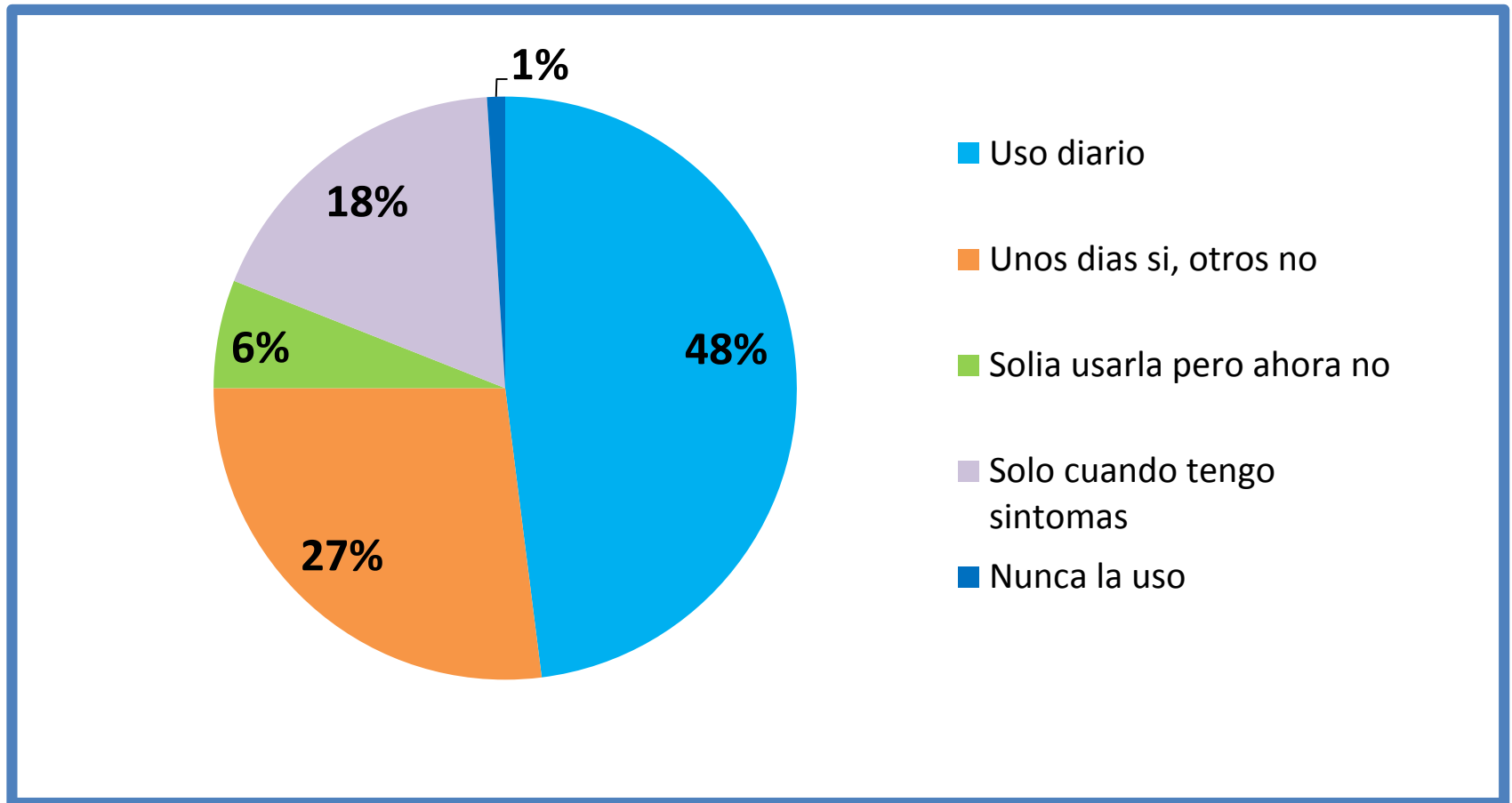
## Test de Haynes – Sackett:

- **La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar la medicacion ¿tiene usted dificultad en tomar la suya ?**
  1. Uno de los mas sencillos para utilizar en A.P.
  2. Alto VPP y aceptable Especificidad si el paciente es incumplidor.
  3. Bajo VPN si el paciente miente y escasa sensibilidad
  4. Sobreestima el cumplimiento.
  5. Duracion 3 – 5 minutos .

# Corticofofobia



# Uso de la medicación inhalada





**Tabla 3.6. Plan de acción en asma**

**I. TRATAMIENTO HABITUAL**

- 1.- Tomar diariamente \_\_\_\_\_
- 2.- Antes del ejercicio tome \_\_\_\_\_

**II. CUÁNDO DEBE INCREMENTAR SU TRATAMIENTO**

**1. Valoración del grado de control de su asma**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| ¿Tiene más de dos veces al día síntomas de asma?                          | No | Sí |
| ¿Su actividad o ejercicio físico se encuentra limitado por el asma?       | No | Sí |
| ¿Le despierta el asma por la noche?                                       | No | Sí |
| ¿Necesita tomar su broncodilatador más de dos veces al día?               | No | Sí |
| ¿Si utiliza su medidor de flujo (PEF), los valores son inferiores a ____? | No | Sí |
- Si ha respondido Sí en tres o más de la preguntas, su asma no se encuentra bien controlada y es necesario aumentar su tratamiento habitual

**2. Cómo se incrementa el tratamiento**

Aumente su tratamiento de la manera siguiente y valore su mejora diariamente:

\_\_\_\_\_ (escriba el aumento del nuevo tratamiento)

Mantenga este tratamiento durante \_\_\_\_\_ días (especifique el número).

**3. Cuándo debe pedir ayuda al médico/hospital**

Llame a su médico/Hospital \_\_\_\_\_ (dar los números de teléfono)

Si su asma no mejora en \_\_\_\_\_ días (especificar el número)

\_\_\_\_\_ (líneas de instrucciones complementarias)

**4. EMERGENCIA: pérdida grave del control de su asma**

Si tiene intensos ataques de ahogo y sólo puede hablar con frases cortas.

Si tiene intensos y graves ataques de asma.

Si tiene que utilizar su broncodilatador de rescate o alivio cada 4 horas y no mejora.

1. Tome de 2 a 4 pulsaciones \_\_\_\_\_ (broncodilatador de rescate)
2. Tome \_\_\_ mg de \_\_\_\_\_ (glucocorticoides por vía oral)
3. Solicite ayuda médica: acuda \_\_\_\_\_; Dirección \_\_\_\_\_  
Llame al teléfono \_\_\_\_\_
4. Continúe usando su \_\_\_\_\_ (broncodilatador de rescate)  
hasta que consiga la ayuda médica



# ¿ Estaría indicada la vacunación antineumococica en esta paciente?

- **1) No porque no es una paciente EPOC.**
- **2) No porque no tiene > 65 años .**
- **3) Si porque padece una enfermedad respiratoria crónica .**
- **4) No porque no esta inmunodeprimida.**

# ¿ Estaría indicada la vacunación antineumococica en esta paciente?

- 1) No porque no es una paciente EPOC.
- 2) No porque no tiene > 65 años .
- 3) Si porque padece una enfermedad respiratoria crónica .
- 4) No porque no esta inmunodeprimida.

# Control

- **La paciente acudió a visita de control a las cuatro semanas. Seguía asintomática.**
- **Afirmaba haber seguido correctamente la dosis de mantenimiento instaurada, habiendo requerido el uso de medicación de rescate en una ocasión .**
- **Además, manifestó que la mencionada forma de tratar su asma resultaba muy cómoda, sencilla de seguir y que se adaptaba mucho mejor a su situación cuando precisamente empezaban a aparecer los síntomas.**

# Resumen

- **Se trataba de una paciente, con diagnóstico de asma desde la infancia.**
- **Asintomática en los últimos 6 meses en tt con Flutiform 250/10 2 inh /12h.**
- **La espirometría , el PEF y ACT constataron el buen control actual de nuestra paciente.**
- **A pesar de disminuir el tt a Flutiform 125/5 2 inh/12h → Asintomática.**
- **DEBEMOS DE HUIR DE LA INERCIA Y BUSCAR LA ADHESION TERAPEUTICA DE NUESTROS PACIENTES.**

# GRACIAS POR VUESTRA ATENCION



**GRANA  
DA**  
2016  
20-25 MAYO

**XXIII**  
*Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia*



# Fundamentos de la entrevista motivacional

1. Trabajar desde la **empatía**.
2. Crear la **discrepancia**.
3. Evitar la **confrontación**.
4. Inclinar la **ambivalencia**: Darle un giro a la **resistencia**
5. Fomentar la **autoeficacia**.

<sup>1</sup> Rollnick S, Miller WR. ¿Qué es la entrevista motivacional? RET. 1996;6

<sup>2</sup> Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas .Paidós; 1999.248 p.

**GRANA  
DA**  
2016  
20-25 MAYO

**XXIII**  
*Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia*



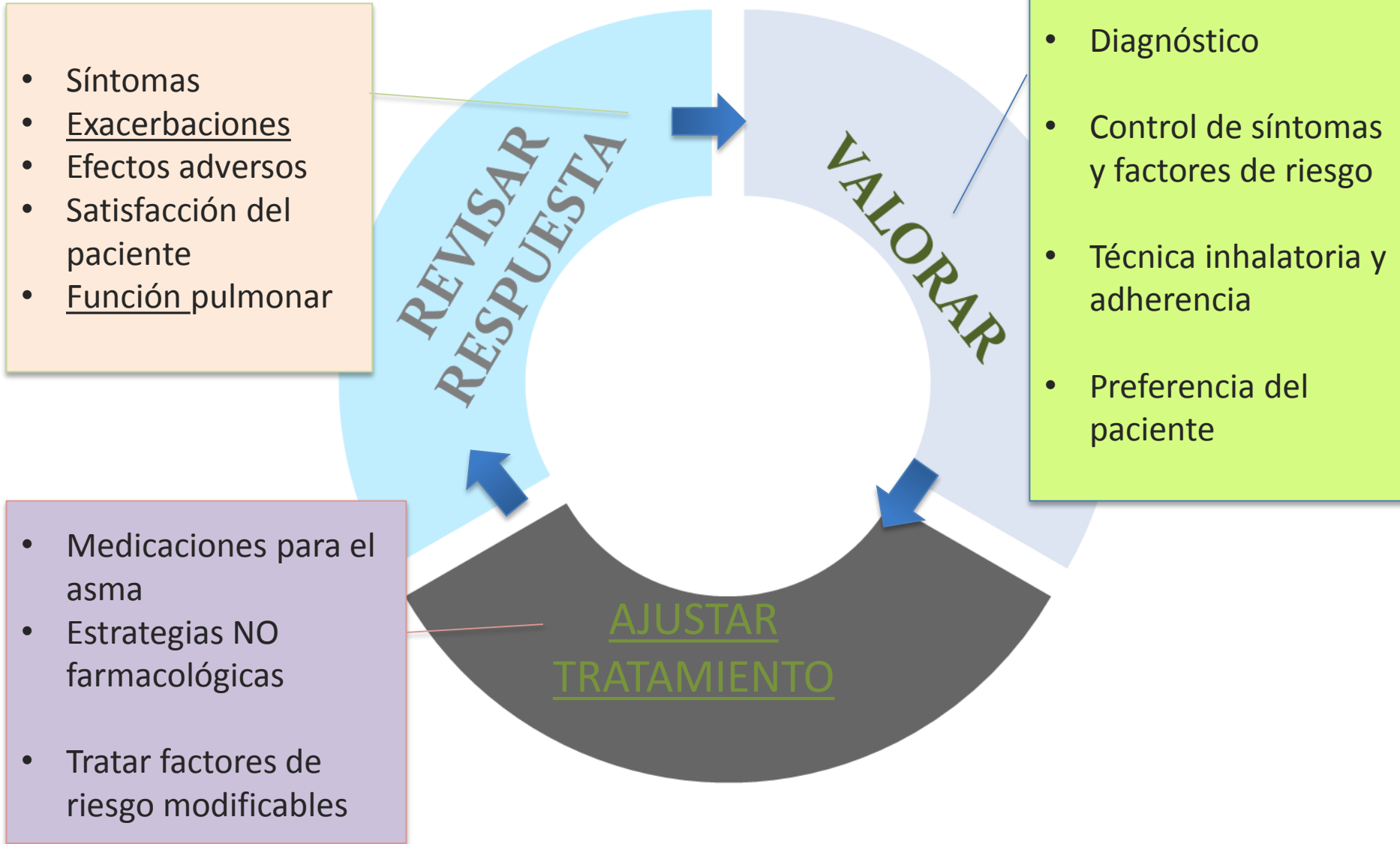


**GRANA  
DA** 2016  
20-25 MAYO

XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia



# Manejo del asma según el control: ciclo continuado de evaluación, ajuste de tratamiento y respuesta



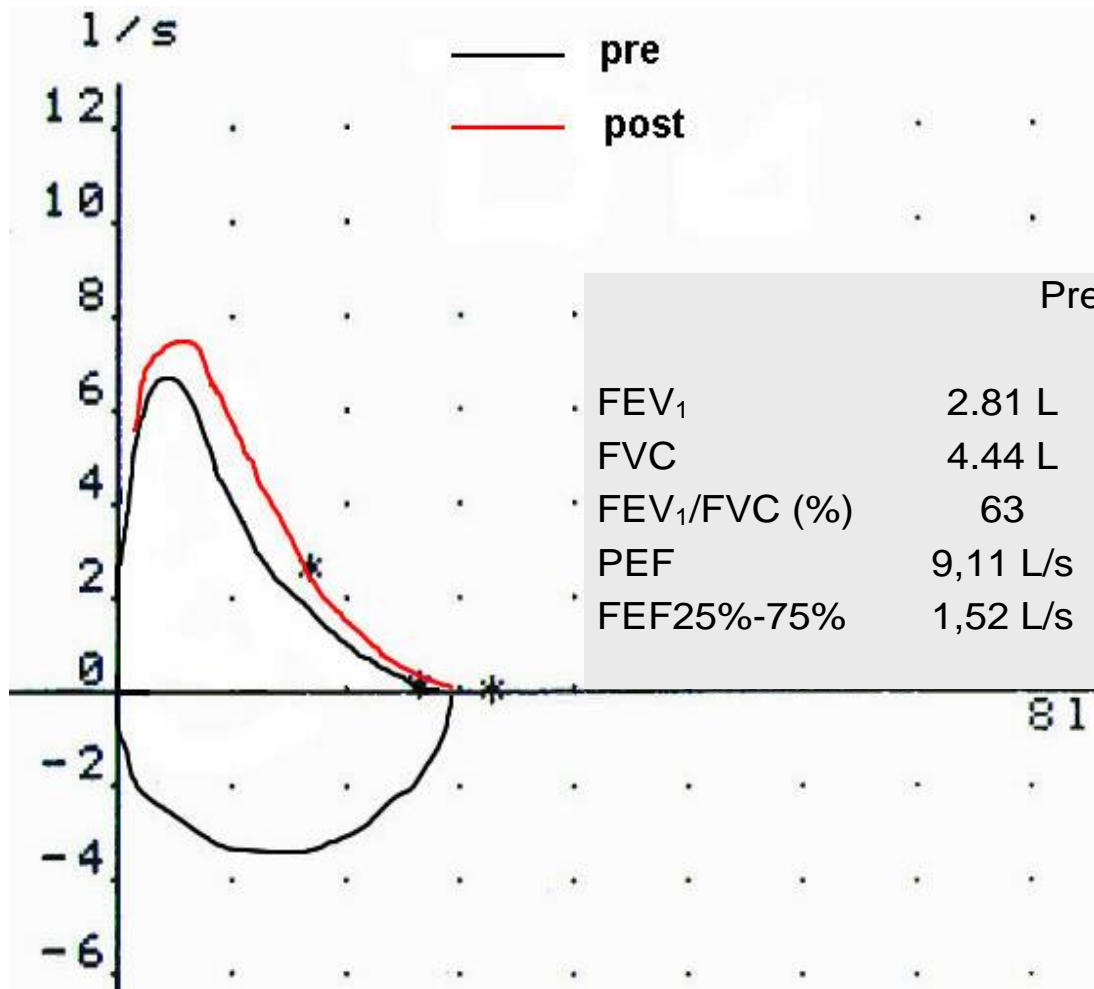
## ¿Qué tratamiento iniciaría?

1. Paracetamol.
2. Doblar las dosis de Fluticasona/ Formoterol .
3. Añadir tiotropio.
4. Añadir un antibiótico.
5. Añadir prednisona v.o.
6. Añadir un antileucotrieno.

## ¿Qué exploración realizaría?

1. Phadiatop®
2. ECG
3. Óxido nítrico *en aire espirado*
4. Rx tórax
5. Espirometría
6. Prick-test

# Espirometría



	Pre BD		post BD	
		% v. ref.		% Dif.
FEV <sub>1</sub>	2.81 L	76	3.41L	19.3
FVC	4.44 L	96	4.61L	3.8
FEV <sub>1</sub> /FVC (%)	63		74	
PEF	9,11 L/s			
FEF25%-75%	1,52 L/s	40		

**GRANA  
DA** 2016  
20-25 MAYO

XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia



# ¿Qué hacemos, subimos escalón de tratamiento?



# ¿Qué le preguntamos?

## Evolución-3 Control

La paciente acudió a visita de control a las cuatro semanas. Refería una clara mejoría clínica con disminución de los síntomas y desaparición de los sibilantes nocturnos.

Afirmaba haber seguido correctamente la dosis de mantenimiento instaurada, habiendo requerido el uso del inhalador, a demanda, una media de 2-3 veces/semana.

Además, manifestó que la mencionada forma de tratar su asma resultaba muy cómoda, sencilla de seguir y que se adaptaba mucho mejor a su situación cuando precisamente empezaban a aparecer los síntomas.



## Resumen

- Tras una magnífica respuesta inicial al tratamiento, la falta de control clínico y de inflamación bronquial posterior confirma la naturaleza grave del asma.
- La instauración de un tratamiento combinado de budesónida y formoterol administrada siguiendo una estrategia de tratamiento de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas (terapia SMART\*) de la paciente, constituyó la estrategia más adecuada para esta paciente.

\* SMART (Symbicort Maintenance and Reliever Therapy): terapia de mantenimiento y a demanda para el alivio de los síntomas con Symbicort®