

XXIX REUNIÓN ALERGONORTE

**Manejo terapéutico
Asma difícil control**

Ramón Agüero Balbín
- Hospital Valdecilla -



AlergoNorte

Solares 22 y 23 de Mayo de 2009

Pasos diagnósticos



1. Descartar ADC "falso"
2. Control con tt^o para "asma grave"
3. Diagnóstico de ADC "verdadero"

ADC "falso"

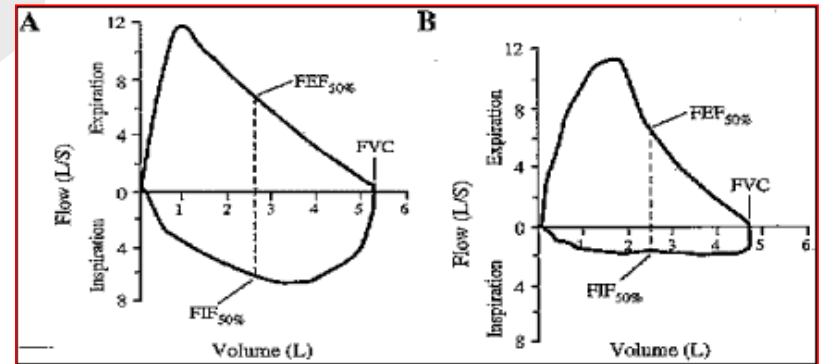
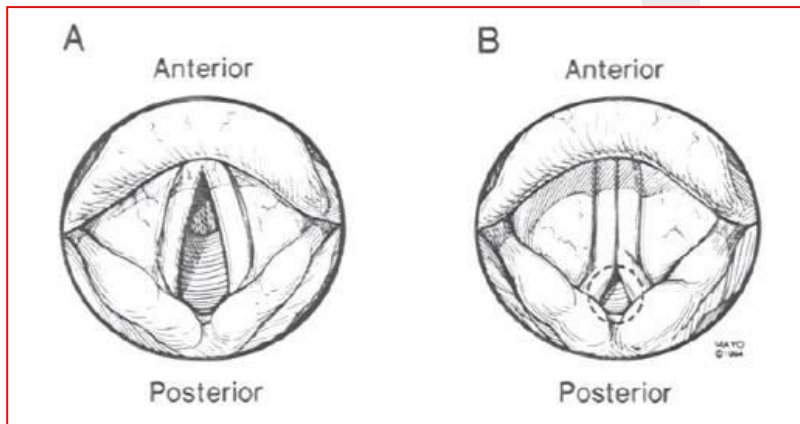


- ✚ Diagnóstico de asma no correcto
- ✚ Asma más enfermedades diferentes con síntomas semejantes
- ✚ Factores agravantes no controlados
- ✚ Incumplimiento terapéutico

Asma: diagnóstico incorrecto

- **Otras enfermedades respiratorias:**
 - A.A.E.
 - N.E.C.
 - T.E.P.
 - Churg-Strauss
 - Fibrosis quística
 - A.B.P.A.
 - Bronquiectasias
- **Otras enfermedades no respiratorias:**
 - I.C. izda
- **Pseudo-asma (obstrucción vía aérea superior):**
 - Disfunción cuerdas vocales
 - Tumores laringo-traqueales
 - Cuerpos extraños inhalados
 - Bronquiolitis obstructivas
 - Traqueomalacia
 - Malformaciones traqueo-bronquiales

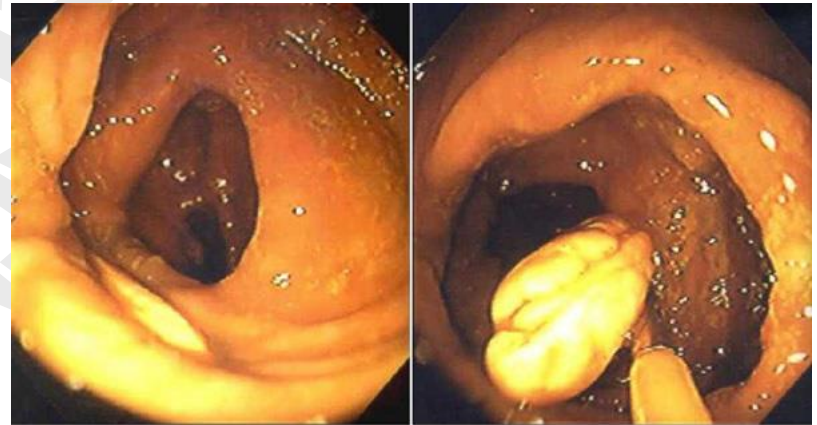
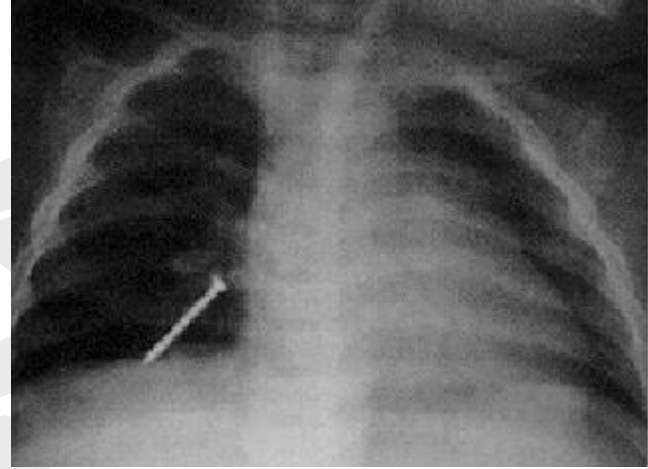
Disfunción cuerdas vocales



Tumores traqueo-bronquiales



Cuerpos extraños



Asma + "otras enfermedades"

- Obstrucción vía aérea superior
- Bronquiectasias
- Ansiedad - hiperventilación
- Hipertiroidismo
- Rino-sinupatía*
- Reflujo gastro-esofágico*

"Sibilancias" en niños

- **Anomalías congénitas laríngeas:**
 - Laringomalacia
 - Parálisis C.V.
- **Obstrucción grandes bronquios:**
 - Traqueomalacia; broncomalacia
 - Estenosis traqueal
 - Cuerpo extraño
 - Adenopatías y tumores
- **Obstrucción pequeñas vías:**
 - Bronquiolitis viral / obliterante
 - Fibrosis quística
 - Displasia bronco-pulmonar
 - Discinesia ciliar primaria
 - Cardiopatías
- **Reflujo gastro-esofágico**
- **Síndromes aspirativos**

Factores agravantes

- Exposición permanente a alérgeno
- Asma ocupacional
- Factores alimentarios (aditivos, etc.)
- Fármacos desencadenantes de asma:
 - Betabloqueantes, AAS y otros AINES
- SAHS y/u Obesidad
- Factores psicológicos
- Estado pre-menstrual

Incumplimiento terapéutico

- *Cumplimiento global: 30 - 50 %*
- Control con métodos indirectos:
 - cortisol plasmático
 - NO exhalado
 - nº de dispositivos empleados
 - cuestionarios específicos
- Personalidad del paciente y percepción propia de la gravedad del proceso.
- Técnica inhalatoria.

ADC "verdadero"

Criterios mayores

- Esteroides orales continuos > 6 meses
 - CSI continuos a dosis altas:
 - BUD > 1.200 $\mu\text{g}/\text{d}$
 - FP > 880 $\mu\text{g}/\text{d}$
- junto a otro fármaco (LABA)

Criterios menores

- Necesidad diaria de SABA
- FEV₁ < 80% ó variabilidad del PEF > 20%
- Una o más visitas a Urgencia en último año
- 3 ó más ciclos esteroides orales en último año
- Episodio asma riesgo vital
- Rápido deterioro función pulmonar

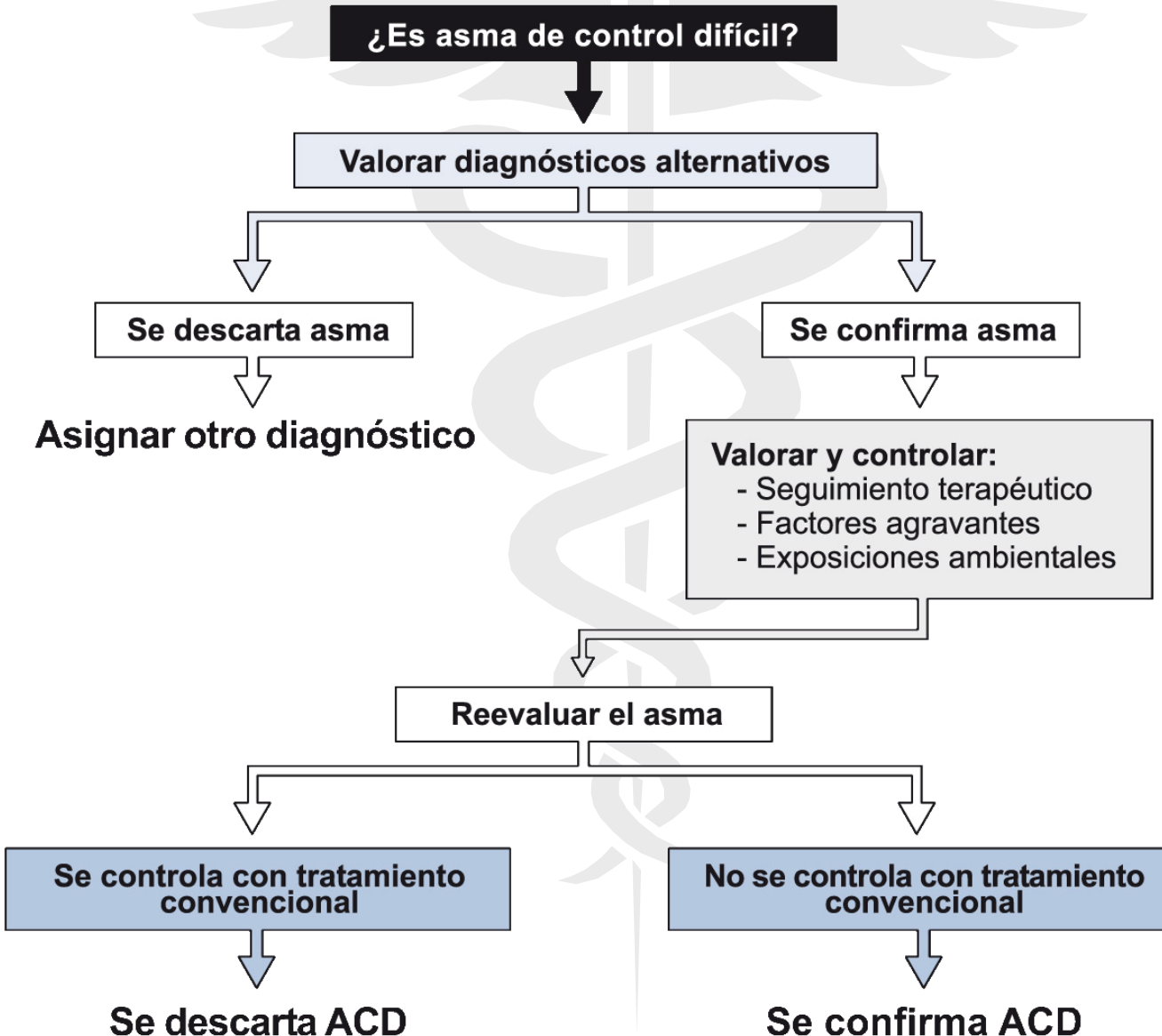
2 Mayores / 1 Mayor + 2 menores

Normativa SEPAR, 2005

Aproximación diagnóstica ADC



Algoritmo diagnóstico



Primera visita



- Anamnesis exhaustiva
 - Rx de tórax
 - Espirometría; curva V/V; test Bd
 - Cuestionarios ansiedad, etc.
 - Provocación bronquial; registros PEF
-
- Optimizar el tratamiento
 - Estrategia educativa

Optimizar tt°

- **CSI** (altas dosis):
 - Bud 1600 $\mu\text{g}/\text{d}$
 - FP 1000 $\mu\text{g}/\text{d}$
- **LABA** (b.i.d.):
 - Formoterol
 - Salmeterol
- **Esteroides orales:**
 - Prednisolona
(40 mg/d x 15 d)

Educación

- Explicación clara
- Relación confianza
- Uso de inhaladores
- Monitorizar PEF
- Cumplimiento tt°

Segunda visita

Valorar situación actual y respuesta al tt°

FALSO ADC.-

- tt° previo incorrecto
- incumplimiento tt°
- factores agravantes
- pseudoasma
- etc.

"Más pruebas".-

- *ADC verdadero*
- *otras enfermedades*

Segunda visita

- **PFR:** curva V/V; volúmenes; D_1CO
- **Analítica sangre:** hemograma; inmunoglobulinas; p-ANCA; TSH
- **Estudio inmunológico:** prick-test; IgE
- **TACAR tórax**
 - Eosinófilos esputo
 - Manometría y/o pH-metría esofágica
 - Test del sudor
 - Fibrobroncoscopia
 - Consulta a ORL (TAC senos; laringoscopia)
 - Consulta Psiquiatría

Tercera visita



- Valorar situación actual y respuesta al tratamiento
- Valorar resultados de las pruebas solicitadas en la visita anterior
- Comprobar finalmente criterios de inclusión de ADC verdadero
- Programar seguimiento periódico

Asma de control difícil

-Técnicas diagnósticas-

1. Confirmar el diagnóstico de asma
2. Confirmar el buen seguimiento terapéutico
3. Evaluar otras enfermedades respiratorias
4. Evaluar factores agravantes
5. Completar diagnóstico con fenotipo ADC

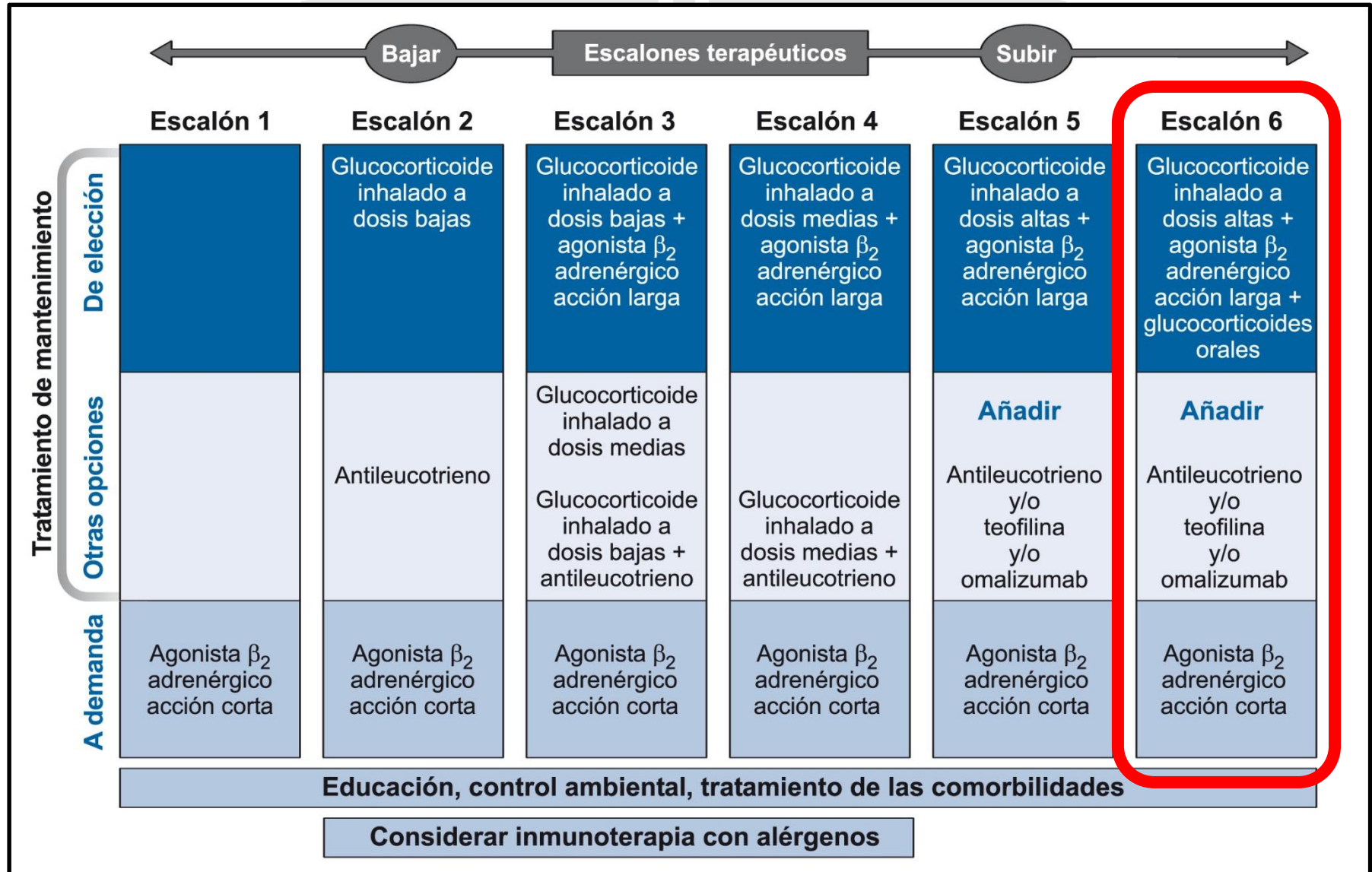


Tratamiento no farmacológico



- Evaluación exhaustiva de los factores de riesgo
- Seguimiento más frecuente e intensivo
- ¿Fuma?
- ¿Drogas?
- ¿Fármacos agravantes?
- ¿Patología psiquiátrica?
- ¿Alergenos ambientales?
- ¿Comorbilidades?
- ¿Cumplimiento terapéutico?

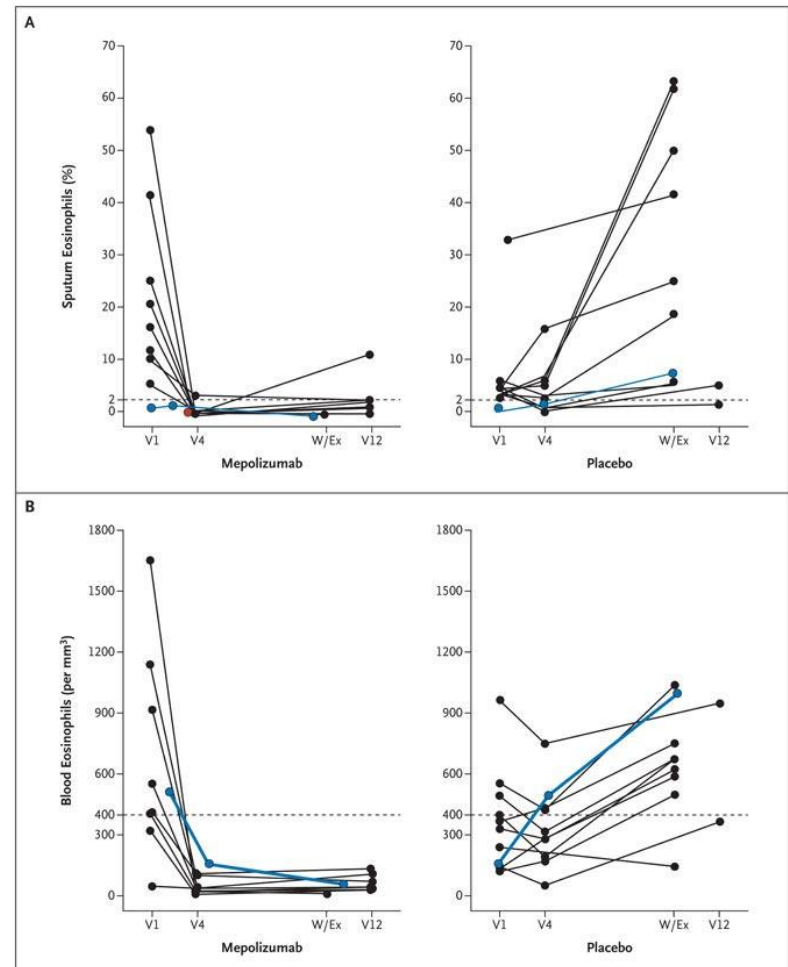
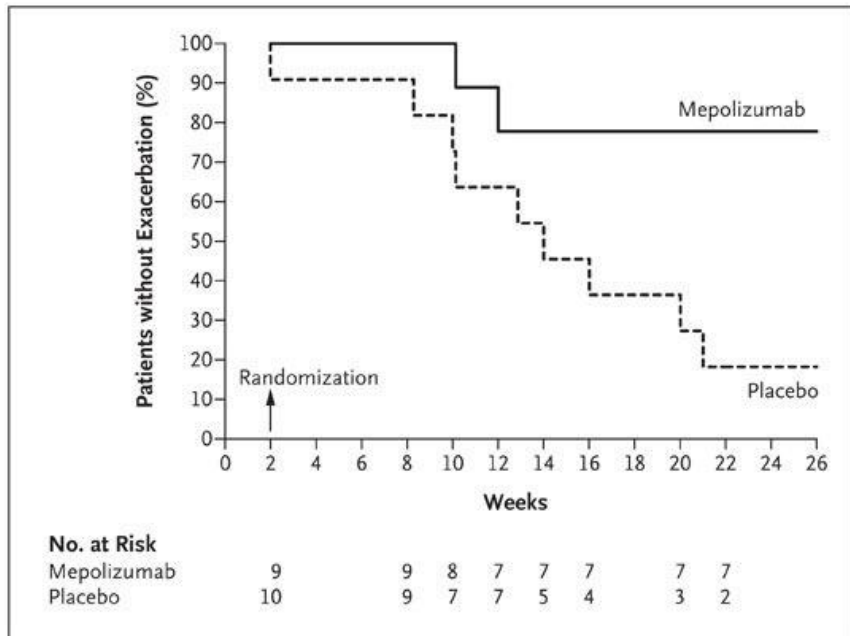
Tratamiento farmacológico



Tratamiento farmacológico

- **Glucocorticoides orales***
(Test de prednisolona / triamcinolona)
- **Omalizumab:**
Asma + atopia + IgE total elevada
- **Antileucotrienos**
Asma + poliposis nasal + intolerancia aspirina
- **Epinefrina** (jeringas precargadas)
- **¿Inmunomoduladores?**
- **¿Teofilinas?**

MEPOLIZUMAB



Pranabashis Haldar, M.R.C.P., Christopher E. Brightling, Ph.D et al. N Engl J Med 2009; 360:973-984

Panel de recomendaciones



<p>Los pacientes con ACD deberían ser controlados en consultas especializadas y por personal sanitario con experiencia</p>	R2
<p>Abordaje diagnóstico y terapéutico del ACD; seguir un esquema protocolizado mediante algoritmos de decisión que de forma secuencial establezcan las maniobras y fármacos que se han de emplear de forma racional, de menor a mayor agresividad</p>	R2
<p>Reconocer el fenotipo de ACD puede aportar ventajas terapéuticas</p>	R1
<p>El tratamiento del ACD no debería perseguir el control absoluto de los síntomas. Es recomendable acordar con el paciente un nivel tolerable máximo de síntomas asmáticos</p>	R2

XXIX REUNIÓN ALERGONORTE

**¡Muchas gracias
por su
amable atención!**



AlergoNorte

Solares 22 y 23 de Mayo de 2009