

## Construir, con el paso del tiempo y en atención primaria, una imagen diagnóstica del asma mediante la estrategia del puzle

No existe una única prueba diagnóstica objetiva para el asma. En su lugar, sugerimos un enfoque de recopilación y ensamblaje de piezas de información clínica para crear una imagen diagnóstica, como hacer un rompecabezas. Estas piezas deben incluir la demostración de la variabilidad de los síntomas y de las vías respiratorias y/o la respuesta broncodilatadora a lo largo del tiempo, para apoyar un diagnóstico clínico. Este proceso resulta más fácil con la experiencia, ya que los patrones se hacen más reconocibles. Para aquellos clínicos que no se sientan tan seguros a la hora de diagnosticar el asma, este Desktop Helper muestra cómo construir el cuadro con el paciente a lo largo del tiempo, idealmente con varias citas programadas.

### INTRODUCCIÓN

El asma es un síndrome clínico que consiste en síntomas de sibilancias/ respiración ruidosa, opresión torácica y disnea, a veces con tos, que varían en intensidad y en el tiempo (fig. 1).<sup>1</sup> El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes que se ven en atención primaria y la enfermedad crónica más frecuente en niños. La prevalencia del asma varía de un país a otro y oscila entre el 1% y el 18% de la población.<sup>2</sup> El diagnóstico correcto es esencial para garantizar que los pacientes reciban la atención adecuada, incluido el tratamiento farmacológico con medicamentos inhalados y las intervenciones no farmacológicas [Asthma Right Care]. La combinación de la falta de una prueba diagnóstica única y la naturaleza heterogénea y variable de los síntomas a lo largo del tiempo plantea un reto diagnóstico. Un reto concreto es que las pruebas de función pulmonar, como el flujo máximo o FEV<sub>1</sub>/FVC y las pruebas de respuesta a los broncodilatadores (reversibilidad), suelen ser normales cuando el paciente está asintomático y, por lo tanto, es mejor realizarlas cuando el paciente está sintomático. Otro reto adicional es que algunos de los signos y síntomas clínicos que experimentan las personas a las que se investiga por posible asma pueden solaparse con otras enfermedades y trastornos respiratorios, o no ajustarse al diagnóstico de asma (fig. 2). Sin embargo, a diferencia de éstos, los síntomas del asma varían con el tiempo, a menudo diariamente o según el lugar. Por estos motivos, para elaborar un cuadro diagnóstico de asma es necesario cotejar las pruebas complementarias para construir un cuadro a lo largo del tiempo, como un puzle. Las piezas se ensamblan a partir de los síntomas, la anamnesis, la exploración y las pruebas complementarias, y las piezas clave son las pruebas que identifican la variabilidad de las vías respiratorias y la respuesta broncodilatadora a la limitación del flujo aéreo espiratorio (disfunción de las vías respiratorias) (fig. 3).<sup>1,2,4,5</sup> Deben considerarse diagnósticos alternativos si la pieza o piezas clave no encajan. El diagnóstico del asma requiere conocer (1) la forma de presentación, incluido el motivo o motivos de

consulta del paciente en atención primaria; (2) los síntomas, incluida una evaluación de antecedentes respiratorios, los factores desencadenantes identificados y otros factores de riesgo tratables; y la exploración física, que incluya al menos la nariz, la garganta, la piel, los pulmones, el corazón, la frecuencia respiratoria, la frecuencia y el ritmo del pulso y la pulsioximetría (cuando esté disponible); (3) los antecedentes, incluidos los personales, laborales y familiares, y (4) los resultados de pruebas objetivas. El enfoque del rompecabezas combina estos elementos a lo largo del tiempo y da prioridad a los que apoyan el diagnóstico de asma e identifica las piezas que no encajan, lo que obliga al clínico a recapacitar. Ningún puzle estará completo al 100%, pero la imagen debe ser lo suficientemente clara como para permitir un diagnóstico (fig 4).

### CONSTRUIR UN CUADRO A LO LARGO DEL TIEMPO PARA LOGRAR EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD VARIABLE

#### Lo que hay que hacer

Construir el cuadro preguntando al paciente su(s) motivo(s) para acudir ahora a la consulta de atención primaria, y evaluando los síntomas respiratorios actuales e históricos. Si el paciente no está sintomático, considerar la monitorización seriada del flujo espiratorio máximo (FEM) a lo largo del tiempo (por ejemplo, 2 semanas). Si el paciente está sintomático, la administración de 2-4 inhalaciones de SABA (preferiblemente a través de una cámara espaciadora), precedidas (y seguidas) de medidas del FEM (si es

Figure 1: Síntomas cardinales del asma: sibilancias, tos, opresión torácica, disnea



Figure 2: Piezas que no encajan en el diagnóstico de asma



Figure 3: Las pruebas disponibles de disfunción de las vías respiratorias confirman nuestro razonamiento

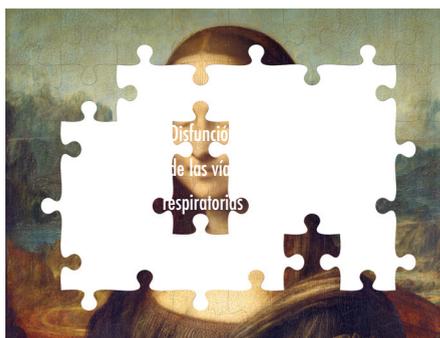


Figure 4: Una imagen clara



## Recuadro: Construyendo el cuadro: Presentación, síntomas, antecedentes y pruebas objetivas para apoyar o descartar un diagnóstico de asma.

<b>Presentación (fig 1)</b>	<p>Identifique la razón o razones por las que la persona ha venido a verle.                  ¿Qué puedo hacer hoy por usted?</p> <p><b>Indicaciones de seguimiento:</b> ¿Tiene estos síntomas todos los días? ¿Empeoran por la noche? ¿Al hacer ejercicio? ¿Cuándo recuerda que fue la primera vez que [se quedó sin aliento]? ¿Los síntomas desaparecen durante algún tiempo?</p>
<b>Síntomas y exploración física</b>	<p>Pregunte de forma más amplia sobre la gama de síntomas respiratorios que puede estar experimentando la persona, especialmente los típicos del asma que puede no haber mencionado, como disnea, opresión torácica, sibilancias o respiración ruidosa, tos, síntomas nasales.                  ¿Tiene algún otro síntoma? ¿Tose incluso cuando se encuentra bien? ¿Tiene síntomas por la noche? ¿Hay momentos en los que no tiene síntomas?</p> <p><b>Preguntas de seguimiento:</b> ¿Ha notado algo que desencadene sus síntomas o los empeore (por ejemplo: infecciones víricas, ejercicio, exposición a alérgenos, cambios de tiempo/estación, risa, irritantes, olores fuertes)? ¿Sus síntomas empeoran o mejoran los días que está en el trabajo o realizando determinadas actividades? ¿Está expuesto al humo (del tabaco)? ¿Ha sido tratado alguna vez en el hospital o en otro lugar por disnea aguda grave? ¿Le han administrado alguna vez un medicamento inhalado para la disnea?</p> <p><b>Realice un examen físico que</b> incluya al menos nariz, garganta, piel, pulmón, corazón, IMC, frecuencia respiratoria, frecuencia y ritmo del pulso y pulsioximetría cuando esté disponible.</p>
<b>Piezas que no encajan (fig 2)</b>	<p>Los síntomas que sugieren un diagnóstico alternativo pueden incluir hemoptisis, producción crónica de esputo, dolor torácico, disnea asociada a mareos, aturdimiento u parestias, fiebre, anorexia, pérdida de peso. Estos síntomas sugieren considerar diagnósticos alternativos. Piense en tuberculosis, cáncer de pulmón, respiración disfuncional (con función normal de las vías respiratorias), bronquiectasias, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), etc.</p>
<b>Historia</b>	<p>Pregunte por su historia personal y sus condiciones de vida                  ¿Con qué frecuencia ha tenido esto antes? ¿Sus síntomas empeoran en determinadas épocas del año? ¿Tiene fiebre del heno? ¿Padece eczema ahora o de niño? ¿En qué trabaja? ¿Cuáles son tus aficiones? ¿Estornuda y moquea cuando está expuesto al polvo, el humo, el aire frío o la contaminación? ¿Tuvo infecciones respiratorias repetidas (resfriados o infecciones de pecho) cuando era más joven? ¿Usted o alguien de su casa o trabajo fuma? ¿Tiene fuego para cocinar o calentarse en casa? ¿Hay moho en su casa?</p> <p><b>Preguntas de seguimiento:</b> ¿Alguien de su familia tiene problemas similares? ¿Puede hablarme de su trabajo actual y de los anteriores? ¿Hay instalaciones industriales contaminantes cerca de donde vive? ¿A qué se dedica cuando no trabaja?</p> <p>Los antecedentes que sugieren un diagnóstico alternativo pueden incluir antecedentes familiares de otras afecciones respiratorias crónicas, como fibrosis quística, tuberculosis, fibrosis pulmonar o insuficiencia cardíaca.</p>
<b>Pruebas objetivas (fig 3)</b>	<p><b>Pruebas objetivas sugeridas que apoyan el diagnóstico</b></p> <p>Pruebas de respuesta broncodilatadora de las vías respiratorias:<sup>2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realice una prueba de FEM, administre 200-400 mcg de salbutamol/albuterol inhalado, o un preparado de corticoide inhalado(CI)/formoterol que contenga al menos 4,5mcg de formoterol; repita la prueba de FEM al cabo de 10-15 min (después de haber visto al siguiente paciente). Un cambio de <math>\geq 20\%</math> es compatible con asma<sup>2,3</sup></li> <li>Mida el FEM antes, durante y después de 2-4 semanas de tratamiento antiinflamatorio (ya sea con un inhalador de CI o con un inhalador de CI/formoterol) 1; si hay una respuesta positiva, pero no se ha monitorizado el FEM, considere retirar el tratamiento antiinflamatorio (si no hay recaída, el asma es poco probable, si hay recaída, reinicie el tratamiento).</li> </ul> <p>Pruebas de limitación variable del flujo aéreo espiratorio:<sup>2,6</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorización seriada del FEM durante 2-4 semanas, dos veces al día e incluyendo fines de semana y vacaciones si es posible, especialmente si se sospechan factores ocupacionales<sup>a</sup></li> <li>Microspirometría</li> <li>Espirometría con reversibilidad<sup>b</sup> (patrón oro; puede requerir la derivación a un especialista hospitalario o a un servicio de diagnóstico)</li> </ul> <p>Otras pruebas que pueden contribuir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas de sensibilización alérgica (pruebas de punción cutánea y/o IgE específica). Las pruebas de IgE total no son útiles.</li> <li>Pruebas de biomarcadores de inflamación subyacente:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>Eosinófilos en sangre</li> <li>La fracción de óxido nítrico exhalado (FeNO) puede ser útil para descartar el asma y para controlar la inflamación de las vías respiratorias y orientar la toma de decisiones terapéuticas.</li> </ul> </li> <li>Pruebas de provocación (deben realizarse en atención hospitalaria): manitol, metacolina, histamina, ejercicio y frío</li> </ul> <p>Las pruebas objetivas que sugieren un diagnóstico alternativo incluyen ausencia de respuesta broncodilatadora/limitación variable del flujo aéreo espiratorio en pruebas objetivas.</p>

<sup>a</sup> Evidencia clara y repetida de una variabilidad del 20% del FEM recogida mediante un diario de FEM;

<sup>b</sup> Criterios de reversibilidad: mejora del FEV<sub>1</sub> o la FVC posbroncodilatación del 10%.

posible), debería inducir tanto una rápida mejoría de los síntomas como una mejoría del valor del FEM. La demostración objetiva de la respuesta broncodilatadora de la obstrucción de las vías respiratorias mediante espirometría es el método de referencia para el diagnóstico de asma, pero depende de que el paciente esté inestable o sintomático cuando se realice la prueba y de su disponibilidad. En algunos entornos, también puede utilizarse un dispositivo de prueba cercano al paciente, como un microespirómetro electrónico.

### Pasos siguientes (Fig 4)

Si el cuadro es claro, registre sus criterios para hacer el diagnóstico y la fecha en la historia clínica e inicie un tratamiento basado en las recomendaciones actuales que incluya un inhalador antiinflamatorio.<sup>2</sup> Si la persona sigue teniendo síntomas o no mejora, realice una revisión estructurada (véase DTH2) para permitirle (re) conseguir y mantener el control. Esto podría requerir una revisión del diagnóstico.

### Referencias

- Porsbjerg C, et al. Lancet 2023; doi:10.1016/S0140-6736(22)02125-0.
- GINA. Estrategia mundial para el tratamiento y la prevención del asma. Updated 2023. Disponible en: <https://ginashma.org/wp-content/uploads/2023/05/GINA-2023-Full-Report-2023-WMS.pdf> Consultado en junio de 2023.
- <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02770903.2023.2209172?src=&journalCode=ijas20>.
- Louis R, et al. ERJ 2022;2101585.
- Ryan D, et al. Allergy 2022;77:2618-33.
- Stanojevic S, et al. Eur Respir J 2022;60:2101499.