



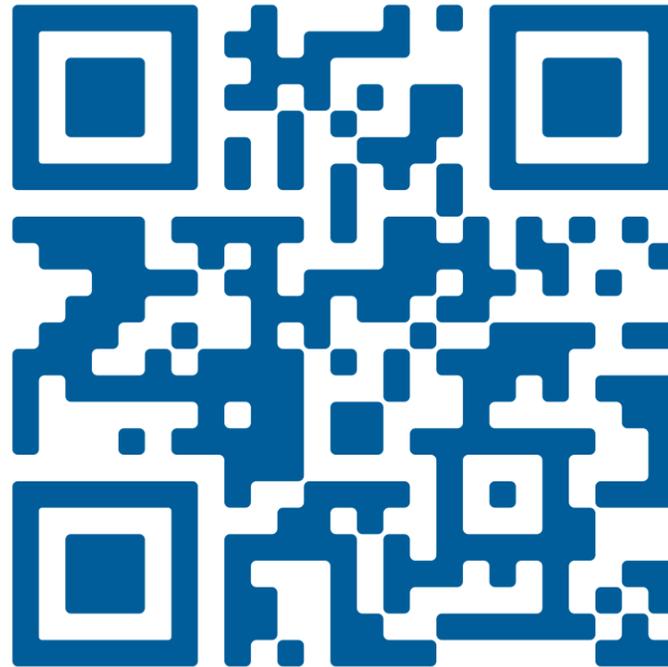
Asma de difícil control

Caso clínico 3: Elsa

Dermot Ryan, Hanna Sandelowsky

Desktop-helper N°. 2 Asma de difícil control

- Más formación en Desktop-helper:



International Primary Care
IPCRCG work locally collaborate globally
Est. 2001 Respiratory Group

DESKTOP HELPER
Nº 2 Abril 2024

Guía práctica para mejorar el asma de difícil control en atención primaria

El asma de difícil control se produce cuando la persona o su médico encuentran dificultades para conseguir el control y el tratamiento, a pesar del (aparente) mejor tratamiento posible. Esto hace que la persona tenga dificultades para tratar algunos de los siguientes síntomas

- Síntomas de asma diurnos, más de dos veces por semana
- Cualquier despertar nocturno debido a síntomas relacionados con el asma
- Más de dos exacerbaciones al año que requieran corticosteroides sistémicos de rescate¹
- Uso frecuente de SABA (≥3 cartuchos al año o ≥3 veces por semana)
- Mal control a pesar de la prescripción de dosis altas de CI a menudo en combinación con LABA/LAMA o uso de CO¹

Frecuentes visitas a los servicios de urgencias (uno o más al mes).

CI corticoide inhalado, SABA betaagonista de acción corta, LABA betaagonista de acción prolongada, LAMA antagonista muscarínico de acción prolongada, CO corticoide oral

ASMA: UN PROBLEMA QUE PUEDE CONTROLARSE
Los estudios estiman que en atención primaria aproximadamente una de cada seis personas con asma tiene asma de difícil control, y de ellas, entre una cuarta parte y la mitad tendrá asma grave.^{2,3} Tener asma de difícil control expone a las personas a un mayor riesgo de exacerbaciones e incluso de muerte, que pueden prevenirse con un manejo eficaz. Del mismo modo, corren un mayor riesgo de sufrir efectos adversos relacionados con los corticoides (si se tratan con dosis altas de CI o ciclos evitables de CO o dosis bajas de CO durante un periodo de tiempo), y su morbilidad y costes sanitarios son desproporcionadamente más elevados. Las personas con asma bien controlada tienen una mejor calidad de vida, menos síntomas y exacerbaciones, menos visitas e ingresos hospitalarios y un menor riesgo de muerte prematura.^{4,7} Pero lo más importante es que el asma difícil de controlar puede tratarse mediante un enfoque estructurado.⁸

Las personas con asma y sus médicos deben colaborar para mejorar el control del asma, especialmente en el caso de las personas con asma de difícil control, apoyando a la persona para que asuma un papel activo en el establecimiento de objetivos y metas, el autocontrol y la adopción de un estilo de vida más saludable. Esta guía ofrece apoyo práctico a los profesionales de atención primaria y otros profesionales sanitarios de la comunidad para mejorar la atención a las personas con asma de difícil control y evitar derivaciones innecesarias de pacientes que podrían tratarse mejor en atención primaria.

¿CÓMO IDENTIFICAR A UNA PERSONA CON ASMA DE DIFÍCIL CONTROL?
Asegurarse de que el diagnóstico es correcto
Más de un tercio de las personas que viven con asma tienen un diagnóstico incorrecto.⁹⁻¹³ Confirme que la persona tiene realmente asma antes de intensificar el tratamiento, ya que un número sorprendente de personas diagnosticadas y tratadas por asma (del 12 al 50%)¹⁴ no tienen la enfermedad o la tienen asociada a otras afecciones que causan síntomas persistentes (véase más adelante).^{15,16}

Los factores de confusión potenciales para el diagnóstico del asma o su gravedad son la respiración disfuncional, la ansiedad, la obstrucción laringea inducida por el ejercicio (EILO), la disfunción de cuerdas vocales (VCD), la obesidad y el bajo nivel de

Más información sobre el diagnóstico
DTH 15 - El enfoque del 'rompecabezas' para construir una imagen diagnóstica del asma en atención primaria a lo largo del tiempo
DTH 14 - Guía rápida de la espirometría
Espirometría simplificada (piloto)

Figura 1 - Posibles factores de confusión para el diagnóstico del asma o su gravedad: puntos de reflexión

¿Ha excluido las enfermedades que imitan los síntomas del asma?

¿Ha preguntado por otros comorbilidades que puedan empeorar los síntomas del asma?

¿Ha comprobado que otras afecciones o su tratamiento no estén afectando al tratamiento del asma? (por ejemplo, interacción de fármacos, eficacia y efectos secundarios)

Nota a pie de página: estas son algunas ejemplos más comunes y no una lista exhaustiva. Los problemas sociales incluyen problemas económicos (pobres, desempleo), vivienda inadecuada, discriminación de género o étnica, bajo nivel de alfabetización, etc.

Desktop-helper N°. 2 asma de difícil control

• ¿Qué es lo que hay que valorar durante la revisión estructurada?

1. El control del asma
2. Cumplimiento del tratamiento y técnica inhalatoria
3. Dependencia del tabaco
4. Educación del paciente y automanejo
5. Factores agravantes y desencadenantes
6. Tratamiento farmacológico
7. Obesidad
8. Apoyo psicológico
9. Si la revisión no es resolutoria, considerar derivación

International Primary Care
IPCRG work locally collaborate globally
Est. 2001
Respiratory Group

DESKTOP HELPER
Nº 2 Abril 2024

Guía práctica para mejorar el asma de difícil control en atención primaria

El asma de difícil control se produce cuando la persona o su médico encuentran dificultades para conseguir el control y el tratamiento, a pesar del (aparente) mejor tratamiento posible. Esto hace que la persona tenga dificultades para tratar algunos de los siguientes síntomas

- Síntomas de asma diurnos, más de dos veces por semana
- Cualquier despertar nocturno debido a síntomas relacionados con el asma
- Más de dos exacerbaciones al año que requieran corticosteroides sistémicos de rescate¹
- Uso frecuente de SABA (≥3 cartuchos al año o ≥3 veces por semana)
- Mal control a pesar de la prescripción de dosis altas de CI o de combinación con LABA/LAMA o uso de CO¹

Frecuentes visitas a los servicios de urgencias (uno o más al mes).

CI corticoide inhalado, SABA betagónista de acción corta, LABA betagónista de acción prolongada, LAMA antagonista muscarínico de acción prolongada, CO corticoide oral

ASMA: UN PROBLEMA QUE PUEDE CONTROLARSE
Los estudios estiman que en atención primaria aproximadamente una de cada seis personas con asma tiene asma de difícil control, y de ellas, entre una cuarta parte y la mitad tendrá asma grave.^{2,3} Tener asma de difícil control expone a las personas a un mayor riesgo de exacerbaciones e incluso de muerte, que pueden prevenirse con un manejo eficaz. Del mismo modo, corren un mayor riesgo de sufrir efectos adversos relacionados con los corticoides (si se tratan con dosis altas de CI) o de efectos evitables de CO o dosis bajas de CO durante un período de tiempo, y su morbilidad y costes sanitarios son desproporcionadamente más elevados. Las personas con asma bien controlado tienen una mejor calidad de vida, menos síntomas y exacerbaciones, menos visitas e ingresos hospitalarios y un menor riesgo de muerte prematura.^{4,7} Pero lo más importante es que el asma difícil de controlar puede tratarse mediante un enfoque estructurado.⁸
Las personas con asma y sus médicos deben colaborar para mejorar el control del asma, especialmente en el caso de las personas con asma de difícil control, apoyando a la persona para que asuma un papel activo en el establecimiento de objetivos y metas, el autocontrol y la adopción de un estilo de vida más saludable. Esta guía ofrece apoyo práctico a los profesionales de atención primaria y otros profesionales sanitarios de la comunidad para mejorar la atención a las personas con asma de difícil control y evitar derivaciones innecesarias de pacientes que podrían tratarse mejor en atención primaria.

¿CÓMO IDENTIFICAR A UNA PERSONA CON ASMA DE DIFÍCIL CONTROL?
Asegurarse de que el diagnóstico es correcto
Más de un tercio de las personas que viven con asma tienen un diagnóstico incorrecto.^{9,12} Confirme que la persona tiene realmente asma antes de intensificar el tratamiento, ya que un número sorprendente de personas diagnosticadas y tratadas por asma (del 12 al 50%)¹⁴ no tienen la enfermedad o la tienen asociada a otras afecciones que causan síntomas persistentes (véase más adelante).^{15,16}
Los factores de confusión potenciales para el diagnóstico del asma o su gravedad son la respiración disfuncional, la ansiedad, la obstrucción laringea inducida por el ejercicio (EILO), la disfunción de cuerdas vocales (VCD), la obesidad y el bajo nivel de

Más información sobre el diagnóstico
DTH 15 - El enfoque del "rompecabezas" para construir una imagen diagnóstica del asma en atención primaria a lo largo del tiempo
DTH 14 - Guía rápida de la espirometría
Espirometría simplificada (piloto)

Figura 1 - Posibles factores de confusión para el diagnóstico del asma o su gravedad: puntos de reflexión

Nota a pie de página: estos son algunos ejemplos más comunes y no una lista exhaustiva. Los problemas sociales incluyen problemas económicos (pobreza, desempleo), vivienda inadecuada, discriminación de género o étnico, bajo nivel de alfabetización, etc.

Objetivos didácticos

Al final de este caso clínico el profesional sanitaria debería ser capaz de:

- Enumerar y reconocer los diagnósticos diferenciales del asma.
- Durante el proceso diagnóstico, analizar y evaluar el impacto de los antecedentes del paciente y valorar sus creencias y preconcepciones .
- Organizar y llevar a cabo revisiones periódicas del paciente con disnea no filiada.

Caso clínico 3

A **Elsa** le preocupa que su asma esté empeorando porque ha tenido varios episodios de disnea y mareo mientras estaba corriendo.

- ¿Cuáles podrían ser los factores que impiden el control y el tratamiento de la paciente?
- ¿Es éste un caso de asma de difícil control?



Visita 1

La paciente: Elsa

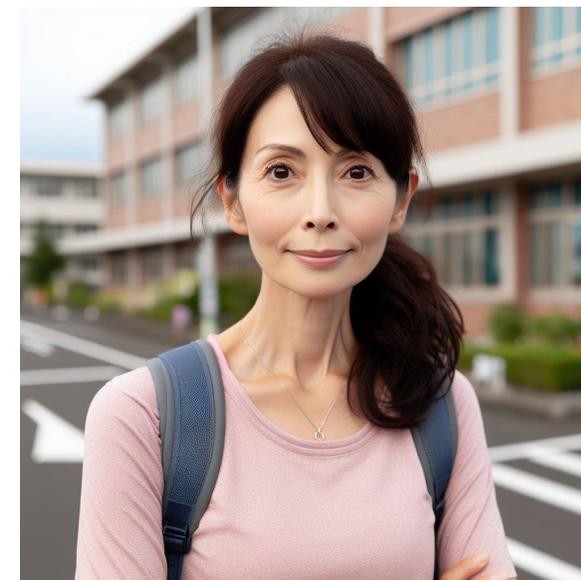
- Mujer de 42 años, madre de dos hijas (6 y 8 años). Casada.
- Es profesora de idiomas en una escuela.
- Nunca ha fumado y bebe uno o dos vasos de vino los fines de semana.
- Lleva una vida sana, es miembro de un club de atletismo y corre al menos 10km tres veces por semana, los fines de semana compite.



Visita 1

Antecedentes

- No tiene alergias ni mascotas en casa. Sus padres están bien, tiene unos 70 años. NO antecedentes familiares de asma ni alergias
- Ha estado bien siempre (hasta ahora). Excepto en los partos, nunca ha ingresado en un hospital.
- Le diagnosticaron asma hace poco en otra consulta, porque tenía disnea al final de las carreras y, a veces algún mareo tras las competiciones. Según la paciente, no le hicieron ninguna prueba de función pulmonar
- Su única medicación crónica es la del asma, un corticoide inhalado dos veces al día. Le dijeron que usase dos pufs de SABA antes del ejercicio.
- Como anticonceptivo usa método de barrera.



Visita 1

Enfermedad actual

Acaba de mudarse y ha sido asignada a su cupo. Ha solicitado la primera cita a su consulta para pedir recetas de sus inhaladores.

1. **Control del asma**

Está preocupada porque parece que su asma empeora: cada vez tiene más disnea con el ejercicio y tiene que bajar el ritmo. Nota: sus síntomas no son variables, no tiene síntomas nocturnos ni tos (salvo un catarro el año pasado) ni sibilancias, ni siquiera cuando corre con aire frío (invierno).

2. **Tabaco**

Es no fumadora

3. **Educación y auto-manejo**

Su técnica inhalatoria es impecable. Le han dicho que aumente las dosis si tiene síntomas, así que se toma SABA extra cuando nota los síntomas durante los entrenos. Sin embargo, refiere que incluso con 2 o 3 pufs extra no le ayuda demasiado.

Enfermedad actual (continuación)

- 4. Factores agravantes y desencadenantes**
No los nota. No tiene rinitis. Está delgada y atlética.
- 5. Tratamiento farmacológico**
Budesonida inhalada 0,2 mg, dos veces al día. Salbutamol inhalado a demanda. Ambos con cartucho+cámara.
- 6. Cumplimiento y técnica inhalatoria**
Perfectos
- 7. Obesidad**
En el límite bajo de su intervalo de IMC
- 8. Apoyo psicológico**
Su autoestima se resiente porque su forma física se está deteriorando, sobre todo cuando sale de competición con su equipo.
- 9. Derivación para valoración por especialista**
De momento no es necesaria

Visita 1

Exploración física/ pruebas complementarias

Hallazgos:

- Ruidos cardíacos y pulmonares normales. Frecuencia cardíaca 90.
- Palidez cutánea
- Espirometría normal. Peak flow: 450. (167cm: ref 440)

Pregunta:

¿Cómo valora estos hallazgos?

Visita 1

Exploración física/ pruebas complementarias

La exploración torácica parece anodina salvo por la frecuencia cardíaca algo elevada para alguien que está en forma.

Su Peak flow es normal para su edad, altura y sexo

Pregunta:

¿Cuales son los siguiente pasos a seguir?

Visita 1

Manejo

Siguientes pasos:

- Acordamos comprobar algunas cosas, como un registro de peak flow dos veces al día y 10-15 min después de correr.
- Solicitamos hemograma completo para comprobar eosinófilos y hemoglobina
- Nueva cita para resultados en dos semanas

Visita 2, dos Semanas más tarde

Exploración física/ pruebas complementarias

Hallazgos:

- Sus valores de peak flow varían entre 430 (mañanas) y 470 (tardes). El ejercicio no afecta al peak flow (salvo la variabilidad diurna normal)
- Tiene 100 eosinófilos y una Hb 7.0 g/dL con un patron microcítico hipocromo (rango normal en mujeres 12.1–15.1 g/dL)

Pregunta:

¿Hay que preguntarle algo más a la paciente?

Visita 2, dos Semanas más tarde

Exploración física/ pruebas complementarias

Estos hallazgos nos llevan a averiguar sobre más temas y profundizar en la exploración física.

- Su dieta es equilibrada, con carne 2-3 veces por semana.
- Sus reglas son largas, de 7-10 días; y abundantes: usa de 8-10 tampones super al día, a veces con coágulos..
- La palpación abdominal revela una masa suprapúbica correspondiente a un útero de 13 Semanas de gestación, de bordes irregulares.

Pregunta:

¿Es el diagnóstico correcto?

Desktop-helper N°. 15 – Estrategia del puzle para construir una imagen diagnóstica de asma



Piezas que faltan



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 ensamble 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

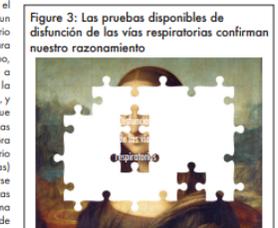
El asma es un síndrome clínico que consiste en síntomas de sibilancias/ respiración ruidosa, opresión torácica y disnea, a veces con tos, que varían en intensidad y en el tiempo (fig. 1).¹ El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes que se ven en atención primaria y la enfermedad crónica 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.² 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 FEV₁/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).^{1,2,4,5} 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, incluidas las personas, labores 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

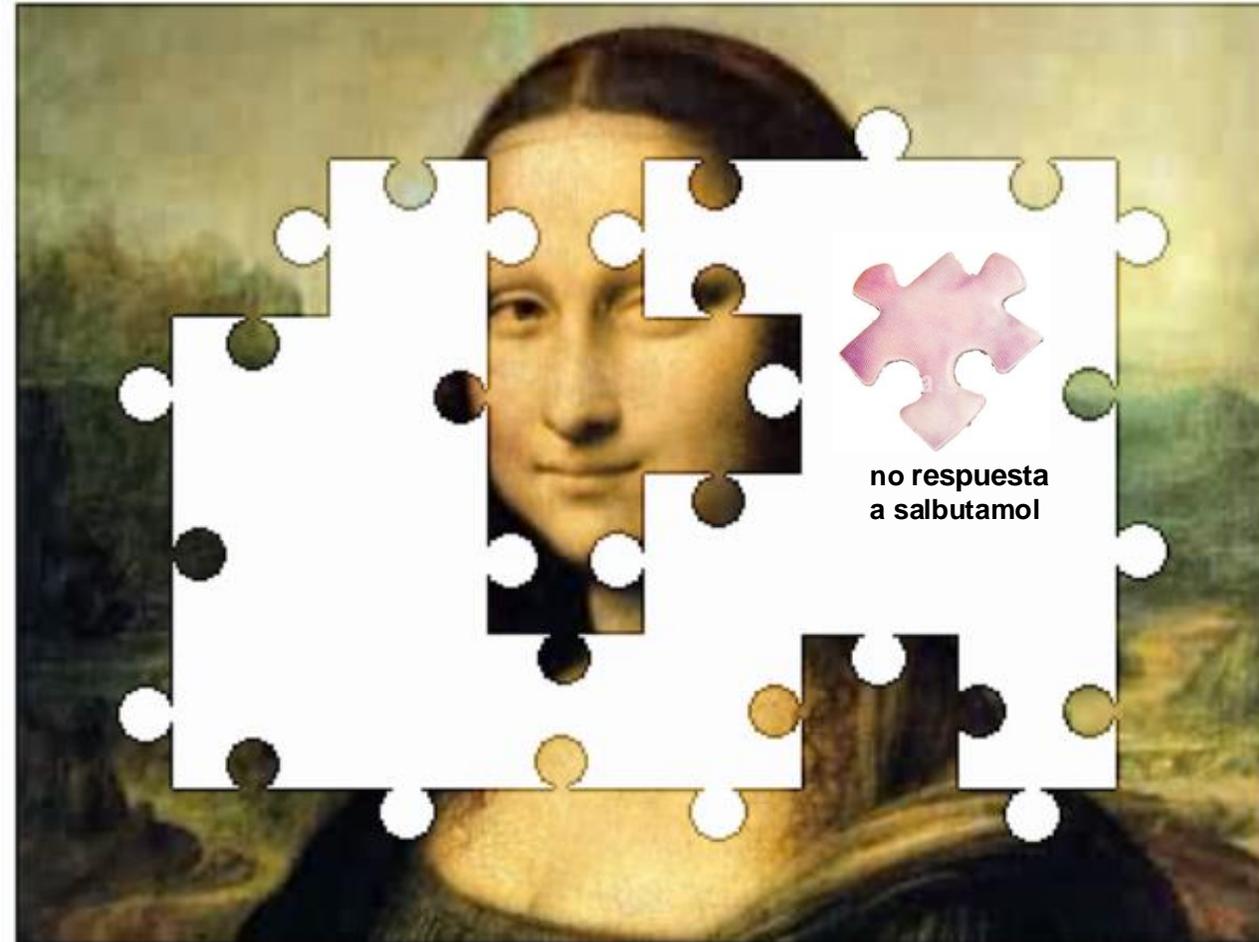
Construir el cuadro preguntando al paciente su(s) motivo(s) para acudir ahora a la consulta de atención primaria, y evaluando los síntomas respiratorios actuales e históricos. Si el paciente no está sintomático, considerar la monitorización seriada del flujo espiratorio máximo (FEM) a lo largo del tiempo (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



Desktop-helper N°. 15 – Estrategia del puzle para construir una imagen diagnóstica de asma

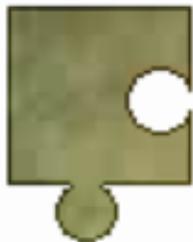


Hb baja

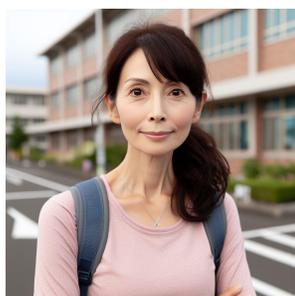


Encajar las piezas

Presentación



- Mujer de 42 años
- Refiere disnea
- Sobre todo durante el ejercicio
- Astenia todo el tiempo
- Insiste en que es el asma

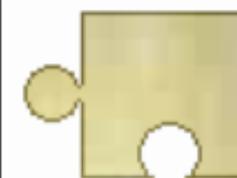


- Tiene dos hijos de 6 y 8 años
- Como método anticonceptivo usa preservativo
- No ingresos hospitalarios salvo los partos.
- Es profesora de idiomas

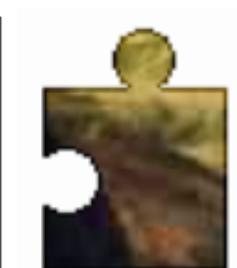
Antecedentes

Síntomas

- Nunca ha fumado
- Aparte de los partos, ningún ingreso hospitalario
- Su hobby es correr, pero últimamente le cuesta más



- Es una persona tranquila
- Frecuencia respiratoria a 14 en reposo.
- peak flow 450 l/min
- Frecuencia cardíaca en reposo 90 lpm regular
- Auscultación torácica normal
- Palidez cutánea

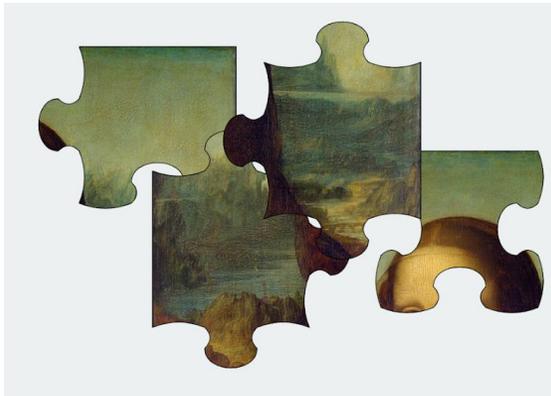


Exploración y pruebas

Encajar las piezas

Piezas que encajan en el diagnóstico

- disnea
- Síntomas con el ejercicio
- cansancio



Piezas que no encajan

- no enfermedades previas ni desencadenantes
- No sibilancias ni tos ni síntomas nocturnos.
Opresión torácica, peak flow normal
- No variabilidad en los síntomas
- No respuesta al sabultamol
- La variabilidad diurna del PEF es normal
- Taquicardia en reposo
- palidez



Hay que buscar una imagen distinta

- ¿Por qué está tan pálida?.....
- Sospechamos anemia
- En ese grupo de edad la hipermenorrea es causa frecuente de anemia
-hagamos las preguntas adecuadas
- Tiene reglas irregulares y abundantes
- En la exploración posterior tiene una masa no dolorosa en hipogastrio.
- La ECO muestra un fibroma
- El hemograma muestra una Hb de 7.0 gr/dL , microcítica, hipocroma con hierro sérico bajo
- Es derivada a ginecología donde le practican una histerectomía, y la tratamos con hierro, que mejora enormemente su asma.

No se confunda

Similitudes

El fondo de ambas imágenes (disnea, cansancio)



Trazos compartidos

La frente (síntomas con el ejercicio, cansancio)



Parecidas pero distintas

Las caras (función pulmonar normal, eosinófilos, patron respiratorio)

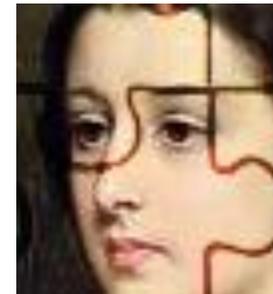
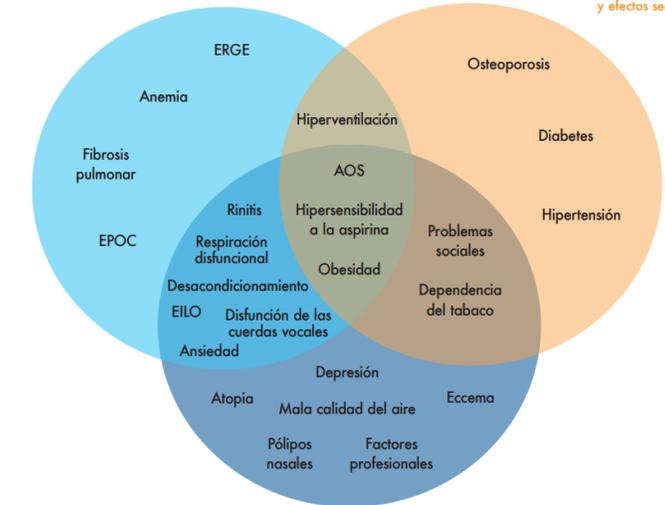


Figura 1 - Posibles factores de confusión para el diagnóstico del asma o su gravedad: puntos de reflexión

¿Ha excluido las enfermedades que imitan los síntomas del asma?

¿Ha comprobado que otras afecciones o su tratamiento no estén afectando al tratamiento del asma? (por ejemplo, interacción de fármacos, eficacia y efectos secundarios)



¿Ha preguntado por otras comorbilidades que puedan empeorar los síntomas del asma?

Nota a pie de página: estos son algunos ejemplos más comunes y no una lista exhaustiva. Los problemas sociales incluyen problemas económicos (pobreza, desempleo), vivienda inadecuada, discriminación de género o étnica, bajo nivel de alfabetización, etc.

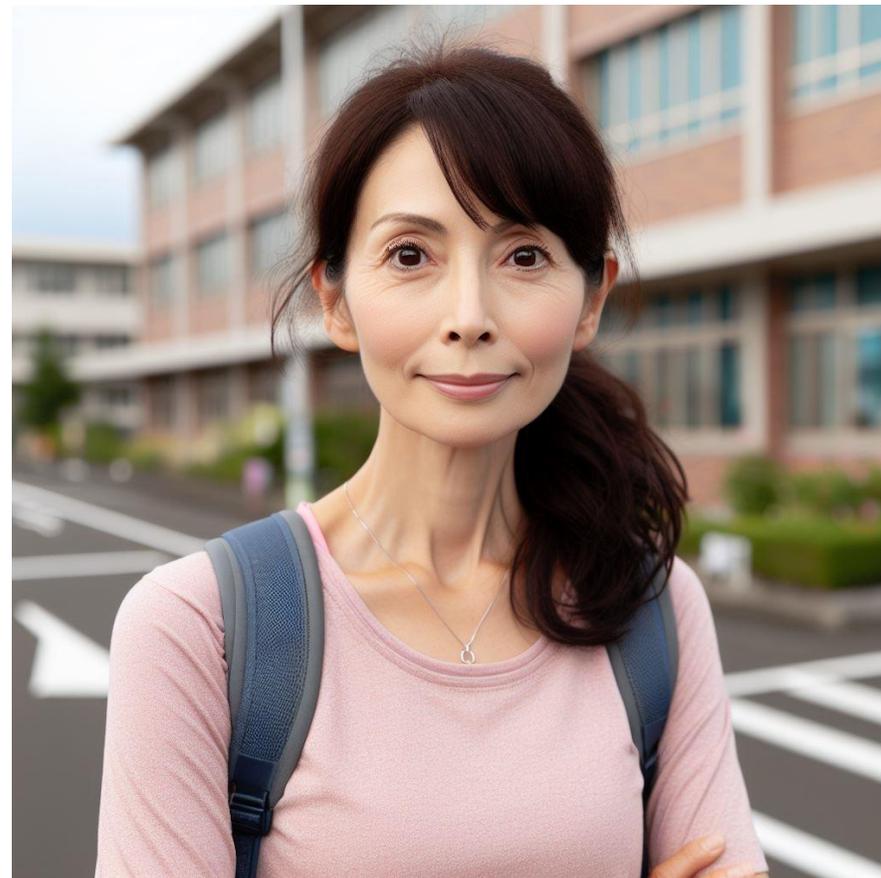
Visita 2, dos Semanas más tarde

Diagnóstico

Concluye que la disnea debía estar causada por la anemia secundaria a la menorragia y no tanto por el asma.

Pregunta:

¿Cuáles serían los siguientes pasos?



Visita 2, dos Semanas más tarde

Manejo

Siguientes pasos:

- Decide reducir las dosis de medicación inhalada progresivamente bajo monitorización del peak flow.
- Instaura tratamiento con hierro oral y la deriva a ginecología
- La cita para dentro de 3-4 meses para revisión.

Visita 3, tres meses después

Elsa se ha mudado de nuevo a Suecia Aporta toda la historia clínica

- Ahora tiene una Hb de 12,5g/dl con un patron normocítico
- Se siente mucho mejor, con más energía y sin mareos.
- Sin embargo todavía se ahoga cuando corre, sobre todo en las carreras. En esos momentos usa el salbutamol, pero no está segura de que funcione.

Pregunta:

¿Cuál es la conclusion hasta aquí y qué haría ahora?

Visita 3, tres meses después

Expiración física/pruebas

Una nueva revisión sin perder de vista los pasos previos:

- Asegurarse de que el diagnóstico es correcto
- Hallar y tratar las comorbilidades
- Abordar una revisión estructurada de los siguientes elementos:
 1. El control del asma
 2. Cumplimiento del tratamiento y técnica inhalatoria
 3. Dependencia del tabaco
 4. Educación del paciente y automanejo
 5. Factores agravantes y desencadenantes
 6. Tratamiento farmacológico
 7. Obesidad
 8. Apoyo psicológico
 9. Si la revisión no es resolutoria, considerar derivación

Visita 3, tres meses después

Abordaje

Siguientes pasos:

- Ante la sospecha de Obstrucción Laríngea inducida por el ejercicio o de respiración disfuncional, remite a la paciente a ORL para pruebas.
- También se replantea el diagnóstico de asma, por lo que decide disminuir la medicación hasta su retirada total, siempre con control de peak flow.
- Decide ir controlando a la paciente mientras la diagnostican en ORL, para detectar un posible empeoramiento del asma

Visita 4, un mes más tarde

Expración física/pruebas

- El informe de ORL no revela patología laríngea
- La paciente no refiere empeoramiento del asma, o de lo que ella considera “síntomas de asma”, a pesar de no estar usando ni corticoide inhalado ni SABA
- Su peak flow sigue como siempre. Al repetirle una espirometría es exactamente igual que hace 5 meses cuando usaba la medicación para asma.

pregunta:

¿A qué conclusión llega y qué pasos daría a partir de ahora?

Visita 3, tres meses después

Diagnóstico

- Usted llega a la conclusión de que su paciente tiene respiración disfuncional. (RD)
 - RD es un trastorno respiratorio que se caracteriza por un patrón respiratorio típico en forma de respiración profunda y rápida, habla en frases cortas, que puede aparecer tanto en ausencia de enfermedades concomitantes como secundaria a patología cardiopulmonar.
 - Aunque se presenta con disnea o sensación de falta de aire, también se acompaña de síntomas no respiratorios como mareo, parestesias y palpitaciones.
 - La respiración disfuncional aparece en todas las edades, con prevalencia del 9.5% en adultos y es más frecuente en mujeres.
 - Entre los asmáticos la respiración disfuncional aparece de forma concomitante en un tercio de las mujeres y un 20% de los hombres.
 - La respiración disfuncional suele estar infradiagnosticada o mal diagnosticada debido a la similitud de síntomas (disnea, taquicardia y mareo) con otras patologías cardipulmonares prevalentes como EPOC y asma.

Vidotto LS, Carvalho CRF, Harvey A, Jones M. J Bras Pneumol. 2019 Feb 11;45(1):e20170347.

- También concluye que la paciente no tiene asma.

Visita 3, tres meses después

Abordaje

- Explica claramente a la paciente que no tiene asma. Le informa sobre la respiración disfuncional.
- Acuerdan una derivación a un foniatra o a un fisioterapeuta respiratorio para valorar y tratar a la paciente

Resumen

- Asegúrese de que un diagnóstico previo de asma es correcto. Pregúntese siempre: ¿Realmente es asma?
 - El diagnóstico correcto de asma se basa en una revisión de la historia clínica. Si se hace un test de función pulmonar aumentamos la probabilidad diagnóstica.
 - Como la obstrucción de la vía aérea en el asma es variable, una espirometría normal no descarta asma. Sobre todo si la espirometría se hace cuando el paciente está controlado o asintomático, pareciendo un resultado falso negativo.
- No se confunda. Lo más importante es mantener la mente abierta y un abordaje amplio cuando se valora a un paciente con disnea y con un diagnóstico previo de asma
- Mediante la entrevista estructurada y las pruebas adecuadas usted podrá averiguar si los síntomas del paciente están causados por asma, por otras comorbilidades con síntomas parecidos o por otras patologías que empeoran o imitan los síntomas del asma.
- Revise a su paciente con disnea de forma periódica y continua, con visitas hasta que las causas de sus síntomas se hayan encontrado, tratado y resuelto.

Desktop-helper N°. 2 Asma de difícil control

- Más información sobre este Desktop-helper:



International Primary Care
IPCRG work locally collaborate globally
Respiratory Group
For 2001

DESKTOP HELPER
Nº 2 Abril 2024

Guía práctica para mejorar el asma de difícil control en atención primaria

El asma de difícil control se produce cuando la persona o su médico encuentran dificultades para conseguir el control y el tratamiento, a pesar del (aparente) mejor tratamiento posible. Esto hace que la persona tenga dificultades para tratar algunos de los siguientes síntomas

- Síntomas de asma diurnos, más de dos veces por semana
- Cualquier despertar nocturno debido a síntomas relacionados con el asma
- Más de dos exacerbaciones al año que requieran corticosteroides sistémicos de rescate¹
- Uso frecuente de SABA (≥3 cartuchos al año o ≥3 veces por semana)
- Mal control a pesar de la prescripción de dosis altas de CI a menudo en combinación con LABA/LAMA o uso de CO¹

Frecuentes visitas a los servicios de urgencias (uno o más al mes).

CI corticóide inhalado, SABA betaagonista de acción corta, LABA betaagonista de acción prolongada, LAMA antagonista muscarínico de acción prolongada, CO corticóide oral

ASMA: UN PROBLEMA QUE PUEDE CONTROLARSE
Los estudios estiman que en atención primaria aproximadamente una de cada seis personas con asma tiene asma de difícil control, y de ellas, entre una cuarta parte y la mitad tendrá asma grave.^{2,3} Tener asma de difícil control expone a las personas a un mayor riesgo de exacerbaciones e incluso de muerte, que pueden prevenirse con un manejo eficaz. Del mismo modo, corren un mayor riesgo de sufrir efectos adversos relacionados con los corticoides (si se tratan con dosis altas de CI o ciclos evitables de CO o dosis bajas de CO durante un periodo de tiempo), y su morbilidad y costes sanitarios son desproporcionadamente más elevados. Las personas con asma bien controlada tienen una mejor calidad de vida, menos síntomas y exacerbaciones, menos visitas e ingresos hospitalarios y un menor riesgo de muerte prematura.^{4,7} Pero lo más importante es que el asma difícil de controlar puede tratarse mediante un enfoque estructurado.⁸

Las personas con asma y sus médicos deben colaborar para mejorar el control del asma, especialmente en el caso de las personas con asma de difícil control, apoyando a la persona para que asuma un papel activo en el establecimiento de objetivos y metas, el autocontrol y la adopción de un estilo de vida más saludable. Esta guía ofrece apoyo práctico a los profesionales de atención primaria y otros profesionales sanitarios de la comunidad para mejorar la atención a las personas con asma de difícil control y evitar derivaciones innecesarias de pacientes que podrían tratarse mejor en atención primaria.

¿CÓMO IDENTIFICAR A UNA PERSONA CON ASMA DE DIFÍCIL CONTROL?
Asegurarse de que el diagnóstico es correcto
Más de un tercio de las personas que viven con asma tienen un diagnóstico incorrecto.⁹⁻¹³ Confirme que la persona tiene realmente asma antes de intensificar el tratamiento, ya que un número sorprendente de personas diagnosticadas y tratadas por asma (del 12 al 50%)¹⁴ no tienen la enfermedad o la tienen asociada a otras afecciones que causan síntomas persistentes (véase más adelante).^{15,16}

Los factores de confusión potenciales para el diagnóstico del asma o su gravedad son la respiración disfuncional, la ansiedad, la obstrucción laríngea inducida por el ejercicio (EILO), la distorsión de cuerdas vocales (VCD), la obesidad y el bajo nivel de

Más información sobre el diagnóstico
DTH 15 - El enfoque del 'rompecabezas' para construir una imagen diagnóstica del asma en atención primaria a lo largo del tiempo
DTH 14 - Guía rápida de la espirometría
Espirometría simplificada (piloto)

Figura 1 - Posibles factores de confusión para el diagnóstico del asma o su gravedad: puntos de reflexión

¿Ha excluido las enfermedades que imitan los síntomas del asma?
¿Ha comprobado que otras afecciones o su tratamiento no estén afectando al tratamiento del asma? (por ejemplo, interacción de fármacos, alergia y efectos secundarios)

¿Ha preguntado por otras comorbilidades que puedan empeorar los síntomas del asma?

Nota al pie de página: estos son algunos ejemplos más comunes y no una lista exhaustiva. Los problemas sociales incluyen problemas económicos (pobreza, desempleo), vivienda inadecuada, discriminación de género o étnica, bajo nivel de alfabetización, etc.