

DIAGNÓSTICO DEL ASMA 2019

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, en la que intervienen células y mediadores. Cursa con hiperreactividad bronquial y obstrucción variable al flujo aéreo que puede ser reversible espontáneamente o con tratamiento.

CAUSA:

Factores de riesgo del asma

Genéticos y ambientales: Alérgenos, nutrición, embarazo, parto, lactancia, tabaco, contaminación, ...

Factores desencadenantes:

Infecciones víricas, rinitis, sinusitis, alérgenos, tabacos, irritantes, ejercicio, fármacos, alimentos, aditivos.

PREGUNTAS CLAVES PARA EL DESPISTAJE DEL ASMA

¿Ha presentado alguna vez pitos en el pecho?

¿Ha tenido tos por las noches?

¿Ha tenido pitos o dificultad respiratoria después del ejercicio?

¿Ha tenido catarros que duran más de 10 días o le bajan al pecho?

¿Ha tenido tos, pitidos, dificultad para respirar en alguna época del año o al tener contacto con animales, o plantas, o en su puesto de trabajo?

¿Ha tomado algún inhalador que le aliviase los síntomas?

¿Tiene algún familiar con asma o alergias?

DIAGNOSTICO

Se plantea ante determinados síntomas y signos:

Sibilancias (predominio espiratorio)

Disnea (episódica y variable)

Tos seca

Opresión torácica.

Suele empeorar de madrugada y/o despertar.

El inicio de los síntomas suele ser debido a diferentes factores desencadenante

La tos puede ser de larga duración y presentarse como único síntoma en 1/3 de los casos.

Y se confirma con pruebas de función respiratoria que demuestras la obstrucción reversible al flujo aéreo, o su variabilidad o hiperreactividad bronquial y con la ayuda de otras pruebas (óxido nítrico exhalado ($FeNO$), Eosinofilia en el esputo -).

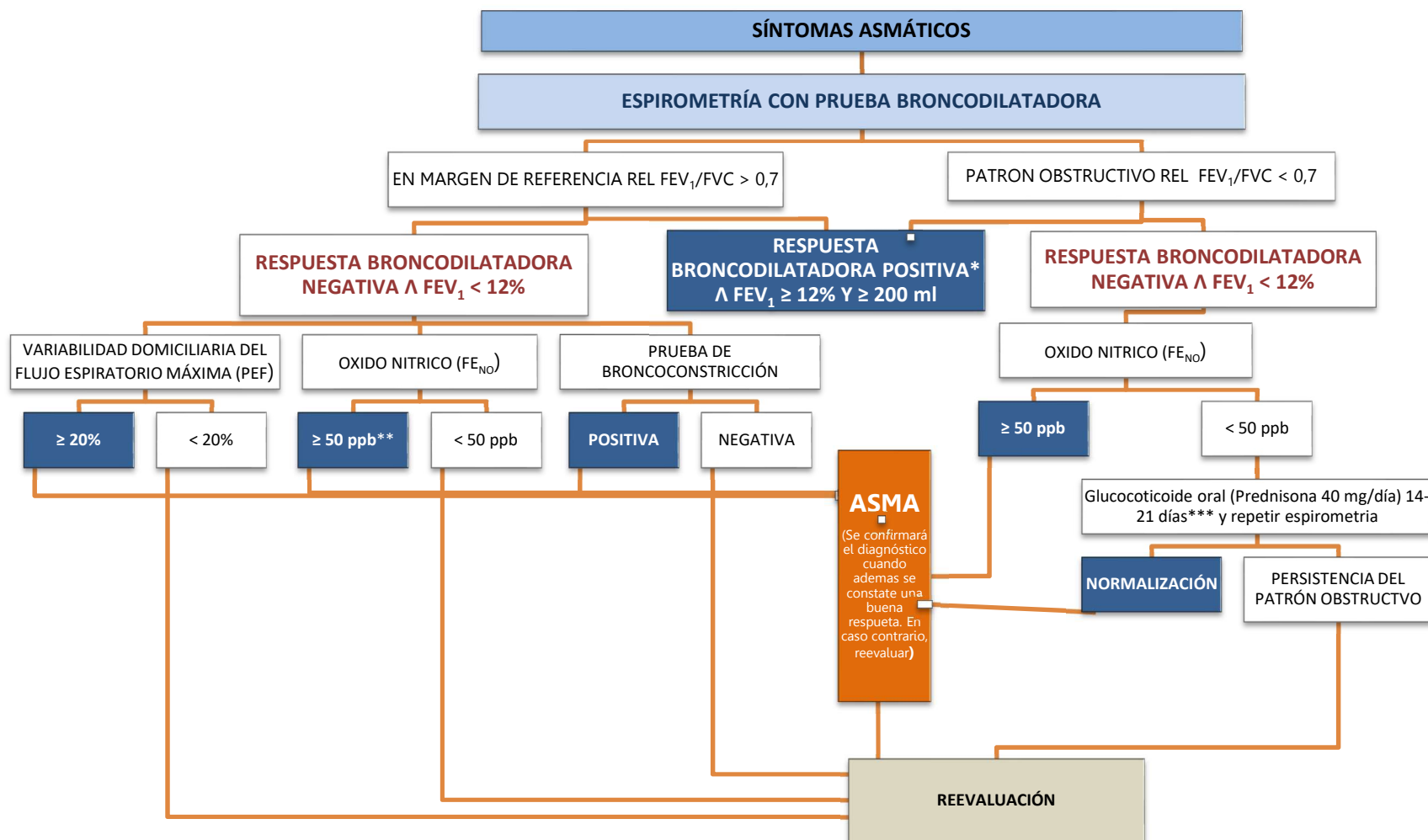
PRUEBAS FUNCIONALES FUNDAMENTALES PARA EL DIAGNOSTICO DE ASMA

EXPLORACIONES	DESCRIPCIÓN																
ESPIROMETRÍA	<p>FEV₁/FVC ≤ 70% indica obstrucción</p> <p style="text-align: right;">Documentos www.1aria.com</p> <p style="text-align: center;">ALGORITMO DE INTERPRETACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> FVC </div> <div style="font-size: 2em;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ESCALA DE SEVERIDAD </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">> 80</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">NORMAL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">65-85</td> <td style="text-align: center;">LEVE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50-65</td> <td style="text-align: center;">MODERADO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35-50</td> <td style="text-align: center;">SEVERO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">< 35</td> <td style="text-align: center;">MUY SEVERO</td> </tr> </table> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">FEV₁</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">> 80</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">FEV₁/FVC</td> <td style="text-align: center;">> 70</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">FEF₂₅₋₇₅</td> <td style="text-align: center;">> 60</td> </tr> </table> </div> <div style="margin-top: 20px;"> </div>	> 80	NORMAL	65-85	LEVE	50-65	MODERADO	35-50	SEVERO	< 35	MUY SEVERO	FEV ₁	> 80	FEV ₁ /FVC	> 70	FEF ₂₅₋₇₅	> 60
> 80	NORMAL																
65-85	LEVE																
50-65	MODERADO																
35-50	SEVERO																
< 35	MUY SEVERO																
FEV ₁	> 80																
FEV ₁ /FVC	> 70																
FEF ₂₅₋₇₅	> 60																
TEST BRONCODILADOR	<p>Considerar incremento del FEV₁ o de la FVC ≥ 12% y ≥ 200 ml en relación a basal tras Broncodilatación. Sería positiva (+). Si es negativa no excluye el diagnóstico</p> <p>Mismo Incremento tras 2- 3 semanas de tratamiento con Glucocorticoides Orales (40 mg/24 h/prednisona oral o equivalentes) o 2-8 semanas de Glucocorticoides inhalados (GCI)</p>																
FEM	<p>(FEM máximo - FEM mínimo/ FEM máximo) x 100</p> <p>Variabilidad ≥ 20% en ≥ 3 días de una semana, en un registro de 2 semanas se diagnóstica asma.</p>																
PRUEBAS DE PROVOCACIÓN	<p>Directas: METACOLINA: positividad, caída FEV₁ ≥ 20%.</p> <p>Indirectas: MANITOL: caída ≥ 15% respecto a valor basal o disminución del FEV₁ ≥ 10% entre dos dosis consecutivas (útil para el diagnóstico de asma de esfuerzo y para predecir una adecuada respuesta a GCI)</p> <p>Test de esfuerzo: adultos: caída del FEV₁ > 10% y 200 ml en relación a basal</p>																
FeNO	<p>Valor elevado en adultos si es > 40-50 ppb. (Utilidad diagnóstica especialmente en pacientes no fumadores y que no usan GCI)</p>																
HEMOGRAMA	<p>EOSINOFILIA > 300 eosinófilos/μL</p>																
ESTUDIO DE ALERGIA	<p>Test cutáneos (≥3 mm) en adultos</p> <p>IgE específica alérgeno completo >0,35 Ku/l en adultos</p> <p>IgE total > 100 Ku/l en adultos</p>																
RADIOGRAFÍA SIMPLE DE TÓRAX	<p>Escasos hallazgos específicos de asma</p>																

FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; FEM: flujo espiratorio máximo; BD: broncodilatador (salbutamol, terbutalina, bromuro de ipratropio). FeNO: fracción exhalada de óxido nítrico; ppb: partes por billón; μL: microlitro; IgE: inmunoglobulina E; Ku/L: kilounidades por litro.

Algoritmo diagnóstico del asma (mini Gema 4.4, www.gemasma.es)

*En niños un incremento del 12% es suficiente para considerarla positiva aunque este sea < 200 mL. ** En los casos en los que la prueba de broncoconstricción sea negativa debe de considerarse el diagnóstico de bronquitis eosinofílica. *** Como alternativa pueden utilizarse glucocorticoides inhalados a dosis muy altas, 1500-2000 µg de fluticasona, en 3 o 4 tomas diarias, durante 2-8 semanas.



CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ASMA EN ADULTOS (Gema 4.4)

	INTERMITENTE	PERSISTENTE LEVE	PERSISTENTE MODERADA	PERSISTENTE GRAVE
SÍNTOMAS DIURNOS	No (2 veces o menos a la semana)	Más de 2 veces a la semana	Síntomas a diario	Síntomas continuos (Varias veces al día)
MEDICACIÓN DE ALIVIO (LABA. Agonista β_2 adrenérgico de acción corta)	No (2 veces o menos a la semana)	Más de 2 veces a la semana, pero no a diario	Todos los días	Varias veces al día
SÍNTOMAS NOCTURNOS	No más de 2 veces al mes	Más de dos veces al mes	Más de 1 vez a la semana	Frecuentes
LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD	Ninguna	Algo	Bastante	Mucha
FUNCIÓN PULMONAR (FEV ₁ o PEF) % teórico	>80%	>80%	>60% - <80%	≤60%
EXACERBACIONES	Ninguna	Una o ninguna al año	Dos o más al año	Dos o más al año

FEV₁: Volumen espirométrico forzado en el primer segundo; PEF: Flujo espiratorio máximo

Autores: Dr. David Bouza Álvarez*, Dr. Francisco Javier Maestro Saavedra*, Dra. Cristina Iglesias Díaz, Dra*, María José Veleiro Tenreiro*; Bernardo De Miguel Bartolomé*, *Médico de Familia. Servicios de Atención Primaria de la EOXI de A Coruña. Asociación 1aria.

BIBLIOGRAFÍA

- GEMA4.4. Guía española para el manejo del asma. 2019
- GINA. Global Initiative for Asthma. A Pocket Guide For Health Professional. Update 2019