

CURSO DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA DE ASMA

TOS Y BRONCORREA PERSISTENTE

Perla Valenzuela Reyes

Adjunta Neumología Hospital Virgen de la Salud, Toledo

ASMACAM 2019. 16 de Mayo



Presentación del caso

- Paciente mujer de 56 años de edad. Diagnóstico de Asma bronquial persistente clasificado como persistente moderado 2011. (S. Alergología)
- Valorada en neumología en 2012: buen control clínico ACT 22, hasta hace 3 años que inicia con clínica 2-3 veces a la semana de sibilancias, disnea de moderados esfuerzos, tos de predominio nocturno, precisando SABA mas de 4 veces al día
- Antecedentes de interés: Hernia de hiato con RGE en tto con omeprazol. IMC 28. No tabaquismo
- Reacciones alérgicas a fármacos: no conocidas
- Tratamiento: Budesonida 800 mcg/día (sistema Turbuhaler) y salbutamol a demanda.

- Derivada por tos persistente y expectoración amarillenta
- EF: Buen estado general AP: espiración alargada AC: sin soplos.
- Valoración ORL: Abundante drenaje nasal posterior con mucosidad infectada en rinofaringe.

- Exploraciones complementarias:

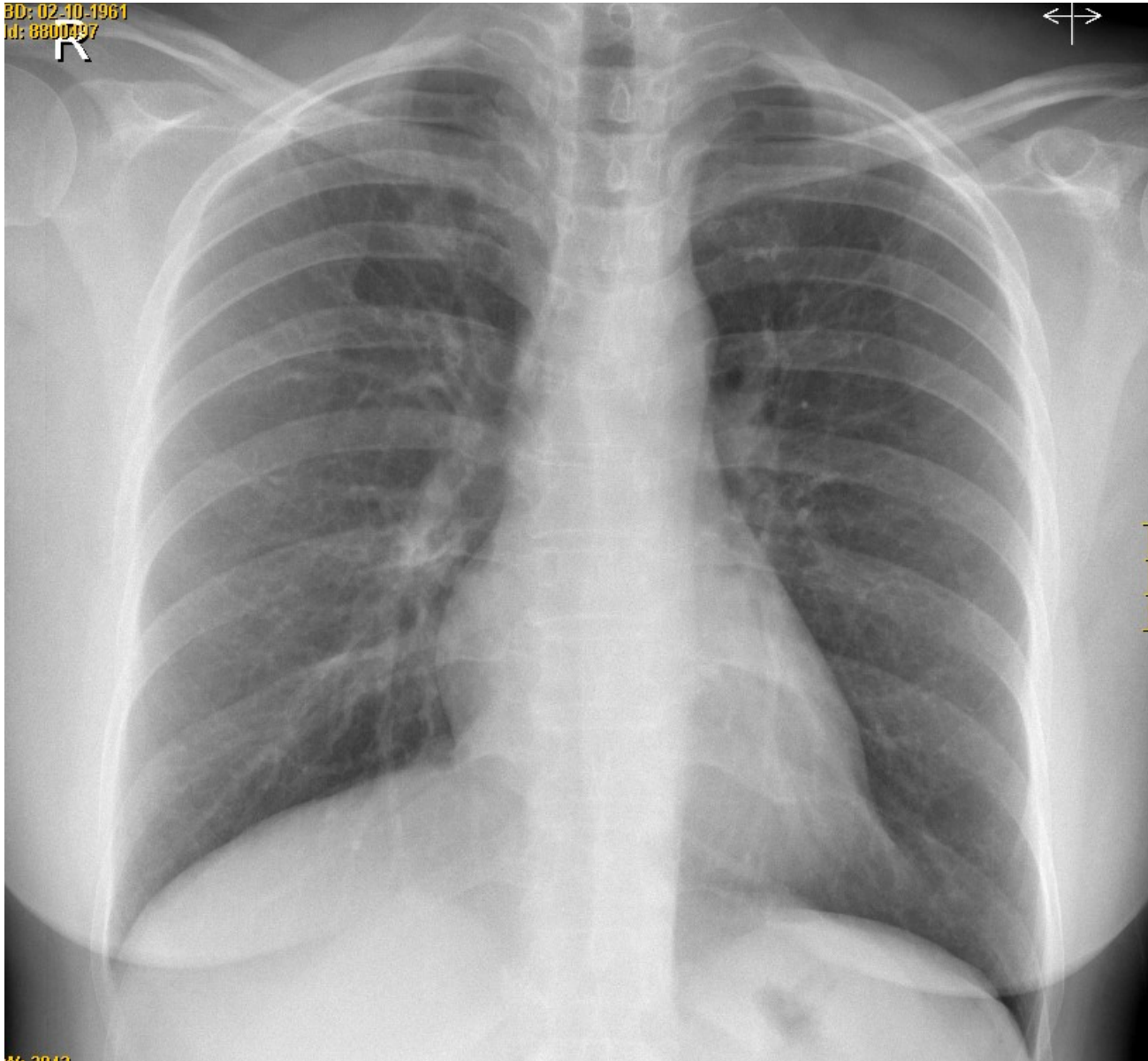
Analítica : Hemograma, eosinófilos 9% (700 células)

Rx Tórax: sin alteraciones

Rx senos paranasales: ocupación senos maxilares y frontal.

BD: 02.10.1961
Id: 8800497

R



02.10.1961

	Real	Teor	%Teor
FVC (L)	4,24	5,86	72
FEV1(L)	2,03	4,49	45
FEV1/FVC (%)	48	77	62
FEF 25-75% (L/sec)	0,75	4,25	18
FEV 50% (L/Sec)	0,80	5,46	15



Tras tto ATB con Augmentine, lavados nasales, corticoides tópicos y LABA+ICS.

	Real	Teor	%Teor
FVC (L)	5,12	5,30	93
FEV1(L)	2,99	4,19	71
FEV1/FVC (%)	58	76	77
FEF 25 75(L/Sec)	1,48	3,85	39
FEF 50% (L/Sec)	1,85	5,04	37

Una vez estable, se decide realizar espirometria con PBD.

Post-broncodilatador.

	Real	%Teor	%Camb
FVC (L)	5,24	95	2
FEV1(L)	3,26	78	9
FEV1/FVC (%)	62	82	7
FEF 25 75(L/Sec)	1,82	47	23
FEF 50% (L/Sec)	2,26	45	22

Diapositiva 7

1

; 08/05/2019

- Se ajusta el tratamiento con LABA+ICS (formoterol+beclometasona 200/6+ montelukast, salbutamol a demanda), se mantuvo tratamiento tópico de la sinopatía.
- Pruebas control

	Real	Teor	%Teor
FVC (L)	5,11	5,79	88
FEV1(L)	3,74	4,40	84
FEV1/FVC (%)	73		
FEF 25 75(L/Sec)	2,73	4,21	65
FEF 50% (L/Sec)	3,35	5,41	62

- **Evolución**

- Se realizan pruebas alergicas. IgE total: 325 UI/ml
- FeNO 48
- Pruebas cutáneas positivas a olivo. Micropapulas a trisetum y piel de melocotón.

En resumen...

- Asma alérgico moderado persistente con buen control
- Rinosinusitis crónica

Evolución

La paciente continúa estable durante 1 año, cumpliendo tto BD, posteriormente inicia con exacerbaciones que conllevan múltiples visitas a urgencias, corticoides sistémicos con imposibilidad de retirada.

En Hemograma 7500 leucos con 10% de eosinófilos (750 células)
-Con tto BD y COs sin gran mejoría

	Real	Teor	%Teor
FVC (L)	5,03	5,77	87
FEV1(L)	3,20	4,42	72
FEV1/FVC (%)	64		
FEF 25 75(L/Sec)	1,63	4,16	39
FEF 50% (L/Sec)	2,19	5,37	41

Asma grave fenotipo alérgico con eosinofilia.

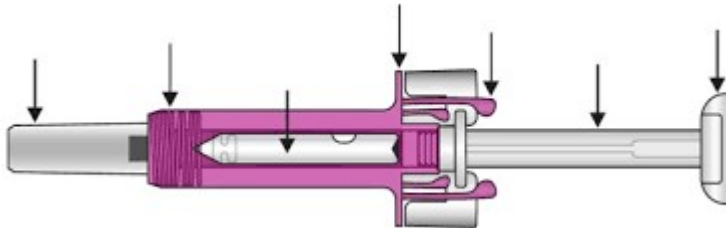
-Se agrega tratamiento con omalizumab (según dosis específica en ficha técnica),
permitiendo el descenso paulatino de corticoterapia siendo posible retirada total
a los 6 meses.

	Real	Teor	%Teor
FVC (L)	5,24	5,74	91
FEV1(L)	3,62	4,37	83
FEV1/FVC (%)	69		
FEF 25 75(L/Sec)	2,30	4,08	56
FEF 50% (L/Sec)	2,96	5,29	56

- Actualmente 2 años con Omalizumab. Tras la presentación del fármaco y cumpliendo criterios para poder auto-administrarse en domicilio la paciente por comodidad ha decidido continuar dosis en domicilio.
- En resumen, asma moderado persistente que por comorbilidades asociadas y evolución en el tiempo pasa a grave no controlado, con la necesidad de tto. Biológico.
- La importancia del manejo multidisciplinar en la patología asmática



- A partir de 3era dosis en hospital.
- Instrucciones por parte del personal médico
- Óptimo para pacientes distanciados del hospital.



Asma y comorbilidades: las nuevas y las emergentes





Original

Relación entre presencia de comorbilidad y control del asma

Luis Alejandro Pérez De Llano ^{a,*}, Francisco Carballada González ^b, Olalla Castro Añón ^a,
Marlies Pizarro Perea ^c, Manuel Vázquez Caruncho ^d, Adolfo Baloira Villar ^e y Proyecto Camaron
(Control del Asma Mediante el Análisis Regular del Óxido Nítrico)

Indian J Pediatr. 2018 Oct;85(10):887-892. doi: 10.1007/s12098-017-2484-0. Epub 2017 Nov 11.

Asthma, GERD and Obesity: Triangle of Inflammation.

Gupta S¹, Lodha R¹, Kabra SK².

J Asthma. 2018 Feb;55(2):208-219. doi: 10.1080/02770903.2017.1316394. Epub 2017 Jun 6.

Asthma control and disease burden in patients with asthma and allergic comorbidities.

Lee LK¹, Obi E², Paknis B³, Kavati A², Chipps B⁴.

Conclusiones

- Para una buena clasificación y fenotipado del paciente asmático, una buena HC es básica.
- Siempre tener en mente que un mal control del asma puede estar desencadenado por varios factores.
- Son de utilidad los cuestionarios (ACT, TAI, ACQ).
- Antes de iniciar un escalado del tratamiento es importante verificar cumplimiento
- El manejo multidisciplinar en el asma grave (Alergología, Digestivo, ORL, Psiquiatría) siempre aportara un mejor control.



- Gracias!