Tabla 2 – Pasos en el seguimiento del paciente con asma.

1. Control de los síntomas y de la función pulmonar

- Control de los síntomas[1]:
  - ¿Ha tenido síntomas diurnos de asma (número de veces/semana)?
  - ¿Ha tenido síntomas nocturnos/despertares por asma (número de noches/mes)?
  - ¿Le ha impedido el asma realizar sus actividades diarias (sí/no)?
  - ¿Precisó medicación de rescate (veces/semana)?
  - ¿Ha tenido crisis de asma que precisaron ciclo de corticoides orales, visitas a Urgencias o ingresos?
  - Cuestionario ACT (opcional en AP)
- Función pulmonar[2] (según disponibilidad en AP)

2. Valorar el tratamiento

- Comprobar la adecuación al escalón terapéutico
- Comprobar la técnica inhalatoria, adhesión al tratamiento y efectos adversos
- Comprobar que el paciente conoce el plan de acción escrito (en asma grave o no controlada)
- Comprobar la actitud y preferencias del paciente frente al asma
- Mensajes:
  - Enfermedad crónica que necesita tratamiento de mantenimiento
  - Saber qué implica usar medicación de alivio (reconocer síntomas iniciales de empeoramiento)
  - Evitación de tabaquismo y alérgeno responsable
  - Adhesión al tratamiento (dosis y técnica correcta)

3. Valorar comorbilidades y agravantes[3]

- Rinitis/rinosinusitis/poliposis nasal, ERGE, SAHS
- Obesidad, ansiedad-depresión, hipertiroidismo
- Fármacos: AINE, β-bloqueantes no selectivos, IECA
- Tabaco y otros tóxicos inhalados

4. Identificar factores de riesgo para exacerbaciones

- Mal control actual
- Uso excesivo de medicación de alivio
- Problemas psicológicos o socioeconómicos
- Alérgenos, incluyendo alergias alimentarias
- FeNO alto[4]
- Intubación o ingreso en UCI previos
- ≥ 1 exacerbación grave en el último año

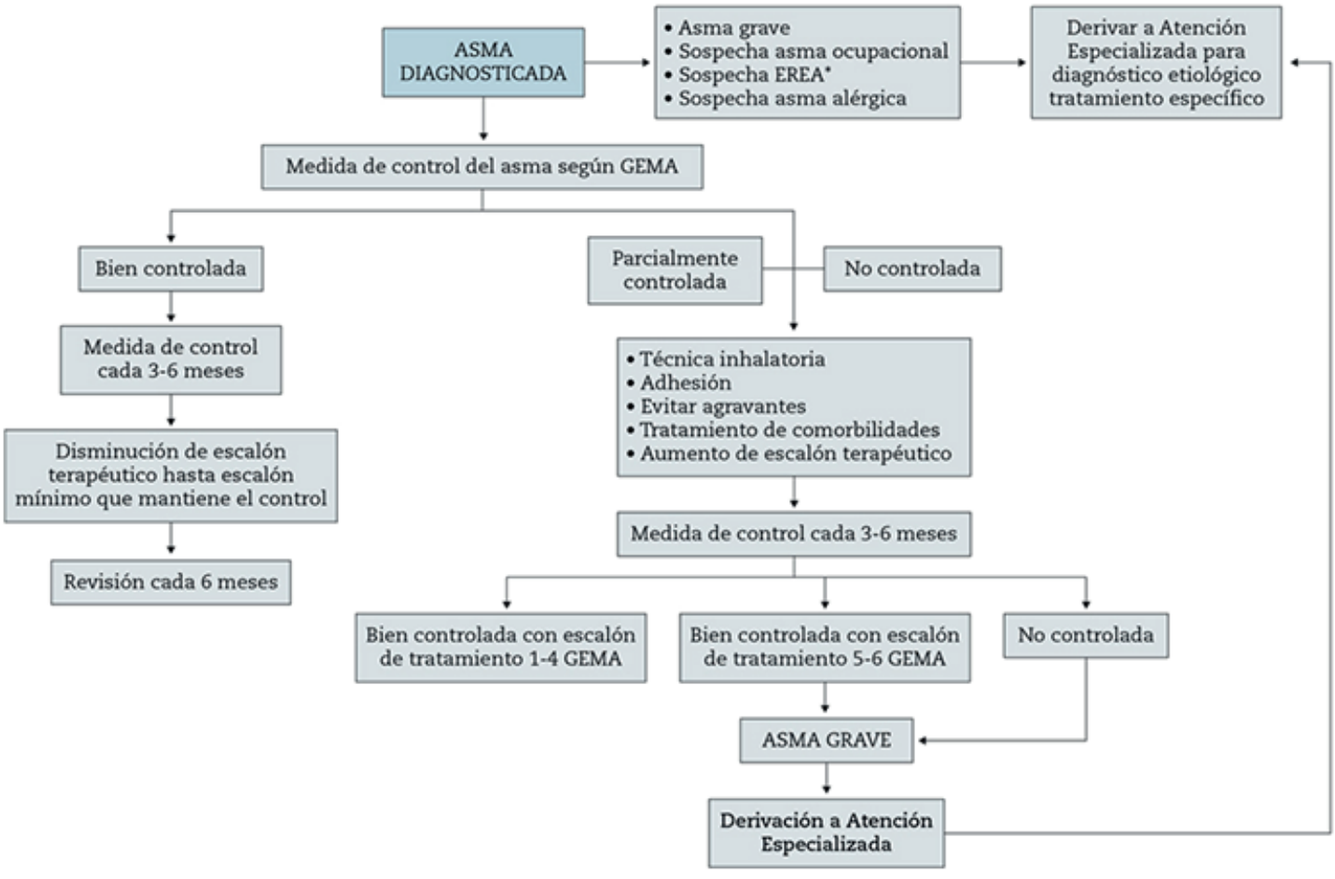
5. Identificar factores de riesgo para limitación al flujo aéreo

- Infratratamiento con corticoides inhalados
- Exposición al tabaco, irritantes químicos, exposición ocupacional
- Eosinofilia en sangre periférica
- FEV_1 bajo, especialmente < 60% (si se dispone de este dato)

6. Riesgo de efectos secundarios de la medicación

- Sistémicos: corticoides orales frecuentes, a largo plazo o altas dosis y/o corticoides inhalados potentes
- Locales: altas dosis de GCI o alta potencia, pobre técnica inhalatoria

[1]El seguimiento con síntomas necesita contemplar que éstos sean debidos a asma y no a otras causas. [2]La prueba ideal para medición de la función pulmonar es la espirometría con prueba broncodilatadora, pero en aquellos casos que no exista disponibilidad sería aconsejable realizar como mínimo una medición del FEM. Se aconseja al inicio del diagnóstico/tratamiento, a los 3-6 meses y luego periódicamente como mínimo una vez al año.[3]En caso de asma no controlada, comprobar todos los agravantes y comorbilidades descritos en el capitulo correspondiente. [4]Muchos pacientes con seguimiento en Atención Especializada disponen de este dato.
ACT: Test de control del asma; AP: Atención Primaria; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; SAHS: síndrome apnea-hipopnea del sueño; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; SABA: agonistas β2-adrenérgicos de acción corta; FeNO: fracción exhalada de óxido nítrico; UCI: Unidad de Cuidados intensivos; FEV_1: volumen espiratorio máximo en el primer segundo; GCI: glucocorticoide inhalado



**EREA: enfermedad respiratoria inducida por ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos*