

**ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA  
SOCIEDAD ARGENTINA DE ALERGIA E INMUNOPATOLOGÍA  
CURSO TRIENAL DE ESPECIALISTAS EN ALERGIA E INMUNOPATOLOGÍA**

**TRABAJO FINAL  
MONOGRAFÍA**

**CONTROL DE ASMA DESDE NUESTRO CONSULTORIO:  
EL DESAFIO ACTUAL**

**Dra. Ana Paola Coronado Consuegra**



# Control de asma

- ¿Que es control de asma ?
- Pilares :



- ¿Como se evalúa?
- ¿Con que herramientas contamos ?



## ACQ5 CUESTIONARIO DE CONTROL DE ASMA

El cuestionario consta de 5 preguntas que se puntúan de 0 a 6. Después has de sumar los puntos y dividirlos entre 5

- |  |   |
|--|---|
| 1. En promedio, durante la última semana, ¿con qué frecuencia se despertó por la noche debido al asma? (por tos, pitos, ahogo) | 0: Nunca<br>1: Casi nunca<br>2: Unas pocas veces<br>3: Varias veces<br>4: Muchas veces<br>5: Muchísimas veces<br>6: Incapaz de dormir, debido al asma                         |
| 2. En promedio, durante la última semana, ¿cómo fueron de graves los síntomas de asma que tuvo al despertarse por la mañana?   | 0: No tuvo síntomas<br>1: Síntomas muy ligeros<br>2: Síntomas ligeros<br>3: Síntomas moderados<br>4: Síntomas bastante graves<br>5: Síntomas graves<br>6: Síntomas muy graves |
| 3. En promedio, durante la última semana, ¿hasta qué punto el asma le limitó en sus actividades?                               | 0: Nada limitado<br>1: Muy poco limitado<br>2: Poco limitado<br>3: Moderadamente limitado<br>4: Muy limitado<br>5: Extremadamente limitado<br>6: Totalmente limitado          |
| 4. En promedio, durante la última semana, ¿hasta qué punto notó que le faltaba el aire debido al asma?                         | 0: Nada en absoluto<br>1: Muy poco<br>2: Un poco<br>3: Moderadamente<br>4: Bastante<br>5: Mucho<br>6: Muchísimo   |
| 5. En promedio, durante la última semana, ¿cuánto tiempo tuvo silbidos o pitidos en el pecho?                                  | 0: Nunca<br>1: Casi nunca<br>2: Poco tiempo<br>3: Parte del tiempo<br>4: Mucho tiempo<br>5: Casi siempre<br>6: Siempre  |

PUNTUACIÓN TOTAL: suma las puntuaciones de las 5 preguntas

PUNTUACIÓN MEDIA: puntuación total dividido entre 5

PUNTUACIÓN	CONTROL ASMA
De 0 a 0,74	Buen control
De 0,75 a 1,5	Control parcial
Más de 1,5	Asma no controlada

Consulta con tu médico de familia o neumólogo si tus resultados no están en buen control.

Nombre del paciente: Fecha: ID# de paciente: Su doctor de cuidado primario:

## Asthma Control Test™ –ACT (La prueba de Control del Asma) es:

- Una prueba rápida que produce un resultado numérico para evaluar el control del asma.
- Reconocida por los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health - NIH) en sus directrices sobre el asma de 2007.
- Convalidada clínicamente por espirometría y evaluaciones de especialistas.

**PACIENTES:**

- Contesten cada pregunta y escriban el número de la respuesta en el cuadro que aparece a la derecha de la pregunta.
- Sumen sus respuestas y escriban el puntaje total en el cuadro del TOTAL que se muestra abajo.
- Hablen con su doctor sobre sus resultados.

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo le ha impedido su asma hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en la casa?	Siempre <input type="text"/> 1	La mayoría del tiempo <input type="text"/> 2	Algo del tiempo <input type="text"/> 3	Un poco del tiempo <input type="text"/> 4	Nunca <input type="text"/> 5	PUNTAJE <input type="text"/>
2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha faltado el aire?	Más de una vez al día <input type="text"/> 1	Una vez al día <input type="text"/> 2	De 3 a 6 veces por semana <input type="text"/> 3	Uno o dos veces por semana <input type="text"/> 4	Nunca <input type="text"/> 5	<input type="text"/>
3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sus síntomas del asma (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?	4 o más noches por semana <input type="text"/> 1	De 2 a 3 noches por semana <input type="text"/> 2	Una vez por semana <input type="text"/> 3	Uno o dos veces <input type="text"/> 4	Nunca <input type="text"/> 5	<input type="text"/>
4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?	3 o más veces al día <input type="text"/> 1	1 ó 2 veces al día <input type="text"/> 2	2 ó 3 veces por semana <input type="text"/> 3	Una vez por semana o menos <input type="text"/> 4	Nunca <input type="text"/> 5	<input type="text"/>
5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?	No controlada en absoluto <input type="text"/> 1	Mal controlada <input type="text"/> 2	Algo controlada <input type="text"/> 3	Bien controlada <input type="text"/> 4	Completamente controlada <input type="text"/> 5	<input type="text"/>
						TOTAL <input type="text"/>

**Si obtuvo 19 puntos o menos, es probable que su asma no esté bajo control. Asegúrese de hablar con su doctor sobre sus resultados.**

Derechos de autor 2002, por QualityMetric Incorporated.  
La Prueba de Control del Asma es una marca comercial de QualityMetric Incorporated.  
La Prueba de Control del Asma es para las personas asmáticas de 12 años de edad en adelante.

Referencias: 1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Instituto Nacional de la Salud, Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma (2007). Issue de NIH No. 08-4561. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgy3.htm>. Consultado el 10 de septiembre de 2007. 2. Nation RA y otros. J Allergy Clin Immunol 2004;113:59-65.



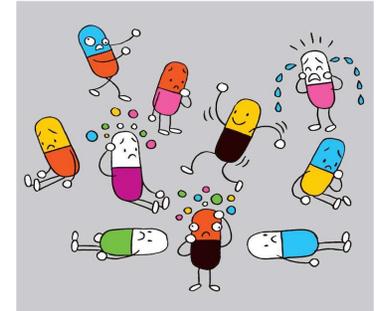
# EVALUAR RIESGO FUTURO



- EVENTOS ADVERSOS



- OBSTRUCCION PERSISTENTE



- EFECTOS ADVERSOS



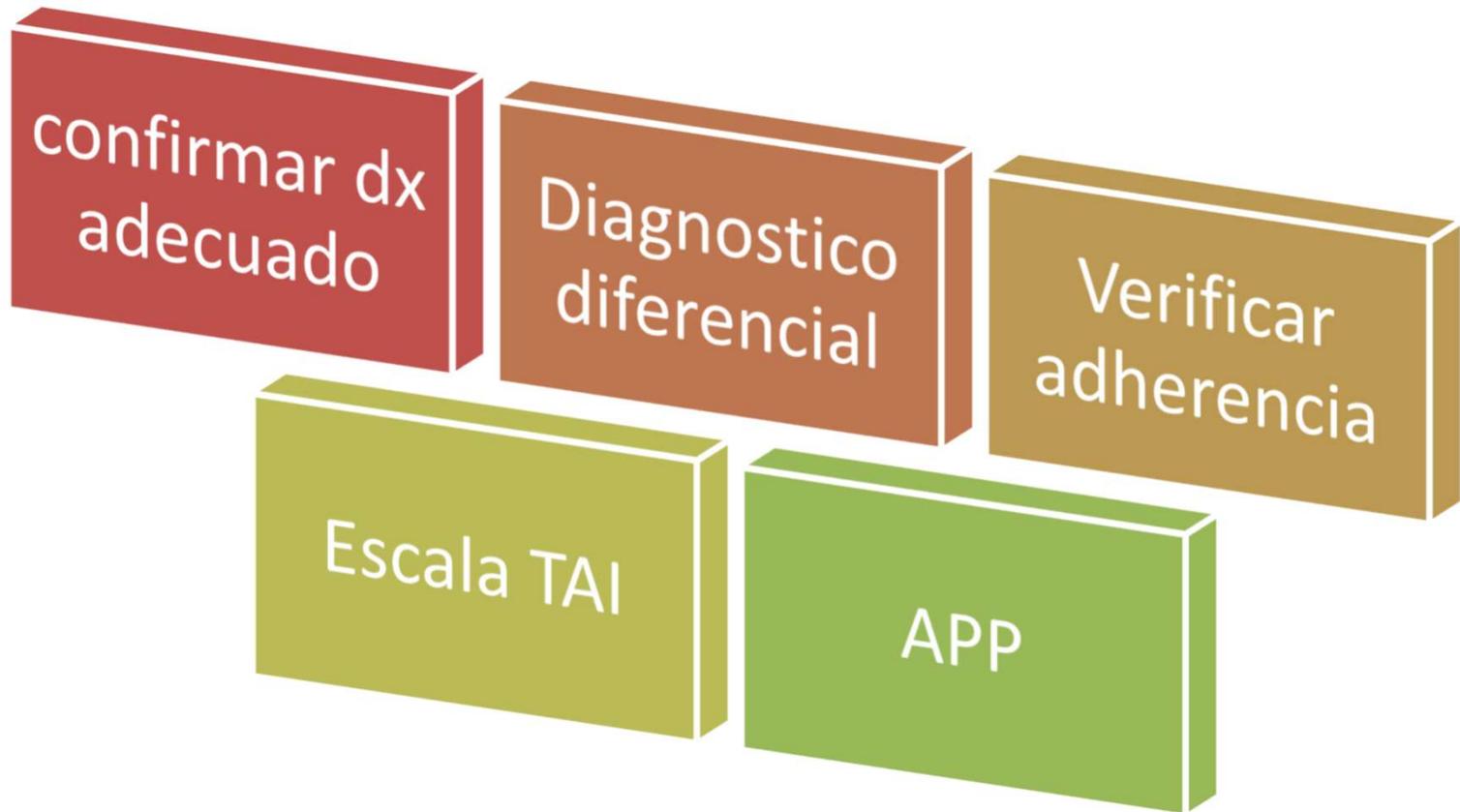
# ¿Frente a que paciente estamos en la consulta ?

- ASMA NO CONTROLADA

ASMA DE DIFÍCIL CONTROL

- ASMA SEVERA





# Escala TAI

## TAI 10 Items. Medición de la adhesión y su intensidad

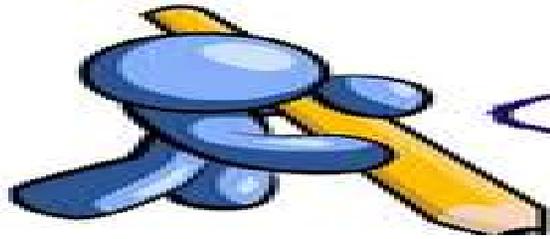
1. En los últimos 7 días ¿cuántas veces olvidó tomar sus inhaladores habituales?	<input type="checkbox"/> 1. Todos	<input type="checkbox"/> 2. Más de la mitad	<input type="checkbox"/> 3. Aprox. la mitad	<input type="checkbox"/> 4. Menos de la mitad	<input type="checkbox"/> 5. Ninguna	
2. Se olvida de tomar los inhaladores:	<input type="checkbox"/> 1. Siempre	<input type="checkbox"/> 2. Casi siempre	<input type="checkbox"/> 3. A veces	<input type="checkbox"/> 4. Casi nunca	<input type="checkbox"/> 5. Nunca	
3. Cuando se encuentra bien de su enfermedad, deja de tomar sus inhaladores:	<input type="checkbox"/> 1. Siempre	<input type="checkbox"/> 2. Casi siempre	<input type="checkbox"/> 3. A veces	<input type="checkbox"/> 4. Casi nunca	<input type="checkbox"/> 5. Nunca	
4. Cuando está de vacaciones o de fin de semana, deja de tomar sus inhaladores:	<input type="checkbox"/> 1. Siempre	<input type="checkbox"/> 2. Casi siempre	<input type="checkbox"/> 3. A veces	<input type="checkbox"/> 4. Casi nunca	<input type="checkbox"/> 5. Nunca	
5. Cuando está nervioso/a o triste, deja de tomar sus inhaladores:	<input type="checkbox"/> 1. Siempre	<input type="checkbox"/> 2. Casi siempre	<input type="checkbox"/> 3. A veces	<input type="checkbox"/> 4. Casi nunca	<input type="checkbox"/> 5. Nunca	
6. Deja de tomar sus inhaladores por miedo a posibles efectos secundarios:	<input type="checkbox"/> 1. Siempre	<input type="checkbox"/> 2. Casi siempre	<input type="checkbox"/> 3. A veces	<input type="checkbox"/> 4. Casi nunca	<input type="checkbox"/> 5. Nunca	
7. Deja de tomar sus inhaladores por considerar que son de poca ayuda para tratar su enfermedad:	<input type="checkbox"/> 1. Siempre	<input type="checkbox"/> 2. Casi siempre	<input type="checkbox"/> 3. A veces	<input type="checkbox"/> 4. Casi nunca	<input type="checkbox"/> 5. Nunca	
8. Toma menos inhalaciones de las que su médico le prescribió:	<input type="checkbox"/> 1. Siempre	<input type="checkbox"/> 2. Casi siempre	<input type="checkbox"/> 3. A veces	<input type="checkbox"/> 4. Casi nunca	<input type="checkbox"/> 5. Nunca	
9. Deja de tomar sus inhaladores porque considera que interfieren con su vida cotidiana o laboral:	<input type="checkbox"/> 1. Siempre	<input type="checkbox"/> 2. Casi siempre	<input type="checkbox"/> 3. A veces	<input type="checkbox"/> 4. Casi nunca	<input type="checkbox"/> 5. Nunca	
10. Deja de tomar sus inhaladores porque tiene dificultad para pagarlos:	<input type="checkbox"/> 1. Siempre	<input type="checkbox"/> 2. Casi siempre	<input type="checkbox"/> 3. A veces	<input type="checkbox"/> 4. Casi nunca	<input type="checkbox"/> 5. Nunca	
Puntuación 1-10 Items						<input type="text"/>



# ¿Como establecer el tratamiento ?

- De acuerdo a la guía utilizada
- GEMA
- GINA
- NICE
- Tener en cuenta prevención primaria ,  
vacunación , control ambiental , programas  
educativos ?





## Conclusiones

- A- Confirmación del diagnóstico de asma y valoración de su gravedad.
- B- Farmacoterapia óptima con efectos adversos mínimos o nulos.
- C- Educación del paciente y la familia sobre las medidas preventivas primarias y secundarias, incluido dejar de fumar y control ambiental.

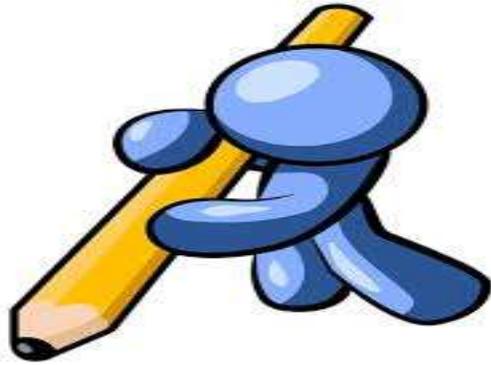




# Conclusiones

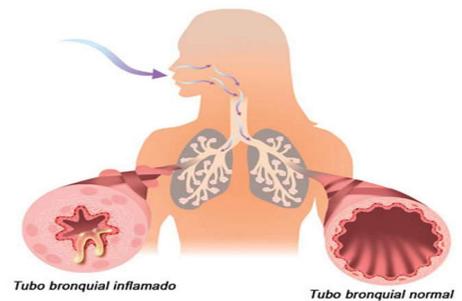
- La correcta capacitación y actualización de los profesionales de la salud para el manejo de pacientes según guías actuales
- Permite escoger el mejor dispositivo individualizando cada caso y obtener resultados favorables a largo plazo en adherencia y control de síntomas.





# Conclusiones

El tan anhelado control asmático es un gran desafío actualmente, enmarcado en muchos componentes, en el cual, el fin principal es mejorar la calidad de vida del paciente y evitar los cambios a nivel de la vía aérea.





**GRACIAS!!!!**