



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/2354 - ¿ASMA GRAVE? SI YO ME ENCUENTRO BIEN

I. Gutiérrez Sánchez^a, B. García Árbol^b, A. Saiz Peña^b, S. Álvarez Mesuro^a, M.C. Vargas-Machuca Cabañero^a y P. Silva Gamarra^b

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años, no RAM. No convive con animales. Exfumador. Diagnosticado de asma bronquial en 2005 tras espirometría (FEV1/FVC > 70%, PBD positiva), en tratamiento con budesonida 160/formoterol 4,5 y salbutamol a demanda. Sensibilización a ácaros. Hace 2 meses ingreso hospitalario por asma agudizada con insuficiencia respiratoria hipoxémica con disnea de mínimos esfuerzos tras abandono voluntario de su tratamiento 3 meses antes. Tratamiento al alta: budesonida/formoterol y prednisona oral 7 días. Al mes vuelve a urgencias hospitalarias por empeoramiento de la disnea, tos y sibilancias en relación a infección respiratoria de vías altas. Presentaba FEM del 40% respecto a su teórico. Tratamiento al alta: azitromicina, formoterol/budesonida, salbutamol a demanda y prednisona oral 7 días, derivándole a consulta Neumológica de Asma de difícil control. Acude a consulta de Atención primaria a la semana. Dice encontrarse asintomático, sin precisar salbutamol. No tomó prednisona por miedo a engordar y porque “no estaba tan mal y acudió a urgencias obligado por su pareja”.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta: sin alteraciones.

Juicio clínico: Asma bronquial persistente grave mal controlada.

Diagnóstico diferencial: Con enfermedades de clínica similar al asma (EPOC, RGE, tos por IECAS, goteo posnasal...). Ante un asma no controlada debemos descartar mala adhesión terapéutica, comorbilidades agravantes (RGE, rinitis...) y factores desencadenantes (infecciones respiratorias, fármacos broncoconstrictores, AINES, ejercicio, ansiedad, exposición a alérgenos...).

Comentario final: Tras comprobar la correcta técnica de utilización de inhaladores bronquiales, se le instruyó en el registro domiciliario del flujo espiratorio máximo con el medidor de pico-flujo (Peak flow) como medio de autovigilancia de la variabilidad de su enfermedad. La nula percepción de gravedad llevaba al paciente a abandonar el tratamiento y a minusvalorar los síntomas que presentaba durante las crisis. Labor fundamental del médico de familia es educar al paciente asmático en el conocimiento de su enfermedad, control de factores desencadenantes, uso adecuado de la técnica inhalatoria, adherencia terapéutica y reconocimiento de los síntomas de agudización, siendo para ello de gran utilidad el uso del Peak flow, sobre todo en pacientes con escasa percepción de enfermedad.

Bibliografía

1. Global Initiative for Asthma. GINA. 2014.
2. Guía Española para el Manejo del Asma. GEMA. 2015.

Palabras clave: *Asma. Adherencia terapéutica. Educación.*