

**SOLICITUDE DE INICIO DE TRATAMENTO CON FÁRMACOS BIOLÓXICOS
EN ASMA GRAVE NON CONTROLADA**

Médico prescriptor:

Data:/...../..... Paciente:

Medicamento solicitado:

- ☐ **Benralizumab sc** 30 mg c/4 semanas x 3 doses, logo 30 mg c/8 semanas
☐ **Mepolizumab sc** 100 mg c/4 semanas
☐ **Reslizumab iv** 3 mg/kg c/4 semanas. Peso =
☐ **Dupilumab sc** ☐ 400 mg, logo 200 mg c/2 semanas ☐ 600 mg, logo 300 mg c/2 semanas

Antecedentes:

- Alerxias:
- Hábito tabáquico:
- Exposición:
- Comorbilidades:
 - * **Rinosinusite crónica con poliposis nasal:** ☐ Sí ☐ No
 - Endoscopia nasal:
 - TAC seos paranasais:
 - Cirurxía endoscópica nasal: ☐ Sí. Especificar fechas:
☐ Non
 - EVA síntomas nasais (0-10):
 - SNOT-22:
 - * **Dermatites atópica:** ☐ Sí. Especificar EASI: ☐ No
- Tratamento habitual:

Diagnóstico de asma y fenotipo:

- Idade inicio síntomas:
- Data diagnóstico asma:
- Probas alérxicas:
- IgE:
- Eosinofilia en sangue:
- Eosinofilia en esputo (se está dispoñible):
- FENO:

Datos de gravidade/control do asma:

- Tratamento actual para asma:
- Síntomas:
- ACT (Anexo I):
- Nº exacerbacións (ano previo):
 - Nº ciclos de corticoides:
 - Nº visitas a urxencias:
 - Nº ingresos:
- Tratamento con corticoides: ☐ Sí. Especificar dose actual:
☐ Non
- Espirometría (mL (%)): CVF: FEV1: FEV1/CVF:
- Calidade de vida. MiniAQLQ (Anexo II):



Obxectivos terapéuticos:

- ☐ Reducir exacerbacións
- ☐ Retirar corticoides orais ou reducir dose
- ☐ Mellorar función pulmonar
- ☐ Controlar síntomas asma
- ☐ Controlar síntomas RSCcPN
- ☐ Controlar síntomas dermatite atópica

Check-List Asma Grave No Controlada:

- ☐ Obstrución bronquial reversible constatada por espirometría
- ☐ Síntomas frecuentes de asma e crise o exacerbacións recorrentes
- ☐ Recibir doses altas de corticoides inhalados
- ☐ Recibir beta2-agonistas de acción larga en doses máximas
- ☐ Necesidade de ciclos de corticoides orais
- ☐ Non fumadores
- ☐ Adherencia terapéutica correcta ao tratamento convencional previo
- ☐ Tratamento das comorbilidades (rinite, ERGE, etc)
- ☐ Educación en asma
- ☐ Compromiso de que acudirá regular e puntualmente ás citas programadas
- ☐ Descartadas outras causas de eosinofilia



SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ASMA GRAVE NON CONTROLADA

Médico prescriptor:

Data:/...../..... Paciente:

☐ Datos aos 4-6 meses do inicio do tratamento

☐ Datos aos 12 meses do inicio do tratamento

☐ Datos de seguimento anual periódico

Medicamento: ☐ Benralizumab ☐ Mepolizumab ☐ Reslizumab ☐ Dupilumab

EFFECTIVIDADE. Datos de resposta:

- Tratamento actual:

- ACT:

- Nº exacerbacións (no período avaliado):

- Nº ciclos de corticoides:

- Nº ingresos:

- Nº visitas a urxencias:

- Redución dose corticoides: ☐ Non ☐ Sí. Especificar dose actual:

- Eosinofilia periférica:

- Espirometría (mL (%)): CVF:

FEV1:

FEV1/CVF:

- FENO:

- Calidade de vida (min AQLQ):

- Puntuación EXACTO:

- Se comorbilidade rinosinusite crónica con poliposis nasal:

- EVA síntomas nasais (0-10):

- SNOT-22:

- Se comorbilidade dermatite atópica:

- EASI:

Obxectivos terapéuticos alcanzados:

☐ Reducir exacerbacións

☐ Retirar corticoides orais ou reducir dose

☐ Mellorar función pulmonar

☐ Controlar síntomas asma

☐ Controlar RSCcPN (Redución clinicamente relevante en SNOT-22 ≥ 9 puntos)

☐ Controlar dermatites atópica (Redución EASI $\geq 50\%$ do valor basal)

SEGURIDADE. Efectos adversos: ☐ Non ☐ Sí. Especificar:

RESPOSTA AO BIOLÓGICO: ☐ Completa ☐ Resposta parcial ☐ Non resposta

CONTINUACIÓN DE TRATAMENTO:

☐ Continuar igual

☐ Suspende biológico

☐ Cambio de biológico. Especificar biológico e motivo do cambio:



ANEXO I - Asthma Control Test (ACT)

Paciente:

Nº Hª:

Fecha:

Puntuación total:

1. En las últimas 4 semanas, ¿durante cuánto tiempo le ha impedido el asma completar sus actividades habituales en el trabajo, los estudios o el hogar?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Pocas veces
- Nunca

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha notado que le faltaba el aire?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- De 3 a 6 veces por semana
- Una o 2 veces por semana
- Nunca

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le han despertado por la noche o más temprano de lo habitual por la mañana sus síntomas de asma (sibilancias/pitidos, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor)?

- 4 o más noches por semana
- De 2 a 3 noches por semana
- Una vez por semana
- Una o dos veces
- Nunca

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha utilizado su inhalador de rescate (p. ej., Salbutamol, Ventolin®, Terbasmin®)?

- 3 o más veces al día
- 1 ó 2 veces al día
- 2 ó 3 veces por semana
- Una vez por semana o menos
- Nunca

5. ¿Hasta qué punto diría que su asma ha estado controlada durante las 4 últimas semanas?

- Nada controlada
- Mal controlada
- Algo controlada
- Bien controlada
- Totalmente controlada

Interpretación:

Puntuación 25: Control total del asma

Puntuación ≥ 20 : Asma bien controlada.

Puntuación < 20 : Asma no bien controlada.



ANEXO II: Cuestionario Mini AQLQ de Junniper en castellano

Iniciales: _____

Fecha: _____

Le rogamos responda **a todas** las preguntas señalando con un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha encontrado **durante las dos últimas semanas debido al asma**.

EN GENERAL, ¿CON QUÉ FRECUENCIA **DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS**:

		Siempre	Casi siempre	Gran parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Casi nunca	Nunca
1	NOTÓ QUE LE FALTABA EL AIRE debido al asma?	1	2	3	4	5	6	7
2	Sintió que le molestaba el POLVO o tuvo que evitar un lugar debido al POLVO?	1	2	3	4	5	6	7
3	Se sintió FRUSTRADO O IRRITADO debido al asma?	1	2	3	4	5	6	7
4	Sintió molestias debido a la TOS?	1	2	3	4	5	6	7
5	TUVO MIEDO DE NO TENER A MANO SU MEDICACIÓN PARA EL ASMA?	1	2	3	4	5	6	7
6	Notó una sensación de AHOGO U OPRESIÓN EN EL PECHO?	1	2	3	4	5	6	7
7	Sintió que le molestaba el HUMO DEL TABACO, o tuvo que evitar un lugar debido al HUMO DEL TABACO?	1	2	3	4	5	6	7
8	Tuvo DIFICULTADES PARA DORMIR BIEN POR LA NOCHE debido al asma?	1	2	3	4	5	6	7

EN GENERAL, ¿CON QUÉ FRECUENCIA **DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS**:

		Siempre	Casi siempre	Gran parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Casi nunca	Nunca
9	Se sintió PREOCUPADO POR TENER ASMA?	1	2	3	4	5	6	7
10	Sintió SILBIDOS O PITOS en el pecho?	1	2	3	4	5	6	7
11	Sintió que le molestaba o tuvo que evitar salir de casa debido al tiempo o a la contaminación atmosférica?	1	2	3	4	5	6	7

¿HASTA QUÉ PUNTO EL ASMA LE HA LIMITADO PARA HACER ESTAS ACTIVIDADES DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS?

		Totalmen- te limitado	Extremada- mente limitado	Muy limitado	Moderada- mente limitado	Algo limitado	Poco limitado	Nada limitado
12	Esfuerzos intensos (como darse prisa, hacer ejercicio, subir escaleras corriendo, hacer deporte)	1	2	3	4	5	6	7
13	Esfuerzos moderados (como caminar, hacer las tareas del hogar, trabajar en el jardín o en el huerto, hacer la compra, subir escaleras sin correr)	1	2	3	4	5	6	7

¿HASTA QUÉ PUNTO EL ASMA LE HA LIMITADO PARA HACER ESTAS ACTIVIDADES DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS?

		Totalmente limitado	Extremada- mente limitado	Muy limitado	Moderada- mente limitado	Algo limitado	Poco limitado	Nada limitado
14	ACTIVIDADES SOCIALES (como hablar, jugar con niños/animales domésticos, visitar a amigos /familiares)	1	2	3	4	5	6	7
15	ACTIVIDADES RELACIONADAS CON SU TRABAJO (tareas que tiene que hacer en su trabajo*)	1	2	3	4	5	6	7

***si no está trabajando, responda a esta pregunta pensando en las tareas que tiene que hacer la mayoría de los días.**

TOTAL

CLAVE DE LAS DIMENSIONES

Síntomas 1,4,6,8,10

Limitación de actividades; 12, 13, 14, 15

Función emocional; 3,5,9

Estímulos ambientales; 2,7,11