

Historia Clínica y Cuestionarios

GANOA · Asma · ORL · EPOC

Compendio de historias clínicas y cuestionarios de evaluación para el manejo del asma grave, la patología otorrinolaringológica asociada y la EPOC.

Fundación GANOA — Grupo Asma NOA

Material clínico-educativo

ÍNDICE

	CONTENIDO	PÁG.
HISTORIAS CLÍNICAS		
Parte 1	Historia Clínica de Asma Grave Datos · antecedentes · estudios · control · fenotipo · seguimiento	3
Parte 2	Historia Clínica ORL Endoscopia · SNOT-22 · Lund-Mackay · tratamiento	13
Parte 3	Historia Clínica de EPOC ABE · tratamiento · seguimiento	17
CUESTIONARIOS		
Parte 4	Cuestionarios — Asma ACT · ACQ-5 · AQLQ · FEOS	27
Parte 5	Cuestionario ORL SNOT-22	33
Parte 6	Cuestionarios — EPOC mMRC · CAT	36
Parte 7	Cuestionarios — Salud mental GAD-7 · PHQ-9	39
ANEXO		
Parte 8	Historia Clínica de Alergia Respiratoria Anamnesis · prick · IgE específica · provocación · función nasal	42

Las casillas (□) y los espacios en blanco están listos para completar en consulta o imprimir.



PARTE 1

Historia Clínica de Asma Grave

Datos, antecedentes, estudios, control, fenotipo y seguimiento

Fundación GANOA — Grupo Asma NOA

Material clínico-educativo



1 IDENTIFICACIÓN

1.1 ESTABLECIMIENTO Y FECHA

Lugar y fecha:

Establecimiento:

1.2 DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

DNI:

Edad:

Sexo:

Nacionalidad:

Ocupación:

Domicilio:

Teléfono:

Cobertura de Salud:

2 ANAMNESIS

2.1 MOTIVO DE CONSULTA

2.2 ENFERMEDAD ACTUAL

3 ANTECEDENTES Y COMORBILIDADES

3.1 ANTECEDENTES PERSONALES

ÍTEM	REGISTRO
Edad de inicio de asma	
Edad de diagnóstico de asma	
Desencadenantes	
Antecedentes familiares de asma	
Antecedentes de tabaquismo	Paciente: Padres: Abuelos:
Antecedentes de exposición a biomasa y/o contaminación ambiental	
Antecedentes de otras adicciones a drogas / alcohol	
Antecedentes de atopias / alergias (¿cuáles?)	
Antecedentes neonatales	Bajo peso al nacer Prematurez Otros
Antecedentes durante la gestación materna	

3.2 COMORBILIDADES

COMORBILIDAD	REGISTRO
Rinitis	SÍ ☐ NO ☐
Rinosinusitis	SÍ ☐ NO ☐
Poliposis rinosinusal	SÍ ☐ NO ☐
RGE	SÍ ☐ NO ☐
Obesidad	Grado: Peso: Talla: IMC:
Tabaquismo	SÍ ☐ NO ☐ Ex tabaquista: SÍ ☐ NO ☐
SAOS	SÍ ☐ NO ☐
Trastornos psiquiátricos	SÍ ☐ NO ☐ ¿Cuál?
Disfunción de cuerdas vocales	SÍ ☐ NO ☐

4 TRATAMIENTO ACTUAL

4.1 TRATAMIENTO ACTUAL DE ASMA

#	DROGA / DOSIS	TÉCNICA ADECUADA	ADHERENCIA TAI
1		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐
2		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐
3		SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐

4.2 TRATAMIENTOS PARA OTRAS PATOLOGÍAS

#	MOTIVO	DROGA	DOSIS	TIEMPO DE USO
1				
2				
3				
4				
5				

Destacar patologías relacionadas al uso de corticoterapia sistémica.

5 ESTUDIOS Y EVALUACIÓN

5.1 METODOLOGÍA DE ESTUDIO

ESTUDIO	PARÁMETRO	VALOR	VALOR
Espirometría	FEV1 PRE / POS	FVC	Reversibilidad
Test de marcha			
Volúmenes pulmonares	TLC	RV	
DLCO			
FENO			
Eosinófilos absoluto			
Antecedente — valor de eosinofilia previa			
IgE			
Prick test			
Rx tórax			
TAC tórax			
Parasitológico			
Micológicos			

ESTUDIO	PARÁMETRO	VALOR	VALOR
ANCA C / ANCA P			
T4 / TSH			

Evaluar descenso de función pulmonar:

5.2 CONTROL DEL ASMA Y CALIDAD DE VIDA

Control del asma — ACT o ACQ5:

Calidad de vida — AQLQ:

5.3 EXACERBACIONES DE ASMA

Número y fecha en el año previo. Consulta: telefónica, en consultorio, en sala de emergencia u hospitalización.

#	DESCRIPCIÓN / TIPO DE CONSULTA	FECHA
1		
2		
3		
4		
5		

5.4 TRATAMIENTO CON CORTICOIDES SISTÉMICOS

Fecha de inicio:

Dosis diarias:

Ciclos cortos anuales:

Dosis acumulada de prednisona o equivalente anual:

Menos de 0,5 g ☐

Entre 0,5 y 1 g ☐

Más de 1 g ☐

5.5 EVALUACIÓN INTERDISCIPLINARIA

ÍTEM	REGISTRO
Cardiología	
Gastroenterología	
Psiquiatría	
Endocrinología	
Otros	



5.6 EVALUACIÓN ORL

La evaluación otorrinolaringológica completa se desarrolla en el documento adjunto: «Historia Clínica de Poliposis — ORL (GANOA)».

Resumen de datos clave (completar con el resultado del documento ORL):

Síntomas ORL actuales:	
Score de poliposis (NPS 0–8):	
SNOT-22 (puntaje / severidad):	
Lund-Mackay (TAC senos):	
Diagnóstico ORL:	

6 DIAGNÓSTICO Y FENOTIPO

6.1 NIVEL DE CONTROL DEL ASMA

CRITERIO	REGISTRO
Mal control de síntomas (ACT < 20 o ACQ5 > 1,5)	
≥ 2 ciclos cortos de OCS el año previo	
Dosis acumulada anual de OCS	
Urgencia, hospitalización o UCI el año previo	
Dosis diaria de OCS	
Deterioro de la función pulmonar	
Comorbilidad T2 no controlada	

6.2 CRITERIOS DE INFLAMACIÓN

CRITERIO	REGISTRO
Eosinófilos ≥ 150 / 300 mm ³	
FENO ≥ 25 ppb	
Eos. esputo ≥ 2 %	
Pruebas de alergia positivas	
IgE total	
Relevancia clínica de alergia	
Necesidad de OCS de mantenimiento	

6.3 FENOTIPO

TEMPRANO	INICIO	TARDÍO
ALTO	T2	BAJO
SÍ ☐	ALÉRGICO	NO ☐
SÍ ☐	EOSINOFÍLICO	NO ☐
SÍ ☐	MIXTO	NO ☐

6.4 DIAGNÓSTICO — FENOTIPO

7 TRATAMIENTO INDICADO

7.1 INDICACIÓN TERAPÉUTICA

7.2 FUNDAMENTACIÓN

Habiendo pasado un tiempo suficiente para evaluar los factores relativos a la severidad de la enfermedad, entrenar al paciente en el correcto uso de los dispositivos y medicarlo con una adecuada combinación de fármacos y estrategias de evitación de desencadenantes y polutantes en su ambiente, así como diagnosticar y tratar las comorbilidades detectadas que empeoran el control del asma, y no obtener un control adecuado a los objetivos señalados por las guías de manejo del asma; se pasa al quinto escalón de tratamiento, donde —habida cuenta de los efectos colaterales de la corticoterapia prolongada para la salud del paciente— teniendo en cuenta los valores de: (detallar cómo se llegó al fenotipo del paciente)

El mismo presenta indicación del siguiente tratamiento:

8 SEGUIMIENTO

8.1 DATOS DE LA VISITA

Fecha:	
Edad:	
Semanas de tratamiento:	

8.2 TRATAMIENTO ACTUAL

#	DROGA / DOSIS	TIEMPO DE TTO	TÉCNICA Y ADHERENCIA
1			
2			
3			
4			

8.3 PARÁMETROS DE EVALUACIÓN

Examen físico:

--

8.4 NIVEL DE CONTROL

CRITERIO	REGISTRO
ACT o ACQ5 < 1,5	
Ciclos cortos de OCS desde visita previa	
Dosis de OCS de mantenimiento	
Urgencia, hospitalización o UCI desde visita previa	
Deterioro de la función pulmonar — valor absoluto de FEV1	
Calidad de vida	
Control comorbilidad T2 — SNOT-22	

8.5 CRITERIOS DE INFLAMACIÓN

CRITERIO	REGISTRO
Eosinófilos	
FENO	
Eos. esputo	

CRITERIO	REGISTRO
TAC de senos — puntaje Lund-Mackay	
Endoscopia — score de poliposis	

8.6 EVENTOS ADVERSOS

8.7 EVOLUCIÓN — SCORE FEOS



El score FEOS (FEV1, Exacerbaciones, Orales corticoides, Síntomas) permite cuantificar la respuesta a un tratamiento biológico en pacientes con asma grave no controlada. Mide cambios desde la situación basal (previa al inicio del biológico) hasta el momento del seguimiento (16, 24, 52, 76, 104 semanas...). El valor va de 0 (empeoramiento) a 100 (máxima respuesta posible). El cálculo se realiza en feoscore.com.

8.8 INDICACIÓN DE TRATAMIENTO



PARTE 2

Historia Clínica ORL

Evaluación otorrinolaringológica — endoscopía, SNOT-22, Lund-Mackay

Fundación GANOA — Grupo Asma NOA

Material clínico-educativo

Documento complementario de la Historia Clínica de Asma Grave (GANOA).



1 EVALUACIÓN CLÍNICA

1.1 DATOS DEL PACIENTE

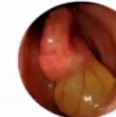
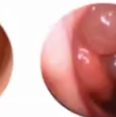
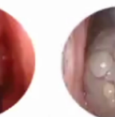
Lugar y fecha:	
Establecimiento:	
Apellido y Nombre:	
DNI / Edad:	

1.2 SÍNTOMAS ACTUALES

1.3 ENDOSCOPIA · CUERDAS VOCALES · SCORE DE POLIPOSIS

Endoscopia nasal (hallazgos):	
Cuerdas vocales:	
Score de poliposis nasal (NPS 0–8):	

ESCALA DE REFERENCIA — PÓLIPOS NASALES (NPS 0–8)

Endoscopia nasal					
					
Tamaño de pólipo/ubicación (NPS, 0-8)					
Descripción anatómica	Sin pólipos	Pequeños pólipos en el meato medio que no alcanzan debajo del borde inferior del cornete medio	Pólipos que alcanzan debajo del borde inferior del cornete medio	Pólipos grandes que alcanzan el borde inferior de los cornetes inferiores o pólipos mediales al cornete medio	Pólipos grandes que causan obstrucción completa de la cavidad nasal inferior.
Puntaje	0	1	2	3	4

Fokkens, V Lund, J Mullol, C Bachert, et al. Rhinology 2012; Suppl 23: 1-299
Lildholt T et al. Clin Otolaryngol Allied Sci 1995

ENF. SEVERA

Fokkens V, Lund J, Mullol J, Bachert C, et al. Rhinology 2012; Suppl 23:1-298. · Lildholt T et al. Clin Otolaryngol Allied Sci 1995.

1.4 SNOT-22 — RINOSINUSITIS CRÓNICA / POLIPOSIS

Puntaje SNOT-22:	
Severidad:	
Observaciones:	

CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD SEGÚN LA PUNTUACIÓN SNOT-22

ÍTEM	REGISTRO
Leve	Puntuaciones de 8 a 20 inclusive
Moderado	Puntuaciones mayores a 20 y hasta 50 inclusive
Grave	Puntuaciones mayores a 50

Clasificación de la severidad según la puntuación SNOT-22:

- **Leve:** Puntuaciones de 8 a 20 inclusive.
- **Moderado:** Puntuaciones mayores a 20 y hasta 50 inclusive.
- **Grave:** Puntuaciones mayores a 50. [🔗](#)

1.5 TAC DE MACIZO CRANEOFACIAL

Cortes coronal, axial y sagital.

Hallazgos TAC:	
Puntaje Lund-Mackay:	
Severidad (según Lund-Mackay):	

CUADRO 1 · CRITERIOS DE LA CLASIFICACIÓN DE LUND-MACKAY

Estructura (seno afectado): 0 = sin opacificación · 1 = opacificación parcial · 2 = opacificación total (lado derecho e izquierdo).

ESTRUCTURA (seno afectado)	DERECHO	IZQUIERDO
Maxilar		
Celdillas etmoidales anteriores		
Celdillas etmoidales posteriores		
Frontal		
Esfenoides		
Complejo osteomeatal		

CUADRO 2 · PUNTAJE DE SEVERIDAD DE LA CLASIFICACIÓN DE LUND-MACKAY

CATEGORÍA	PUNTAJE DE LUND-MACKAY
Normal	0
Leve	1 – 3
Moderada	4 – 10
Severa	> 10

Cuadros adaptados de la clasificación de Lund-Mackay (criterios y puntaje de severidad).



2 TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

2.1 TRATAMIENTO ORL

#	DROGA	DOSIS	TIEMPO
1			
2			
3			
4			

2.2 EXACERBACIONES DEL ÚLTIMO AÑO Y TRATAMIENTO

2.3 CIRUGÍAS PREVIAS

CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO	FECHA



PARTE 3

Historia Clínica de EPOC

Diagnóstico, ABE, tratamiento y seguimiento

LUGAR Y FECHA:	
ESTABLECIMIENTO:	

1 IDENTIFICACIÓN

1.1 DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:	
DNI:	
Edad:	
Sexo:	
Nacionalidad:	
Ocupación:	
Domicilio:	
Teléfono:	
Cobertura de Salud:	

2 ANAMNESIS

2.1 MOTIVO DE CONSULTA

--

2.2 ENFERMEDAD ACTUAL

--

3 ANTECEDENTES Y COMORBILIDADES

3.1 ANTECEDENTES Y FACTORES DE RIESGO

ÍTEM	REGISTRO
Tabaquismo	Activo ☐ Ex ☐ Nunca ☐ Paquetes-año: Fecha de cese:
Exposición a humo de biomasa	SÍ ☐ NO ☐ Años de exposición:

ÍTEM	REGISTRO
Exposición ocupacional (polvos, gases, vapores)	SÍ ☐ NO ☐ ¿Cuál?
Contaminación ambiental / intradomiciliaria	SÍ ☐ NO ☐
Déficit de alfa-1 antitripsina (AAT)	Dosado ☐ Pendiente ☐ Valor:
Antecedente o diagnóstico de asma (solapamiento)	SÍ ☐ NO ☐
Infecciones respiratorias graves en la infancia	SÍ ☐ NO ☐
Bajo peso al nacer / prematuridad	SÍ ☐ NO ☐
Antecedentes familiares respiratorios / EPOC	SÍ ☐ NO ☐

3.2 SÍNTOMAS RESPIRATORIOS CRÓNICOS

ÍTEM	REGISTRO
Disnea	Tiempo de evolución: Progresión:
Tos crónica	SÍ ☐ NO ☐ Características:
Expectoración crónica	SÍ ☐ NO ☐ Aspecto / volumen:
Bronquitis crónica (tos + expectoración ≥ 3 meses, 2 años)	SÍ ☐ NO ☐
Sibilancias / opresión torácica	SÍ ☐ NO ☐

3.3 COMORBILIDADES

COMORBILIDAD	REGISTRO
Enfermedad cardiovascular / cardiopatía isquémica	SÍ ☐ NO ☐
Hipertensión arterial	SÍ ☐ NO ☐
Insuficiencia cardíaca	SÍ ☐ NO ☐
Ansiedad / depresión	SÍ ☐ NO ☐
Osteoporosis	SÍ ☐ NO ☐
Reflujo gastroesofágico (RGE)	SÍ ☐ NO ☐
SAOS	SÍ ☐ NO ☐
Bronquiectasias	SÍ ☐ NO ☐
Cáncer de pulmón / antecedente oncológico	SÍ ☐ NO ☐
Diabetes / síndrome metabólico	SÍ ☐ NO ☐
Obesidad	SÍ ☐ NO ☐ Peso: Talla: IMC:
Asma (solapamiento EPOC-asma / ACO)	SÍ ☐ NO ☐

4 TRATAMIENTO ACTUAL



4.1 TRATAMIENTO ACTUAL DE EPOC

Consignar broncodilatadores (LABA / LAMA), corticoide inhalado (CEI) y dispositivos.

#	DROGA / DOSIS	DISPOSITIVO	TÉCNICA OK	ADHERENCIA
1			SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐
2			SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐
3			SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐
4			SÍ ☐ NO ☐	SÍ ☐ NO ☐

4.2 TRATAMIENTOS PARA OTRAS PATOLOGÍAS

#	MOTIVO	DROGA	DOSIS	TIEMPO DE USO
1				
2				
3				
4				

5 DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

5.1 DIAGNÓSTICO — ESPIROMETRÍA (OBLIGATORIA)

Requisito diagnóstico: FEV1/FVC < 0,70 posbroncodilatador. No hay diagnóstico de EPOC sin espirometría que lo confirme.

PARÁMETRO	PRE-BD	POS-BD	% PREDICHO
FEV1			
FVC			
FEV1/FVC			
Reversibilidad (Δ FEV1)			

GRAVEDAD DE LA OBSTRUCCIÓN — GOLD 1-4 (FEV1 % DEL PREDICHO POSBD)

GRADO	DESCRIPCIÓN	FEV1 % PREDICHO
GOLD 1	Leve	$\geq 80\%$
GOLD 2	Moderada	50 – 79 %
GOLD 3	Grave	30 – 49 %
GOLD 4	Muy grave	< 30 %

Grado GOLD del paciente:

5.2 METODOLOGÍA DE ESTUDIO

ESTUDIO	VALOR / RESULTADO	FECHA
Eosinófilos en sangre (cel/ μ L)		
Eosinófilos — valores históricos (último año)		
FeNO		
Volúmenes pulmonares (TLC / RV)		
DLCO		
Gasometría arterial / SatO ₂		
Rx tórax		
TACAR (enfisema / bronquiectasias)		
Alfa-1 antitripsina		
Hemograma		
Test de marcha de 6 minutos		
Cultivo de esputo (si exacerbador)		

Eosinófilos — umbrales clave: ≥ 100 cel/ μ L: predicen respuesta al corticoide inhalado (CEI). ≥ 300 cel/ μ L: mayor magnitud de respuesta al CEI. Los corticoides orales bajan rápidamente los eosinófilos — medir sin su efecto.

DISNEA — ESCALA MMRC

GRADO	DESCRIPCIÓN
0	Disnea solo ante ejercicio intenso.
1	Disnea al caminar rápido en llano o al subir una pendiente leve.
2	Camina más lento que personas de su edad por disnea, o debe detenerse al caminar a su paso en llano.
3	Se detiene a respirar tras caminar ~100 m o pocos minutos en llano.
4	Demasiado disneico para salir de casa, o disnea al vestirse/desvestirse.

mMRC del paciente:

IMPACTO SINTOMÁTICO — CAT Y CARGA

CAT (COPD Assessment Test): 8 ítems, 0–5 cada uno (rango 0–40). CAT ≥ 10 = alto impacto sintomático.

Umbral de síntomas: mMRC ≥ 2 o CAT ≥ 10 indican alta carga sintomática.

Puntaje CAT (0–40):

mMRC (0–4):

FEV1 % (GOLD 1–4):

Eosinófilos (cel/μL):

5.4 EXACERBACIONES (ÚLTIMOS 12 MESES)

Definición de alto riesgo: ≥ 1 exacerbación moderada o grave en los últimos 12 meses → grupo E (exacerbador), según GOLD 2026.

#	FECHA	GRAVEDAD (mod. / internación / UCI)	TRATAMIENTO RECIBIDO
1			
2			
3			
4			
5			

5.5 CORTICOIDES SISTÉMICOS Y ANTIBIÓTICOS

Ciclos cortos de corticoides orales (12 m):

Dosis acumulada anual (prednisona o equiv.):

Ciclos de antibióticos (12 m):

Corticoide oral de mantenimiento:

5.6 CLASIFICACIÓN GOLD — GRUPOS A · B · E

GRUPO	SÍNTOMAS	EXACERBACIONES (12 m)
A	mMRC 0–1 · CAT < 10 (pocos síntomas)	Sin exacerbaciones (0 en 12 m)
B	mMRC ≥ 2 · CAT ≥ 10 (más síntomas)	Sin exacerbaciones (0 en 12 m)
E	Cualquier nivel de síntomas	≥ 1 exacerbación moderada o grave

GOLD 2026: el grupo E se define por ≥ 1 **exacerbación moderada o grave** en los últimos 12 meses (criterio previo: ≥ 2 moderadas o ≥ 1 con internación). Una sola exacerbación moderada multiplica por cuatro el riesgo de nuevas exacerbaciones: toda exacerbación cuenta.

Grupo GOLD del paciente (A / B / E):

6 TRATAMIENTO INDICADO

6.1 ESCALERA TERAPÉUTICA

ESCALÓN	TRATAMIENTO	CRITERIO
Inicial (A)	Broncodilatador de acción corta o prolongada	Pocos síntomas, bajo riesgo
Doble BD (B / E)	LABA + LAMA	Síntomas y/o exacerbaciones
Triple terapia	LABA + LAMA + CEI	Exacerba y eosinófilos ≥ 100 cel/μL

Rescate: broncodilatador de acción corta para todos. Antes de escalar: verificar adherencia, técnica inhalatoria y comorbilidades. No retirar el CEI sobre triple terapia si eosinófilos ≥ 300 cel/μL. LABA+CEI no se recomienda en EPOC.

Tratamiento indicado:

6.2 PERFIL DEL PACIENTE CANDIDATO A BIOLÓGICO

CARACTERÍSTICA DEL PACIENTE	REGISTRO
EPOC confirmada por espirometría posBD ($FEV_1/FVC < 0,70$)	Sí ☐ No ☐
Sintomático pese al tratamiento: mMRC ≥ 2 o CAT ≥ 10	Cumple ☐ No cumple ☐
Exacerbador: ≥ 1 exacerbación moderada o grave en 12 m (grupo E)	Cumple ☐ No cumple ☐
Terapia inhalada optimizada (LABA + LAMA $\pm$ CEI), con adherencia y técnica verificadas	Cumple ☐ No cumple ☐
Inflamación tipo 2: eosinófilos ≥ 300 cel/ μ L sin efecto de corticoides orales	Valor: _____ cel/ μ L
Bronquitis crónica (tos y expectoración ≥ 3 meses, 2 años consecutivos)	Sí ☐ No ☐
Asma descartada (sin antecedente ni diagnóstico)	Sí ☐ No ☐
Comorbilidades tratadas • cesación tabáquica • vacunación al día	Sí ☐ No ☐
Candidato a biológico	Sí ☐ No ☐ Fecha: _____

GOLD 2026 reconoce evidencia nivel A para **dupilumab** y **mepolizumab** como terapia adicional (add-on) en pacientes con exacerbaciones persistentes pese a la terapia inhalada óptima y fenotipo eosinofílico o de bronquitis crónica. Umbral habitual: eosinófilos ≥ 300 cel/ μ L sobre triple terapia. Los corticoides orales bajan rápidamente los eosinófilos: medir sin su efecto.

6.3 EVALUACIÓN INTERDISCIPLINARIA

ÍTEM	REGISTRO
Cardiología	
Rehabilitación pulmonar	
Nutrición	
Salud mental (ansiedad / depresión)	
Cesación tabáquica	
Vacunación (influenza, neumococo, COVID-19, VSR)	
Otros	

6.4 OBSERVACIONES

7 SEGUIMIENTO

7.1 DATOS DE LA VISITA

Fecha:	
Edad:	
Tiempo de tratamiento:	
Visita n.º / motivo:	

7.2 TRATAMIENTO ACTUAL

#	DROGA / DOSIS	TIEMPO DE TTO	TÉCNICA Y ADHERENCIA
1			
2			
3			
4			

7.3 RESPUESTA Y PARÁMETROS DE EVALUACIÓN

PARÁMETRO	BASAL	ACTUAL
Exacerbaciones (desde la última visita)		
FEV ₁ (mL / % predicho)		
CAT		
Disnea (mMRC)		
Eosinófilos (cel/μL)		
Calidad de vida (SGRQ, si disponible)		

7.4 EVENTOS ADVERSOS

7.5 CONDUCTA / INDICACIÓN

Reevaluar control sintomático, exacerbaciones y función pulmonar. Verificar adherencia, técnica inhalatoria y comorbilidades antes de modificar el escalón terapéutico.



8 REFERENCIAS

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease — Informe 2026.

Bhatt SP et al. Dupilumab for COPD with type 2 inflammation. *N Engl J Med.* 2023;389:205-214 (BOREAS); *N Engl J Med.* 2024;390:2274-2283 (NOTUS).

Sciurba FC et al. Mepolizumab to prevent exacerbations of COPD with an eosinophilic phenotype. *N Engl J Med.* 2025;392:1710-1720 (MATINEE).

Material clínico-educativo — Fundación GANOA (Grupo Asma NOA). Dra. Ana María Stok.



GANOA
GRUPO ASMA NOA

HISTORIA CLÍNICA Y CUESTIONARIOS — GANOA

PARTE 4

Cuestionarios — Asma

ACT · ACQ-5 · AQLQ · FEOS



Apellido y Nombre:

DNI:

Fecha:

ACT — TEST DE CONTROL DEL ASMA

Período: responder pensando en las últimas 4 semanas.

Respuesta: marcar un valor de 1 a 5 en cada uno de los 5 ítems.

Puntaje: suma de los 5 ítems (rango 5–25). A mayor puntaje, mejor control.

Asthma Control Test (ACT) © QualityMetric Inc. / GSK. Administrar la versión oficial validada en español; este desarrollo permite registrar y puntuar los resultados.

1. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo le impidió el asma realizar sus actividades habituales (trabajo, escuela u hogar)?

1 Siempre ☐	2 Casi siempre ☐	3 Algunas veces ☐	4 Pocas veces ☐	5 Nunca ☐
---	--	---	---	---

2. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido falta de aire?

1 Más de una vez al día ☐	2 Una vez al día ☐	3 De 3 a 6 veces por semana ☐	4 Una o dos veces por semana ☐	5 Nunca ☐
---	--	---	--	---

3. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia los síntomas del asma (sibilancias, tos, falta de aire, opresión o dolor en el pecho) le despertaron por la noche o más temprano de lo habitual?

1 4 o más noches por semana ☐	2 2 a 3 noches por semana ☐	3 Una vez por semana ☐	4 Una o dos veces ☐	5 Nunca ☐
---	---	--	---	---

4. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate (p. ej., salbutamol)?

1 3 o más veces al día ☐	2 1 o 2 veces al día ☐	3 2 o 3 veces por semana ☐	4 Una vez por semana o menos ☐	5 Nunca ☐
--	--	--	--	---

5. ¿Cómo calificaría el control de su asma en las últimas 4 semanas?

1 Nada controlada ☐	2 Mal controlada ☐	3 Algo controlada ☐	4 Bien controlada ☐	5 Totalmente controlada ☐
---	--	---	---	---

CÁLCULO E INTERPRETACIÓN

Puntaje ACT = ítem 1 + 2 + 3 + 4 + 5

Resultado del paciente: _____ / 25

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
≥ 20	Asma controlada
16 – 19	Asma no bien controlada
≤ 15	Asma muy mal controlada

ACQ-5 — CUESTIONARIO DE CONTROL DEL ASMA

Período: responder pensando en la última semana.

Respuesta: marcar un valor de 0 a 6 en cada uno de los 5 ítems.

Puntaje: promedio de los 5 ítems (suma ÷ 5). Rango 0–6.

Asthma Control Questionnaire (ACQ-5) © E. F. Juniper. Requiere licencia de uso. Administrar la versión oficial validada en español; este desarrollo permite registrar y puntuar los resultados.

Durante la última semana:

1. ¿Con qué frecuencia se despertó, en promedio, por la noche a causa del asma?

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

0 = Nunca 3 = Varias veces 6 = No pudo dormir a causa del asma

2. En promedio, ¿qué tan graves fueron sus síntomas de asma al despertarse por la mañana?

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

0 = Sin síntomas 3 = Síntomas moderados 6 = Síntomas muy graves

3. En general, ¿qué tan limitado estuvo en sus actividades a causa del asma?

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

0 = Nada limitado 3 = Moderadamente limitado 6 = Totalmente limitado

4. En general, ¿cuánta falta de aire (disnea) experimentó a causa del asma?

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

0 = Nada 3 = Moderada 6 = Muchísima

5. En general, ¿qué proporción del tiempo tuvo sibilancias (silbidos)?

0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

0 = Nunca 3 = La mitad del tiempo 6 = Todo el tiempo

CÁLCULO E INTERPRETACIÓN

Puntaje ACQ-5 = (ítem 1 + 2 + 3 + 4 + 5) ÷ 5

Resultado del paciente: _____

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
< 0,75	Asma bien controlada
0,75 – 1,5	Zona gris / parcialmente controlada
> 1,5	Asma no controlada

Diferencia mínima clínicamente importante (MCID): un cambio ≥ 0,5 puntos entre evaluaciones se considera clínicamente relevante.

AQLQ — CALIDAD DE VIDA EN ASMA

Estructura: 32 ítems en 4 dominios.

Escala: 1–7 (1 = máximo deterioro, 7 = sin deterioro). Puntaje global y por dominio = promedio de sus ítems.

Relevancia clínica: diferencia mínima clínicamente importante $\approx$ 0,5 puntos.

Instrumento © E. F. Juniper. Requiere licencia de uso; esta hoja registra y puntúa los resultados.

DOMINIO	N.º DE ÍTEMS	PROMEDIO (1–7)
Síntomas	12	
Limitación de actividades	11	
Función emocional	5	
Estímulos ambientales	4	
PUNTAJE GLOBAL	32	

FEOS — SCORE DE RESPUESTA AL BIOLÓGICO

El score FEOS (FEV1, Exacerbaciones, Orales corticoides, Síntomas) cuantifica la respuesta a un tratamiento biológico en pacientes con asma grave no controlada. Mide el cambio desde la situación basal (previa al inicio del biológico) hasta el momento de seguimiento elegido (16, 24, 52, 76, 104 semanas...). No debe usarse para comparar la respuesta entre visitas una vez iniciado el anticuerpo monoclonal.

Componentes: FEV1 + Exacerbaciones + corticoides Orales + Síntomas.

Rango: 0 (empeoramiento) a 100 (máxima respuesta posible). Cuanto mayor el resultado, mayor la respuesta al biológico.

Cálculo: se realiza ingresando los datos en feoscore.com (no se calcula a mano).

HOJA DE DATOS — BASAL VS. SEGUIMIENTO

	COMPONENTE	UNIDAD	BASAL	SEGUIMIENTO
F	FEV1	% predicho		
E	Exacerbaciones	n.º / período		
O	Corticoides orales	mg/día (mant.)		
S	Síntomas	ACT (5–25)		
	SCORE FEOS	0–100		

Pérez de Llano L. et al. — herramienta FEOS, disponible en feoscore.com.



GANOA
GRUPO ASMA NOA

HISTORIA CLÍNICA Y CUESTIONARIOS — GANOA

PARTE 5

Cuestionario ORL

SNOT-22

Apellido y Nombre:	
DNI:	
Fecha:	

SNOT-22 — SINO-NASAL OUTCOME TEST

Estructura: 22 ítems; cada uno se puntúa de 0 a 5.

Escala: 0 = ningún problema · 1 = muy leve · 2 = leve · 3 = moderado · 4 = grave · 5 = problema tan grave como puede ser.

Total: 0 – 110 (suma de los 22 ítems).

Instrumento © Washington University. Administrar la versión oficial validada; esta hoja registra y puntúa los resultados.

ENUNCIADO	0 Sin problema	1 Muy leve	2 Leve	3 Moderado	4 Grave	5 Lo peor	Pje
Necesidad de sonarse la nariz	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Estornudos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Rinorrea (goteo nasal)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Tos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Goteo postnasal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Secreción nasal espesa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Sensación de oído tapado / lleno	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Mareo / vértigo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Dolor de oído	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Dolor o presión facial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Disminución del olfato / gusto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Dificultad para conciliar el sueño	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Despertares durante la noche	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Sueño no reparador	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Cansancio al despertar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Fatiga	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Reducción de la productividad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Reducción de la concentración	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Frustración / irritabilidad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Tristeza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Vergüenza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

ENUNCIADO	0 Sin problema	1 Muy leve	2 Leve	3 Moderado	4 Grave	5 Lo peor	Pje
Congestión / obstrucción nasal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Puntaje total SNOT-22 (0–110):

CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD SEGÚN LA PUNTUACIÓN SNOT-22

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
8 – 20	Leve
> 20 – 50	Moderado
> 50	Grave



PARTE 6

Cuestionarios — EPOC

mMRC · CAT



Apellido y Nombre:	
DNI:	
Fecha:	

MMRC — ESCALA DE DISNEA

Modified Medical Research Council. Dominio público — libre uso clínico.

Marque el grado que mejor describe la disnea del paciente:

GRADO	DESCRIPCIÓN	MARQUE
0	Disnea solo ante ejercicio intenso.	☐
1	Disnea al caminar rápido en llano o al subir una pendiente leve.	☐
2	Camina más lento que personas de su edad por disnea, o debe detenerse al caminar a su paso en llano.	☐
3	Se detiene a respirar tras caminar ~100 m o pocos minutos en llano.	☐
4	Demasiado disneico para salir de casa, o disnea al vestirse/desvestirse.	☐

mMRC del paciente (0–4):

CAT — COPD ASSESSMENT TEST

Estructura: 8 ítems; cada uno con dos enunciados opuestos y una escala de 0 a 5.

Instrucción: marcar el número que mejor refleja la situación actual del paciente entre ambos extremos.

Total: suma de los 8 ítems (0 – 40). CAT ≥ 10 = alto impacto sintomático.

COPD Assessment Test (CAT) © GlaxoSmithKline. Administrar la versión oficial validada en español; este desarrollo permite registrar y puntuar los resultados.

#	MENOR IMPACTO (0)	MARQUE · 0 – 5						MAYOR IMPACTO (5)
1	Nunca toso	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	Toso continuamente
2	No tengo flema (mucosidad) en el pecho	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	El pecho está completamente lleno de flema
3	No siento ninguna opresión en el pecho	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	Siento mucha opresión en el pecho
4	Al subir una cuesta o un piso no me falta el aire	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	Al subir una cuesta o un piso me falta mucho el aire
5	No estoy limitado para mis actividades en el hogar	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	Estoy muy limitado para mis actividades en el hogar
6	Me siento seguro al salir de casa pese a mi enfermedad	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	No me siento nada seguro al salir de casa por mi enfermedad
7	Duermo sin problemas	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	No duermo bien por mi enfermedad pulmonar
8	Tengo mucha energía	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	No tengo nada de energía

Puntaje total CAT (0–40):

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
< 10	Bajo impacto
10 – 20	Impacto medio
21 – 30	Alto impacto
> 30	Muy alto impacto



PARTE 7

Cuestionarios — Salud mental

GAD-7 · PHQ-9

Apellido y Nombre:	
DNI:	
Fecha:	

GAD-7 — ESCALA DE ANSIEDAD

Generalized Anxiety Disorder-7 (Spitzer et al., Pfizer). Dominio público — libre uso clínico.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

ENUNCIADO	0 Nunca	1 Varios días	2 Más de la mitad	3 Casi todos	Pje
Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	☐	☐	☐	☐	
No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	☐	☐	☐	☐	
Preocuparse demasiado por diferentes cosas	☐	☐	☐	☐	
Dificultad para relajarse	☐	☐	☐	☐	
Estar tan inquieto(a) que es difícil permanecer sentado(a) tranquilo(a)	☐	☐	☐	☐	
Molestarse o irritarse fácilmente	☐	☐	☐	☐	
Sentir miedo como si algo terrible fuera a pasar	☐	☐	☐	☐	

Puntaje total GAD-7 (0–21):

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
0 – 4	Ansiedad mínima
5 – 9	Ansiedad leve
10 – 14	Ansiedad moderada
15 – 21	Ansiedad grave

Punto de corte ≥ 10 : probable trastorno de ansiedad — ampliar evaluación.

PHQ-9 — CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN

Patient Health Questionnaire-9 (Spitzer, Kroenke, Williams, Pfizer). Dominio público — libre uso clínico.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

ENUNCIADO	0 Nunca	1 Varios días	2 Más de la mitad	3 Casi todos	Pje
Poco interés o placer en hacer las cosas	☐	☐	☐	☐	
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	☐	☐	☐	☐	
Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	☐	☐	☐	☐	
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	☐	☐	☐	☐	
Falta de apetito o ha comido en exceso	☐	☐	☐	☐	
Se ha sentido mal con usted mismo(a), un fracaso o que decepcionó a su familia	☐	☐	☐	☐	
Dificultad para concentrarse (leer, ver televisión)	☐	☐	☐	☐	
Se ha movido o hablado tan lento, o tan inquieto(a)/agitado(a), que otros lo notaron	☐	☐	☐	☐	
Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de hacerse daño de algún modo	☐	☐	☐	☐	

Puntaje total PHQ-9 (0–27):

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
0 – 4	Depresión mínima
5 – 9	Depresión leve
10 – 14	Depresión moderada
15 – 19	Depresión moderadamente grave
20 – 27	Depresión grave

Atención: una respuesta positiva en el ítem 9 (ideación de muerte o autolesión) requiere evaluación de riesgo de manera inmediata, independientemente del puntaje total.

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le resultó hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con otras personas?

Nada difícil ☐	Algo difícil ☐	Muy difícil ☐	Extremadamente difícil ☐
---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	---

PARTE 8

Historia Clínica de Alergia Respiratoria

Anamnesis alergológica · pruebas cutáneas · IgE específica · provocación · función nasal

Fundación GANOA — Grupo Asma NOA

Material clínico-educativo

Anexo complementario de la Historia Clínica de Asma Grave (GANOA).

1 EVALUACIÓN CLÍNICA

1.1 DATOS DEL PACIENTE

Lugar y fecha:	
Establecimiento:	
Apellido y Nombre:	
DNI / Edad:	
Ocupación:	
Cobertura de salud:	

1.2 MOTIVO DE CONSULTA

1.3 ENFERMEDAD ACTUAL

Forma de inicio, tiempo de evolución, evolución de los síntomas, tratamientos previos y respuesta.

2 ANAMNESIS ALERGOLÓGICA DIRIGIDA

2.1 SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

SÍNTOMA	PRESENTE (SÍ / NO)	CARACTERÍSTICAS / INTENSIDAD
Rinorrea (acuosa / mucosa)		
Congestión / obstrucción nasal		
Prurito nasal		
Estornudos en salva		
Prurito ocular / lagrimeo		
Prurito ótico / palatino		
Hiposmia / anosmia		
Tos		
Sibilancias		



Disnea		
Opresión torácica		
Síntomas nocturnos		

2.2 PATRÓN TEMPORAL Y ESTACIONALIDAD

- ☐ Perenne ☐ Estacional ☐ Intermitente ☐ Persistente
☐ ARIA: Intermitente ☐ Persistente ☐ Leve ☐ Moderada-grave

Estación / meses de predominio:	
Predominio horario (día / noche):	
Años de evolución:	
Mejora fuera del domicilio / vacaciones:	

2.3 DESENCADENANTES Y ALÉRGENOS SOSPECHADOS

Marcar los desencadenantes referidos y describir la relación temporal con los síntomas.

DESENCADENANTE	REFIERE (SÍ/NO)	RELACIÓN CLÍNICA / OBSERVACIONES
Ácaros del polvo doméstico		
Epitelio de gato		
Epitelio de perro		
Pólenes de gramíneas		
Pólenes de malezas		
Pólenes de árboles		
Hongos ambientales (Alternaria, Cladosporium)		
Cucaracha		
Humo de tabaco		
Olores fuertes / irritantes		
Cambios de temperatura / aire frío		
Ejercicio		
AINes / aspirina		
Alimentos		

2.4 AMBIENTE DOMICILIARIO Y LABORAL

Tipo de vivienda / humedad / ventilación:	
Alfombras, peluches, cortinas:	
Mascotas en el hogar:	
Tabaquismo en el hogar:	
Exposición ocupacional / hobbies:	
Zona de residencia (urbana/rural):	

2.5 ANTECEDENTES PERSONALES ATÓPICOS

- ☐ Rinitis alérgica ☐ Asma ☐ Dermatitis atópica ☐ Conjuntivitis alérgica
☐ Alergia alimentaria ☐ Alergia a fármacos ☐ Urticaria / angioedema

Marcha atópica: describir edad de inicio y secuencia de las manifestaciones.

2.6 ANTECEDENTES FAMILIARES DE ATOPIA

FAMILIAR	PATOLOGÍA ATÓPICA	OBSERVACIONES
Padre		
Madre		
Hermanos		
Otros		

2.7 IMPACTO Y COMORBILIDADES

- ☐ Poliposis nasosinusal ☐ Rinosinusitis crónica ☐ Otitis / disfunción tubárica
☐ SAHOS / ronquido ☐ Reflujo (RGE) ☐ Conjuntivitis

Impacto en sueño / descanso:	
Impacto en rendimiento laboral / escolar:	
Calidad de vida (p. ej. RQLQ / mini-RQLQ):	

3 EXAMEN FÍSICO ORIENTADO

3.1 SIGNOS DE ATOPIA

- ☐ Saludo alérgico ☐ Pliegue nasal transversal ☐ Ojeras alérgicas (Dennie-Morgan)
☐ Respirador bucal ☐ Facies adenoidea ☐ Lengua geográfica

3.2 RINOSCOPIA ANTERIOR / EXPLORACIÓN NASAL

ÍTEM	HALLAZGO
Mucosa (color / edema)	
Secreción (aspecto)	
Cornetes inferiores	
Tabique nasal	
Pólipos (presencia / grado)	
Permeabilidad nasal	

La evaluación endoscópica y el score de poliposis (NPS 0–8) se desarrollan en la Parte 2 — Historia Clínica ORL.

3.3 EXAMEN RESPIRATORIO Y GENERAL

ÍTEM	HALLAZGO
Auscultación pulmonar	
Orofaringe	
Otoscopia	
Piel (dermatitis, dermatografismo)	
Conjuntivas	

4 MÉTODOS COMPLEMENTARIOS EN ALERGIA RESPIRATORIA

4.1 PRUEBAS CUTÁNEAS — PRICK TEST

Técnica de elección para demostrar sensibilización mediada por IgE. Requiere control positivo (histamina) y control negativo (diluyente). Suspender antihistamínicos 5–7 días antes; lectura a los 15–20 minutos. Positivo: pápula ≥ 3 mm de diámetro respecto del control negativo.

Fecha:	
Antihistamínico suspendido (fármaco / días):	
Dermografismo:	
Reactividad cutánea conservada (control +):	

ALÉRGENO	PÁPULA (mm)	ERITEMA (mm)	RESULTADO (+/-)
Control positivo (histamina 10 mg/mL)			
Control negativo (diluyente)			
D. pteronyssinus			
D. farinae			
Blomia tropicalis			
Epitelio de gato			
Epitelio de perro			
Mix gramíneas			
Mix malezas			
Mix árboles			
Alternaria alternata			
Aspergillus			
Cucaracha (Blattella)			
Látex			
Otro: _____			

Ante discordancia clínica o prick negativo con alta sospecha, considerar intradermorreacción (alérgenos seleccionados) o prick-by-prick. Contraindicado en anafilaxia reciente, embarazo de riesgo, dermatofismo intenso o uso de betabloqueantes.

4.2 IgE ESPECÍFICA SÉRICA Y DIAGNÓSTICO POR COMPONENTES (CRD)

Alternativa o complemento del prick test (útil si no puede suspenderse antihistamínico, hay dermatitis extensa o dermatofismo). El diagnóstico molecular (ImmunoCAP / microarray) discrimina sensibilización genuina de reactividad cruzada y orienta la indicación de inmunoterapia.

IgE total (UI/mL):

Fecha:

ALÉRGENO / COMPONENTE	IgE ESP. (kUA/L)	CLASE (0–6)	RELEVANCIA CLÍNICA
D. pteronyssinus — Der p 1			
D. pteronyssinus — Der p 2			
D. pteronyssinus — Der p 23			
Gato — Fel d 1			
Perro — Can f 1			

Perro — Can f 5			
Gramíneas — Phl p 1			
Gramíneas — Phl p 5			
Abedul / árbol — Bet v 1			
Malezas — Art v 1			
Alternaria — Alt a 1			
Panalérgenos (profilina / polcalcina)			
Otro: _____			

4.3 BIOMARCADORES DE INFLAMACIÓN T2

ESTUDIO	VALOR	REFERENCIA
Eosinófilos en sangre — absoluto (/mm ³)		≥ 150 / 300 sugiere T2
Eosinófilos en sangre — %		
IgE total (UI/mL)		
FENO (ppb)		≥ 25 sugiere inflamación T2
Eosinófilos en esputo (%)		≥ 2 %

4.4 CITOLOGÍA NASAL

El extendido de la secreción nasal (raspado/citología) orienta el fenotipo inflamatorio: eosinofilia (alérgica o NARES), neutrofilia (infección) o mastocitos.

CÉLULA PREDOMINANTE	RESULTADO
Eosinófilos	
Neutrófilos	
Mastocitos / basófilos	
Interpretación (alérgica / NARES / infecciosa)	

4.5 PRUEBAS DE PROVOCACIÓN

Reservadas a casos seleccionados (discordancia clínico-diagnóstica, alergia ocupacional, indicación/investigación de inmunoterapia). Realizar bajo supervisión y con medios de reanimación.

PROVOCACIÓN	ALÉRGENO / AGENTE	DOSIS / UMBRAL	RESPUESTA
Nasal específica (TPN)			
Bronquial inespecífica (metacolina)	—	PC20 / PD20:	

Bronquial específica			
Conjuntival			

4.6 FUNCIÓN NASAL — RINOMANOMETRÍA / RINOMETRÍA / PNIF

Cuantifican la obstrucción nasal y la respuesta a descongestión o provocación: rinomanometría (resistencia y flujo), rinometría acústica (área y volumen) y pico flujo nasal inspiratorio (PNIF).

PARÁMETRO	BASAL	POST-DESCONGESTIÓN	POST-PROVOCACIÓN
Rinomanometría — flujo / resistencia			
Rinometría acústica — área / volumen			
PNIF (L/min)			

4.7 FUNCIÓN PULMONAR

Ante compromiso bronquial, completar la evaluación funcional respiratoria. La metodología de estudio del asma se desarrolla en la Parte 1.

ESTUDIO	VALOR
Espirometría — FEV1 pre/post	
FEV1/FVC	
Reversibilidad (Δ FEV1)	
FENO (ppb)	

4.8 ESTUDIOS POR IMÁGENES

Solicitar según indicación clínica. La TAC de senos y el score de Lund-Mackay se registran en la Parte 2 — Historia Clínica ORL.

ESTUDIO	HALLAZGO / SCORE
Rx / TAC de senos paranasales	
Lund-Mackay (ver Parte 2 ORL)	
Rx de tórax	

5 DIAGNÓSTICO Y PLAN

5.1 DIAGNÓSTICO ALERGOLOGICO

☐ Rinitis alérgica ☐ Asma alérgica ☐ Conjuntivitis alérgica ☐ Rinitis no alérgica

Clasificación ARIA (rinitis):

Sensibilizaciones clínicamente relevantes:

Diagnósticos asociados:

5.2 CORRELACIÓN CLÍNICA

Concordancia entre síntomas, exposición ambiental y perfil de sensibilización (prick / IgE específica / componentes).

5.3 PLAN TERAPÉUTICO

- ☐ Medidas de control ambiental / evitación ☐ Tratamiento farmacológico
☐ Inmunoterapia alérgeno-específica (candidato) ☐ Derivación / interconsulta

5.4 EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO

Educación brindada:

Próximo control:

Objetivos del seguimiento:

Referencias

Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) — actualizaciones.
 Heinzerling L, et al. The skin prick test — European standards. Clin Transl Allergy 2013.
 Matricardi PM, et al. EAACI Molecular Allergology User's Guide. Pediatr Allergy Immunol 2016.
 GEMA / GINA — Guías de manejo del asma. · Documento complementario del cuadernillo GANOA.

