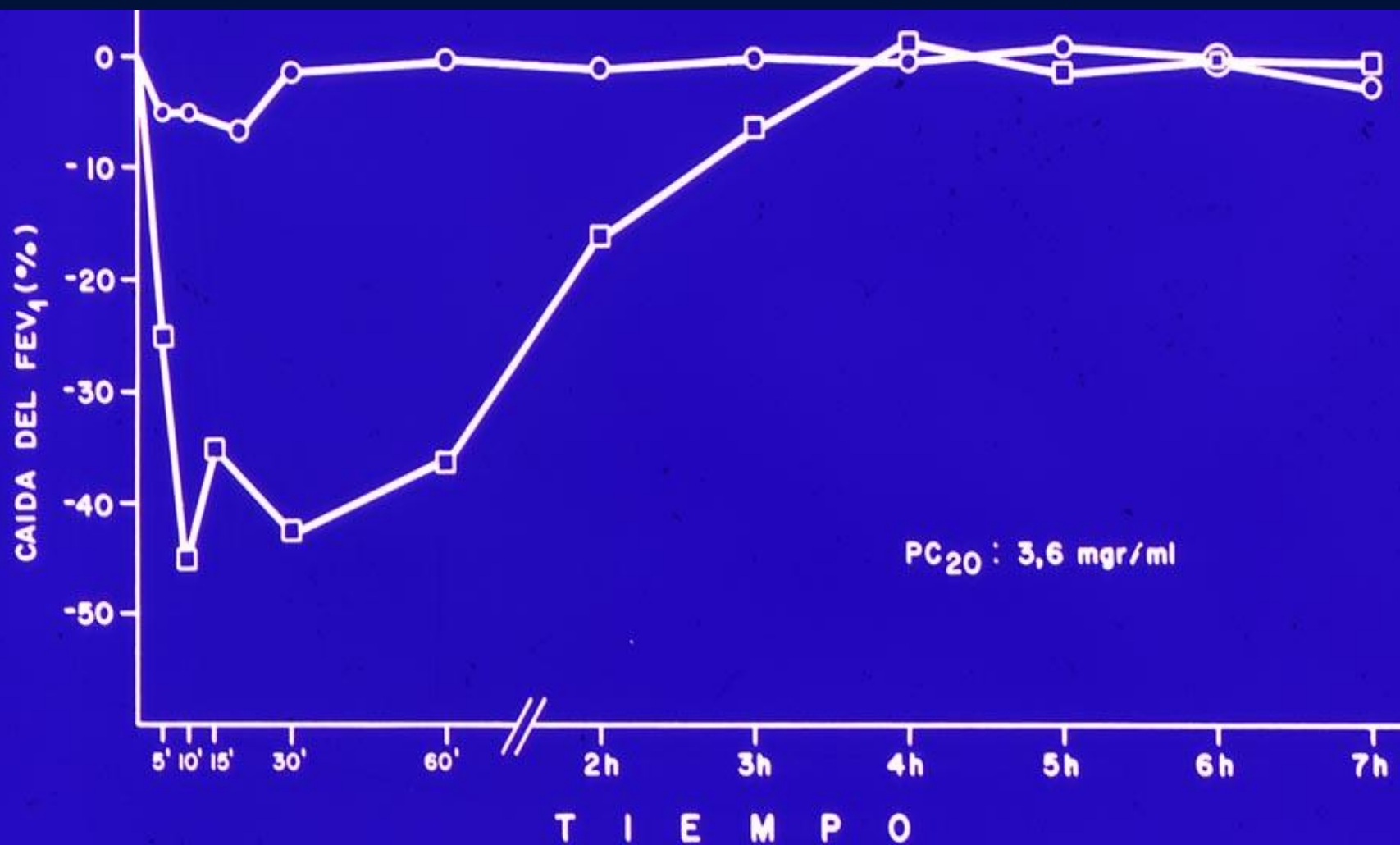
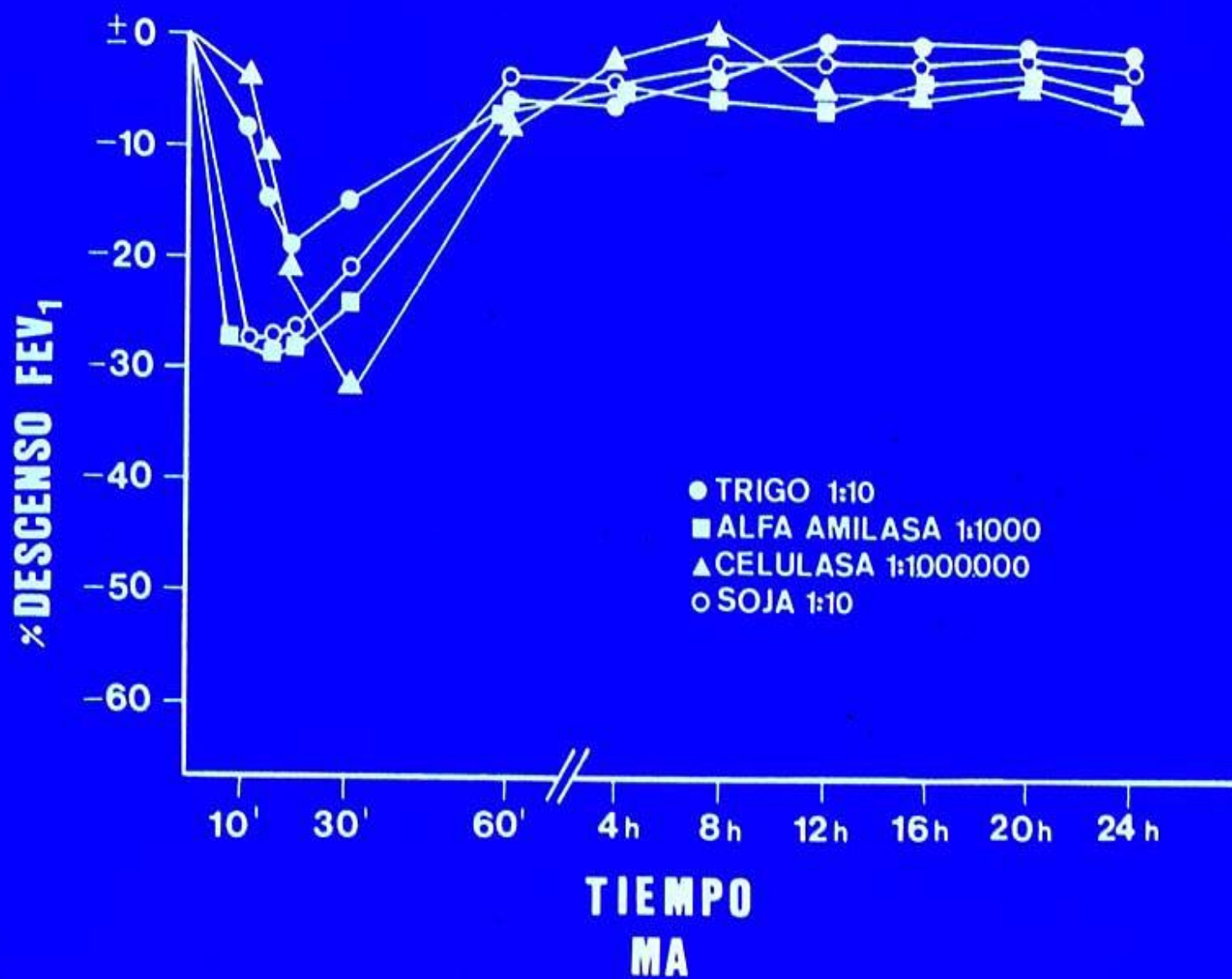


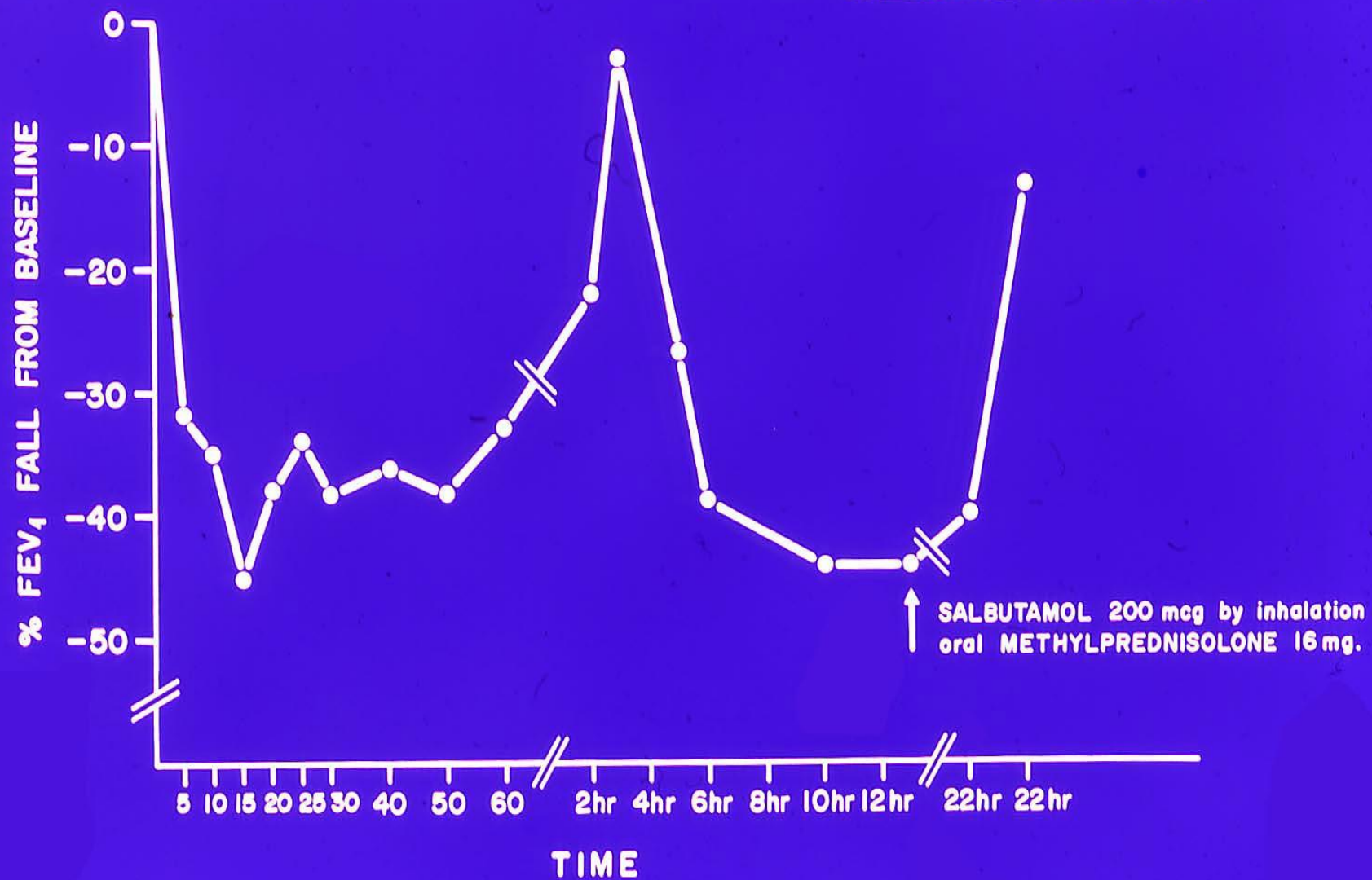


□ TEST DE PROVOCACION BRONQUIAL CON UN EXTRACTO 1:100 P/v DE OBECHE

○ EL MISMO TEST TRAS LA INHALACION PREVIA (30') DE CGDS

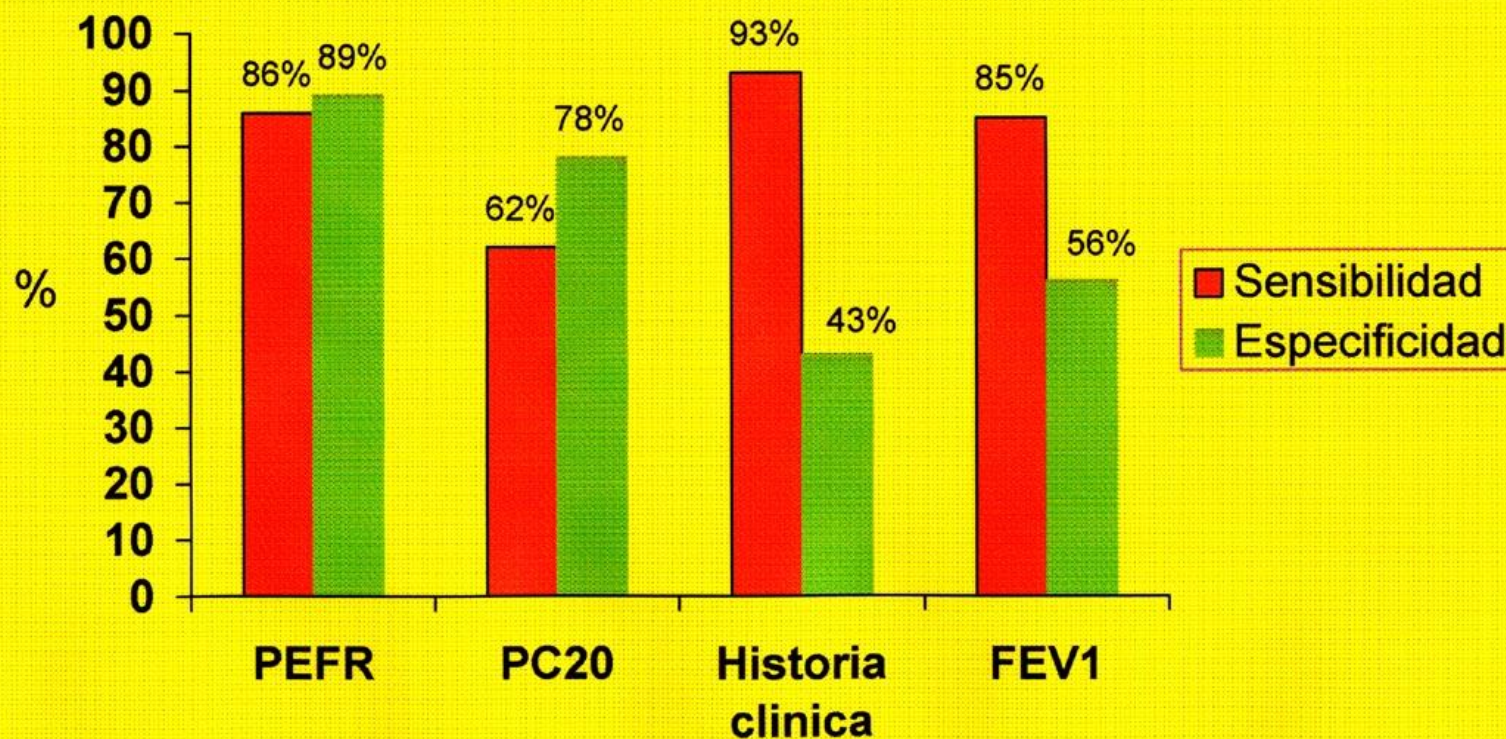


CELLULASE 0.01% w/v





## **% DE SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD EN COMPARACION CON EL TEST DE PROVOCAION BRONQUIAL**



## PRECAUCIONES CON LOS TESTS DE PROVOCAACION EN EL A.O. (I)

- EL PACIENTE DEBE ESTAR SIN TRABAJAR AL MENOS DOS SEMANAS.
- NO DEBE TOMAR MEDICACION QUE INTERFIERA CON LA REACTIVIDAD BRONQUIAL.
- DEBEN HACERSE CONTROLES DE ESPECIFICIDAD.

## PRECAUCIONES CON LOS TESTS DE PROVOCACION EN EL A.O. (II)

- EL  $FEV_1$  BASAL DEBE SER IGUAL O SUPERIOR AL 80% DEL VALOR TEORICO.
- SIEMPRE SE HA DE REALIZAR UNA PROVOCACION CONTROL CON EL DILUYENTE CON LA QUE NO DEBE EXISTIR VARIACIONES DE MAS-MENOS 5% DEL VALOR BASAL.

# CAUSAS PRINCIPALES DE FALSOS NEGATIVOS EN LOS TESTS DE PROVOCACION BRONQUIAL EN A.O.

- 1.- EL TEST DE PROVOCACION NO SE HA REALIZADO CON EL AGENTE RESPONSABLE.
- 2.- METODOLOGIA INCORRECTA:
  - POR INCORRECTA ADECUACION DEL ALERGENO
  - METODO DE PROVOCACION INCORRECTO PARA EL ALERGENO QUE SE ESTA ESTUDIANDO
  - LARGO TIEMPO SIN EXPOSICION LABORAL.  
(Realizar posteriormente test de metacolina y si positivo repetir la provocación específica)

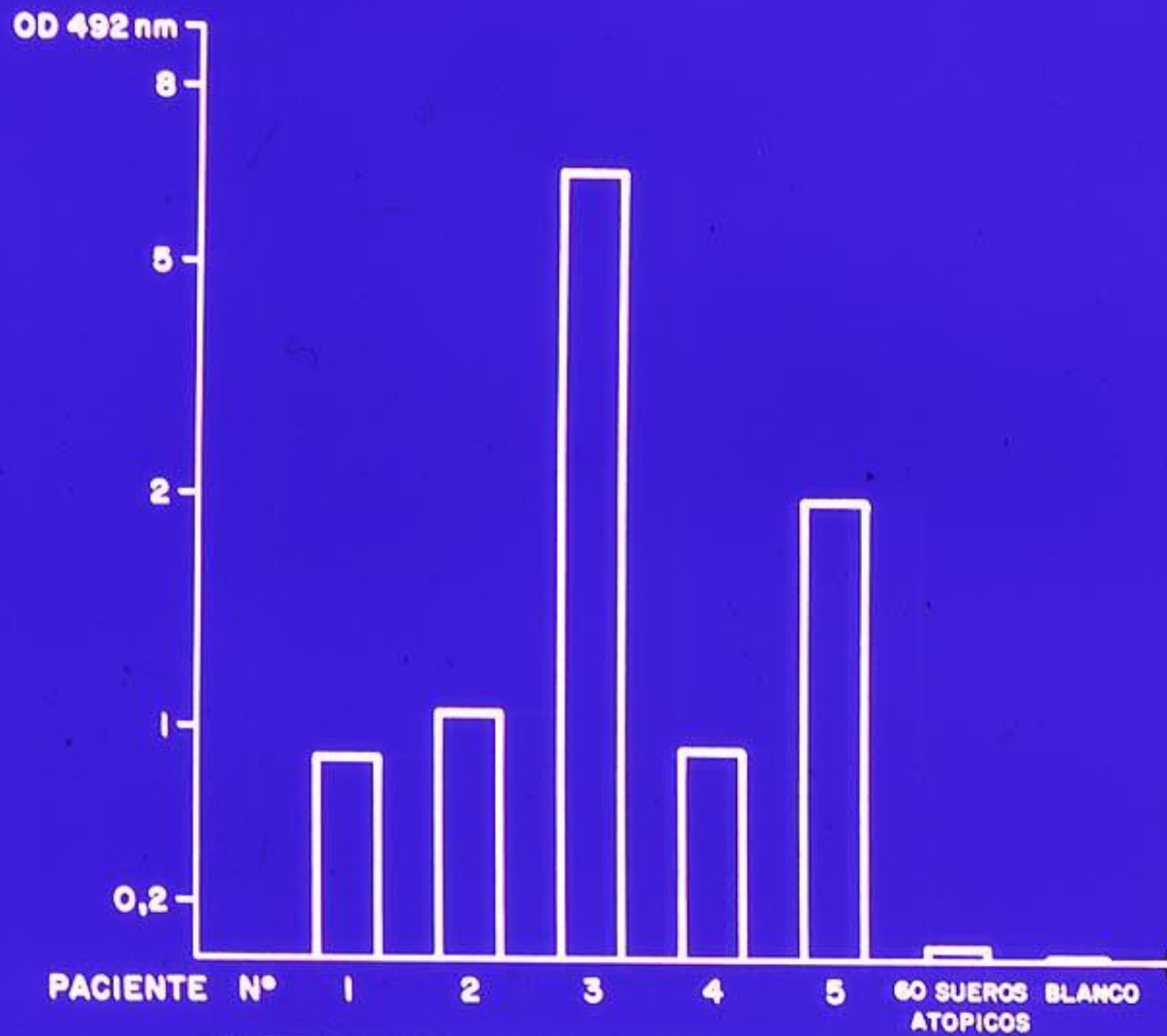
## INDICACIONES DEL TEST DE PROVOCACION EN EL A.O.

- 1.- CONFIRMAR UN DIAGNOSTICO DUDOSO.
- 2.- ALERGENOS NO DESCRITOS PREVIAMENTE.
- 3.- DIAGNOSTICO SEGURO POR MOTIVOS LEGALES.
4. INVESTIGACION CLINICA CON EL  
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

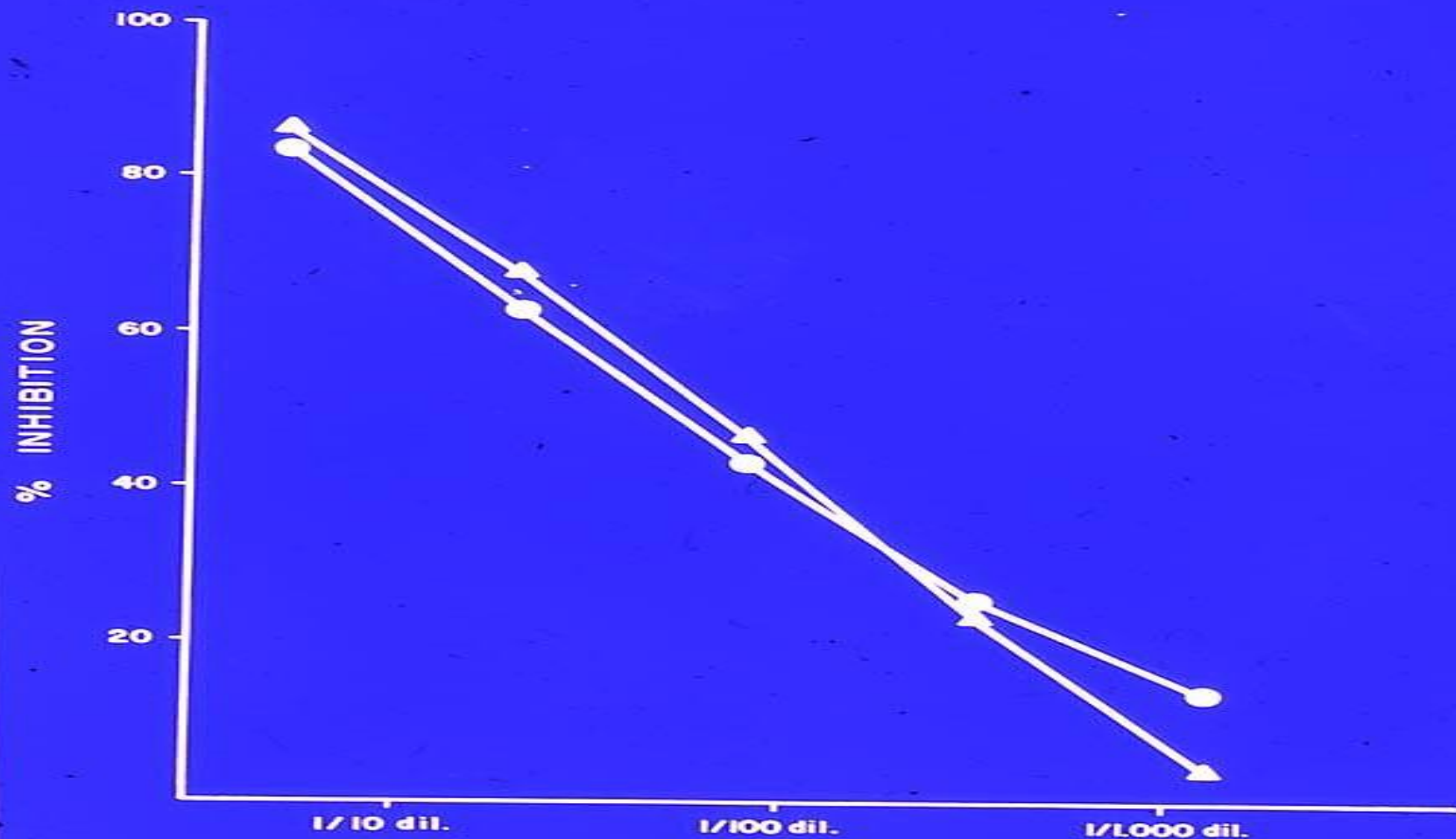


# DEMOSTRACION DE LA RESPONSABILIDAD DEL AGENTE SOSPECHOSO TECNICAS “IN VITRO”

- 1.- REVERSE ENZYME INMUNO ASSAY (REIA)
- 2.- ELISA DIRECTO
- 3.- RADIOALLERGOSORBENT TEST (RAST)
- 4.- LIBERACION DE HISTAMINA

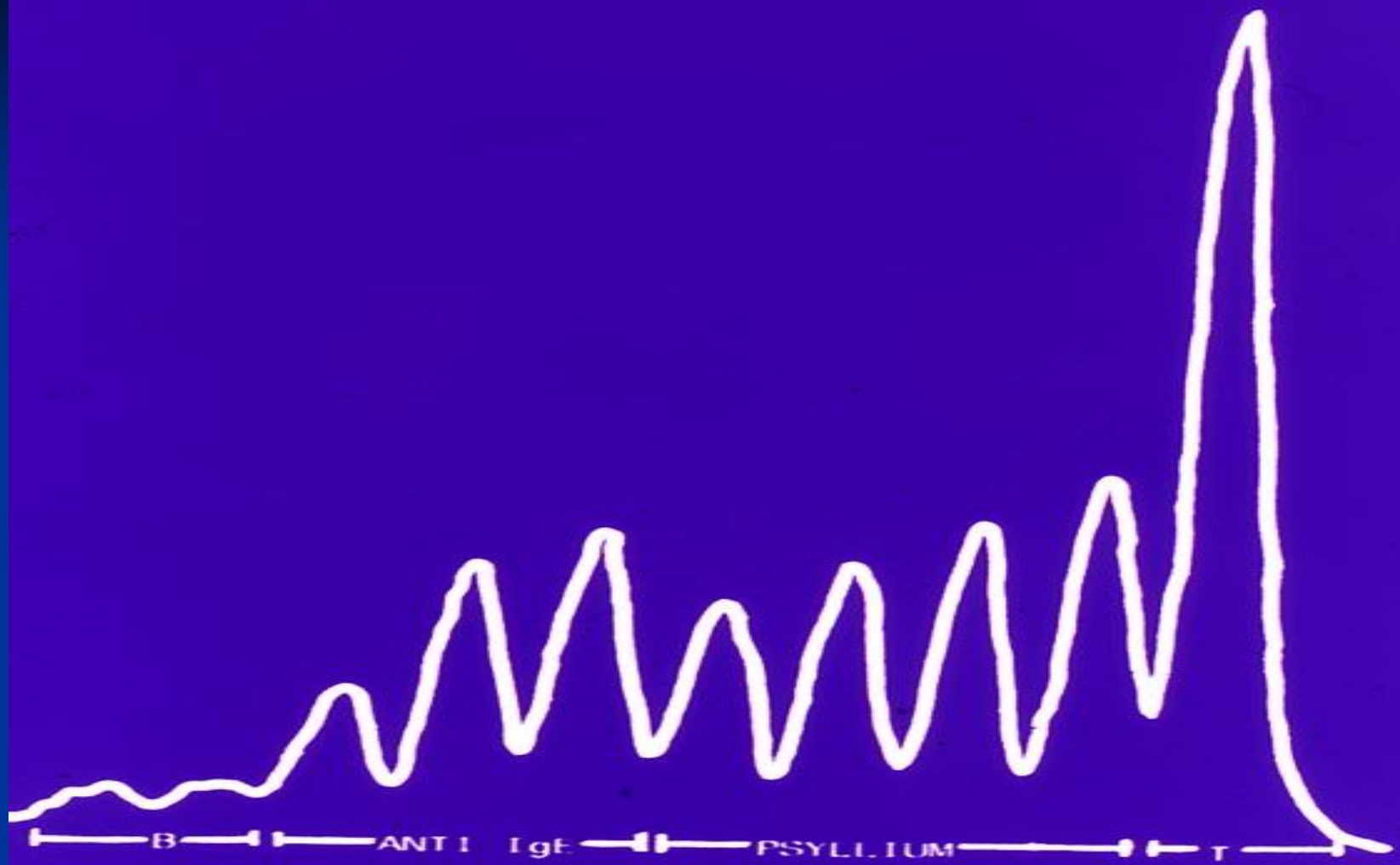


DETERMINACION DE ANTICUERPOS IgE CONTRA OBECHÉ  
POR REJA (media de duplicados)



**IgE-REIA AFRICAN MAPLE INHIBITION ASSAY**

**% OF INHIBITION INDUCED BY DECREASING AMOUNTS OF AFRICAN MAPLE IN BOTH PATIENTS**



HISTAMINE RELEASE

## A. O. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

- Muchos pacientes con AO persisten con síntomas y/o HRB durante meses e incluso durante años a pesar de cesar la exposición.
- Una vez iniciado el proceso inflamatorio se autoperpetúa.
- El tiempo de exposición es un factor pronóstico. Un diagnóstico precoz y un pronto apartamiento de la exposición es el mejor tratamiento.

Chang Yeung. Occupational asthma  
CHEST 1990: 148-161



## SEGUIMIENTO DEL PACIENTE TRAS DEJAR LA EXPOSICION AL AGENTE CAUSAL

- HISTORIA CLINICA
- DETERMINACION DE H.R.B.N.E.
- DETERMINACION DE ANTICUERPOS IgE ESPECIFICOS
- TESTS CUTANEOS
- EN OCASIONES, TEST DE PROVOCACION BRONQUIAL ESPECIFICA

## PAUTA ORIENTATIVA DE ACTUACION ANTE LA SOSPECHA DE ASMA OCUPACIONAL



## **A.O. TRATAMIENTO**

**EVITAR LA EXPOSICION AL ALERGENO CAUSAL:  
CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO.**

**REDUCIR EN LO POSIBLE LA EXPOSICION +  
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.**

**EL DIAGNOSTICO DEBERIA SER PRECOZ PARA EVITAR  
LA PERSISTENCIA DEL ASMA TRAS CESAR LA  
EXPOSICIÓN.**

**INMUNOTERAPIA: AUN EN FASE EXPERIMENTAL.  
HEMOS TENIDO EXITOS EN A.O. MEDIADO POR IgE:  
MADERA DE SAMBA, HARINA DE CEREALES.**

# A. O. CÁLCULO DE LA DISCAPACIDAD

Debe realizarse después de 2 años, cuando la mejoría del asma haya llegado a un plateau.

Grado de HRBNE (Metacolina en mgr/ml).

Grado de reversibilidad (test de broncodilatadores)

Cantidad mínima y tipo de medicación para conseguir el control del asma.

Calidad de vida.

American Thoracic Society ad Hoc  
Am Rev Respir Dis 1993; 147:1056-1061.



