



Consejo experto sobre...

Control de los pacientes con asma en primaria

Domingo Orozco Beltrán

Centro de Salud Cabo Huertas.
Unidad de Investigación.
Departamento San Juan de Alicante.
Universidad Miguel Hernández

- ▶ El asma sigue siendo una enfermedad crónica de alta prevalencia, que ocasiona un enorme gasto para los sistemas de salud¹. Alrededor del 7% de la población padece asma, pero sólo un 27% está diagnosticado; del 73% restante, la gran mayoría (91%) no acude al médico para valorar y tratar los síntomas, y un 9% sí lo hace, pero no es diagnosticado adecuadamente².
- ▶ A pesar de los avances terapéuticos, alrededor de la mitad de los pacientes con asma en Europa no presentan un control adecuado³. Las causas más frecuentes de este control inadecuado, además de la gravedad del asma, son los fallos en la técnica de inhalación, la falta de adherencia terapéutica, la presencia de comorbilidades, los errores en el diagnóstico, la exposición continuada a irritantes o sensibilizadores, y la falta de concordancia entre la valoración del médico y las recomendaciones de las guías clínicas^{4,5}. El médico de familia desempeña un papel fundamental para mejorar el control de los pacientes con asma⁶.
- ▶ La mala adherencia es la principal causa de falta de control de las patologías crónicas. En el asma se necesitaba disponer de instrumentos validados y sencillos para medir la enfermedad, y recientemente se ha validado un cuestionario de ocho ítems que va a permitir identificar, de forma rápida y sencilla, a los pacientes con una mala adherencia⁷.
- ▶ Otro de los factores fundamentales es la falta de seguimiento de las guías. Tanto la Guía Española del Manejo del Asma (GEMA) como la Global Initiative for Asthma (GINA) han sido actualizadas en 2017 y ofrecen recomendaciones que definen los patrones de referencia para un manejo apropiado de la patología^{8,9}.
- ▶ El primer paso para adecuar el tratamiento es establecer el nivel de gravedad del paciente definiendo seis escalones terapéuticos en función de si el asma es intermitente (escalón 1) o persistente (escalones 2 a 6): persistente leve (escalón 2), moderada (escalones 3-4) o grave (escalones 5-6). Los fármacos empleados son los siguientes:
 - Agonistas beta-2-adrenérgicos de acción corta (SABA) inhalados a demanda (escalón 1).
 - Glucocorticoides inhalados (GCI) en dosis bajas o, como alternativa, antagonistas de los receptores de los leucotrienos (ARLT) (escalón 2).
 - GCI en dosis bajas más agonistas beta-2-adrenérgicos de acción larga (LABA), o bien, como alternativa, GCI en dosis medias o GCI en dosis bajas más ARLT (escalón 3).

Lecturas recomendadas

Orozco-Beltrán D, Carratalá-Munuera C, Arriero JM, Campo P, Martínez-Moragón E, Molina J, et al.; Working Group for the Consensus Document on the Management of Severe Asthma in Adults in Primary Health Care. **Management and referral of patients with severe and poorly controlled asthma in primary care. Fam Pract. 2016; 33(6): 678-683.**

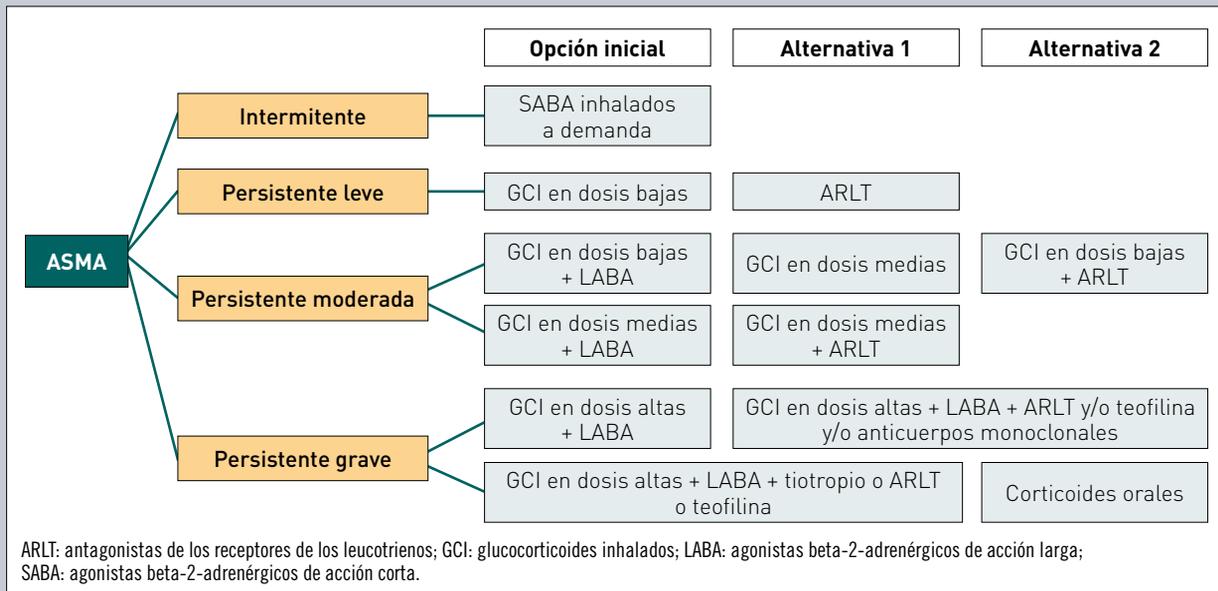
Artículo de acceso libre en PubMed que analiza, mediante un método de consenso entre diferentes especialistas españoles, las barreras y las posibles soluciones para lograr un manejo más adecuado del asma grave.

Normansell R, Kew KM, Stovold E. **Interventions to improve adherence to inhaled steroids for asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2017; (4): CD012226.**

Metaanálisis de la Colaboración Cochrane de acceso libre en PubMed que analiza diferentes intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica a los corticoides inhalados en el asma.

Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 4.2). Disponible en: <https://www.semfy.com/biblioteca/guia-espanola-para-el-manejo-del-asma-gema-4-2/>

Guía española de recomendaciones para el manejo del asma, actualizada en 2017. De obligada lectura para ponerse al día en el manejo del asma. Se recomienda también la lectura de la guía internacional GINA.



- GCI en dosis medias más LABA o, como alternativa, GCI en dosis medias más ARLT (escalón 4).
- GCI en dosis altas y/o teofilina o LABA, o bien, como alternativa, GCI en dosis altas más LABA, más ARLT y/o teofilina y/o anticuerpos monoclonales (por ejemplo, omalizumab) (escalón 5).
- GCI en dosis altas más LABA más tiotropio o ARLT o teofilina, o bien, como alternativa, corticoides orales (escalón 6).

Entre las innovaciones terapéuticas más destacadas deben incluirse los anticuerpos monoclonales. Así, en los casos de asma alérgica mal controlada con dosis altas de GCI más LABA, se puede añadir, con un nivel alto de recomendación (grado A), el anticuerpo monoclonal anti-IgE (omalizumab) por vía subcutánea, que mejora tanto los síntomas como la tasa de exacerbaciones.

En un reciente estudio español de consenso entre diversos profesionales que tratan el asma (médicos de familia, neumólogos, alergólogos) basado en la técnica Delphi, se identificaron algunas barreras y posibles soluciones para mejorar el manejo del asma grave en España¹⁰. Una de las soluciones propuestas es mejorar la comunicación entre atención primaria y hospitalaria, de forma que pueda disponerse de programas de intervención individualizados y adaptados a las características de los pacientes y a su nivel de gravedad, consensuados y con criterios claros de interconsulta, así como intervenciones de mejora en la formación de los médicos de atención primaria. Estas medidas se asocian a una mejor atención sanitaria a los pacientes con asma y una reducción de los costes a largo plazo.

Bibliografía

- 2016 Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Disponible en: <http://www.ginasthma.org> (consultado el 1 de febrero de 2016).
- Van Schayck CP, Van Der Heijden FM, Van Den Boom G, Tirimanna PR, van Herwaarden CL. Underdiagnosis of asthma: is the doctor or the patient to blame? The DIMCA project. *Thorax*. 2000; 55(7): 562-565.
- Martinez FD, Vercelli D. Asthma. *Lancet*. 2013; 382(9.901): 1.360-1.372.
- Demoly P, Annunziata K, Gubba E, Adamek L. Repeated cross-sectional survey of patient-reported asthma control in Europe in the past 5 years. *Eur Respir Rev*. 2012; 21(123): 66-74.
- Chapman KR, Boulet LP, Rea RM, Franssen E. Suboptimal asthma control: prevalence, detection and consequences in general practice. *Eur Respir J*. 2008; 31(2): 320-325.
- Yawn BP. The role of the primary care physician in helping adolescent and adult patients improve asthma control. *Mayo Clin Proc*. 2011; 86(9): 894-902.
- Janežič A, Locatelli I, Kos M. Criterion validity of 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with asthma. *PLoS One*. 2017; 12(11): e0187835.
- Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 4.2). Madrid: Luzán 5, 2017.
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention (updated 2017): Global Initiative for Asthma (GINA). Disponible en: <http://www.ginasthma.org>
- Orozco-Beltrán D, Carratalá-Munuera C, Arriero JM, Campo P, Martínez-Moragón E, Molina J, et al.; Working Group for the Consensus Document on the Management of Severe Asthma in Adults in Primary Health Care. Management and referral of patients with severe and poorly controlled asthma in primary care. *Fam Pract*. 2016; 33(6): 678-683.