

Asma, uno de los mayores retos de la salud pública actual

Óscar Giménez



©Matthias Haas/123RF

Con alrededor de 350 millones de personas afectadas en el planeta, el asma es uno de los trastornos crónicos más frecuentes, y uno de los principales retos de salud pública a escala mundial.

Las cifras de asma crecen de manera imparable, tanto en prevalencia como en impacto, sobre todo en las zonas urbanizadas del planeta. Según datos del Informe Mundial sobre Asma de 2014, elaborado por la Global Asthma Network, en ese año había en el mundo 334 millones de personas con esta enfermedad, y se estimaba que la cifra aumentaría en 100 millones para el 2025. Esto la convertiría en la enfermedad crónica más prevalente de la infancia.

En España, según explica Francisco Javier Álvarez Gutiérrez, neumólogo de la Unidad de Asma del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) y coordinador del Área de Asma de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), los estudios realizados muestran grandes diferencias en los datos de prevalencia de asma, dependiendo de la ciudad de estudio y en ocasiones de la metodología empleada. No obstante, «globalmente, podemos hablar de una prevalencia del 5-6% en los adultos y de alrededor del 10% en los niños, cifras similares estas últimas a las de la Unión Europea, siendo mayor la prevalencia en la costa que en el interior. Según los últimos datos, la prevalencia se situaría en el 6,78% de la población; es decir, 3,1 millones de españoles».

Uno de los datos positivos es que la mortalidad por asma ha descendido, aunque, como advierte este especialista, «en España aún fallecen 1.295 personas al año por esta enfermedad». «En cualquier caso –añade–, se necesitan más estudios epidemiológicos que definan la prevalencia en ciudades representativas de cada comunidad autónoma.»

Un problema creciente

Tal como refleja el citado informe de la Global Asthma Network, hace décadas que asistimos a un incremento de las cifras de incidencia y prevalencia del asma en todo el mundo. Cabe matizar que el aumento de casos ha afectado en mayor medida a los países en vías de desarrollo, mientras que en la mayoría de países desarrollados las tasas se han mantenido relativamente estables y en algunos incluso han disminuido. En el caso de España, la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA), en su última actualización de 2017, señala que en los últimos años ha aumentado, probablemente en relación con el desarrollo industrial.

Existen diversas teorías sobre las causas que podrían explicar el incremento de casos. Por un lado, en las últimas décadas el asma se ha diagnosticado más debido a la mayor sensibilización por parte de los profesionales de la salud. «En este punto, aunque se ha avanzado –puntualiza Álvarez Gutiérrez–, aún existe un importan-

En portada

Asma, uno de los mayores retos de la salud pública actual

te infradiagnóstico, pero también un sobrediagnóstico de esta enfermedad.»

Por otro lado, se ha descrito un aumento real de su incidencia, posiblemente relacionado con el desarrollo industrial: «Se ha indicado la posible relación de este incremento con la contaminación ambiental, la forma de vida occidental, el consumo de productos más elaborados y un mayor contacto con nuevas sustancias alergénicas. Además, se ha discutido la posible relación entre el descenso de las infecciones desde la infancia y un desplazamiento del sistema inmunitario hacia el desarrollo de enfermedades inflamatorias; la denominada “hipótesis de la higiene”». Esta hipótesis, planteada a finales de los años ochenta por el epidemiólogo David Strachan, sugiere que la incidencia creciente del asma y las alergias tiene que ver con la menor exposición a los gérmenes, consecuencia del tamaño menguante de las familias, la exposición más limitada a los animales y la mejora de los hábitos de higiene personal.

Respecto al porcentaje de casos de origen alérgico y otros posibles factores vinculados al origen de la enfermedad, en opinión de Álvarez Gutiérrez debe tenerse en cuenta que la mayoría de casos están condicionados por factores genéticos, a los que se suman factores externos. «Más de la mitad de pacientes con asma tiene una etiología alérgica. Esta proporción aún es mayor en los niños. Existen múltiples factores de riesgo para desarrollar la enfermedad. Por un lado, se han estudiado factores del propio huésped, que van desde factores perinatales (prematuridad, ictericia neonatal, lactancia, cesárea, tabaquismo de la madre durante la gestación...) a otros como la atopia, la obesidad o la rinitis/rinosinusitis, por ejemplo. Además, se han estudiado factores ambientales, entre ellos los aeroalérgenos, los alérgenos laborales, las infecciones respiratorias, el tabaquismo o la toma de algunos fármacos, como los antibióticos.»

Hacia la precisión diagnóstica

Las sibilancias, la disnea, la tos y la opresión torácica son los principales síntomas y signos que deben hacer sospechar al médico la presencia de asma, pero dado que ninguno de ellos es específico, según señala la guía GEMA, es necesario incorporar alguna prueba diagnóstica objetiva, habitualmente pruebas funcionales respiratorias, y realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades, y en particular con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La espirometría es la prueba de primera elección, y suele complementarse con una prueba de broncodilatación. En determinados casos en los que existen dudas debido a una respuesta broncodilatadora negativa en la prueba de broncodilatación, hay que tener en cuenta la variabilidad excesiva de la función pulmonar y la fracción exhalada del óxido nítrico (figura 1).

No obstante, la GEMA advierte de que la utilidad de las pruebas de función respiratoria en el niño para el diagnóstico del asma es menor que en el adulto, ya que la mayoría

de los niños con asma, incluso en las formas moderadas o graves, presentan un volumen espiratorio máximo en el primer segundo dentro de los valores de referencia.

Asimismo, los estudios de alergia tienen como propósito determinar la existencia de sensibilización a aeroalérgenos que influyan en el desarrollo del fenotipo de asma alérgica o que desencadenen exacerbaciones. Tal como se indica en la GEMA, pueden realizarse en cualquier paciente con asma, independientemente de su edad; el método de elección es la prueba de punción epidérmica, que puede complementarse con el diagnóstico molecular y la provocación bronquial específica.

Avances terapéuticos

La GEMA establece que «el objetivo principal del tratamiento del asma es lograr y mantener el control de la enfermedad lo antes posible, además de prevenir las exacerbaciones y la obstrucción crónica al flujo aéreo y reducir al máximo su mortalidad». Este objetivo, en su doble vertiente de controlar los síntomas diarios y prevenir las exacerbaciones y una pérdida exagerada de función pulmonar, puede alcanzarse en una gran mayoría de pacientes mediante un tratamiento adecuado, para lo cual debe seguirse una estrategia global e individualizada a largo plazo, basada en el tratamiento farmacológico óptimo ajustado y medidas de supervisión, control ambiental y de educación para el asma.

Respecto a la medicación, por un lado están los fármacos de rescate, utilizados a demanda para tratar o prevenir la broncoconstricción de forma rápida. En este grupo se encuentran los agonistas beta-2-adrenérgicos de acción corta inhalados, que constituyen el tratamiento de elección, y los anticolinérgicos inhalados, como el bromuro de ipratropio. Por otro lado, deben emplearse medicamentos de control o mantenimiento, que se administran a diario y durante periodos prolongados. La GEMA incluye en este grupo los glucocorticoides inhalados o sistémicos, los antagonistas de los receptores de los leucotrienos, los agonistas beta-2-adrenérgicos de acción larga, el tiotropio y los anticuerpos monoclonales anti-IgE. Otros fármacos, como las cromonas y la teofilina de liberación retardada, han caído en desuso por su menor eficacia.

En los últimos años se han alcanzado importantes avances terapéuticos que han ayudado a mejorar el control de la enfermedad. Por una parte, Álvarez Gutiérrez destaca los «nuevos sistemas de inhalación con combinaciones de fármacos muy efectivas, más fáciles de usar, con mayor depósito pulmonar y una posología cómoda». Por otra parte, para el grupo de pacientes con asma más grave no controlada, «disponemos desde hace años de terapias con anticuerpos monoclonales. Así, omalizumab se está utilizando en pacientes con asma grave no controlada alérgica desde hace 10 años, con buenos resultados en cuanto a disminución del número de exacerbaciones y mejorías en la función pulmonar y en la calidad de vida». Y, más recientemente, contamos

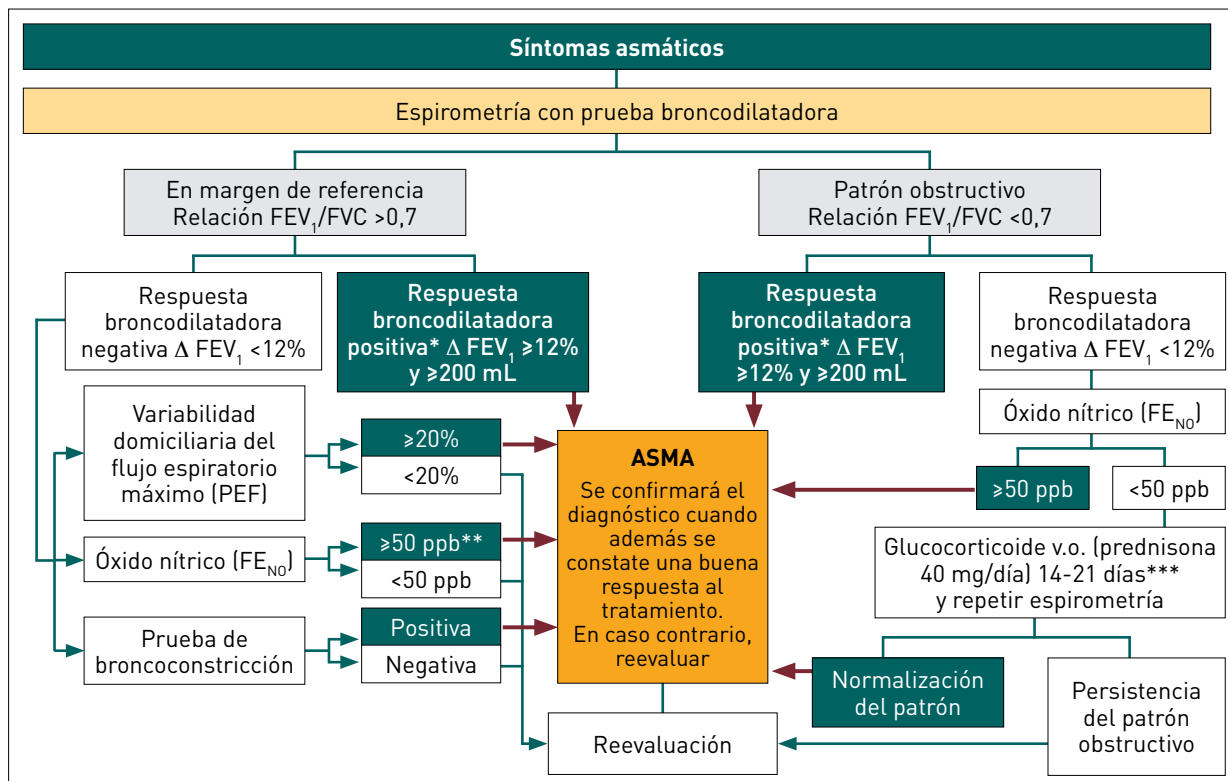


Figura 1. Algoritmo diagnóstico del asma. Fuente: Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 4.2), 2017. *En niños un incremento del 12% es suficiente para considerarla positiva aunque éste sea < de 200mL. **En los casos en los que la prueba de broncoconstricción sea negativa debe considerarse el diagnóstico de bronquitis eosinofílica. ***Como alternativa pueden utilizarse glucocorticoides inhalados a dosis muy altas, 1.500-2.000 µg de fluticasona, en 3 o 4 tomas diarias, durante 2-8 semanas.

además con «nuevos anticuerpos monoclonales anti-IL5 (ya comercializados mepolizumab y reslizumab, y en un futuro próximo benralizumab), dirigidos a pacientes con asma grave no controlada del tipo eosinofílica refractaria, que también han mostrado efectividad para reducir las exacerbaciones, aumentar la calidad de vida y, en algunos casos, mejorar la función pulmonar. Además, hay otros en estudio dirigidos a otras dianas terapéuticas, por lo que en el futuro dispondremos de bastantes opciones terapéuticas que, con seguridad, mejorarán la calidad de vida de nuestros pacientes y posiblemente modificarán la evolución natural de la enfermedad».

Problemas de control

No obstante, sigue habiendo un porcentaje de pacientes en los que la enfermedad no está controlada. «Globalmente, la proporción de individuos con asma grave no controlada podría situarse entre el 3 y el 5% de todos los asmáticos, aunque estos pacientes son los que consumen la mayor parte de recursos», señala el coordinador del Área de Asma de la SEPAR.

Dentro de este grupo, puntualiza, es necesario diferenciar a aquellos pacientes con «asma difícil de tratar, en la que la dificultad para alcanzar el control deriva sobre todo de la escasa adherencia al tratamiento, de una técnica inhalato-

ria inadecuada, de comorbilidades asociadas, etc. En estos casos habría que insistir mucho en el correcto cumplimiento de la medicación y en el uso correcto de los inhaladores, así como diagnosticar y tratar aquellas comorbilidades que puedan estar en la base de la falta de control del asma».

Por su parte, «el asma refractaria “verdadera” o resistente al tratamiento correspondería a los pacientes que, tras haberse confirmado el diagnóstico de asma y haberse identificado y tratado las comorbilidades, requieren un tratamiento con altas dosis de corticosteroides inhalados más un segundo fármaco controlador. En estos casos habría que utilizar los nuevos tratamientos con anticuerpos monoclonales, estudiando los fenotipos de la enfermedad».

En este contexto, mejorar el control del asma mediante la optimización de los tratamientos de forma personalizada constituye uno de los mayores retos que plantea en la actualidad el abordaje de la enfermedad, tal como señala Álvarez Gutiérrez en la entrevista adjunta. Otros dos grandes desafíos son el establecimiento de mecanismos para mejorar la coordinación entre la asistencia primaria y la especializada, algo que a su juicio aún queda lejos de lo que sería deseable, y el desarrollo de equipos multidisciplinares que puedan mejorar la atención a los pacientes con asma.



«Hoy día existen recursos terapéuticos para poder controlar a la inmensa mayoría de los pacientes con asma»

Dr. Francisco Javier Álvarez Gutiérrez

Unidad de Asma. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Coordinador del Área de Asma de la SEPAR

– ¿Qué proporción de pacientes asmáticos no están bien controlados y a qué se debe esa falta de control?

Según los datos disponibles, el porcentaje de pacientes que no están bien controlados se sitúa entre el 50 y el 80%. Existen varias causas, pero la más importante es la falta de cumplimiento de la medicación. Otros factores asociados pueden ser la falta de percepción de sus síntomas, o simplemente que consideran normal presentar síntomas como la disnea al realizar esfuerzos.

– ¿Qué papel puede tener en el futuro la medicina personalizada en esta enfermedad?

Será la manera de plantear la estrategia de tratamiento, sobre todo en los pacientes más graves. Actualmente hemos comenzado a diferenciar a nuestros pacientes por los denominados «endofenotipos» de la enfermedad. Estos endofenotipos van a definir cada vez más las indicaciones de tratamiento, sobre todo de los nuevos tratamientos con anticuerpos monoclonales. En el futuro la terapia será «a la carta», específicamente diseñada para las características fisiopatológicas de cada paciente.

– ¿Qué pueden hacer los médicos de atención primaria para mejorar el control de la enfermedad?

Los médicos de atención primaria desempeñan un papel central. En primer lugar, es fundamental hacer un diagnóstico correcto de la enfermedad, de su gravedad y grado de control. Para ello existen instrumentos como la espirometría (con test broncodilatador) y cuestionarios como el ACT y ACQ, que deberían utilizarse de forma habitual en la consulta. Además, el médico de atención primaria tiene una función vital a la hora de informar al paciente sobre su enfermedad, insistiéndole en que el asma es una enfermedad inflamatoria crónica, que en la mayor parte de los casos requiere un tratamiento continuado (ajustado a la gravedad). En la mayoría de los pacientes, el incumplimiento del tratamiento es uno de los principales problemas para la falta de control. Este hecho, unido a una incorrecta técnica de uso de los sistemas de inhalación, hace que la función del médico de atención primaria sea esencial. Hoy día existen recursos terapéuticos para poder

controlar a la inmensa mayoría de los pacientes con asma. Está en la mano de los profesionales poder conseguirlo.

– ¿Considera que existe una buena coordinación entre la atención primaria y la especializada?

A pesar de los múltiples intentos realizados para mejorar esta coordinación, la realidad es que aún no se ha conseguido el nivel que todos deseamos. En el fondo de esta circunstancia puede estar la dificultad intrínseca de la coordinación entre colectivos que trabajan en servicios y estructuras organizativas diferentes. La descoordinación se ha agravado en los últimos años por los recortes en sanidad, no habiéndose desarrollado nuevos programas en este sentido o abandonándose los puestos en marcha. Es necesario concienciar a todos, también a la administración sanitaria, de que la coordinación es un factor esencial, y apoyar desde todas las instancias los programas de coordinación que surjan de los propios profesionales de todos los ámbitos, incluidas las sociedades científicas.

– ¿Cuáles son los principales retos de futuro en el ámbito del asma?

El desarrollo de la medicina personalizada, el tratamiento por endofenotipos, el desarrollo de mejores herramientas que ayuden a establecer el control de la enfermedad y la efectividad de los tratamientos. En este sentido, es necesario investigar más para encontrar nuevos biomarcadores sencillos de realizar que establezcan de forma objetiva el control de la enfermedad y la efectividad de los nuevos tratamientos aplicados. También es muy importante mejorar los programas de coordinación entre todos los profesionales que atienden a los pacientes, desarrollar equipos multidisciplinares que puedan mejorar el diagnóstico, así como el tratamiento de las comorbilidades, y mejorar el grado de cumplimiento, la técnica de uso de los inhaladores y, en definitiva, el control de la enfermedad.



Accede a la
videoentrevista

