



PUNTOS DE ENCUENTRO

para un mejor control del asma



Puntos de encuentro para un mejor control del asma es una iniciativa de Laboratorio Elea para acercar las guías de práctica y la evidencia científica a la acción clínica cotidiana, partiendo de la premisa que muchas veces los médicos, en la consulta con pacientes, se encuentran con dificultades para aplicar la evidencia científica o las recomendaciones basadas en la evidencia.

Objetivo

Generar acuerdos entre diferentes especialistas vinculados a la atención clínica de pacientes con asma sobre la detección, el tratamiento de las crisis, el manejo de dispositivos y la resolución de las barreras. Con una visión práctica orientada a los médicos del primer nivel de atención.

Profesionales de la salud participantes

Clínica médica:

Dres. Marisa Gonzalez, Fabián De Feo, Alejandro Carosio, Jorge Gianattasio.

Neumonología:

Dres. Daniel Pascansky, Salomé Pilheu, Walter Mattarucco, Fernando Saldarini.

Pediatría:

Dres. Ana Balanzat, Juan Bosch, Fabiana Corea, Hilda Giugno.

Alergia:

Dres. Sebastián Croce, Dario Colombaro, Juan Jose Zatt Miguel Vinuesa.

Coordinación general:

Dr. Daniel Colodenco;
Dr. Eduardo Giugno.

MESA DE TRABAJO **1** Intercambios sobre el diagnóstico y seguimiento de los pacientes



¿Cuál es la mejor estrategia práctica para el diagnóstico de los pacientes con asma en la vida real? Teniendo en cuenta el contexto de nuestro país.

El diagnóstico del asma se basa en manifestaciones clínicas siendo la tos, la disnea y las sibilancias los principales síntomas; tener en cuenta los antecedentes personales, los factores desencadenantes, la temporalidad, lo episódico y la respuesta a los medicamentos, colabora en el diagnóstico. La espirometría resulta una herramienta importante en la evaluación de los pacientes. La eosinofilia puede ser útil para fenotipificar el asma.

¿Qué significa que el asma esté controlado? ¿Cómo conseguir el control y mantenerlo a largo plazo?

El control del asma es un objetivo central de su manejo. A largo plazo se trata de lograr suprimir los síntomas, y minimizar el riesgo futuro de mortalidad relacionada con asma, exacerbaciones, limitación persistente del flujo aéreo y efectos secundarios de la medicación. La relación médico-paciente debiera considerar los propios objetivos del paciente y su literacidad (es una herramienta indispensable para que el paciente pueda participar y comprender su estado de salud y las decisiones médicas).

Seguimiento óptimo del paciente con asma. ¿De qué manera conviene implementar el seguimiento tanto en niños como en adultos?

El seguimiento de los pacientes debe considerar: los síntomas (frecuencia, despertares nocturnos, status al despertar), el estado funcional, la calidad de vida (si la enfermedad ha impedido que realice las actividades que tenía planeadas), uso de medicación de rescate. Podemos utilizar cuestionarios de control como el ACT (Asthma Control Test™) en mayores de 12 años y la versión adaptada para niños y el cuestionario ACQ (Asthma Control Questionnaire) a partir de los 6 años. Debe revisarse de manera regular el uso correcto de los inhaladores, identificar los disparadores que pueden desencadenar un episodio agudo (infecciones virales, alérgenos, tabaquismo, etc.) así como valorar las comorbilidades (rinitis alérgica, ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico), etc. Respecto a la espirometría la opinión del conjunto es que el intervalo para realizarla depende de varias situaciones. La espirometría debiera realizarse en función del contexto clínico del paciente, por ejemplo: toda vez que se modifique la estrategia terapéutica o cambie el status de la enfermedad. Los parámetros que deben ser tomados en cuenta al interpretar una espirometría son la capacidad vital forzada (CVF), el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF₁) tanto



previo como posterior al uso del broncodilatador y la variabilidad de este índice (pre y post broncodilatador) en números absolutos (más de 200 ml) y en porcentaje que debe ser mayor o igual al 12%.

¿Es universal la disponibilidad de espirometría en nuestro país? En ausencia de espirometría: ¿qué validez tiene una prueba de flujo pico espiratorio pre y post broncodilatador (SABA)?

La disponibilidad de espirómetros es variable según la región del país que se considere.

La medición del flujo pico espiratorio debiera reservarse a situaciones especiales: en la evaluación del asma ocupacional,

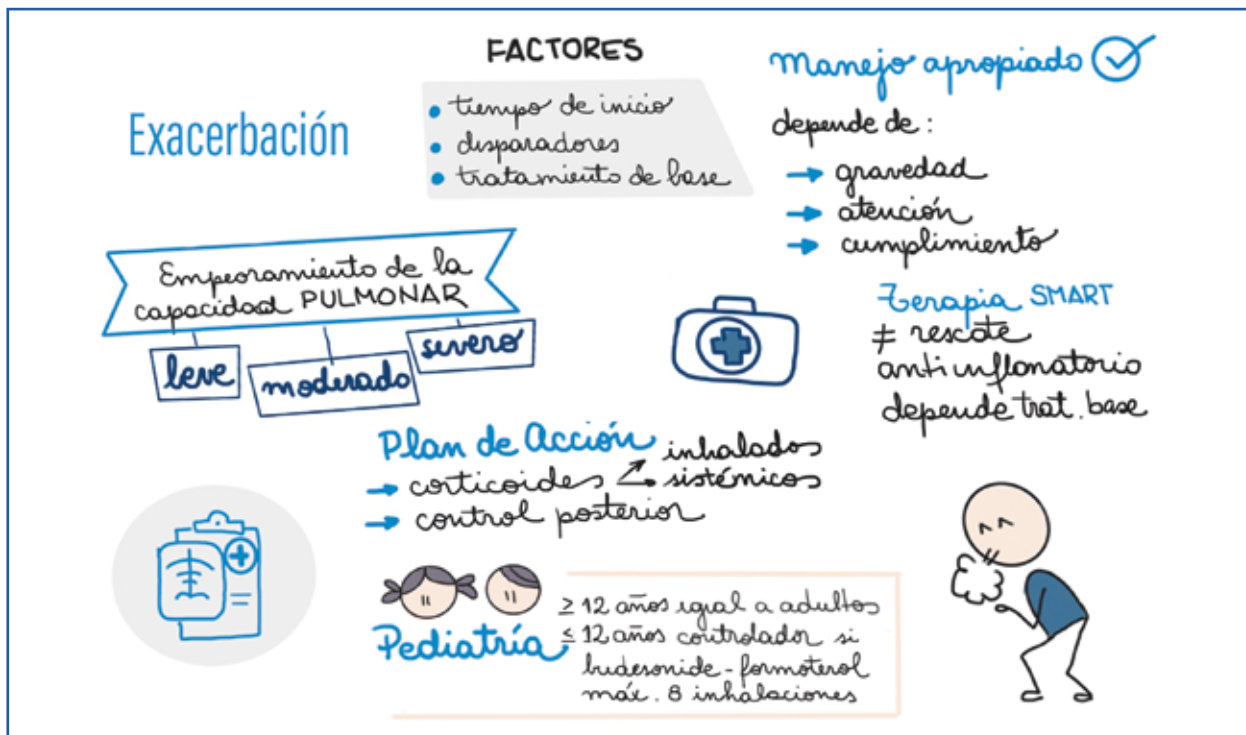
en el asma durante el embarazo, para evaluar por períodos no menores a 15 días la fluctuación de la función pulmonar fuera del consultorio (pudiendo sugerir indirectamente hiperreactividad bronquial).

¿Tiene lugar el uso del FeNO en el primer nivel de atención?

La determinación de FeNO no está disponible en el primer nivel de atención. Su uso se reserva para centros especializados en pacientes con asma grave o en quienes resulta importante identificar el fenotipo y revisar la estrategia terapéutica.

MESA DE TRABAJO 2

Quando el paciente se desestabiliza



¿Hay alguna manera de homogeneizar la evaluación de los pacientes exacerbados?

Es importante recordar que una exacerbación es un empeoramiento agudo o subagudo de los síntomas del asma y de la función pulmonar. Esto advierte la necesidad de un cambio de estrategia de tratamiento.

Es fundamental establecer y dar cuenta de dos conceptos importantes sobre las exacerbaciones:

- Los pacientes con asma leve pueden también experimentar exacerbaciones.
- Alrededor de una tercera de parte de las exacerbaciones que llevan a la consulta en emergencias ocurren en asmáticos leves.

También existen factores que aumentan el riesgo de exacerbación. Deben repasarse en cada consulta (uso correcto del dispositivo, no adherencia al tratamiento con corticoides inhalatorios (CI), uso excesivo de rescatadores, exposiciones, etc.).

Factores que aumentan el riesgo de exacerbaciones

- Control inadecuado del asma.
- Exacerbaciones previas (en especial los últimos 12 meses).

- Función pulmonar baja, en especial $VEF_1 \leq 50\%$.
- Episodio de asma casi fatal (NFA), en especial el año previo.
- Uso excesivo de SABAs (≥ 3 dispositivos x año es indicador de mal control)
- Eosinofilia en sangre periférica (mayor riesgo a mayor número).
- Escaso/nulo acceso a la medicación.
- Errores en el uso adecuado de los inhaladores o adherencia escasa/nula.
- Asuntos de literacidad, conducta o comprensión que interfieren en la adherencia.
- Comorbilidades: rinosinusitis crónica, en especial con pólipos, ERGE.
- Factores de riesgo: tabaquismo, virus, polución, sustancias laborales, alérgenos, EREA (enfermedad respiratoria exacerbada por la aspirina).

Es fundamental en el manejo de la exacerbación acordar un plan de acción con el paciente y que sea escrito (anexo I) donde estén las pautas a seguir para evitar que esa exacerbación escale en severidad.

Factores que aumentan el riesgo de muerte asociada a asma.



- Historia de asma casi fatal que requirió intubación y/o asistencia respiratoria mecánica (en especial los últimos doce meses).
- Visitas a emergencias u hospitalización por asma en el último año.
- Uso actual (o haber suspendido recientemente) de corticoides orales, al menos 3 series, en el último año.
- No utilizar regularmente los corticoides inhalados.
- Uso excesivo de SABAs, especialmente ≥ 3 envases de salbutamol al año.
- Dificultades en la adherencia a los medicamentos que contienen corticoides inhalados y al plan de acción de manejo del asma.
- Historia personal de enfermedades psiquiátricas o problemas psicosociales.
- Alergias alimentarias / EREA.

Respecto a la severidad de la exacerbación, la Guía Española para el manejo del asma (GEMA) las divide en leve, moderada, grave y vital.

Tabla 4.2. Evaluación de la gravedad de la crisis de asma

	Crisis leve	Crisis moderada	Crisis grave	Crisis vital
Disnea	Leve	Moderada	Intensa	Respiración agónica, parada respiratoria
Habla	Párrafos	Frasas	Palabras	Ausente
Frecuencia respiratoria (x')	Aumentada	> 20	> 25	Bradipnea, apnea
Presión arterial	Normal	Normal	Normal	Hipotensión
Uso musculatura accesoria	Ausente	Presente	Muy evidente	Movimiento paradójico toracoabdominal, o ausente
Sibilancias	Presentes	Presentes	Presentes	Silencio
Nivel de conciencia	Normal	Normal	Normal	Disminuido o coma
FEV₁ o PEF (valores de referencia)	> 70 %	< 70 %	< 50 %	No procede
SaO₂	> 95 %	< 95 %	< 90 %	< 90 %
PaO₂ mm Hg	Normal	< 80 (hipoxemia)	< 60 (insuficiencia respiratoria parcial)	< 60 %
PaCO₂	Normal	< 40	< 40	< 45 (insuficiencia respiratoria hipercápica)

FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; x': por minuto; SaO2: Saturación de oxihemoglobina; PaO2: presión arterial de oxígeno; PaCO2: presión arterial de anhídrido carbónico. GEMA 5.2. Guía Española para el Manejo del Asma. www.gemasma.com.

Una preocupación compartida es la atención luego del alta por una crisis asmática atendida en emergencias o tras una internación por exacerbación asmática: resulta frecuente que los pacientes se retiren sin tratamiento antiinflamatorio con corticoides sistémico e inhalatorios, sin un plan de acción claro y sin fijar un control post-alta a corto plazo. Estos errores incrementan el riesgo de una nueva exacerbación, que podría conducir al paciente a una nueva hospitalización o a la muerte.

¿Cuál es el manejo apropiado ante la crisis asmática? ¿Salbutamol vs Formoterol + ICS?

El tratamiento de las crisis asmáticas dependerá de su severidad (leve, moderada o severa) y por lo tanto, de su ámbito de atención.

En la práctica, la crisis leve podría también interpretarse como una pérdida transitoria del control de la enfermedad ya que los cambios estarán próximos al rango de variación normal del paciente. Estas crisis podrían ser tratadas en el domicilio, en especial aquellos pacientes que cuentan con un plan de acción escrito y/o con valoración de medición de flujo espiratorio pico (FEP), ya que lo pueden aplicar precozmente.

Se debe entrenar a los pacientes a identificar los síntomas precoces de una crisis y a actuar en forma inmediata según

el plan escrito. El plan de acción variará según si el paciente cumple con un tratamiento controlador habitual y según este sea un corticoide inhalado (CI) más un beta agonista de acción corta (SABA) o CI más un beta agonista de acción prolongada (LABA) o realice terapia MART* (del inglés Maintenance And Reliever Therapy) con CI más formoterol.

Si el paciente se encontrara en tratamiento con CI o CI más LABA, la estrategia será utilizar SABA como rescate sintomático y aumentar la dosis de CI como rescate antiinflamatorio. En el caso de la terapia MART se deberá aumentar la dosis de CI más formoterol y reevaluar.

En el caso de la estrategia MART o usando formoterol + CI a demanda, la dosis máxima será de 12 inhalaciones por día.

En el caso de una exacerbación leve que carezca de plan de acción o una moderada y severa, se deberá seguir las pautas de la institución en la que se encuentra. GEMA recomienda:

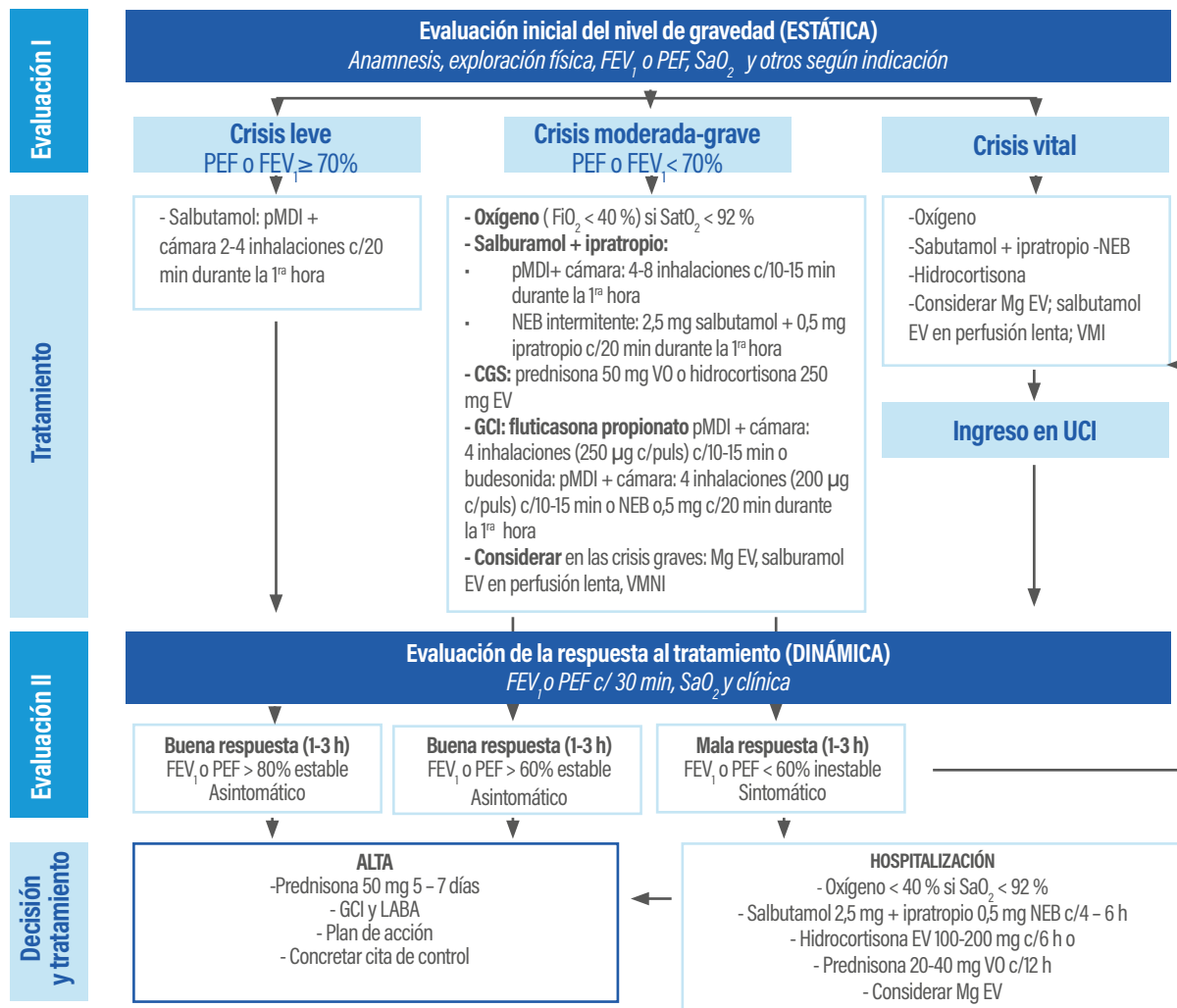


FIGURA 41. Manejo terapéutico de la crisis de asma del adulto.

FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; SaO₂: saturación de oxihemoglobina; pMDI: inhalador presurizado; NEB: nebulizado; VO: vía oral; EV: vía endovenosa; GCI: glucocorticoides inhalados; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; VMI: ventilación mecánica invasiva; min: minuto; Mg: magnesio; mg: miligramo; µg: microgramo; c/: cada; LABA: agonista β₂ adrenérgico de acción larga; GCS: glucocorticoides sistémicos. GEMA 5.2. Guía Española para el Manejo del Asma. www.gemasma.com.

*Terapia MART: es una estrategia de tratamiento en la que la combinación ICS/Formoterol (budesonide/formoterol por ej.) en un único dispositivo se utiliza como tratamiento de rescate con o sin tratamiento de mantenimiento con las mismas drogas. Esta estrategia ha demostrado la reducción en el número de exacerbaciones que requieren corticoides sistémicos.



Es importante destacar que el uso de CI más LABA, cuyo LABA no es formoterol, no debiera utilizarse como terapia MART ya que formoterol es el único de acción rápida.

¿Hay barreras para implementar la terapia tipo MART? ¿Realmente facilita el manejo más integral del asma?

La terapia MART, así como la terapia con corticoides inhalados, puede presentar distintas barreras e incluso resistencias por parte del paciente. Quizás la principal barrera para la implementación de la terapia MART pueda ser la inercia terapéutica: médicos que confían en el tratamiento que vienen indicando hace años (y pacientes que de igual manera se encuentran acostumbrados al tratamiento con CI + SABA). Algunos pacientes tienen prejuicios sobre la utilización de CI y se sienten más cómodos con el uso de SABA a demanda. Es vital que el médico explique el sustrato inflamatorio de la patología y la consecuente necesidad del uso de corticosteroides para su control adecuado.

Otra posible limitación podría ser el costo que implica utilizar terapia MART vs. el uso de salbutamol. Resulta importante explicarle al paciente la importancia de los CI en la prevención de las exacerbaciones, en el tratamiento de la inflamación subyacente y su contribución a un mejor control.

¿Qué sucede con la terapia MART y la pediatría?

Respecto a la terapia MART en pediatría, esta se encuentra indicada sin variaciones en los niños de 12 años o mayores. Respecto a los pacientes entre 6 y 12 años, no existe aún consenso entre las recomendaciones internacionales (GINA - Glo-

bal Initiative for Asthma-) y otras guías internacionales (GEMA por ej.). La estrategia MART no se encuentra aprobada por las guías GEMA para ningún escalón de tratamiento; sin embargo, GINA recomienda su uso en los escalones 3 y 4 como una alternativa válida al uso de CI + SABA o a otra combinación CI + LABA (no formoterol).

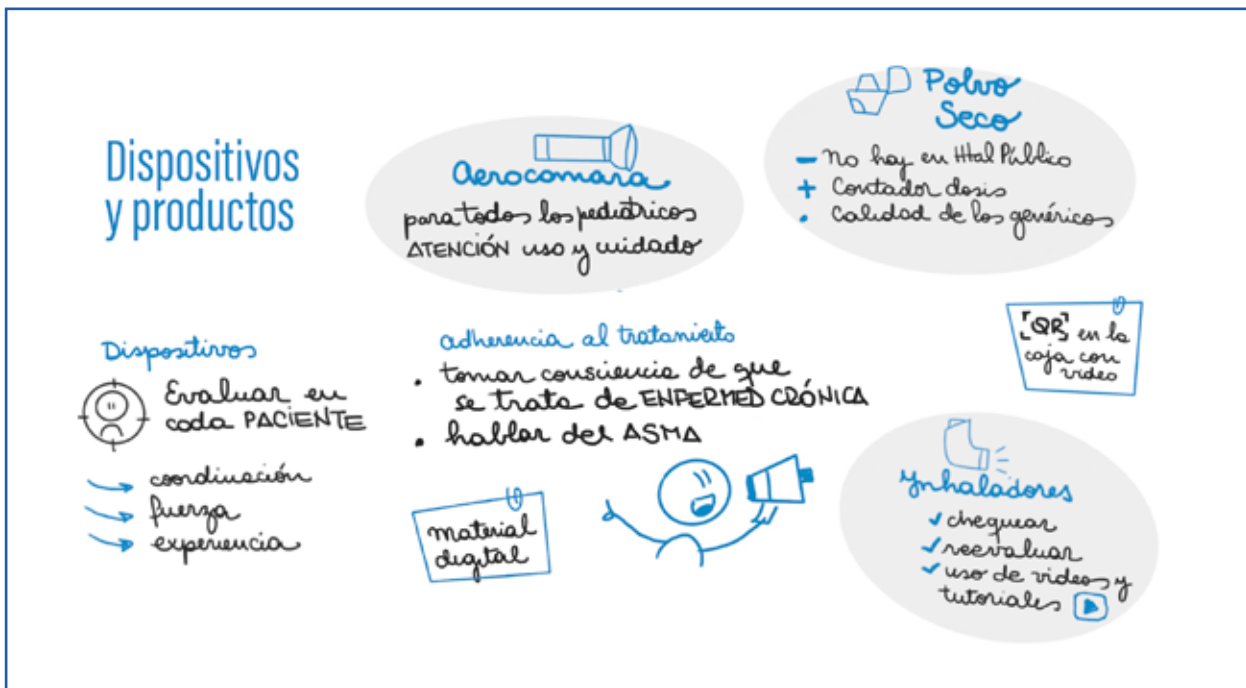
Cabe destacar en este punto que el uso de SABA no es inocuo, es decir, su uso pone de manifiesto la falta de control de la enfermedad. Es importante transmitir este concepto al paciente o su cuidador para que esté atento y comunique esta situación.

¿Qué pautas son útiles para el autocuidado del paciente con asma? ¿De qué manera pueden ser mejor entendidas? (escrito, verbal, imagen, video)

Tanto los materiales escritos como los gráficos, los animados o en video, resultan esenciales para optimizar el entendimiento de las pautas de autocuidado, las técnicas de inhalación, los planes de acción, etc. Todo ello no debiera soslayar la importancia de la relación médico-paciente que resulta esencial para que se cumplan cada uno de los pasos del abordaje terapéutico. Un enlace o un material escrito no se traducen en un mejor manejo si el médico no le explica la importancia de esa información, y el potencial de beneficio que implica para el paciente.

MESA DE TRABAJO 3

Utilizando mejor los dispositivos inhalatorios



¿Qué para quién? Elección del dispositivo adecuado para cada paciente.

En general existe consenso en que el mejor dispositivo es aquel que el paciente sabe o puede aprender a utilizar. Tanto los inhaladores de dosis medida (MDI) como los dispositivos de polvo seco (DPI) presentan características particulares que los hace más o menos utilizables según las personas.

Los MDI, al contener un propelente, pueden ser utilizados en personas tanto con alto como bajo flujo inspiratorio, ya que la fuerza inspiratoria no es un requerimiento limitante. Sí es importante recordarle al paciente que una inhalación lenta permite disminuir la turbulencia y el impacto del medicamento en la orofaringe.

Por otro lado, la coordinación es importante para asegurarse que la inhalación se realice a la vez que la actuación. En este sentido el uso de aerocámaras hace que esta desventaja se disipe y se optimice la llegada del medicamento a la vía aérea más pequeña. Ahora bien, este dúo (aerosol-aerocámara) es más incómodo para trasladar, lo cual puede representar una desventaja.

Los DPI son presentaciones cómodas para trasladar y no requieren demasiada coordinación para su uso. El paciente puede repetir la maniobra más de una vez para asegurarse de

haber inhalado la totalidad de la dosis. La ausencia de sabor puede confundir haciendo creer que no se ha inhalado el medicamento pudiendo llevar a utilizar dosis dobles o triples en el afán de asegurarla.

Los DPI que utilizan cápsula con polvo seco, posibilitan visualizar su contenido, permitiendo que el paciente confirme visualmente que ha realizado una inhalación completa.

Aún cuando el flujo inspiratorio necesario para la inhalación es mayor con los DPI, no todos los dispositivos ofrecen las mismas resistencias. Esto debe tenerse en cuenta cuando se eligen ya que enfermedades como EPOC en estadios severos o asma con marcada obstrucción fija pueden no generar un flujo inspiratorio adecuado con ciertos inhaladores, sin olvidar que los ensayos clínicos que evaluaron la estrategia MART han sido realizados en su mayoría con polvo seco y esto no ha sido una barrera para su uso.

Deben tenerse en cuenta también determinadas limitaciones del paciente como la presencia de artrosis de manos, secuela de ACV, deterioro cognitivo, etc., fundamental al momento de elegir la forma farmacéutica y el dispositivo que más se le adapte.

No debemos olvidar que en el subsector público los dispositivos que se dispensan son mayoritariamente aerosoles lo que limita las opciones elegibles para cada paciente.



En pediatría, los menores de 12 años deben utilizar aerocámaras. El uso de la boquilla debe ser valorado y aconsejado ya que su uso optimiza el ingreso del aerosol a la vía aérea baja. Es decir, se debe apoyar el intercambio de la aerocámara con mascarilla a su uso con boquilla lo antes posible si la madurez para realizar la técnica lo permite. Respecto a los niños más grandes, el uso de dispositivos con polvo seco es más fácil para transportar y su uso menos estigmatizante.

Otro punto a tener en cuenta es la importancia de que los dispositivos presenten contador de dosis. En el caso de los aerosoles, el hecho de que el propelente puede seguir saliendo a pesar de haber completado el total de dosis es un factor confundidor y con el riesgo de que el paciente crea que aún se dispensa medicación.

¿Existe diferencia de adherencia en el mundo real entre las distintas formas farmacéuticas: polvo seco o aerosol?

La mesa coincide en que no parece haber diferencias en la adherencia del tratamiento según la forma farmacéutica. Los aspectos que afectan la adherencia son principalmente los prejuicios sobre el uso de corticoides, el desconocimiento por parte del paciente de la importancia de continuar el tratamiento de mantenimiento aun sin síntomas, etc.

Importancia de las comorbilidades y su tratamiento para asegurar la adherencia al tratamiento y el uso correcto del dispositivo.

Para mantener un adecuado control del asma es indispensable considerar las comorbilidades que pueden impactar en su gravedad y en la respuesta al tratamiento.

Tratar adecuadamente comorbilidades como la rinitis alérgica, la rinosinusitis crónica con o sin poliposis nasal, la obesidad, etc., provoca un impacto importante en el control del asma.

El tabaquismo, la exposición laboral a humo, etc. deben ser

considerados en forma multidisciplinaria ya que pueden aumentar el riesgo de exacerbaciones e interferir con el control adecuado del asma.

Debe elegirse el dispositivo más adecuado a las limitaciones que el paciente pueda presentar.

Hubo consenso y un especial énfasis puesto en que el paciente debe ser educado en el carácter crónico de la enfermedad y revertir los estigmas y estereotipos que entorpecen el buen control. Se propone presentar como modelos a personas que viven con asma y que ello no les ha impedido ser destacados incluso en deportes de alto rendimiento (por ejemplo, el caso de Chris Froome - ciclista 4 veces campeón del tour de France -, David Beckham futbolista inglés, Charles Chaplin).

Frecuencia de la reevaluación de la técnica inhalatoria. Uso de material digital.

La técnica inhalatoria debe ser reevaluada en cada consulta idealmente con el dispositivo del paciente (completo, con aerocámara). También sería de buena práctica valerse de material digital que el paciente pueda consultar las veces que crea necesario. En ese sentido, los videos son especialmente útiles y sería deseable que el propio pack del producto tuviera un link o QR que lleve a la información sobre el modo de uso del producto.

Enjuague bucal tras el uso de CI.

Aunque se reconoce la importancia de realizar el enjuague bucal tras el uso de corticoides inhalatorios, la mesa refiere que su adherencia es baja. El uso de CI está asociado principalmente a un riesgo aumentado de caries en niños y a la presencia de candidiasis orofaríngea en adultos.

MESA DE TRABAJO 4

Como derribar barreras



Identificando barreras a la adherencia al tratamiento.

Resulta indudable que en el siglo XXI siguen existiendo brechas y barreras para un adecuado manejo general del asma. Disminuir estas limitantes es imprescindible para evitarles sufrimientos a los pacientes, lograr un control adecuado y evitar las exacerbaciones y las internaciones.

Cuando se analizan las barreras que impactan en el cumplimiento y en la adherencia al tratamiento se encuentran 3 factores que son necesarios conocer para posteriormente intervenir.

a) Factores vinculados al contexto: familia, medios, redes sociales.

- Resistencia y prejuicios respecto al uso de corticoides.
- Estigmas vinculados con padecer "asma" o "ser asmático".
- Resistencia al diagnóstico de una enfermedad crónica, con la contradicción de su variabilidad.
- Confusión en el uso correcto y adecuado de los medicamentos prescritos.
- Acostumbrarse a tolerar síntomas crónicos y normalizar esa situación.

b) Factores vinculados a los profesionales de la salud.

- Entender el asma solo como un fenómeno agudo/variable y no como una condición crónica inflamatoria.
- Falta de capacitación o entrenamiento continuo.
- Excesiva carga laboral.
- Escaso tiempo en la consulta para una comunicación más efectiva hacia el paciente.
- No querer "rotular" a los pacientes, evitando conversar so-

bre su condición.

- No verificar el nivel de comprensión del paciente y si usa adecuadamente los dispositivos inhalatorios.
- Minimizar la posibilidad que un paciente con asma leve se interne o se muera.

c) Factores vinculados al sistema de salud.

- Falta de capacitación y herramientas diagnósticas (espirometría) en el primer nivel de atención para un abordaje mejor de los pacientes con asma.
- Fallas en los sistemas de referencia y contrarreferencia.
- Sistema de salud atomizado y acceso inequitativo.
- Ausencia de políticas públicas consistentes en el abordaje del asma.
- Problemas en el acceso a la atención, a estudios complementarios (espirometría) y a tratamiento farmacológico adecuado.
- Privilegiar disponibilidad de tratamientos de baja evidencia vs medicamentos con mayor evidencia.

Identificando facilitadores para el control del asma

Los integrantes de la mesa de intercambio utilizaron los elementos del punto anterior (barreras para el control del asma) para encontrar y visualizar los elementos facilitadores en el control efectivo.

a) Factores vinculados a los pacientes / familia

- Recibir Información certera para una adecuada comprensión de la enfermedad.
- Adecuada relación médico / paciente que permita derri-



bar mitos, estereotipos y rótulos.

- Contar un plan de acción / cuidado para estar empoderado de cara al manejo de la enfermedad.

b) Factores vinculados a los profesionales de la salud.

- Capacitación y entrenamiento sobre todo de los médicos que se desempeñan en el 1º nivel de atención.
- Contar con protocolos o sistemáticas de actuación en el lugar de trabajo, en especial en las unidades de pronta atención (guardia, central de emergencias y demandas espontáneas).
- Continuidad en el entrenamiento para evitar la inercia terapéutica.

c) Factores vinculados al sistema de salud.

- Optimizar y empoderar al 1º nivel de atención.
- Creación de guías de práctica aplicables en los diferentes niveles de atención.
- Campañas y divulgación eficaz de las directrices de atención.
- Capacitación continua al personal de salud en general, intensificado a quienes participan de la atención de la urgencia en sitios no programados (guardias, centrales de emergencia y demandas espontáneas).
- Informatización de los registros de salud que permitan el seguimiento longitudinal y la continuidad del cuidado.
- Trabajo en conjunto con diferentes sociedades científicas para la coordinación de las iniciativas y mejorando la llegada al efector final que es el médico.
- Facilitar el acceso a estudios complementarios de diagnóstico y seguimiento (espirometría).
- Optimizar el acceso a los tratamientos y que estén en sintonía con las guías de manejo propuestas.

En un estudio español publicado en 2022, todos los médicos de atención primaria participantes en el proyecto identificaron la **falta de educación sanitaria** y el **mal cumplimiento del tratamiento de mantenimiento** como principales factores relacionados con la falta de control de la enfermedad. La mayoría de los médicos (aproximadamente un 60 %) consideró que existe una **infrautilización de las herramientas de evaluación del control del asma en las consultas en atención primaria**.

Entre las **soluciones propuestas** para mejorar el control del asma y la adherencia al tratamiento, está el uso de **cuestionarios de control de síntomas** (respaldada por un 60 % aproximadamente) y la **monitorización del flujo espiratorio máximo (FEM)** (respaldada por el 100 %). Los investigadores concluyen que una adecuada educación sanitaria, estableciendo planes de tratamiento simplificados y fomentando la toma de decisiones compartidas con los propios pacientes con asma, son las estrategias que tienen mayor consenso entre profesionales del primer nivel de atención para mejorar el control de estos pacientes.

Barreras en la implementación de algunas recomendaciones basadas en la evidencia

El equipo de trabajo reconoce que en la práctica se generan brechas reales para implementar y ejecutar las recomendaciones basadas en la evidencia de algunas de las guías existentes más divulgadas como GINA y GEMA.

La implementación de las recomendaciones basadas en evidencias constituyen un complejo desafío. No todas las soluciones o estrategias son aplicables o pueden ser implementadas de manera similar. Siempre es necesaria una adaptación local o regional.

Los factores que pueden estar vinculados a esta situación son heterogéneos y variados como:

- Poco tiempo para la capacitación de los profesionales de la salud.
- Poco tiempo dispensado en la consulta.
- Para algunos profesionales la disponibilidad y el acceso a la información basada en la evidencia es baja.
- La dificultad para "desaprender" de los profesionales de la salud para posteriormente aprender.
- Discordancia entre algunas guías o recomendaciones para la práctica.
- No existen incentivos desde el sistema de salud para reconocer la capacitación, formación continua y el tiempo dispensado en la consultas que en definitiva conlleva a prácticas que garantizan mayor calidad en el cuidado.
- Ausencia de protocolos y sistemáticas de actuación basados en la evidencia en los sitios de atención no programados (guardias, centrales de emergencia y demandas espontáneas).

Trabajo en equipo multidisciplinario.

a) ¿Es necesario?

b) ¿Quiénes deben conformarlo?

Todos los integrantes coinciden en la importancia de un verdadero trabajo en equipo e integrado por profesionales de la salud de distintas disciplinas como farmacéuticos, kinesiólogos, enfermería, entre otros. Cómo así también diferentes especialidades dentro de la medicina como médicos de familia / generalistas / clínicos, pediatras, alergistas, neumólogos, otorrinolaringólogos, entre otros.

Coinciden además que el trabajo inter y multidisciplinario depende del sitio donde se lleva adelante la atención. Por ejemplo, es complejo, puede ser engorroso y en general no existente en la práctica profesional privada de consultorio. En esos casos es deseable tener una red de profesionales que pueden tomar contacto con la situación de un paciente a través de interconsultas.

En cambio, en la práctica dentro de una organización de salud tanto sea del subsector público como privado, es más fácil de llevar adelante y sobre todo teniendo como principal destinatario la atención de los pacientes que cursan con enfermedad más severa.

| Sobre la adherencia

Como en toda enfermedad crónica que conlleva períodos de tiempo donde el paciente se encuentra sin síntomas, la baja adherencia al tratamiento, a las consultas de control y seguimiento es muy elevada.

En este contexto es fundamental sostener la continuidad del cuidado y la mejor herramienta para hacerlo es a través de información, conocimiento, educación hacia el paciente y la familia.

Para ello es necesario contar con tiempo durante la consulta, o realizar talleres con grupo de pacientes, dar el espacio para explicar, reiterar y por supuesto contestar las preguntas o dudas que pueden surgir durante el intercambio. El contar con personal de salud como enfermeros, farmacéuticos, trabajadores sociales por supuesto que colabora con perseguir una adherencia más ajustada y sostenida.

Se coincide que la tecnología a través de mensajes en redes sociales y desarrollo de aplicaciones Web podrían ser aliados en la adherencia, pero siempre dentro de un cambio estructural.



| Bibliografía

- 1 - GEMA 5.2. Guía Española para el Manejo del Asma. www.gemasma.com
- 2 - GINA. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2022. www.ginasthma.org.
- 3 - GEMA Inhaladores. Terapia inhalada: fundamentos, dispositivos y aplicaciones prácticas. www.gemasma.com
- 4 - Sumita B. Khatri et al. Use of Fractional Exhaled Nitric Oxide to Guide the Treatment of Asthma. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 204, Iss 10, pp e97–e109, Nov 15, 2021.
- 5 - Hitasha Rupani, PhD et al. Using Fractional Exhaled Nitric Oxide Measurement in Clinical Asthma Management. *CHEST* 2022; 161(4):906-917.
- 6 - Helen K. Reddel, MB, BS, PhD et al. A Practical Guide to Implementing SMART in Asthma Management. *J Allergy Clin Immunol Pract* Volume 10, number 1S.
- 7 - Peter J Barnes. Using a combination inhaler (budesonide plus formoterol) as rescue therapy improves asthma control. *BMJ* 2007;335:513.
- 8 - Sociedad Argentina de Pediatría. Guía de diagnóstico y tratamiento: asma bronquial en niños \geq 6 años. Actualización 2021 *Arch Argent Pediatr* 2021;119(4):S123-S158.
- 9 - SIGN158 British guideline on the management of Asthma. A national clinical guideline. First published 2003. Revised edition published July 2019. www.brit-thoracic.org.uk.
- 10 - British Thoracic Society, National Institute for Health and Care Excellence, and Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Guideline scope. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management Asthma: BTS/NICE/SIGN guideline. Final scope. (October 2021)
- 11 - Jiangtao Lin et al. Symbicort® Maintenance and Reliever Therapy (SMART) and the evolution of asthma management within the GINA guidelines. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 2018. <https://doi.org/10.1080/17476348.2018.1429921>.
- 12 - Kenneth R Chapman et al. Single maintenance and reliever therapy (SMART) of asthma: a critical appraisal. *Thorax* 2010;65:747e752. doi:10.1136/thx.2009.128504.
- 13 - Romain A. Pauwels, MD et al. Effect of inhaled formoterol and budesonide on exacerbations of asthma. *N Engl J Med*. 1997 Nov 13;337(20):1405-11.

PLAN DE ACCION PARA EL ASMA

Para: _____ Nombre del doctor: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del doctor: _____ Número de teléfono del hospital/la sala de emergencia: _____

SE SIENTE BIEN

- No tiene tos, sibilancias, opresión en el pecho, ni le falta aire al respirar durante el día o la noche.
- Puede hacer las actividades normales.

Y, si usa un medidor de flujo de exhalación

Su medida de flujo máximo es más de:
(el 80% o más de su mejor medida de flujo máximo)
Su mejor medida del flujo máximo: _____

Antes de hacer ejercicio

2 o 4 soplos

5 minutos antes de hacer ejercicio

Medicinas Diarias

Nombre de la medicina	Cuánto debe tomar	Cuándo debe tomarla
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ZONA VERDE

EL ASMA EMPEORA

- Tiene tos, sibilancias, opresión en el pecho, o le falta aire al respirar, o
- El asma le despierta durante la noche, o
- Puede hacer algunas—pero no todas—las actividades normales.

-O-

Su medida de flujo máximo:

_____ a _____
(el 50% al 79% de su mejor medida de flujo máximo)

PRIMERO

Añade: la medicina de alivio rápido—y siga tomando las medicinas de la ZONA VERDE.

_____ Número de soplos Se puede repetir cada _____ minutos
(la medicina de alivio rápido) o el nebulizador, una vez hasta un máximo de _____ dosis

SEGUNDO

Si sus síntomas (y si usa medida de flujo máximo) regresan a la ZONA VERDE después de 1 hora del tratamiento:

- Siga monitoreándolos para asegurarse que se quede en la Zona Verde.

-O-

Si sus síntomas (y si usa medida de flujo máximo) no regresan a la ZONA VERDE después de 1 hora del tratamiento:

- Tome: _____ Número de soplos o el nebulizador
(la medicina de alivio rápido)
- Añade: _____ mg al día Por _____ (3-10) días
(el esteroide oral)
- Llame al doctor antes/ entre _____ horas de tomar el esteroide oral.

ZONA AMARILLA

¡ALERTA MEDICAL!

- Le falta bastante el aire al respirar, o
- Las medicinas de alivio rápido no ayudan, o
- No puede hacer las actividades normales, o
- Después de 24 horas en la Zona Amarilla, tiene los mismos síntomas o le han empeorado.

-O-

Medida de flujo máximo: menos de _____
(el 50% de su mejor medida de flujo máximo)

Tome esta medicina:

- _____ Número de soplos o el nebulizador
(medicina de alivio rápido)
- _____ mg
(el esteroide oral)

Llame a su doctor AHORA MISMO. Vaya al hospital o llame a una ambulancia si:

- Después de 15 minutos, todavía está en la Zona Roja Y
- No se ha podido comunicar con su doctor.

SENALES DEL PELIGRO

- Dificultades al caminar o hablar por falta de aire al respirar.
- Los labios o las uñas están azules.

- Tome _____ soplos de _____ (la medicina de alivio rápido), Y
- ¡Vaya al hospital o llame a una ambulancia AHORA MISMO!
(número de teléfono)



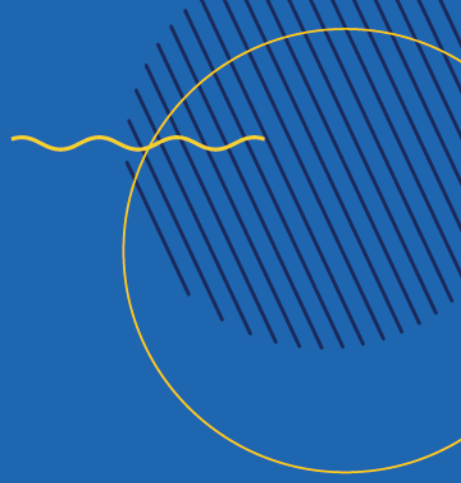
CON EL AVAL DE:
 ASOCIACION ARGENTINA DE
MEDICINA RESPIRATORIA

 Sociedad de
MEDICINA INTERNA
de Buenos Aires

 **AAPA**
Asociación Argentina
de Pacientes con Asma



AAAeIC
Asociación Argentina de
Alergia e Inmunología Clínica



Neumoterol[®] Aerosol

Budesonide + Formoterol

Neumotide[®]

Fluticasona + Salmeterol

Neumotropio[®]

Tiotropio