

GUÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL ASMA

CAPÍTULO 4: PRONÓSTICO, EVALUACIÓN Y METAS DEL MANEJO DEL ASMA. EDUCACIÓN PARA CONSEGUIR ESTOS OBJETIVOS

PRONÓSTICO DEL ASMA

Factores que influyen en el pronóstico del asma. El asma modificará su pronóstico ya sea por factores relacionados con la fecha de su iniciación y el riesgo de atopia, y factores relacionados con la falta de cumplimiento con el tratamiento, situación muy asociada con la educación que reciba el paciente sobre su enfermedad.

1. Fecha de iniciación del asma

- a) Asma severa en la infancia determina un asma severa en la adultez.
- b) El 30 a 50% de las asmas desaparecen con la pubertad (especialmente en el sexo masculino), pero a menudo reaparecen en la vida adulta.
- c) Asma iniciada después de los 40 años tiene una declinación del VEF₁ más rápida y por tanto pueda dar origen a un asma más severa.

2. Grado de atopia. Mientras más atopia tenga el paciente más severa será su asma.

3. Precocidad del diagnóstico e inicio del tratamiento. Mientras más precoz el diagnóstico e iniciación del tratamiento, especialmente el anti-inflamatorio, mejor será el pronóstico, pues podría evitar el remodelamiento de las vías aéreas. La medición clínica basada en la declinación del VEF₁ (estudio CAMP en niños)¹, y el grado de prevención de eventos agudos y de la caída del VEF₁ (estudio START)², apoyarían la hipótesis anterior, especialmente el último estudio (nivel de evidencia A).

4. Falta de una suficiente educación sobre la enfermedad. A este respecto hay que enfatizar lo importante que es la educación del paciente sobre su enfermedad, el mecanismo de acción de las drogas aliviadoras y controladoras, y el uso adecuado de los inhaladores y espaciadores en una enfermedad crónica como el asma (nivel de evidencia A).

5. Tratamiento inadecuado. Las fallas en el manejo del asma, especialmente el uso inapropiado de los medicamentos en relación con la severidad observada, la pobre cooperación y

cumplimiento del paciente con el tratamiento indicado, son factores que ensombrecen el pronóstico del asma. Con el fin de enfatizar el correcto empleo de los medicamentos se recomienda el uso de cartillas, en que el enfermo registre diariamente sus síntomas AM y PM, el número de veces que utilizó los inhaladores de rescate, el correcto uso de los medicamentos de alivio y de control, el registro de su flujo espiratorio matinal y nocturno (PEF, AM y PM), y eventuales reacciones adversas, o situaciones que alteren el correcto empleo de los fármacos. La correlación entre algunos síntomas claves, como despertar por asma en la noche, con un incremento del β_2 agonista de rescate, y el registro de una caída abrupta del PEF son elementos suficientes para buscar ayuda médica.

El conocimiento de los mejores valores del PEF, y su comparación con los observados a través de los días por el enfermo, permitirá corregir o avalar el tratamiento que se ha indicado. Si los valores del PEF están normales, el paciente tendrá luz verde para continuar con la misma terapia. Si los valores han caído apreciablemente de las cifras teóricas (80 a 60%) o el mejor del enfermo, será luz amarilla o de atención, y si los valores están bajo un 60% del teórico o mejor del paciente, indicará alarma o luz roja, debiendo recurrir inmediatamente al consultorio médico.

En un carné simple deben indicarse los valores del PEF teóricos normales que corresponden a las luces del semáforo verde, amarilla y roja, fijando además las conductas terapéuticas correctivas que el enfermo debe adoptar: ¿incremento del corticoide inhalado? ¿agregado de un β_2 agonista de acción larga? ¿inicio de terapia corticoesteroidal oral?

Igualmente debe proporcionarse un plan escrito sobre lo que el paciente debe hacer frente a una exacerbación de su asma.

6. Diferencias étnicas, raciales y pertenencia a grupos minoritarios. Es sabido que el asma es más severa en las personas que viven en casas con inadecuadas condiciones estructurales y ambientales y con poco acceso a los

Servicios de Salud (“inner cities” de U.S.A. (nivel de evidencia D) y “campamentos habitacionales” de Chile). En Nueva Zelandia existe una mayor prevalencia de asma, y mayor severidad de ésta en la raza maorí. En USA el asma es más prevalente y severa en afro-americanos y latinos (hispanicos) (nivel de evidencia B). El factor cultural obviamente dificulta la educación de estos pacientes, situación que no ha sido estudiada aún en nuestro país en relación a la etnia mapuche.

7. Situación socio-económica y cultural. Se asocia frecuentemente a la condición anterior, pues la falta o limitación de trabajo y por ende de medios económicos, limita su acceso a condiciones habitacionales mejores, y los expone a ambientes húmedos colonizados por ácaros, hongos y endotoxinas, que agravan su condición asmática, haciéndola más severa (nivel de evidencia B). Estudios en México, U.S.A., Reino Unido, Alemania y Australia han demostrado que los ingresos económicos bajos y la pertenencia a grupos minoritarios socialmente, están asociados con cifras más altas de prevalencia, mortalidad y morbilidad, atestiguada ésta última por mayor severidad de la afección, que conlleva un número mayor de ingresos hospitalarios, y visitas a los servicios de urgencia.

EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL ASMA

El objetivo de la evaluación es supervisar el adecuado manejo del Asma, y monitorizar la efectividad y calidad del tratamiento. La evaluación comprende así la vigilancia de los parámetros epidemiológicos tradicionales, tales como morbilidad y mortalidad, como también realizar una **auditoría** tanto del procedimiento de atención de los pacientes y de entrega de los medicamentos como de los indicadores que miden el resultado de la metodología empleada en el tratamiento del paciente asmático. Debe aclararse que las guías de manejo del asma por sí solas no afectan el resultado clínico, y por ello es necesaria una auditoría permanente que suministre una retro-alimentación para corregir las fallas del sistema.

En la auditoría del procedimiento se pueden mencionar como importantes:

- 1) El registro del empleo de los medicamentos por el paciente, por ejemplo el uso correcto del inhalador y espaciador (nivel de evidencia A).
- 2) ¿El paciente recibió la etapa de terapia adecuada para el grado de severidad de su asma? (nivel de evidencia A).

- 3) ¿Tiene el paciente un plan de acción para el manejo del asma (nivel de evidencia A).
- 4) ¿Se realiza monitorización del porcentaje de pacientes en tratamiento que:
 - a) ¿Están sin síntomas o que tienen pocos síntomas? (nivel de evidencia C).
 - b) Son capaces de usar adecuadamente los inhaladores (nivel de evidencia A).
 - c) Usan esteroides inhalados (nivel de evidencia A).
 - d) Tienen función pulmonar normal (PEF o $VEF_1 \geq 80\%$ del valor teórico) (nivel de evidencia C).

En la auditoría de los resultados y monitoreo de la morbilidad, el Colegio Real de Médicos del Reino Unido⁶ ha propuesto que en cada visita mensual el médico recoja las respuestas a las siguientes preguntas (nivel de evidencia B):

- 1) ¿Ha tenido dificultad para dormir debido a su asma? (incluida la tos). Sí..... No.....
- 2) ¿Ha tenido los síntomas asmáticos habituales durante el día, o éstos han empeorado? (tos, sibilancias, pecho apretado, falta de aire). Sí..... No.....
- 3) ¿Ha interferido su asma con sus actividades habituales? (por ejemplo: trabajo de la casa, ocupación, colegio, etc). Sí..... No.....

Las respuestas del enfermo deben idealmente correlacionarse con una cartilla de registro de la toma de sus medicamentos, la severidad de los síntomas y los PEF, AM y PM.

CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE TRATAMIENTO

Estudios en adultos y niños han revelado cifras de incumplimiento del tratamiento preventivo del asma cercanas al 50%. A pesar de que disponemos de un arsenal terapéutico adecuado y guías claras para el manejo del asma, tanto en los países desarrollados como subdesarrollados, la evaluación “real” de los resultados deja mucho que desear. Un estudio multinacional en Europa (estudio AIRE)⁷, reveló un cumplimiento inferior al 50% con las pautas internacionales para el control del asma. Otro estudio en USA, demostró que las metas fijadas por el Instituto de Salud de EE.UU. para controlar el asma, estaban lejos de cumplirse⁸.

La falta de cumplimiento se puede definir como el no seguimiento del tratamiento indicado y acordado entre el equipo de salud y el paciente. El no cumplimiento puede identificarse me-

diante el monitoreo de la prescripción, como por ejemplo, recuento de píldoras, evaluación sanguínea de las drogas, etc, pero desde el punto de vista clínico práctico muchas veces basta con preguntar al enfermo cuántas veces tomó los medicamentos prescritos.

Los factores asociados con el no cumplimiento pueden estar relacionados o no con las drogas, como se establece en la Tabla 1.

Por otro lado, diversos investigadores han demostrado que es posible mejorar el cumplimiento y la aceptación del tratamiento:

- Si el paciente acepta el diagnóstico de asma, y cree que el asma puede ser un problema de riesgo para su salud.
- Si cree que el tratamiento es seguro y no ofrece peligro.
- Si siente que su enfermedad está bajo control.
- Si hay una buena comunicación entre el paciente y el o los profesionales de salud que lo atienden. Una buena comunicación es la base de un buen cumplimiento y para ello se requiere una educación planificada del enfermo y sus familiares, especialmente en la primera consulta (nivel de evidencia B).

OBJETIVOS Y METAS DE LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE

Educación en la primera consulta

Se debe dar al paciente una adecuada información sobre el diagnóstico y un conocimiento sencillo de los tipos de tratamiento disponibles y de la racionalidad de las intervenciones terapéuticas específicas recomendadas para los diferentes grados de severidad del asma (nivel de evidencia A).

Los enfermos deben ser instruidos además en las medidas preventivas secundarias, por ejemplo, evitar el humo de cigarrillo como también los alérgenos, agentes sensibilizadores y drogas que se sabe causan exacerbaciones del asma a nivel individual (nivel de evidencia B). Se le debe aconsejar además sobre la relación de su asma con los gatillantes de todos los días, como el ejercicio y aire frío, evitando crear restricciones inapropiadas al respecto, sugiriendo si es necesario el incremento de los medicamentos más que restringir la actividad física.

Se debe dar oportunidad al paciente de expresar sus expectativas en cuanto a su asma y el resultado de su tratamiento, haciendo una clara

Tabla 1. Factores en el no cumplimiento del tratamiento

Relacionados con las drogas

- Dificultades con los dispositivos de inhalación
- Regímenes complejos (por ejemplo tomar diariamente 4 veces al día diversas drogas)
- Efectos colaterales de los medicamentos
- Costo de los medicamentos
- Desagrado con el tratamiento prescrito

No relacionados con las drogas

- Falta de instrucción o mala interpretación de la educación sobre el uso de medicamentos
 - Temor a los efectos colaterales
 - Desagrado producido por los profesionales de la salud
 - Miedo o temores no expresados y no discutidos
 - Expectativas inapropiadas (creencia que poca medicación es suficiente)
 - Supervisión, educación y seguimiento inadecuados
 - Temor de las condiciones en que se suministra el tratamiento
 - Estimación inapropiada de la severidad, generalmente disminuida
 - Fenómenos culturales y estigmatización del tratamiento
 - Olvido y complacencia
 - Aspectos religiosos que entran una terapia adecuada
 - Estado depresivo
-

evaluación de hasta donde deben llegar esas expectativas, y establecer un acuerdo sobre las metas específicas a alcanzar con el tratamiento. En muchos casos, de acuerdo con su experiencia, el médico podrá elevar las expectativas de éxito planteadas por el enfermo.

En esta primera visita se aconseja suministrar al enfermo un material escrito sobre su asma y tratamiento, indicándole los métodos para apreciar su agravación y los medios para controlarla. Igualmente debe instruírsele sobre el concepto de monitorización de su enfermedad con las mediciones del flujo espiratorio máximo (PEF), y la forma de usar el flujómetro de Wright, haciendo anotaciones al despertar (AM) y antes de acostarse (PM), para que el personal de salud haga después una evaluación de su variabilidad. Como se estableció anteriormente los valores del PEF le permiten al paciente auto-evaluarse y tomar decisiones sobre su tratamiento más adecuado.

El objetivo de la educación en este momento del manejo del paciente, es ofrecerle un entrenamiento en las técnicas de auto-manejo. Una revisión sistemática de 22 estudios realizada por el grupo de Vías aéreas de la Biblioteca Cochrane⁹, que involucraban la educación dirigida de los pacientes para el auto-manejo comparándola con el manejo habitual, mostró beneficios significativos en los grupos intervenidos en términos de obtener una morbilidad reducida y un menor uso de los Servicios de Salud. Los efectos fueron mayores cuando la intervención empleó planes escritos para el automanejo (nivel de evidencia A).

Últimamente se han desarrollado un gran número de sistemas específicos de auto-manejo que han demostrado ser efectivos en el manejo del asma del adulto.

Ejemplos útiles de planes de auto-manejo pueden encontrarse en varios sitios web:

- UK National Asthma Campaign Plan, <http://www.asthma.org.uk>
- Asthma Management Plan "Zone System", <http://www.nhlbissupport.com/asthma/index.html>
- New Zealand «Credit Care» System, <http://www.asthma.co.nz>

Efectividad y costo beneficio del auto-manejo guiado

Los planes de auto-manejo guiados basados en la estructura y principios antes presentados,

han demostrado que conducen a una reducción significativa en la morbilidad y necesidad de los pacientes de usar los servicios médicos (nivel de evidencia A).

Los pacientes experimentan una reducción entre un 33 y 66% en las hospitalizaciones, atenciones en salas de urgencia, visitas no programadas a su médico, pérdidas de días de trabajo, y despertares nocturnos (nivel de evidencia A).

Se ha estimado que la implementación de un programa de auto-manejo en 20 pacientes previene una hospitalización, y que el cumplimiento satisfactorio del programa por 8 pacientes previene una visita a un Servicio de Urgencia¹⁰, pero para obtener tal resultado el plan de auto-manejo debe incluir siempre un plan escrito de cómo actuar.

Los planes de auto-manejo basados en el registro del flujo espiratorio máximo, o sólo los síntomas son de una eficacia similar (nivel de evidencia B). Igual resultado se obtiene con un plan de auto-manejo en que los pacientes ajustan su medicación de acuerdo con un plan individual escrito que es revisado y ajustado regularmente por su médico (nivel de evidencia B).

La evaluación económica de los programas de auto-manejo han demostrado que tienen un buen efecto costo/beneficio, fundamentalmente porque reducen el uso de los recursos de salud. La relación costo/beneficio de los estudios publicados varían entre 1:2,5 y 1:7 (nivel de evidencia B). Sin embargo, se requieren aún mayores estudios en esta área para dar una recomendación mejor avalada.

Educación en el seguimiento y supervisión del enfermo

Hay evidencias acumuladas que el auto-manejo y la destreza en el uso de los inhaladores requieren de un reforzamiento educativo continuo por los profesionales de la salud (médico, enfermeras y auxiliares de enfermería y farmacia). Debe enfatizarse a los pacientes que una reducción en la terapia antiastmática, sólo puede realizarse si el enfermo está siendo sometido a un seguimiento programado frecuente.

En las visitas de seguimiento, se deben discutir las preguntas que el enfermo tenga sobre su enfermedad, tratamiento y reacciones adversas. Las consultas de seguimiento deben programarse a intervalos prefijados según severidad y tiempo de tratamiento, y así podrán ser mensuales en el asma persistente severa; cada 2 a 3 meses en el asma persistente moderada, y cada 6-12

meses en el asma persistente leve y en el intermitente. En estas visitas debe revisarse la técnica del uso de los inhaladores, la adherencia al plan de tratamiento y las recomendaciones de control ambiental. Se supervisará la cartilla diaria de síntomas, el cumplimiento terapéutico y mediciones de flujo espiratorio máximo, para asegurarse que se cumplen las metas terapéuticas y si se han hecho ajustes apropiados de la terapia en relación a las mediciones de síntomas y resultados del PEF, AM y PM.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- CAMP. Long-Term effects of Budesonide or Nedocromil in Children with asthma. The Childhood Asthma Management Program (CAMP) *N Engl J Med* 2000; 343: 1054-63.
- 2.- PAUWELS R, PEDERSEN S, BUSSE W, TAN W C et al. Early intervention with budesonide in mild persistent asthma, a randomized, double blind trial (START). *Lancet* 2003; 361: 1071-6.
- 3.- British Guidelines for Asthma Management. *Thorax* 2003; 58 (Suppl 1): 1-94.
- 4.- Global Strategy for Asthma Management and Prevention National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute Revised 2002; Pages 1-176.
- 5.- Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Ediciones Mayo 2003; Páginas A-X y 1-44.
- 6.- PEARSON M G, BUCHNELL C E. Editors. Measuring Clinical out-come in asthma, a patient-focused approach. London Royal College of Physicians 1999.
- 7.- RABE K F, VERMURE P A, SORIANO J B, MAIER W C. Clinical Management of Asthma in 1999. The asthma insights and Reality in Europe (AIRE Study). *Europ J Thorax* 2000; 6: 802-7.
- 8.- RIKARD K A, STEMPEL D A. Asthma survey demonstrates that the goals of the NHLBI have not been accomplished. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103: 51T1.
- 9.- GIBSON P G, COUGHLAN J, WILSON A J, ABRAMSON M, BAUMAN A, HENSLEY M J et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2) CD 00117.
- 10.- PARTRIDGE M R, HILL S R. Enhancing care for people with asthma, the role of communication, education, training and self management. *Eur Resp J* 2000; 16: 333-48.