

GUÍA DE ACTUACIÓN PARA FARMACÉUTICOS +

CONCIENCIACIÓN

Uso adecuado de corticoides orales y SABA para el asma



Con la colaboración de:

AstraZeneca 



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

AUTORES

Dra. Mar Martínez Vázquez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vocal de relaciones internacionales de GRAP con IPCRG. Coordinadora del grupo de trabajo de enfermedades respiratorias de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), responsable del proyecto Asthma Right Care (ARC) en España, miembro del comité estratégico del movimiento internacional ARC

Dra. Raquel Varas Doval

Doctora en Farmacia. Farmacéutica del Área de campañas sanitarias de la Dirección de Servicios Farmacéuticos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España





ÍNDICE

Introducción	5
Por qué leer este documento	5
PRIMERA SECCIÓN	
Actualización del conocimiento y abordaje de la enfermedad.....	7
Aspectos generales.....	7
» Definición de la enfermedad	7
» Prevalencia	7
» Importancia del problema en España	7
Etiopatogenia y factores de riesgo para el desarrollo y exacerbación de la enfermedad.....	8
Manejo de la enfermedad.....	9
» Diagnóstico	9
» Clasificación de la gravedad.....	10
» Tratamiento.....	11
Tratamiento farmacológico.....	12
Uso de tratamiento de rescate con SABA.....	13
Uso de glucocorticoides orales en el asma	13
Tratamiento no farmacológico.....	14
» Evaluación y control.....	14
» Automanejo del asma	16
» Situaciones especiales en el asma.....	17
» Coordinación interdisciplinar/Criterios de derivación Farmacia Comunitaria-Médico de Familia en Atención Primaria.....	19
SEGUNDA SECCIÓN	
Actuación / intervención del farmacéutico.....	23
El farmacéutico como informador del uso correcto, seguro y efectivo de los medicamentos	23
» Servicio de Dispensación de Medicamentos y Productos Sanitarios.....	23
Inicio de un tratamiento: qué saber	26
» Información básica para un correcto proceso de uso GCO-SABA	27
Continuación del tratamiento: qué saber	30
» Información sobre la seguridad y efectividad de los GCO-SABA	30
» Seguimiento, adherencia al tratamiento y educación sanitaria	40
Factores de éxito	42
Vías de comunicación formal, marco relacional entre Farmacia Comunitaria y Medicina Familiar en Atención Primaria, prescripción electrónica y alertas en dispensación.....	42
Aspectos clave.....	43
12 conclusiones para llevarte a la actividad diaria	43
Bibliografía.....	45
Anexos	49





Introducción

Por qué leer este documento

Entre las funciones de la Organización Farmacéutica Colegial destaca la de facilitar el avance profesional del farmacéutico a través de, entre otras, una formación asistencial continuada en beneficio de la sociedad.

En esta línea, impulsa una nueva iniciativa; se trata de una Campaña Sanitaria que cuenta con la colaboración de laboratorios **AstraZeneca Farmacéutica Spain** centrada en la concienciación del uso adecuado de los glucocorticoides orales (GCO) y los agonistas β_2 adrenérgicos de acción corta inhalados (SABA), en pacientes con asma.

Esta iniciativa persigue hacer frente al hecho de que, pese a los avances en el manejo y la existencia de tratamientos efectivos, el asma sigue siendo una causa importante de morbilidad en la población española.

El contenido de este documento pretende aportar conocimiento y herramientas para generar intervenciones de valor en la atención farmacéutica a las personas con asma.

Los objetivos generales de esta Campaña Sanitaria son:

- Actualizar los conocimientos del farmacéutico comunitario en la prestación del Servicio de Dispensación de medicamentos SABA y GCO para tratar el asma.
- Concienciar a farmacéuticos y pacientes sobre el uso adecuado de los medicamentos SABA y GCO.
- Ayudar al farmacéutico a identificar los casos de asma con control inadecuado.
- Indicar la actuación a seguir en caso de un control inadecuado del asma o un uso no adecuado de los tratamientos cuando:
 - » hay un uso de un SABA inhalado a demanda ≥ 3 veces al mes para tratar los síntomas (sin contar cuando se utilice de forma preventiva antes del ejercicio) o la aparición de un $FEV_1 < 80\%$ o
 - » hay un uso crónico de GCO o se han recibido ≥ 2 ciclos de GCO (de ≥ 3 días cada uno), en el año previo o
 - » ha habido ≥ 1 ingreso hospitalario por exacerbación grave en el año previo o
 - » ≥ 2 exacerbaciones moderadas-graves, en el año previo

El farmacéutico comunitario, por su accesibilidad y la habitual frecuentación por parte de la persona diagnosticada de asma, se encuentra en una posición idónea para identificar un mal

control de la patología, especialmente un uso excesivo de los medicamentos (SABA y GCO) o detectar una baja adhesión al tratamiento preventivo, identificando situaciones de riesgo. Así mismo, puede informar al paciente de forma personalizada sobre el tratamiento, ofrecer educación sanitaria para mejorar la adherencia al tratamiento y seguir el tratamiento para alcanzar el control del asma.

La farmacia comunitaria también constituye el primer lugar al que las personas acuden buscando ayuda cuando tienen síntomas compatibles con asma y aún no han sido diagnosticadas.

Todo ello con un único objetivo, garantizar el adecuado proceso de uso del medicamento, la seguridad y efectividad del tratamiento, para conseguir los esperados resultados en salud. Además, en caso necesario su actuación profesional incluye la coordinación con otros agentes sanitarios como puede ser la derivación del paciente a la consulta de Atención Primaria.

En este punto, se debe subrayar que existe evidencia científica suficiente para afirmar que un modelo de atención sanitaria integral y multidisciplinar de manejo de los pacientes con asma en Atención Primaria, que incluya a los farmacéuticos comunitarios, puede contribuir a eliminar las ineficiencias, disminuir la variabilidad existente en la práctica clínica no justificada por la variabilidad en la gravedad del asma y mejorar la experiencia del paciente.

Con el propósito de que esta Guía permita actualizar los conocimientos del lector, según sus necesidades, y pueda llevar a cabo intervenciones de valor en el abordaje del asma el contenido se ha dividido en dos secciones:

1

La **primera sección** expone el conocimiento teórico sobre la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria



2

La **segunda sección** describe la actuación del farmacéutico comunitario en una actividad asistencial tan habitual como es el Servicio de Dispensación de medicamentos, para conseguir el resultado esperado de un uso adecuado, seguro y efectivo de los GCO y SABA





PRIMERA SECCIÓN

Actualización del conocimiento y abordaje de la enfermedad



Aspectos generales

DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD

Clásicamente, el asma se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, donde participan distintas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos, que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente¹.

Al tratarse de una enfermedad crónica, incluida en las diferentes estrategias de cronicidad vigentes, el objetivo de su abordaje es alcanzar y mantener el control de la patología y la prevención del riesgo futuro, especialmente de las exacerbaciones, que pueden poner en riesgo la vida del paciente y generar una carga para la sociedad².

PREVALENCIA

Según un estudio del *Global Burden of Disease 2015*, la prevalencia del asma ha aumentado, en todo el mundo desde 1990 a 2015 en un 12,6 %. Este aumento de prevalencia afecta, sobre todo, a personas de mediana edad y a mujeres, y puede explicarse por un aumento del asma alérgica, con estabilización de la no alérgica³. El asma es una de las enfermedades más prevalentes en España. Los últimos datos disponibles apuntan a que afecta aproximadamente al 10 % de los niños y al 5 % de los adultos en este país⁴.

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA EN ESPAÑA

Pese a los avances en el manejo y la existencia de tratamientos efectivos, el asma sigue siendo hoy en día una causa importante de morbilidad en la población española.

A la creciente prevalencia del asma se suma su elevada falta de control que afecta a 7 de cada 10 personas con asma, independientemente del nivel de gravedad de la enfermedad. Esta falta de control es debida **principalmente a la ausencia de diagnóstico/prescripción o a la falta de adherencia a la terapia de mantenimiento/control con glucocorticoides inhalados (GCI), el uso excesivo de la terapia de rescate con agonistas β_2 adrenérgicos de acción corta (SABA), una técnica de uso del inhalador deficiente y a la presencia de comorbilidades.**

A este escenario desfavorable se añade el uso de glucocorticoides orales (GCO) en situaciones en las que sería evitable con el adecuado manejo y tratamiento del asma. Aunque el uso de los GCO está muy extendido debido a su efectividad, su perfil de seguridad, tanto en el uso crónico como el uso episódico repetido con tratamientos con dosis acumuladas ≥ 1 g de equivalente de prednisona al año independientemente de la duración del tratamiento, pone de manifiesto la necesidad de reducir su uso en la práctica clínica habitual⁵.

Etiopatogenia y factores de riesgo para el desarrollo y exacerbación de la enfermedad

El asma se caracteriza por una inflamación que afecta a toda la vía respiratoria, incluida la mucosa nasal, y está presente aun cuando los síntomas son episódicos. Sin embargo, la relación entre la gravedad del asma y la intensidad de la inflamación no se ha establecido de forma consistente¹.

Diversos agentes desencadenantes pueden ocasionar estrechamiento intenso de las vías respiratorias, produciendo una **exacerbación asmática**. Los episodios más graves ocurren en relación con infecciones víricas de la vía respiratoria superior (rinovirus y virus respiratorio sincitial) o por exposición alérgica. También pueden producir exacerbaciones los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en pacientes con hipersensibilidad a los mismos, el ejercicio, el aire frío o ciertos irritantes inespecíficos. La intensidad de la respuesta se relaciona con la inflamación subyacente. La **hiperrespuesta bronquial (HRB)**, elemento característico del asma, ocasiona un estrechamiento de las vías respiratorias en respuesta a estímulos que son inocuos para las personas sin asma. Está vinculada con la inflamación y la reparación de las vías respiratorias y es reversible parcial o totalmente con el tratamiento. Se han implicado diversos mecanismos. El grado de HRB se correlaciona parcialmente con la gravedad clínica del asma y con marcadores de la inflamación. El tratamiento antiinflamatorio mejora el control del asma y reduce la HRB, pero no la elimina totalmente.

La **variabilidad**, otra característica importante del asma, viene definida como la variación o fluctuación de los síntomas y de la función pulmonar en el tiempo, incluso en un mismo día, más allá de los cambios fisiológicos circadianos.

Los pacientes con asma pueden presentar un fenómeno, denominado **remodelación de las vías respiratorias**, que incluye: engrosamiento de la capa reticular de la membrana basal, fibrosis subepitelial, hipertrofia e hiperplasia de la musculatura lisa bronquial, proliferación y dilatación de los vasos, hiperplasia de las glándulas mucosas e hipersecreción de moco, que se asocia a una progresiva pérdida de la función pulmonar¹. Algunos de estos procesos se relacionan con la



gravedad de la enfermedad y pueden conducir a una obstrucción bronquial en ocasiones irreversible. Estos cambios pueden ser consecuencia de una respuesta reparadora a la inflamación crónica o pueden aparecer independientemente del proceso inflamatorio.

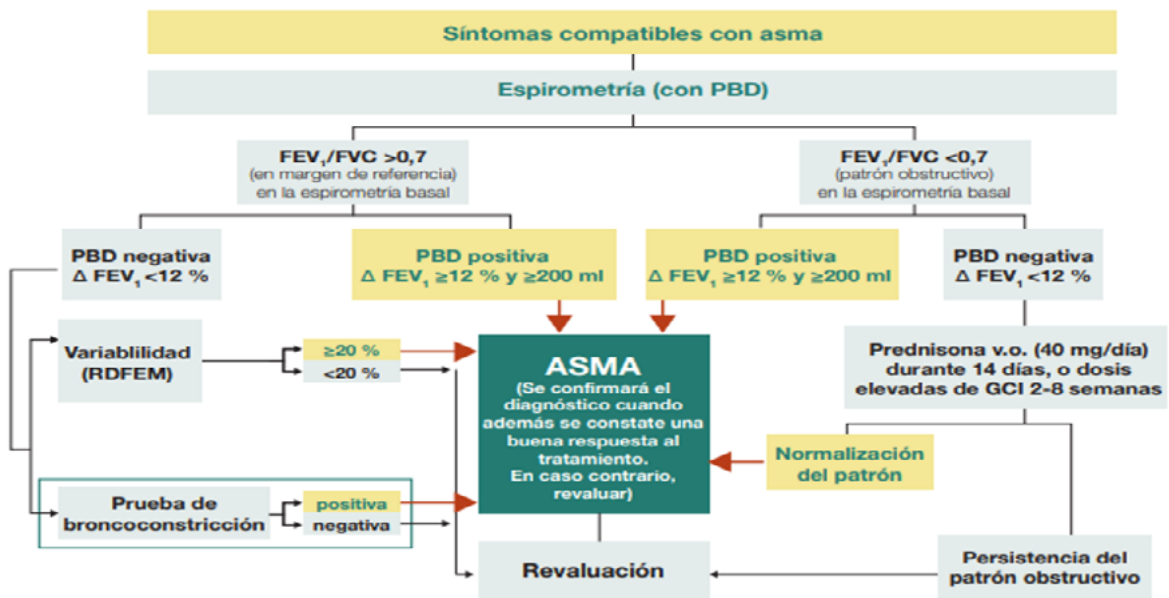
Manejo de la enfermedad

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de asma se debe considerar ante síntomas y signos clínicos de sospecha, como sibilancias (el más característico), disnea o dificultad respiratoria, tos y opresión torácica. Son los llamados **síntomas guía**, que son habitualmente variables en tiempo e intensidad, de predominio nocturno o de madrugada, provocados por diferentes desencadenantes (infecciones víricas, alérgenos, humo del tabaco, ejercicio, emociones, etc.)¹. Las variaciones estacionales y los antecedentes familiares y personales de atopía son aspectos importantes a considerar.

Tal y como se indica en las guías tanto nacionales como internacionales, **no se debe** hacer un diagnóstico de asma centrándose exclusivamente en los síntomas y la historia clínica, sin haber realizado al menos una prueba objetiva de función pulmonar^{1,2,6} (Figura 1).

Figura 1. Algoritmo para la confirmación diagnóstica del asma en aquellos centros que no dispongan de medidor de la fracción exhalada de óxido nítrico (obtenida de: Guía AsmaGRAP 2020)⁶.



Modificado de Plaza².

Se indica encuadrada la prueba de broncoprovocación, que se debe realizar en el segundo nivel de atención. Δ FEV₁: incremento del volumen espiratorio forzado en el primer segundo; BD: broncodilatación; FEM: flujo espiratorio máximo; FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; GCI: glucocorticoides inhalados; PBD: prueba broncodilatadora; RDFEM: registro domiciliario del flujo espiratorio máximo.

El diagnóstico de asma se establece cuando en un paciente con síntomas de sospecha de la enfermedad una prueba de función pulmonar (preferiblemente la espirometría) demuestra de forma objetiva una alteración compatible¹. **Las principales alteraciones funcionales del asma son la obstrucción del flujo aéreo, la reversibilidad, la variabilidad y la hiperrespuesta bronquial.**

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD

La gravedad del asma es una propiedad intrínseca de la enfermedad, que refleja la intensidad de las anomalías fisiopatológicas.

Tradicionalmente la clasificación del asma, según parámetros clínicos y funcionales, contempla 4 categorías: **intermitente, persistente leve, persistente moderada y persistente grave**. Hay que tener en cuenta que la gravedad del asma implica tanto la intensidad del proceso, como la respuesta al tratamiento. La gravedad habitualmente se evalúa cuando el paciente está siendo tratado y se clasifica en función de las necesidades de tratamiento de mantenimiento/control que se requieren para alcanzar el control de los síntomas y las exacerbaciones¹ (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de la gravedad del asma cuando está bien controlada con tratamiento (distribuido en escalones).

Gravedad	Intermitente	Persistente		
		Leve	Moderada	Grave
Necesidades mínimas de tratamiento para mantener control	Escalón 1	Escalón 2	Escalón 3 o Escalón 4	Escalón 5 o Escalón 6

La gravedad no es una característica del asma necesariamente constante, sino que puede variar a lo largo del tiempo (en meses o años), por lo que es necesario reevaluarla periódicamente.

La mayoría de la población asmática padece asma intermitente o persistente leve. Estas formas aparentemente no graves de la enfermedad no deben hacernos subestimar su carácter inflamatorio.



TRATAMIENTO

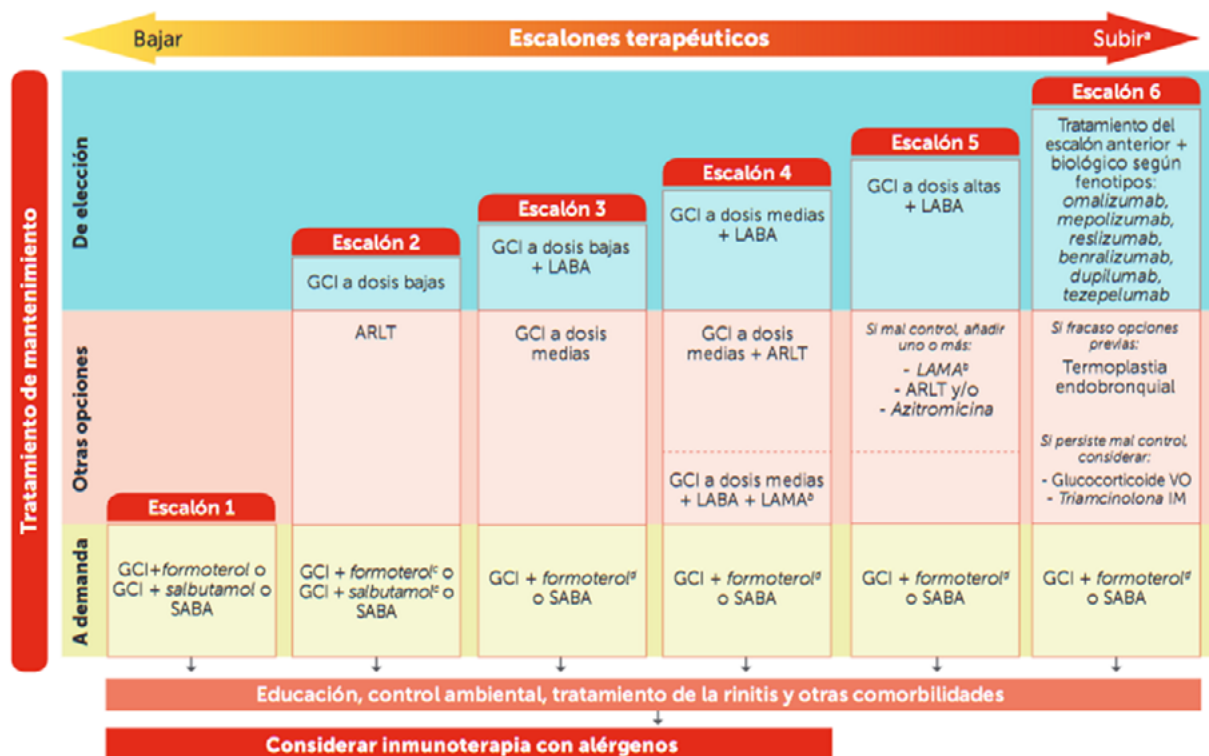
El objetivo principal del tratamiento del asma es lograr y mantener el control de la enfermedad lo antes posible, además de prevenir las exacerbaciones, la obstrucción crónica al flujo aéreo y reducir al máximo la mortalidad. Los objetivos del tratamiento, tanto en su vertiente de controlar los síntomas diarios (*dominio control actual*), como en la de prevenir las exacerbaciones y la pérdida exagerada de función pulmonar (*dominio riesgo futuro*), pueden alcanzarse en una gran mayoría de pacientes con un tratamiento adecuado.

Para conseguirlo, se seguirá una estrategia global e individualizada a largo plazo, basada en un tratamiento farmacológico óptimo escalonado y ajustado, junto a medidas de supervisión, control ambiental y educación para el asma¹ (Figura 2).

Figura 2. Escalones terapéuticos del tratamiento de mantenimiento del asma del adulto.

Fuente: Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.4). Madrid: Luzán 5 Health Consulting, S.A.

Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/427-gema-5-4-guia-espanola-para-el-manejo-del-asma>



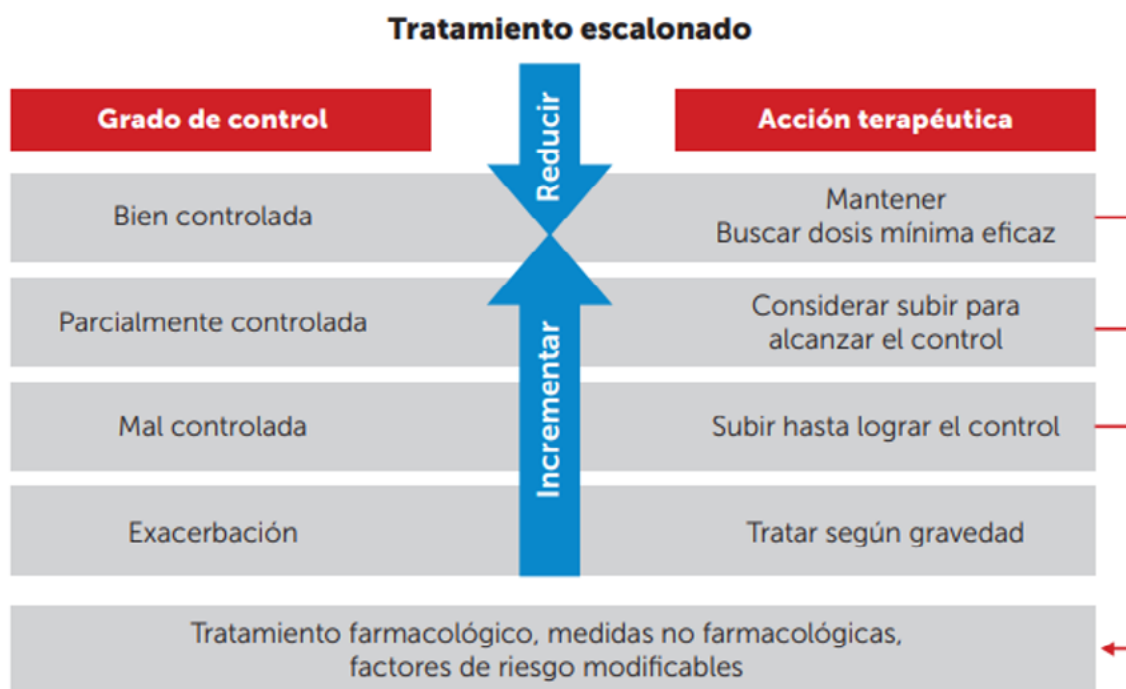
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico debe ajustarse según el nivel de control del paciente, considerando las opciones terapéuticas más efectivas, la seguridad y el coste de las distintas alternativas, y teniendo en cuenta la satisfacción del paciente¹ (Figura 3).

Figura 3. Ajuste cíclico del tratamiento en función de la evaluación periódica del control.

Fuente: Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.4). Madrid: Luzán 5 Health Consulting, S.A.

Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/427-gema-5-4-guia-espanola-para-el-manejo-del-asma>



Los fármacos para tratar el asma se clasifican como de control o mantenimiento, y de rescate, también llamados “de emergencia”.

Los **medicamentos de control o mantenimiento**, que deben administrarse de forma continua durante periodos prolongados, incluyen GCI o GCO, antagonistas de los receptores de los leucotrienos (ARLT), agonistas β_2 adrenérgicos de acción prolongada (LABA), tiotropio (LAMA) y anticuerpos monoclonales (omalizumab, mepolizumab, reslizumab, benralizumab y dupilumab).

Los **medicamentos de rescate o emergencia** se utilizan a demanda para tratar de forma rápida o prevenir la broncoconstricción; entre ellos se encuentran los SABA inhalados y los anticolinérgicos de acción corta inhalados (bromuro de ipratropio). Se consideran también como medicamentos de rescate las combinaciones budesonida/formoterol, beclometasona/formoterol o beclometasona/salbutamol, utilizadas a demanda.



Uso de tratamiento de rescate con SABA

Durante décadas, el enfoque de tratamiento estándar para el asma de cualquier severidad ha incluido SABA usado a demanda, como medicación de alivio episódico de los síntomas. Sin embargo, desde 2019, la Iniciativa Global para el Asma (GINA)², basándose en la evidencia actual, insta a un cambio de paradigma en el tratamiento del asma: **los SABA ya no se recomiendan como el tratamiento preferente para los pacientes sintomáticos y no deben usarse como monoterapia debido a problemas significativos de seguridad y resultados subóptimos**. En su lugar, los adultos y adolescentes con asma deben recibir un tratamiento controlador o de mantenimiento con GCI para reducir el riesgo de exacerbaciones graves y controlar los síntomas. Los corticoides inhalados pueden administrarse a diario como un tratamiento de mantenimiento o utilizados, en el asma leve, a demanda para aliviar los síntomas, en combinación con formoterol.

Este cambio exige hacer una pausa y reflexionar sobre el reto que supone esta nueva estrategia.

Uso de glucocorticoides orales en el asma

Tanto la Iniciativa Global para el Asma (GINA)² en el escalón 5 de tratamiento, como la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA)¹ en el escalón 6 recomiendan, como última opción terapéutica, el tratamiento con GCO a dosis bajas a largo plazo, sólo si se ha confirmado previamente el fracaso de otros tratamientos para el asma, entre los que se incluyen los GCI a dosis altas, LABA, LAMA, ARLT, ausencia de exposición al tabaco y alérgenos, asegurando una adherencia adecuada y una técnica inhalatoria correcta.

Dado que los GCO aceleran la resolución de las crisis asmáticas y previenen las recaídas, también se indica su uso en las crisis asmáticas (excepto las crisis muy leves).

En la rinosinusitis crónica con poliposis nasal, enfermedad en ocasiones concomitante con el asma, los GCO son una alternativa cuando han fallado otros tratamientos.

Sin embargo, el uso de GCO está asociado con la aparición de efectos adversos (Tabla 6), como la osteoporosis o fracturas osteoporóticas, la neumonía, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, las cataratas, la apnea del sueño, la depresión o ansiedad, la diabetes mellitus tipo 2, el aumento de peso y la insuficiencia renal o insuficiencia suprarrenal⁵.

Para evitar los efectos adversos de los GCO se recomienda reducir su uso en la práctica clínica habitual en aquellas situaciones en las que sería evitable con el adecuado manejo y tratamiento del asma⁵. Se debe tener en cuenta que los efectos adversos de los GCO pueden aparecer tanto con el uso crónico, como el uso episódico repetido con tratamientos con dosis acumuladas ≥ 1 g de equivalente de prednisona al año, independientemente de la duración del tratamiento.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El manejo del asma requiere la adecuada adherencia a diversas recomendaciones⁷, además de tratamiento farmacológico de mantenimiento, como son **el automanejo y la utilización de un plan de acción escrito para el control del asma, la evitación de los desencadenantes ambientales, la cesación tabáquica, la correcta vacunación y la asistencia a las citas de seguimiento.**

Se deben explorar las creencias y conocimientos de las personas con asma sobre su enfermedad y explicar los conceptos básicos del asma¹ advirtiéndoles que no es correcto pensar que, porque la presencia de los síntomas es variable, la enfermedad no está presente en algunos momentos o que no es tan importante seguir todas estas recomendaciones, porque puede desaparecer por si sola. Diversos estudios han demostrado que, incluso pacientes con asma intermitente leve presentan inflamación bronquial crónica.

EVALUACIÓN Y CONTROL

El control del asma es el grado en el que las manifestaciones de la enfermedad están ausentes o se ven reducidas al máximo por las intervenciones terapéuticas y se cumplen los objetivos del tratamiento.

El asma se ha dividido en función del grado de control¹, de forma arbitraria, en: asma bien controlada, asma parcialmente controlada, y asma mal controlada, según los criterios de la Tabla 2.

Tabla 2- Clasificación del control del asma en adultos. Fuente: Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.4). Madrid: Luzán 5 Health Consulting, S.A. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/427-gema-5-4-guia-espanola-para-el-manejo-del-asma>

	Bien controlada (todos los siguientes)	Parcialmente controlada (cualquier medida en cualquier semana)	Mal controlada
Síntomas diurnos	Ninguno o ≤ 2 días al mes	> 2 días al mes	Si ≥ 3 características de asma parcialmente controlada
Limitación de actividades	Ninguna	Cualquiera	
Síntomas nocturnos/ despertares	Ninguno	Cualquiera	
Necesidad medicación de alivio (rescate)(agonista β_2 adregénico de acción corta)	Ninguna o ≤ 2 días al mes	> 2 días al mes	
Función pulmonar			
FEV ₁	≥ 80 % del valor teórico o z-score (1,64)	< 80 % del valor teórico o z-score (1,64)	
PEF	≥ 80 % del mejor valor personal	< 80 % del mejor valor personal	
Exacerbaciones	Ninguna	≥ 1 /año	≥ 1 en cualquier semana

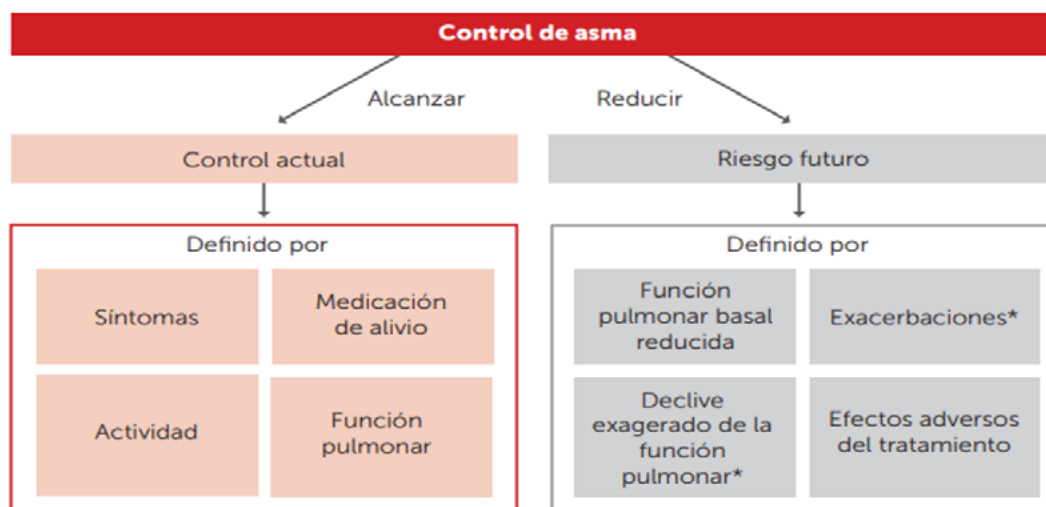


A la hora de evaluar el grado de control del asma se deben tener en cuenta dos dominios fundamentales: por una parte, las manifestaciones de la enfermedad presentes en el día a día del paciente (*control actual*) y, por otra, sus posibles consecuencias (*riesgo futuro*)¹ (Figura 4).

Figura 4- Dominios y factores de riesgo que determinan el grado de control en asma.

Fuente: Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.4). Madrid: Luzán 5 Health Consulting, S.A.

Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/427-gema-5-4-guia-espanola-para-el-manejo-del-asma>



*Valorar factores de riesgo.

La determinación objetiva del nivel de *control actual* del asma se recomienda utilizar cuestionarios validados de síntomas¹ (preferiblemente el Test de Control del Asma -ACT-) (ANEXO 3).

Con relación al dominio *riesgo futuro*, **el control incluye: la ausencia de exacerbaciones; ausencia de factores de riesgo de sufrir exacerbaciones, la falta de necesidad de utilizar glucocorticoides sistémicos; visitas a los servicios de urgencias y hospitalizaciones; la prevención de una pérdida exagerada de función pulmonar y del desarrollo de obstrucción fija del flujo aéreo y, por último, el uso de una farmacoterapia óptima con mínimos o nulos efectos adversos.**

7 de cada 10 personas con asma no poseen un buen control de su enfermedad, independientemente de su gravedad^{8,9}, debido principalmente a la falta de adherencia a la terapia de mantenimiento, una técnica de uso del inhalador deficiente, el uso excesivo de la terapia de rescate y a la presencia de comorbilidades⁵.

Detectar y abordar el exceso de confianza en el tratamiento de rescate/emergencia con un SABA inhalado puede convertirse en el primer paso para mejorar el control del asma^{1,2,10,11,12}. (Ver sección 2).

AUTOMANEJO DEL ASMA

Automanejo es la capacidad del paciente para hacer frente a todo lo que conlleva una enfermedad crónica, incluyendo síntomas, tratamiento, consecuencias físicas, sociales, y cambios en los estilos de vida²¹.

El apoyo al automanejo va más allá de la educación tradicional del paciente basado en el conocimiento, para incluir procesos que desarrollan habilidades de resolución de problemas del paciente, mejoran la autoeficacia y respaldan la aplicación del conocimiento en situaciones de la vida real que son importantes para los pacientes. Este enfoque también abarca cambios centrados en el sistema en el entorno de Atención Primaria.

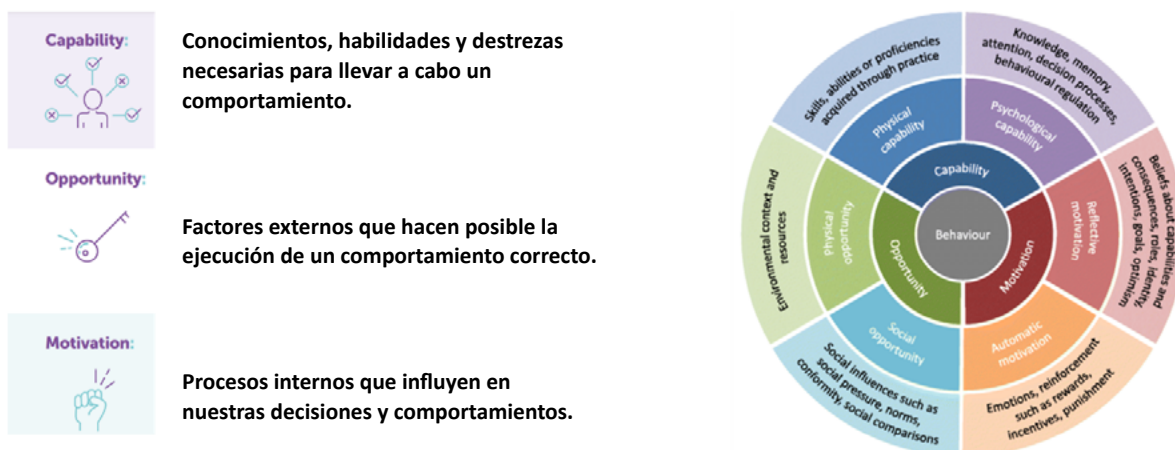
Para la eficiente implantación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica en asma es imprescindible lograr el automanejo de la enfermedad por parte de nuestros pacientes.

La aplicación del modelo COM-B¹⁹ ofrece posibilidades para conseguir que las personas con asma alcancen el automanejo deseado de su enfermedad (Figura 5).

Capacitación, Oportunidad y Motivación son los tres pilares fundamentales que pueden hacer posible el automanejo en el asma (ANEXO 6).

Figura 5. Modelo de capacitación, oportunidad y motivación (COM-B).

Fuente: adaptado de Social Change UK. A guide on the COM-B Model of Behaviour. Disponible en: https://social-change.co.uk/files/02.09.19_COM-B_and_changing_behaviour_.pdf y Michie Susan, Atkins Lou, West Robert. The COM-B Model and the Behaviour Change Wheel [Internet]. Disponible en: <https://www.habitweekly.com/models-frameworks/the-com-b-model>





| SITUACIONES ESPECIALES EN EL ASMA

Asma y embarazo

Una de cada tres mujeres embarazadas con diagnóstico previo de asma grave empeora con el embarazo.

Las exacerbaciones de asma durante el embarazo se asocian a un mayor riesgo de complicaciones durante el mismo, eventos perinatales adversos y trastornos respiratorios en la primera infancia de sus hijos¹. Por ello, la prevención de exacerbaciones es esencial para reducir el riesgo de complicaciones.

Casi todos los fármacos empleados en el tratamiento del asma atraviesan la placenta; sin embargo, las ventajas de tratar el asma durante el embarazo superan a los potenciales inconvenientes del uso de la medicación¹. La utilización adecuada de GCI, LABA y montelukast no se asocia con un aumento de anomalías fetales. Los GCI previenen las exacerbaciones asmáticas durante el embarazo, siendo la budesonida y otros GCI, fármacos seguros.

Aunque los estudios de seguridad del uso de los agonistas β_2 adrenérgicos en el embarazo no son totalmente concluyentes, y un estudio reciente constató un ligero mayor riesgo de incidencia de fisura palatina y gastrosquisis, no se desaconseja su uso¹. Los GCO ocasionan efectos teratógenos, por lo que su prescripción debe limitarse a las exacerbaciones asmáticas y al asma grave.

Asma y obesidad

Los obesos evidencian mayor riesgo para ser asmáticos y los asmáticos obesos tienen más síntomas, y sus exacerbaciones son más frecuentes y graves, llegando a tener entre 4-6 veces mayor riesgo de hospitalización respecto a los asmáticos con normopeso. Además, tienen disminuida la respuesta a diferentes fármacos y peor calidad de vida⁶.

Para el manejo terapéutico en estos casos, tal y como sucede con otros pacientes asmáticos, los GCI son los fármacos de elección, aunque la respuesta a estos puede verse reducida. Los asmáticos obesos responden peor a la medicación estándar (GCI, GCI-LABA).

La reducción de peso debería incluirse en el plan de tratamiento para estos pacientes, ya que algunos estudios sugieren que una pérdida de peso del 5 al 10 % puede producir una mejoría significativa en el control del asma⁶.

Asma y EPOC

En los pacientes que presentan concomitantemente asma y EPOC se recomienda iniciar una combinación de GCI a dosis bajas o moderadas, según síntomas, junto con un LABA¹.

Si persisten exacerbaciones o síntomas relevantes, se recomienda añadir un anticolinérgico de acción larga (LAMA) y tratar las comorbilidades, además de abordar la cesación tabáquica.

Se recomienda remitir a consulta de neumología en caso de falta de respuesta o respuesta parcial al tratamiento prescrito.

Asma, rinitis alérgica y rinosinusitis crónica

La prevalencia de rinitis alérgica (RA) en pacientes con asma es muy alta, mucho mayor que en la población general. En España, dos estudios mostraron una prevalencia de RA en pacientes con asma del 71 % y del 89,5 % respectivamente¹. Se ha demostrado un incremento paralelo en la prevalencia de asma y rinitis.

Los pacientes con rinosinusitis crónica tienen un riesgo 3,5 veces superior de padecer asma¹.

Padecer rinitis agrava el asma, empeora su control, sus síntomas y aumenta el consumo de recursos sanitarios¹.

El tratamiento de la RA con glucocorticoides intranasales puede mejorar algunos aspectos del asma como la función pulmonar, la puntuación de síntomas, la calidad de vida, el uso de medicación de rescate, el nivel de control del asma y las exacerbaciones en población infantil¹.

Asma ocupacional

El asma ocupacional (AO) es el asma inducida por la exposición laboral, causada por agentes que se encuentran exclusivamente en el lugar de trabajo. Se estima que uno de cada 6 adultos que debutan con asma tiene esta etiología¹. Es por ello crucial preguntar sobre potenciales exposiciones laborales como causa del asma.

El paciente con AO por un agente sensibilizante debe ser apartado de la fuente de exposición. Los trabajadores con asma por irritantes pueden continuar en el trabajo, trasladándose a zonas de menor exposición, junto con aplicación de medidas de higiene industrial para disminuir la exposición¹.

Asma inducida por el ejercicio físico

Se define como la obstrucción transitoria y reversible de las vías aéreas bajas desencadenada por la práctica de ejercicio físico enérgico.

Los síntomas (tos y disnea con sibilancias) suelen presentarse durante o una vez finalizado el ejercicio, con un periodo refractario de 2 a 3 horas tras su aparición.

Es necesario evaluar el grado de control del asma y considerar la posibilidad de subir un escalón en el tratamiento. El tratamiento de elección es el uso de SABA empleados de manera ocasional, unos 10 minutos antes del ejercicio¹.

Los GCI deben añadirse cuando la necesidad de los SABA sea continuada, ya que disminuyen la frecuencia e intensidad de las crisis.

La realización de ejercicios de calentamiento de intensidad ascendente, previamente al inicio de la actividad deportiva, puede disminuir la intensidad de la broncoconstricción.



COORDINACIÓN INTERDISCIPLINAR/CRITERIOS DE DERIVACIÓN FARMACIA COMUNITARIA-MÉDICO DE FAMILIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Dos de los principales problemas que nos encontramos al abordar el manejo del paciente con asma no controlada son la **falta de adherencia al tratamiento de control/preventivo y una mala técnica de inhalación**, que, aunque se consiga realizar de forma correcta momentáneamente, difícilmente se mantiene en el tiempo.

El farmacéutico comunitario presenta una situación privilegiada, gracias a la cercanía con el paciente con asma, de forma que puede ayudarlo en la correcta utilización del inhalador o corregir la técnica de inhalación, educando en el conocimiento y control del asma, mejorando la adherencia terapéutica y el uso racional del medicamento. Así mismo, puede reconocer situaciones o signos de alarma en estos pacientes que requieren de la necesaria derivación al Médico de Familia (MF) en Atención Primaria²⁰ (Tabla 3).

El farmacéutico comunitario también puede colaborar detectando pacientes no diagnosticados y derivarlos al MF para su diagnóstico, ofreciendo a continuación educación sanitaria individualizada respecto a la enfermedad y tratamiento, insistiendo en que la base del control del asma es el tratamiento antiinflamatorio de base y fomentando el automanejo⁶.

Tabla 3. Signos de alarma y criterios de derivación al Médico de Familia^{20,21}

Paciente	Síntomas
No diagnosticado: - Antecedentes familiares - Antecedentes personales de atopia - Obesidad - Fumadores y expuestos a irritantes químicos	Variables en tiempo e intensidad y de predominio nocturno: - Sibilancias - Disnea - Tos persistente - Opresión torácica Habitualmente aparecen varios signos y síntomas a la vez
Diagnosticado: - Enfermedad por reflujo gastroesofágico - Apnea del sueño - Depresión - Hipertiroidismo - Embarazo con asma no controlada	Crisis asmática: - Tos persistente - Sibilancias - Dolor en el pecho - Ahogo Aumento del uso del tratamiento de rescate (uso >2 veces por semana) Síntomas diurnos >2 veces por semana Frecuencia respiratoria aumentada Taquicardia Despertares nocturnos con sensación de ahogo Aumento de las exacerbaciones (2 o más al año) Fiebre (por posible infección) Cuadro grave si presenta: - Confusión - Cianosis - Frecuencia respiratoria > 30 respiraciones por minuto - Frecuencia cardíaca > 120 latidos por minuto

El principal punto de partida de la intervención farmacéutica se realiza en el momento de la dispensación. Según Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, el Servicio de Dispensación es el servicio profesional farmacéutico asistencial encaminado a garantizar que los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, tras una evaluación individual, reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis prescritas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso y de acuerdo con la normativa vigente²².

Además, el farmacéutico también puede ofrecer al paciente con asma el servicio integral de revisión del uso de la medicación, que consiste en una revisión estructurada de todos los tratamientos que utilizan los pacientes, con el fin de que conozcan y utilicen correctamente la farmacoterapia para obtener la máxima efectividad, minimizando los riesgos asociados a su utilización, y contribuir a racionalizar su uso.

Los farmacéuticos comunitarios (por su cercanía, accesibilidad y formación) están especialmente posicionados para ayudar a otros profesionales sanitarios a identificar a pacientes con asma mal controlado o en riesgo de estarlo, ofreciéndoles **información personalizada de los medicamentos, educación sanitaria y derivándolos a la consulta médica en los casos que sea necesario. Este aspecto adquiere especial relevancia en la detección de abuso o sobreuso de SABA, que además suele ir acompañado de una baja adherencia al tratamiento antiinflamatorio de mantenimiento.**

Para la detección del sobreuso de SABA en la farmacia comunitaria, los solicitantes del fármaco deberán ser atendidos por el farmacéutico, que, mediante el uso de la receta electrónica, siempre que sea posible, deberá averiguar el tratamiento y la posología prescrita, el número de envases dispensados en el último año de cada medicamento prescrito, el número de envases prescritos al mes de SABA y la adherencia terapéutica a todos los medicamentos prescritos³⁷.

Con esta información y con tres simples preguntas, el farmacéutico comunitario podrá tener una idea general de cuál es el **grado de control del asma** de ese paciente durante las últimas cuatro semanas:

- ¿Tiene síntomas diurnos más de dos veces por semana o despertares nocturnos?
- ¿Toma medicación de rescate más de tres veces por semana?
- ¿Toma medicación de rescate de forma habitual todos los días?



La respuesta afirmativa en cualquiera de ellas implicaría la derivación a la consulta del MF para la correcta reevaluación del caso.

El farmacéutico comunitario puede vencer las reticencias que ciertos pacientes presentan al uso de GCI de forma crónica, explicando que con una **correcta técnica de inhalación y el posterior enjuague de boca los efectos secundarios son mínimos** y que, por supuesto, las dosis son insignificantes, aunque sean diarias, comparadas con las dosis orales que se les administra en casos de exacerbación asmática.

Para mejorar la efectividad de la medicación inhalada, el pronóstico y la evolución del asma, el farmacéutico puede preguntar sobre el hábito tabáquico, recomendar el abandono del tabaco y ofrecer el Servicio de Cesación Tabáquica.

Teniendo en cuenta que las intervenciones de tipo informativo sin un plan de acción por escrito han demostrado ser menos efectivas²⁴, el farmacéutico comunitario debe **asegurarse de que todo paciente asmático tiene un plan de acción en marcha**. En los casos de los pacientes que acuden a la farmacia comunitaria con un plan de acción por escrito, el farmacéutico debe asegurarse de que este es comprendido por el paciente, revisando con él todos sus puntos, comprobando su técnica inhalatoria y consiguiendo reforzar su seguridad y su confianza. Para los pacientes que acuden a la farmacia comunitaria sin un plan de acción por escrito para el asma, el farmacéutico podría derivar al paciente al MF para consensuar un plan de acción⁶.





SEGUNDA SECCIÓN

Actuación / intervención del farmacéutico



El farmacéutico como informador del uso correcto, seguro y efectivo de los medicamentos

| SERVICIO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

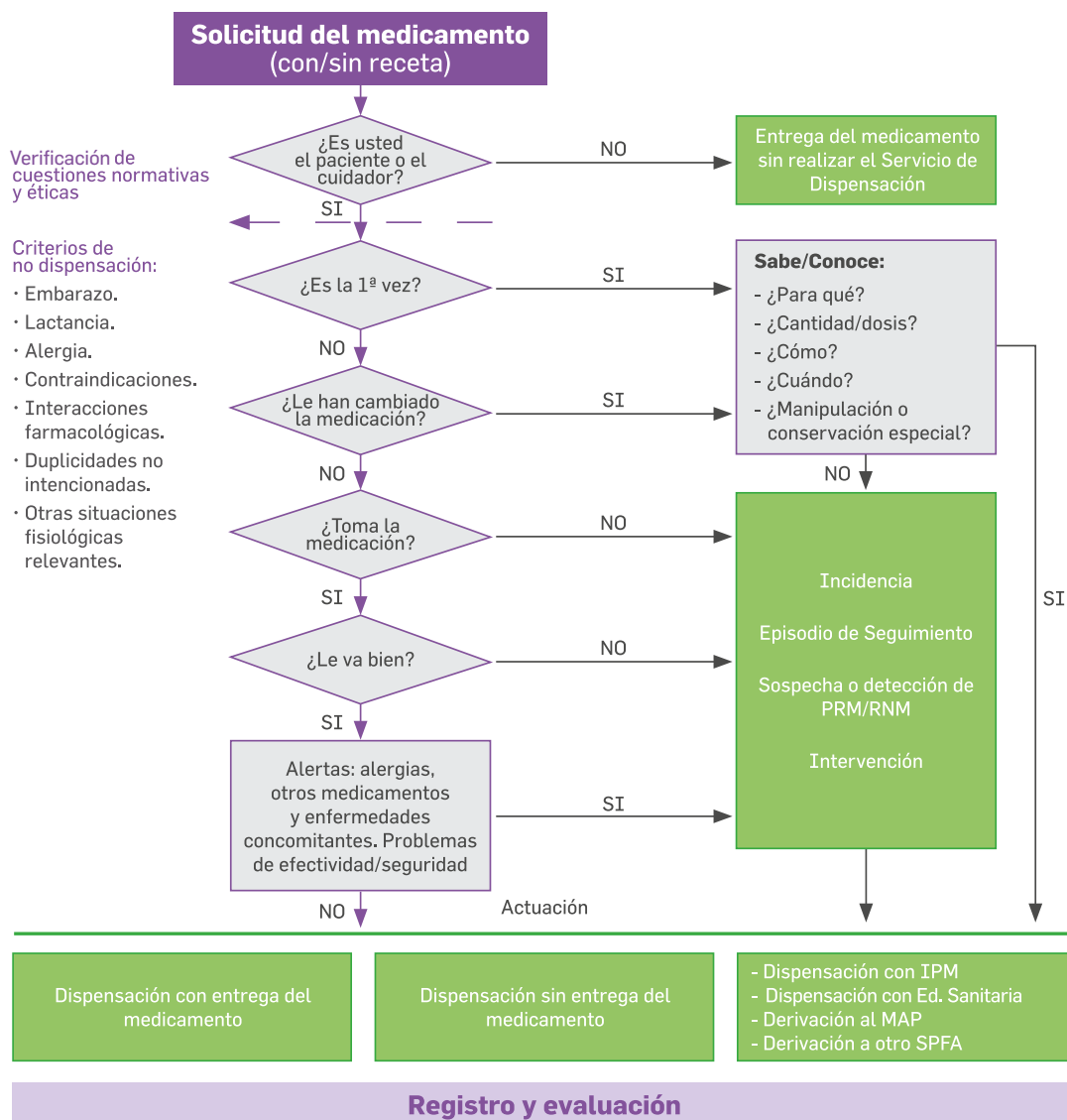
Puntos clave

- El objetivo principal del tratamiento del asma es lograr el control de la enfermedad lo antes posible y mantenerlo en el tiempo, además de prevenir las exacerbaciones y la obstrucción crónica del flujo aéreo.
- La Dispensación, como Servicio farmacéutico esencial del ejercicio profesional, permite garantizar el acceso de la población a los medicamentos y productos sanitarios, ofrecer información suficiente para que los pacientes conozcan su correcta utilización, así como evitar y corregir algunos problemas relacionados con los mismos.
- La implicación del farmacéutico en la Dispensación favorece que la sociedad perciba el medicamento como un bien sanitario y contribuye a fortalecer la relación con cada paciente.
- La escucha activa del farmacéutico en la Dispensación facilita la identificación de pacientes no diagnosticados cuando acuden a la farmacia con signos o síntomas, como pueden ser la falta de aire, tos seca, dolor u opresión en el tórax, o sonidos silbantes en la respiración (sibilancias).
- El farmacéutico podría sospechar falta de control del asma entre aquellos pacientes diagnosticados que solicitan de forma continuada antitusígenos, agonistas β_2 adrenérgicos de corta duración (SABA), glucocorticoides orales (GCO) o antihistamínicos.
- La derivación al MF será la actuación o intervención profesional más adecuada ante la identificación de personas diagnosticadas en tratamiento, o no, sin control de la enfermedad o que presentan problemas relacionados con el uso de los tratamientos para el asma, como pueden ser la alta probabilidad de aparición de efectos adversos (RAM).

El Servicio de Dispensación de medicamentos y productos sanitarios es el Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial (SPFA) encaminado a garantizar que los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, tras una evaluación individual, **reciban y utilicen** los medicamentos **de forma adecuada** a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el **periodo de tiempo** adecuado, con la información para su **correcto proceso de uso** y de acuerdo con la normativa vigente²⁴.

Para poder garantizar la accesibilidad y el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en adelante utilizaremos el término medicamentos para considerar a ambos, en el Servicio de Dispensación (Figura 6) tendremos en consideración cualquier información relacionada con el destinatario de los medicamentos, de uso humano o animal, en adelante pacientes, y los medicamentos que utiliza, con y sin prescripción médica.

Figura 6- Diagrama de procedimiento del Servicio de Dispensación de medicamentos y productos sanitarios²⁴ (Foro AF- FC).



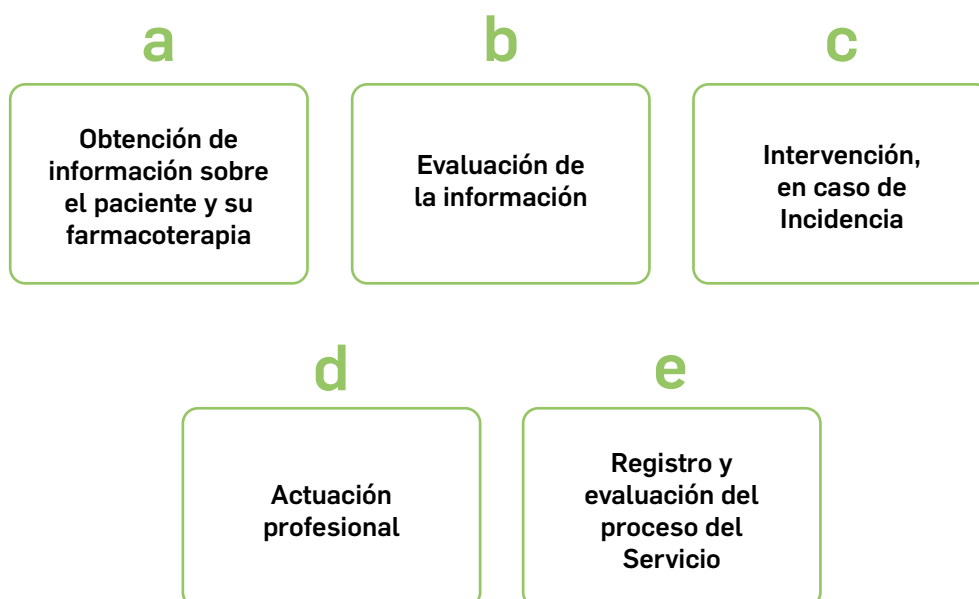


De forma que, ante la solicitud de un medicamento comprobamos si el solicitante de la dispensación es el destinatario, el propio paciente, un cuidador u otra persona, y si tiene información suficiente para una utilización efectiva y segura, verificando que el medicamento es adecuado y cumple con la normativa vigente, para proceder, o no, a su entrega, junto con la **información necesaria para un óptimo proceso de uso**.

Los objetivos del Servicio de Dispensación son:

- Garantizar el acceso a los medicamentos y entregarlos en las condiciones óptimas, de acuerdo con la normativa legal vigente.
- Garantizar que el paciente, o su cuidador, conocen el proceso de uso de los medicamentos y que lo van a asumir.
- Proteger al paciente frente a la aparición de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) mediante la identificación y resolución de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM).
- Derivar a otros SPFA o a otros profesionales sanitarios, cuando proceda.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Con la información disponible en el momento de la solicitud del medicamento, mediante una breve entrevista, podemos obtener la información clínica necesaria para verificar si existen, o no, Incidencias de índole sanitaria que no aconsejen la entrega del medicamento. Para ello, recordaremos los cinco pasos del procedimiento ante la petición de un determinado medicamento, con o sin receta:



Recordemos los pasos del procedimiento:

a) Obtener información del paciente/cuidador y su farmacoterapia

- Verificar requisitos sanitarios, éticos y normativos de la receta y/o medicamentos solicitados sin prescripción médica.
- Para quién es (destinatario).
- Verificar criterios que impidan la dispensación: si el destinatario de los medicamentos utiliza otros medicamentos y/o productos de automedicación (incluido fitoterapia, complementos alimenticios, etc.), presenta enfermedades concomitantes y/o alergias que puedan afectar al objetivo del tratamiento y a la salud del paciente (embarazo, lactancia, alergias, contraindicaciones, interacciones farmacológicas que supongan un riesgo elevado para la salud del paciente o duplicidades no intencionadas, entre otras).

Si no existen Incidencias que puedan impedir la Dispensación, comenzaremos el procedimiento.

En el Servicio de Dispensación no se procede de la misma forma si es la primera vez o si son prescripciones de continuación, derivando al MF aquellos casos que se considere necesario como se trata a continuación.

Inicio de un tratamiento: qué saber

SI es la primera vez que va a utilizar el medicamento, es decir si se trata de un inicio de tratamiento o es la primera vez que solicita la dispensación.

En este caso, intentaremos obtener la información necesaria para verificar y evaluar si el paciente o su cuidador conocen el correcto proceso de uso del/os medicamento/s, con preguntas similares a las siguientes:

- ¿sabe para qué lo va a usar?
- ¿conoce la cantidad o dosis que ha de utilizar?
- ¿sabe durante cuánto tiempo lo va a usar?
- ¿sabe cómo lo tiene que usar (si existen condiciones especiales de empleo/manipulación, conservación y eliminación)?

Se trata de realizar preguntas abiertas con las que obtener la información necesaria para poder realizar la actuación profesional más adecuada al conocimiento de paciente y/o cuidador sobre el/los medicamento/s.



En el caso del paciente asmático, cuando se trata de un inicio de tratamiento es necesario que se explique al paciente la indicación del medicamento prescrito, cómo debe usar el inhalador, las condiciones de conservación y de eliminación y los posibles efectos adversos. Puede ser útil el uso del dispositivo de entrenamiento In-Check-Dial® para valorar el flujo inspiratorio y verificar la técnica de uso, así como repasar el resto de tratamientos que el paciente utiliza, en busca de posibles interacciones o contraindicaciones.

Información básica para un correcto proceso de uso GCO-SABA

Información básica para un correcto proceso de uso de los GCO

Los glucocorticoides son inhibidores potentes de la inflamación y se utilizan para tratar una amplia variedad de afecciones inflamatorias y autoinmunes, incluida el asma.

¿Sabe para qué?

- La prescripción de GCO (prednisona, metilprednisolona, hidrocortisona, deflazacort, ...), son la última opción terapéutica (escalón 6 de GEMA¹) ante el fracaso de las acciones previas (utilización de glucocorticoides inhalados [GCI], agonistas β_2 adrenérgicos de acción larga [LABA], antimuscarínicos de acción larga [LAMA], antagonistas de los receptores de los leucotrienos [ARLT], fármacos biológicos, ausencia de exposición al tabaco y alérgenos, asegurando una adherencia adecuada y una técnica inhalatoria correcta y se reservan **para el asma grave no controlada**. Dado que los GCO aceleran la resolución de las crisis asmáticas y previenen las recaídas, también se indica su uso en las crisis asmáticas (excepto las crisis muy leves). En la rinosinusitis crónica con poliposis nasal, enfermedad en ocasiones concomitante con el asma, los GCO son una alternativa cuando han fallado otros tratamientos²⁵.
- **Prednisona y metilprednisolona** son los GCO más utilizados en el tratamiento del asma. La hidrocortisona es el tratamiento de elección en el caso de pacientes asmáticos con insuficiencia suprarrenal²⁵.

¿Sabe qué cantidad o dosis va a utilizar?

- Durante el menor tiempo posible y a la dosis más baja efectiva.
- Las dosis y pautas habituales de GCO son:
 - » de prednisona, oscilan entre 15 y 60 mg/día, durante 5 días y si es necesario, una semana adicional con dosis más bajas. La dosis diaria de prednisona en adultos es de 0,5 a 1 mg/kg del peso ideal (o su equivalente en otros corticoides), **máximo 50 mg/día, manteniendo la misma dosis entre 5 a 7 días, suspendiéndola sin necesidad de reducción progresiva**²⁵.
 - » prednisolona, es el más utilizado en niños a dosis de 1-2 mg/kg/día (máximo 40 mg) durante 3 a 5 días o hasta la resolución, aunque como alternativa se utiliza una única dosis de dexametasona por vía oral (a 0,3-0,6 mg/kg)²⁵.

La medida de carga de GCO en equivalentes a la prednisona (Tabla 4) utilizados en práctica clínica para tratar el asma son:

Tabla 4- Dosis equivalentes de corticoides. Semergen Cantabria.

Fuente: <http://www.semergencantabria.org/calc/bncalc.htm>

Es equivalente a:	Dosis	Corticoide
	0.12	mg de betametasona
	5	mg de cortisona
	0.15	mg de cortivazol
	1.2	mg de deflazacort
	0.15	mg de dexametasona
	0.4	mg de fludrocortisona
	0.3	mg de fluprednisolona
	4	mg de hidrocortisona
	0.8	mg de metilprednisolona
	0.4	mg de parametasona
	1.4	mg de prednilideno
	1	mg de prednisolona
	1	mg de prednisona
	0.8	mg de triamcinolona

¿Sabe durante cuánto tiempo y cómo lo va a usar?

- El paciente no debe suspender el tratamiento con corticoides de manera brusca, sino que debe mantener las recomendaciones del médico para suspender el tratamiento²⁵.
- La recomendación general es que se tomen los comprimidos enteros, sin partarlos, con alimento para disminuir la intolerancia gastrointestinal y suficiente cantidad de líquido, en una sola toma. En caso de varias tomas, se recomienda dividirlos, preferiblemente después de la comida y al acostarse²⁵.
- No requieren de condiciones de conservación o manipulación especiales. Conservar a temperatura inferior a 25 °C y mantener fuera del alcance de los niños²⁵.
- Informar siempre sobre su eliminación a través del punto SIGRE.

Información básica para un correcto proceso de uso de los SABA

Son los fármacos broncodilatadores más efectivos y rápidos en el tratamiento de una crisis asmática. Los agonistas β_2 adrenérgicos de acción corta inhalados provocan una rápida broncodilatación, como consecuencia de la relajación del músculo liso bronquial, independientemente del calibre bronquial y del estímulo que cause la broncoconstricción. Se encuentran en este grupo de fármacos, **el salbutamol y la terbutalina**.



¿Sabe para qué es?

- El salbutamol y la terbutalina se utilizan para el tratamiento de las crisis asmáticas de cualquier gravedad²⁵.
- De acuerdo con las últimas guías de práctica clínica los SABA deberían utilizarse únicamente como tratamiento de rescate/emergencia, junto al tratamiento diario de mantenimiento/control, excepto en casos de asma inducido por el deporte o asma intermitente leve¹.

¿Sabe qué cantidad o dosis va a utilizar?

- El salbutamol se utiliza, en general:
 - » de 200 a 400 microgramos (de 2 a 4 inhalaciones) administradas con cámara de inhalación. Se puede continuar con dosis de 2 inhalaciones cada 4 horas hasta la remisión de la crisis¹.
 - » la dosis máxima a demanda es de 4 a 8 inhalaciones diarias (cada dosis de salbutamol debe contener al menos 2 pulsaciones= 200 microgramos de salbutamol)²⁵.
- La terbutalina se utiliza, en general:
 - » 500 microgramos a demanda.
 - » la dosis máxima a demanda es de 4.000 microgramos/24 h (equivalente a 8 inhalaciones diarias) a 6.000 microgramos/24 h (equivalente a 12 inhalaciones diarias)².

¿Sabe durante cuánto tiempo y cómo lo va a usar?

- Son activos en la fase inicial de la crisis asmática, siendo muy limitada su efectividad en la fase tardía, caracterizada más por inflamación e hiperreactividad bronquial.
- El salbutamol presenta unos efectos más rápidos, apareciendo en pocos minutos, aunque menos duraderos en el tiempo.
- Son el tratamiento de las exacerbaciones de una enfermedad crónica, por lo que se utilizarán cuando exista indicación, siempre que sean seguros.
- Es necesario instruir al paciente para asegurar un uso adecuado y correcto del fármaco, y mejorar su efectividad terapéutica (**ANEXO 1**). La utilización de estos fármacos en niños depende de su habilidad para realizar una correcta inhalación, y deberá estar supervisada por un adulto.
- No requieren de condiciones de conservación especiales; conservar a temperatura inferior a 30 °C y mantener fuera del alcance de los niños²⁵.
- Informar siempre sobre su eliminación a través del punto SIGRE.

Continuación del tratamiento: qué saber

NO es la primera vez que va a utilizar el medicamento, es decir, es una continuación de tratamiento o una dispensación repetida.

En este caso, mediante la entrevista, obtendremos la información necesaria para valorar la percepción que tiene el paciente, o su cuidador, sobre la **efectividad y seguridad** del/os medicamento/s, prestando especial atención a la **adherencia** al tratamiento, planteando de forma abierta preguntas similares a las siguientes:

- ¿está tomando la medicación como su médico le ha prescrito?
- ¿le han cambiado algo (pauta, dosis, etc.)?
 - » Si la respuesta es afirmativa, realizaremos las mismas preguntas de inicio de tratamiento.
 - » Si la respuesta es negativa preguntaremos:
 - ¿cómo le va el tratamiento?
 - ¿tiene algún problema con el medicamento?

Además, si fuera necesario, podríamos preguntar sobre datos biomédicos (análisis clínicos, presión arterial, etc.), si estuvieran disponibles.

Cuando se trata de dispensaciones de un tratamiento crónico o de continuación, comprobaremos, que el tratamiento sea necesario, efectivo y seguro. En caso de detectar algún Problema Relacionado con el Medicamento (PRM), disponemos de diferentes herramientas para verificar el conocimiento del paciente sobre el tratamiento, la técnica de inhalación, el grado de control del asma, el sobreuso de los SABA o la falta de adherencia al tratamiento, derivando, en aquellos casos en los que se considere necesario al MF en Atención Primaria.

Información sobre la seguridad y efectividad de los GCO-SABA

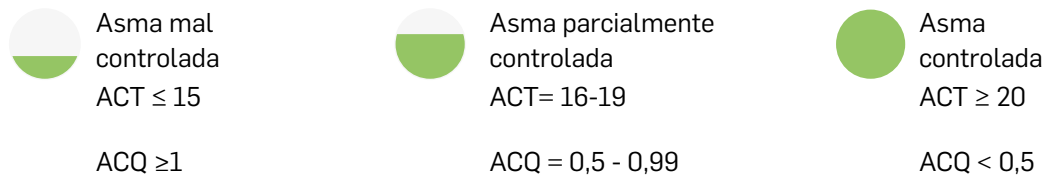
Hay tres situaciones clave que ponen de manifiesto la **falta de efectividad** del tratamiento en el paciente asmático:

- aparición de ≥ 2 exacerbaciones moderadas-graves, en el año previo
- haber recibido ≥ 2 ciclos de GCO (de ≥ 3 días cada uno), en el año previo
- haber tenido ≥ 1 ingreso hospitalario por exacerbación grave en el año previo
- puntuación < 20 en el cuestionario ACT o $> 0,5$ en el ACQ



En la actualidad, disponemos de cuestionarios validados, sencillos y fáciles de cumplimentar tanto por nosotros, como profesionales sanitarios implicados, como por el propio paciente. Entre ellos, los más utilizados, validados y adaptados a nuestro entorno son el Cuestionario de Control del Asma (*Asthma Control Questionnaire* [ACQ]), (**ANEXO 2**) y el Test de Control del Asma (*Asthma Control Test* [ACT]) (**ANEXO 3**) cuyos valores reflejan el estado de control del problema de salud (Figura 7).

Figura 7. Control del asma relacionado con los valores de los cuestionarios.



En este sentido, una de las causas más habituales de la falta de control de la enfermedad es la falta de adherencia al tratamiento, cuya sospecha podemos confirmar a través del acceso a la receta electrónica (si está disponible), del conocimiento de la técnica de utilización de medicamentos complejos, como son los inhaladores, o utilizar herramientas como el Test de Adherencia al Inhalador²⁶ (TAI) (**ANEXO 4**).

De la efectividad de los GCO

- Tratamientos de mantenimiento/control con dosis ≤ 5 mg/ día de equivalente de prednisona pueden considerarse bajas.
- Se considera consumo crónico²⁷ de GCO:
 - » Dosis acumulada de ≥ 1 g de equivalente de prednisona al año, independientemente del tiempo de tratamiento.
 - » Tratamientos con duración de 6 meses al año, independientemente de la dosis.
 - » Dosis > 10 mg/ día de equivalente de prednisona, se deben evitar, cuando exista otra alternativa, debido al alto riesgo de RAM.

Desescalada en tratamientos crónicos²⁷ con GCO:

- Cuando la dosis diaria de GCO de un paciente en tratamiento de mantenimiento supere los 20 mg/día, se debe reducir la dosis en 5 mg/día **de forma semanal** hasta llegar a la dosis diaria de 20 mg.
- Cuando la dosis diaria de GCO de un paciente en tratamiento de mantenimiento supere los 10 mg/día hasta los 20 mg/día, se debe reducir la dosis en 5 mg/día **de forma quincenal** hasta llegar a la dosis diaria de 10 mg.
- Cuando la dosis diaria de GCO de un paciente en tratamiento de mantenimiento supere los 7,5 mg/día hasta los 10 mg/día, se debe reducir la dosis en 2,5 mg/día **de forma quincenal** hasta llegar a la dosis diaria de 7,5 mg.
- Cuando la dosis diaria de GCO de un paciente en tratamiento de mantenimiento supere los 5 mg/día hasta los 7,5 mg/día, se debe reducir la dosis en 2,5 mg/día **de forma mensual** hasta llegar a la dosis diaria de 5 mg.

Alarma a partir de 0,5 g/año

Ejemplo: 3 ciclos/año de 50 mg durante 7 días = 1.050 mg

De la efectividad de los SABA

- Ante un empeoramiento agudo de los síntomas de asma, la falta de respuesta (efectividad) a las dosis máximas obliga a derivar al paciente a un servicio de urgencias hospitalarias^{1,25}.

Dosis máxima a demanda 4 administraciones u 8 pulsaciones diarias.

- El sobreuso o abuso de SABA, como medicación de rescate, se considera actualmente uno de los factores de riesgo más importante para sufrir exacerbaciones¹ (Tabla 5).

Tabla 5- Principales factores de riesgo para sufrir exacerbaciones.

-
- Sin control actual: ACT < 20 o ACQ > 1,5.
 - Antecedente de exacerbaciones: ≥ 1 exacerbación grave en el último año o historia de asma casi mortal.
 - No utilización de esteroide inhalado: ausencia de prescripción, baja adhesión o errores críticos con el dispositivo.
 - Uso excesivo de medicación de rescate: ≥ 3 inhaladores al año (≥ 2 inhalaciones al día).
 - Inflamación tipo 2: eosinófilos en sangre/esputo aumentados, FE_{NO} elevada.
 - Función pulmonar: FEV₁ basa bajo, reversibilidad con el broncodilatador.
 - Problemas psicosociales, bajo nivel socioeconómico.
 - Exposiciones: humo del tabaco, alérgenos, polución.
 - Comorbilidades: obesidad, síndrome de apnea-hipopnea del sueño, rinosinusitis crónica, reflujo gastroesofágico, alergica alimentaria, embarazo.
-

- Las últimas guías clínicas recomiendan utilizar los SABA únicamente como tratamiento de rescate en aquellos pacientes con síntomas diurnos ocasionales y leves (máximo de 2 veces/mes) y sin síntomas nocturnos.
- La utilización de SABA a demanda > 2 veces/mes para evitar síntomas (excepto si se utiliza de forma preventiva al hacer ejercicio en el asma inducida por el ejercicio) o haber tenido exacerbaciones previas o un FEV₁ < 80 %, requiere de un cambio y la prescripción de un tratamiento antiinflamatorio diario de mantenimiento.
- Si detectamos un paciente que presenta un sobreuso de SABA o usa el tratamiento de rescate > 2 veces/ semana, iniciaremos un diálogo con él sobre las consecuencias del uso excesivo, ya que puede derivar en un empeoramiento de sus síntomas (exacerbaciones), el uso excesivo de recursos sanitarios y una peor calidad de vida.



Proponemos dirigir la atención del farmacéutico comunitario hacia la persona con asma en este punto con la metodología de las 3 “A”s:

- **ASK (pregunta):** ¿Con qué frecuencia utilizas tu tratamiento de rescate con SABA para tratar tus síntomas de asma?^{13,14}.
- **ADVICE (aconseja):** Si lo estás utilizando más de dos veces al mes, significa que tu asma no está controlada, lo que supone mayor riesgo de sufrir exacerbaciones/crisis de asma graves, hospitalización e incluso aumentar el riesgo de muerte^{1,11,12}.
- **ACT (actúa):** sigue los siguientes pasos
 - » **Paso 1.** Ayuda a tus pacientes con asma a conocer mejor su enfermedad crónica y las causas de sus síntomas¹⁵.
 - » **Paso 2.** Explica la diferencia entre el tratamiento de control o de mantenimiento y el tratamiento de rescate/emergencia para el asma, exponiendo sus beneficios y riesgos^{1,2,15}.
 - » **Paso 3.** Ayúdales a entender qué motiva su exceso de confianza en los SABA¹⁶.
 - » **Paso 4.** Propón alternativas más seguras a los SABA, recomendando, en colaboración con el médico prescriptor, un tratamiento inhalado de control o de mantenimiento del asma, como es el tratamiento combinado de corticoide inhalado y LABA, que actúe de forma efectiva sobre la inflamación y la constricción bronquial presente en el asma^{1, 2, 17}. No olvides la importancia de la toma de decisiones compartida en la elección del tratamiento y asegurar una técnica de inhalación correcta¹⁸.
 - » **Paso 5.** Implica a tus pacientes en la autogestión de su enfermedad y haz un seguimiento de los resultados obtenidos^{1,2,19}.

Mejorar el control del asma es una cuestión de elegir la estrategia adecuada. Incorporando la estrategia de las 3 “A”s a la práctica clínica habitual se pueden observar cambios que favorecen el uso del tratamiento de mantenimiento/control y reducen el exceso de confianza en el tratamiento de rescate con SABA.

Sugerimos incorporar la intervención interdisciplinar para optimizar los resultados y la gestión del tiempo.

Para promover conversaciones entre pacientes y profesionales sanitarios sobre la utilización inadecuada de los SABA en el tratamiento del asma o para ser utilizada en tareas educativas tanto para médicos prescriptores, farmacéuticos comunitarios, enfermeros o los propios pacientes se ha desarrollado la **Regla del Asma**²⁸.

Para conocer los aspectos relacionados con el **conocimiento y el sobreuso o uso no adecuado de SABA** disponemos de dos herramientas:

- cuestionario sobre la dependencia del inhalador de rescate para el asma; *Reliever Reliance Test (RRT) (ANEXO 5)*.
- la Regla del asma, una herramienta diseñada por el movimiento *Asthma Right Care*, liderado a nivel internacional por el *International Primary Care Respiratory Group (IPCRG)* y a nivel nacional por la sociedad científica *Grupo de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP)* (Figura 8).

Figura 8. Regla del asma. Fuente: **International Primary Care Respiratory Group: Asthma Right Care (ARC)**. Disponible en: <https://www.ipcrg.org/resources/search-resources/asthma-slide-rule-spanish> y en <https://www.sociedadgrap.com/proyecto-asthma-right-care-esp%C3%A1a>

REGLA DEL ASMA

Preguntas para que el personal sanitario se haga a sí mismo y a una persona con asma
1. Usando esta regla, ¿Qué cantidad de agonista beta-2 de acción corta (SABA), también conocido como inhalador de rescate/emergencia/salbutamol/terbutalina, cree que es necesario que una persona tome en un año, semana o día para pensar que necesita una revisión?. ¿Por qué?

Número de envases SABA/año	Uso incremental de SABA*											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Puffs de SABA/año	200	400	600	800	1000	1200	1400	1600	1800	2000	2200	2400
Puffs de SABA/semana	4	8	12	15	19	23	27	31	35	39	42	46
Puffs de SABA/día	< 1	1	2	2	3	>3	4	>4	5	6	>6	7

Síntomas

*Algunos dispositivos no contienen 200 inhalaciones. Compruebe el número en los dispositivos que prescribe/dispensa o utiliza y modifique estos mensajes según corresponda.
Sugerencia: Trate de hacer esta pregunta a una persona con asma después de formular la siguiente pregunta** ACT** ***: Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha utilizado su inhalador de rescate?

3 o más veces por día	1 o 2 veces por día	2 o 3 veces por semana	≤ 1 vez por semana	Nunca
-----------------------	---------------------	------------------------	--------------------	-------

<https://1aria.com/images/entry-pdfs/act-asma21.pdf> *Test de Control del Asma ACT™. Guía de uso de la regla del asma disponible en <https://www.ipcrg.org/resources/search-resources/asthma-right-care-slide-rule-guidance-notes-spanish>

REGLA DEL ASMA

Preguntas para que el personal sanitario se haga a sí mismo y a una persona con asma
2. Usando la escala numérica 0-10, refleje:
 - ¿Qué importancia tiene planificar una revisión según la respuesta a la pregunta 1?. ¿Por qué ese número?. ¿En qué situación respondería 8/10?
 - ¿Cómo de cómodo se siente al tener una conversación sobre la reducción de la dosis de SABA?. ¿Por qué ese número?. ¿En qué situación respondería 8/10?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sin importancia/incómodo Muy importante/cómodo

Nota: Por razones de seguridad la Estrategia Global para la Prevención y Manejo del Asma 2023 (www.ginasthma.org) no recomienda el tratamiento del asma en adultos, adolescentes y niños de 6 a 11 años únicamente con agonistas beta2 de acción corta (SABA). En su lugar, deben recibir un tratamiento que contenga corticoide inhalado (CI) para reducir el riesgo de exacerbaciones graves y controlar los síntomas. Existen evidencias sólidas que indican que el tratamiento solo con SABA, aunque proporciona un alivio a corto plazo de los síntomas del asma, no protege a los pacientes de las exacerbaciones graves, y que además el uso regular o frecuente de SABA aumenta el riesgo de exacerbaciones. Creado y diseñado por IPCRG www.ipcrg.org/aboutus Actualizado octubre 2023

IPCRG recibió financiación de AstraZeneca para desarrollar la iniciativa Asthma Right Care

Alarma a partir de

- Dispensación de ≥ 3 envases al año = Mayor riesgo de exacerbaciones graves
- Utilización de > 12 envases al año = Mayor riesgo de muerte por asma



Sobre la seguridad de GCO

Se ha demostrado que **recibir cuatro o más ciclos de GCO en un año o corticoides orales más de 30 días al año incrementa el riesgo de RAM²⁹**.

Actualmente su uso se ha asociado a la aparición de RAM como osteoporosis o fracturas osteoporóticas, neumonía, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, cataratas, apnea del sueño, depresión, el aumento de peso o la insuficiencia renal o suprarrenal (Tabla 6).

Tabla 6. Fuente BOT PLUS. Principales RAM de GCO

Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/>

	Principales RAM
Digestivas	Úlcera gástrica, úlcera duodenal, hemorragia digestiva...
Cardiovasculares	Sofocos, hipertensión arterial, hipertensión intracraneal (se confunde en ocasiones con un tumor cerebral), insuficiencia cardíaca, bradicardia al inicio del tratamiento...
Neurológicas/psicológicas	Depresión, irritabilidad, euforia, convulsiones...
Respiratorias	Edema pulmonar
Genitourinarias	Amenorrea, impotencia sexual
Dermatológicas	Acné, hirsutismo, hiperpigmentación cutánea, estrías, ...
Osteomusculares	Disminución de la densidad mineral ósea, osteoporosis atrofia muscular, fractura ósea ...
Oftalmológicas	Glaucoma, cataratas
Endocrinas	Síndrome de cushing a altas dosis, insuficiencia corticosuprarrenal secundaria en tratamientos prolongados
Hematológicas	Linfocitopenia, eosinopenia, tromboembolismo ...
Metabólicas	Aumento del apetito, obesidad con afectación en cara (cara de luna llena) y tronco, hiperglucemia, diabetes mellitus tipo 2
Infecciosas	Infección de piel, neumonía, tuberculosis, candidiasis oral/ faríngea, varicela

Sobre la seguridad de los SABA

Las RAM más frecuentes son temblor de manos, taquicardia, palpitaciones, cefalea, nerviosismo y vómitos. Estos efectos se deben a la acción del fármaco y no indican mala respuesta o intolerancia al broncodilatador (Tabla 7).

El uso regular de SABA en el asma aumenta la hiperreactividad bronquial^{2,38,39,40,41}, no mejora la inflamación bronquial subyacente en el asma y favorece la mala adherencia a los tratamientos antiinflamatorios controladores de la enfermedad.

Tabla 7. Fuente BOT PLUS. Principales RAM de SABA

Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/>

	Principales RAM
Digestivas	Náuseas, vómitos, sequedad de boca, disgeusia, dispepsia hiperacidez gástrica, diarrea, irritación boca y laringe
Cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones
Neurológicas/psicológicas	Cefalea, temblor de manos, insomnio, mareo, vértigos
Respiratorias:	Tos, faringitis, congestión nasal
Osteomusculares	Espasmo muscular
Metabólicas	Hipopotasemia
Generales	Hiperhidrosis

b) Evaluación de la información

Hay ocasiones en las que el paciente puede referir una nueva situación en la que existen síntomas o signos, la falta de adherencia al tratamiento, la utilización de dosis no adecuadas, etc. Se trata de situaciones no esperadas que interrumpen el curso natural del proceso del Servicio en lo que se denomina identificar una Incidencia.

En el caso de detectar una Incidencia, se intentará identificar el PRM o el RNM²⁴.

PRM (Problemas Relacionados con el uso de los Medicamentos)

Son aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM). Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM.

RNM (Resultados Negativos asociados a la Medicación)

Son PS no controlados. Son los resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos.



El PRM es la causa o causas y el RNM la consecuencia

En la identificación de Incidencias, la asignación de PRM (Tabla 8) no es exhaustiva ni es excluyente, por lo que se pueden asignar uno o más, en función de las diferentes situaciones de la práctica diaria. En la Tabla 8 se han resaltado los PRM más habitualmente relacionados con el tratamiento del asma con SABA y CGO.

Tabla 8 - Listado de PRM²⁴

PRM
» Administración errónea del medicamento
» Alta probabilidad de efectos adversos
» Características personales
» Conservación inadecuada
» Contraindicación
» Desabastecimiento temporal
» Dosis, pauta y/o duración no adecuada
» Duplicidad
» Errores en la dispensación
» Errores en la prescripción
» Errores en la utilización de la medicación
» Falta de conciliación entre niveles
» Falta de conocimiento del uso del medicamento
» Interacciones con otros medicamentos, plantas medicinales, complementos alimenticios o alimentos
» Medicamento no necesario
» No toma la medicación/falta de adherencia
» Otros PS que afectan al tratamiento
» Polimorfismo genético del paciente
» Precaución de uso
» PS insuficientemente tratado
» Otros

Además, podremos identificar si el paciente sufre, o está en riesgo de sufrir, un problema de salud consecuencia del uso o desuso de los medicamentos y con ello estaremos detectando un resultado del tratamiento que no se relaciona con el esperado por el prescriptor, es decir, un RNM. Los RNM (Tabla 9) son PS no controlados que pueden tener una o varias causas, es decir uno o varios PRM, en el caso de que esté siendo tratado con medicamentos.

Tabla 9 - Categorías RNM²⁴

Categorías	Subcategorías
Necesidad	Una necesidad de tratamiento (problema de salud no tratado)
	Una no necesidad de medicamento (efecto de un medicamento innecesario)
Efectividad	Una ineffectividad no cuantitativa
	Una ineffectividad cuantitativa
Seguridad	Una inseguridad no cuantitativa
	Una inseguridad cuantitativa

Para poder evaluar correctamente los RNM se seguirá siempre el orden NES:



N

¿es necesario el
tratamiento?



E

¿es efectivo el
tratamiento?



S

¿es seguro el
medicamento?

c) Intervención, en caso de Incidencia

Con la información obtenida, evaluaremos la situación para llevar a cabo la actuación profesional y, en caso de Incidencia, la correspondiente intervención.

INTERVENCIÓN

Es la actuación dirigida a modificar alguna característica del tratamiento del paciente que lo utiliza o de las condiciones de uso y que tiene como objetivo resolver PRM/RNM.



En el caso de identificar Incidencias (PRM/RNM), se estudiarán para proponer posibles intervenciones para resolverlas del listado siguiente:

- Facilitar Información Personalizada del Medicamento (IPM).
- Ofrecer educación sanitaria.
- Derivar a otro SPFA u otro profesional sanitario.
- Derivar al MF comunicando el PRM/RNM
- Derivar al MF proponiendo cambios en el tratamiento.
- Proponer otras modificaciones.
- Notificar a farmacovigilancia de acuerdo con la legislación vigente.

d) Actuación profesional

Con la información obtenida, evaluaremos la situación para llevar a cabo la actuación profesional.

ACTUACIÓN

Es la acción que el farmacéutico realiza tras llevar a cabo el procedimiento del Servicio y consistirá en la entrega o no del medicamento.

Si no se detectan Incidencias, o se pueden resolver en el momento, la actuación profesional consistirá en la entrega del medicamento con IPM suficiente para un uso responsable, de acuerdo con la normativa vigente, con educación sanitaria, etc.

- **Entrega** del medicamento, con las correspondientes verificaciones antifalsificación (inspección visual del envase para verificar que el dispositivo contra-manipulación (DCM) se encuentra íntegro y desactivar el código Datamatrix.
- **No entrega** del medicamento, informando al paciente y derivando al profesional sanitario o al Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial correspondiente.

e) Registro del proceso

Como parte del proceso del Servicio, podremos registrar la actividad profesional realizada (identificación de Incidencias, las intervenciones y/o actuaciones). Además, siempre que sea posible, también registraremos el resultado obtenido en la salud del paciente (mejora, empeora, sigue igual).



Plataforma impulsada por la Organización Farmacéutica Colegial dirigida a farmacéuticos comunitarios facilita el registro de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales de forma sencilla, rápida y protocolizada.

SEGUIMIENTO, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EDUCACIÓN SANITARIA

El farmacéutico es el profesional sanitario especialista en el medicamento que vela por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico prescriptor y coopera con él junto con el resto de profesionales sanitarios en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales relacionados con los de Atención Farmacéutica, contribuyendo a asegurar su efectividad y seguridad. Además de participar en el conjunto de actividades destinadas a fomentar el uso racional del medicamento, particularmente mediante la información personalizada de los medicamentos³⁰.

En España existe una red de más de 22.200 farmacias comunitarias en las que realizan su actividad asistencial más de 56.500 farmacéuticos comunitarios³⁵. El farmacéutico comunitario por su formación sanitaria, conocimientos y habilidades, cercanía, accesibilidad y frecuentación por parte del paciente asmático, es un eslabón clave para, entre otras actividades:

- identificar la falta de control de la patología
- reconocer un uso excesivo de medicamentos SABA y GCO
- informar de forma personalizada al paciente sobre el tratamiento
- identificar situaciones de riesgo o pacientes no diagnosticados, mediante cribados
- facilitar educación sanitaria para un adecuado abordaje de la enfermedad
- ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento
- seguir el tratamiento del paciente en coordinación con otros profesionales implicados
- facilitar apoyo profesional a los pacientes con el objetivo de que puedan alcanzar los resultados esperados en salud (el control del asma, la reducción del consumo de recursos sanitarios y mejor calidad de vida).

La educación del paciente asmático debe contemplar tanto la adquisición de conocimientos como la de habilidades y competencias. **El objetivo final es lograr un correcto automanejo, una mejor adherencia al tratamiento antiinflamatorio, un aumento en el conocimiento de la enfermedad, en el reconocimiento de los síntomas y con todo ello, el control de la enfermedad³¹.**



Educación Sanitaria

Los principales aspectos para considerar por parte del farmacéutico en la educación del paciente asmático se detallan en la Tabla 10:

Tabla 10. Información y habilidades básicas que debe aprender un paciente con asma^{32,36}

1	Conocer que el asma es una enfermedad crónica y necesita tratamiento continuo, aunque no presente signos, síntomas o tenga molestias.
2	Diferenciar los fármacos de mantenimiento ("de control ") de la inflamación, de los de rescate ("de emergencia ") de la obstrucción.
3	Saber las diferencias que existen entre inflamación y broncoconstricción.
4	Reconocer los síntomas de la enfermedad.
5	Usar correctamente los inhaladores.
6	Identificar y evitar en lo posible los desencadenantes.
7	Monitorizar los síntomas y el flujo espiratorio máximo (FEM).
8	Reconocer los signos y síntomas de agravamiento de la enfermedad (pérdida de control).
9	Actuar ante un deterioro de su enfermedad para prevenir la crisis o exacerbación.

Recomendaciones generales para la persona con asma (modificado de documento semFYC³⁴):

- No fume tabaco convencional ni utilice dispositivos electrónicos con sustancias perjudiciales para su salud.
- Sea adherente diariamente el tratamiento médico para controlar la enfermedad y prevenir las crisis.
- Una parte fundamental del tratamiento es utilizar bien los inhaladores indicados por el médico; aprenda a manejarlos bien y periódicamente repase la técnica con su farmacéutico, médico o enfermera.
- Lleve consigo su medicación de rescate, que le ayudará si tiene más ahogo.
- Utilice deshumificadores para disminuir la humedad ambiental.
- Evite los ambientes contaminados y cargados de humo.
- Procure no utilizar espráis o ambientadores.
- No se exponga al aire frío.
- Haga ejercicio. Si padece asma de esfuerzo, tome el medicamento que le aconseje su médico antes de hacer ejercicio.
- Acuerde visitas de seguimiento de su asma con sus profesionales sanitarios de referencia.

Factores de éxito

Vías de comunicación formal, marco relacional entre Farmacia Comunitaria y Medicina Familiar en Atención Primaria, prescripción electrónica y alertas en dispensación

La comunicación, en el abordaje multidisciplinar de la persona con asma, es uno de los factores de éxito para conseguir los resultados esperados en salud, a nivel clínico, económico y humanístico. Sin embargo, la realidad hace muy difícil que se pueda alcanzar este objetivo, principalmente por las escasas vías de comunicación eficientes disponibles.

Una mejor relación entre los agentes sanitarios implicados en el paciente asmático permitiría optimizar la asistencia sanitaria, mejorando el adecuado proceso de uso de los inhaladores, del tratamiento farmacológico y la aplicación de medidas no farmacológicas, minimizando los PRM/RNM y disminuyendo el gasto en recursos, evitando visitas a urgencias o centros de salud.

Algunas de las herramientas que podrían utilizarse para **mejorar la comunicación en el ámbito de la Atención Primaria**, entre los centros de salud y la farmacia comunitaria, son, entre otras, las siguientes:

- Formación asistencial compartida/ Plataformas educativas en línea que facilitarían la actualización constante de conocimientos y la capacitación continua para médicos y farmacéuticos.
- Elaboración de protocolos de actuación y criterios de derivación o coordinación médico-farmacéutico conjuntos.
- Utilizar la receta electrónica como vía de comunicación bidireccional y poder aportar la información clínica necesaria que ayude a mejorar la atención a los pacientes.
- Desarrollo y acceso a la historia clínica digital para que los agentes sanitarios implicados en la atención al paciente puedan conocer el historial clínico actualizado, aspecto especialmente relevante cuando se atienden pacientes fuera de su lugar de residencia habitual.
- Acceso a plataformas compartidas que permitan a los profesionales de la salud acceder a la información del paciente de manera rápida y segura.
- Compartir la historia farmacoterapéutica generada por el farmacéutico en su relación con el paciente, para que pudiera ser actualizada por el equipo multidisciplinar a través de informes, sesiones conjuntas, llamadas ...



- Nuevas tecnologías que mejoren la comunicación telemática entre los agentes sanitarios implicados y los pacientes, implementando técnicas que actúen como complemento a la atención presencial en aquellos casos que lo necesiten. La telemedicina o la telefarmacia mediante videoconferencia permitiría realizar consultas virtuales, discutir casos y compartir información de manera eficiente.
- Analítica de Datos de Salud: herramientas que permiten analizar grandes conjuntos de datos de salud (provenientes por ejemplo de centros de salud y farmacias comunitarias) para identificar patrones, tendencias y áreas de mejora en la atención al paciente.
- Sistemas de alerta: herramientas que alertan a los profesionales de la salud sobre posibles interacciones medicamentosas o problemas relacionados con las prescripciones, como Bot PLUS.

Aspectos clave

12 conclusiones para llevarte a la actividad diaria

1. Los SABA se utilizan únicamente como tratamiento de rescate en aquellos pacientes con síntomas diurnos ocasionales y leves (máximo de 2 veces/mes) y sin síntomas nocturnos^{32,33}.
2. El uso de SABA a demanda > 2 veces/mes (sin contar cuando se utilice de forma preventiva antes del ejercicio), o el haber tenido exacerbaciones en el año previo o un $FEV_1 < 80\%$, indica un control de asma inadecuado y requiere una evaluación en profundidad de la/s causa/causas y su correcto abordaje de forma interdisciplinar, que incluirá asegurar la adherencia a la terapia antiinflamatoria de mantenimiento^{1,2,32,33}.
3. Según datos del programa SABINA, en España el 28,7 % de los pacientes con asma hacen un sobreuso (≥ 3 inhaladores/año) de los tratamientos SABA y el 13,4 % infrautilizan los GCI (≤ 4 inhaladores/año), lo que condiciona un mal control de su asma, incrementando exponencialmente el riesgo de exacerbaciones graves, hospitalizaciones y muerte por asma¹¹.
4. El rescate antiinflamatorio inhalado combinado con un broncodilatador de inicio de acción rápido puede ser una alternativa para aquellas personas con asma que presentan de forma reiterada infrautilización del tratamiento de control o de mantenimiento^{1,2}.

5. Por motivos de **seguridad**, se recomienda calcular la dosis anual acumulada de glucocorticoides sistémicos administrados a las personas con asma, teniendo en cuenta las dosis administradas tanto para el asma, como para otras patologías concomitantes (esto incluye GCO, infiltraciones intraarticulares, etc.)²⁷.

Alarma:

En relación con los GCO uso > a 0,5 g/año

- » Ejemplo: 3 ciclos/año de 50 mg durante 7 días = 1.050 mg.

En relación con los SABA

- » Dispensación de ≥ 3 envases al año = Mayor riesgo de exacerbaciones severas
- » Utilización de > 12 envases al año = Mayor riesgo de muerte por asma

6. Información para un **adecuado proceso de uso** de los tratamientos:
- » Instruir al paciente sobre los pasos a seguir y educar en la adopción de las medidas de higiene semanal para la utilización de los dispositivos de inhalación.
 - » Mantener las dosis efectivas más bajas posibles.
7. Situaciones clave que ponen de manifiesto la **falta de efectividad** del tratamiento:
- » Aparición de ≥ 2 exacerbaciones moderadas-graves, en el año previo.
 - » Haber recibido ≥ 2 ciclos de GCO (de ≥ 3 días cada uno), en el año previo.
 - » Haber tenido ≥ 1 ingreso hospitalario por exacerbación grave en el año previo.
 - » Tener una puntuación < 20 en el cuestionario ACT o $> 0,5$ en el ACQ.
8. Además del tratamiento farmacológico correcto, el manejo del asma requiere la adecuada adherencia a diversas recomendaciones, como son el automanejo y la utilización de un plan de acción escrito para el control del mismo, la evitación de los desencadenantes ambientales, la cesación tabáquica, la correcta vacunación y la asistencia a las citas de seguimiento³⁶.
9. El apoyo multidisciplinar al automanejo de la persona con asma es un componente clave para una atención efectiva de su enfermedad crónica y genera mejores resultados en salud.
10. La aplicación del modelo COM-B ofrece posibilidades para conseguir que las personas con asma alcancen el automanejo deseado de su enfermedad¹⁹.
11. Situaciones especiales en el asma como el embarazo, la obesidad, el diagnóstico concomitante de rinitis alérgica, rinosinusitis crónica o el asma ocupacional precisan un abordaje integral y holístico para conseguir los mejores resultados en salud.
12. Dado que el grado de control del asma puede sufrir variaciones a lo largo del tiempo, independientemente de su gravedad, se precisa un modelo de atención sanitaria integral, continuada en el tiempo y multidisciplinar, que incluya a los farmacéuticos comunitarios. La coordinación entre los diferentes agentes de salud abre una ventana de oportunidades para eliminar las ineficiencias, disminuir la variabilidad existente en la práctica clínica no justificada por la variabilidad en la gravedad del asma y puede mejorar la experiencia del paciente.



Bibliografía

1. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.4). Madrid: Luzán Health Consulting, S.A.; 2023. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/427-gema-5-4-guia-espanola-para-el-manejo-del-asma> Último acceso: marzo 2024
2. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention: GINA Report, 2023. [Acceso en línea]. Disponible en: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf Último acceso: marzo 2024.
3. Lundbäck B, Backman H, Lötvall J, Rönmark E. Is asthma prevalence still increasing? *Expert Rev Respir Med.* 2016;10(1):39–51. doi: 10.1586/17476348.2016.1114417.
4. Román Rodríguez M, Ginel Mendoza L, Blanco Aparicio M, Rodríguez Rodríguez M, Bárcena Caa-maño M. Qué no se debe hacer en el manejo terapéutico del asma bronquial. Recomendaciones por consenso Delphi para los médicos que tratan el asma. *Aten Primaria.* 2021;53(7):102101.
5. Price DB, Trudo F, Voorham J, Xu X, Kerkhof M, Ling Zhi Jie J, et al. Adverse outcomes from initiation of systemic corticosteroids for asthma: long-term observational study. *J Asthma Allergy.* 29 de agosto de 2018;11:193–204.
6. Grupo de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP). Guía asmaGRAP 2020. Barcelona: Vivactis Euromedice; 2020. Disponible en: https://irp.cdn-website.com/0b4c4e4f/files/uploaded/20200908_Guia_Grap.pdf Último acceso: marzo 2024.
7. Boulet LP, Vervloet D, Magar Y, Foster JM. Adherence: The Goal to Control Asthma. *Clin Chest Med.* 2012 Sep;33(3):405–17. doi: 10.1016/j.ccm.2012.06.002.
8. Olaguibel JM, Quirce S, Juliá B, Fernández C, Fortuna AM, Molina J, et al. Measurement of asthma control according to global initiative for asthma guidelines: a comparison with the asthma control questionnaire. *Respir Res.* 2012;13(1):50.
9. Price D, Fletcher M, van der Molen T. Asthma control and management in 8,000 European patients: the REcognise Asthma and Link to Symptoms and Experience (REALISE) survey. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2014; 24:14009.
10. Cabrera CS, Nan C, Lindarck N, Beekman MJHI, Arnetorp S, van der Valk RJP. SABINA: global programme to evaluate prescriptions and clinical outcomes related to short-acting β_2 -agonist use in asthma. *Eur Respir J [Internet].* 2020;55(2). Disponible en: <https://erj.ersjournals.com/content/55/2/1901858> Último acceso: abril 2024.

11. Janson C, Menzies-Gow A, Nan C, Nuevo J, Papi A, Quint JK, et al. SABINA: An Overview of Short-Acting β 2-Agonist Use in Asthma in European Countries. *Adv Ther.* 2020;37(3):1124-35.

12. Bateman ED, Price DB, Wang HC, Khattab A, Schonffeldt P, Catanzariti A, et al. Short-acting β 2-agonist prescriptions are associated with poor clinical outcomes of asthma: the multi-country, cross-sectional SABINA III study. *Eur Respir J* [Internet]. Disponible en: <https://erj.ersjournals.com/CONTENT/EARLY/2021/09/09/13993003.01402-2021> Último acceso: abril 2024.

13. IPCRG [Internet]. Asthma Right Care Key Resources. Disponible en: <https://www.ipcr.org/as-thmarightcare/asthma-right-care-key-resources> Último acceso: marzo 2024.

14. IPCRG Asthma Right Care team. Guía de uso de la regla del asma. Actualización octubre 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.ipcr.org/sites/ipcr.org/files/content/attachments/2023-11-01/Asthma%20Right%20Care%20Slide%20Rule%20Guidance%20Notes%20Spanish%20Rev%2030-10-2023.pdf> Último acceso: marzo 2024.

15. Gema para pacientes. Guía Española para el manejo del asma by SEPAR - Issuu [Internet]. 2012. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/gema_para_pacientes Último acceso: febrero 2024.

16. Reliever Reliance Test - Spanish.pdf [Internet]. Disponible en: <https://www.ipcr.org/sites/ipcr.org/files/content/attachments/2021-12-17/Reliever%20Reliance%20Test%20-%20Spanish.pdf> Último acceso: marzo 2024.

17. González Rey J, Mascarós Balaguer E, García Pardo M. *Simplemente inhalar*. 2ª Edición 2021. ISBN: 978-84-09-08626-9. Disponible en: https://www.avancesenrespiratorio.com/arxiu/imatgesbutlleti/P20-876-libro-SIMPLEMENTEinhalar_v4-1.pdf Último acceso: abril 2024.

18. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician.* 2005;72(8):1503-10.

19. Social Change UK. A guide on the COM-B Model of Behaviour. [Internet]. Disponible en: https://social-change.co.uk/files/02.09.19_COM-B_and_changing_behaviour.pdf Último acceso: abril 2024.

20. *Formadores Colegiales en Red: Guía rápida sobre el asma*. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. 2023.

21. Carretero Gracia, JÁ; Rodríguez Fernández, F; Gómez Sáenz, JT; Molina París, J; Gómez Ruiz, F; López Carrasco, V; et al. Criterios de derivación en asma: Actualización documento de consenso. *Open Respiratory Arch.* 2021.



22. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2021. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2021/02/2021-guia-practica-spfa.pdf> Último acceso: marzo 2024.
-
23. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD001117.
-
24. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), panel de expertos. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024. Disponible en: https://www.avancesenrespiratorio.com/arxius/imatgesbutlleti/P20-876-libro-SIMPLEMENTEinhaler_v4-1.pdf Último acceso: abril 2024.
-
25. BOT PLUS. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/botplus/> Último acceso: abril 2024
-
26. Plaza V., et al. "Validation of the "Test of the Adherence to Inhalers"(TAI) for asthma and COPD patients." *Journal of aerosol medicine and pulmonary drug delivery* 29.2 (2016): 142-152. Disponible en: <https://www.taitest.com> Último acceso: marzo 2024.
-
27. Domínguez-Ortega J, Delgado Romero J, Muñoz Gall X, Marco A, Blanco-Aparicio M. Uso de glucocorticoides sistémicos para el tratamiento del asma grave: Consenso multidisciplinar español. *Open Respir Arch.* 2022;4(4):100202
-
28. Grupo de Respiratorio en Atención Primaria – GRAP. Proyecto Asthma Right Care España. Regla del asma y cuestionario RRT. [Internet]. Disponible en: <https://www.sociedadgrap.com/proyecto-asthma-right-care-espa%C3%B1a> Último acceso: marzo 2024.
-
29. Álvarez-Gutiérrez FJ, et al. Documento de consenso de asma grave en adultos. Actualización 2022 [Consensus document for severe asthma in adults. 2022 update]. *Open Respir Arch.* 2022 Jul 2;4(3):100192. Spanish. doi: 10.1016/j.opresp.2022.100192.
-
30. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 25 de julio de 2015, núm. 177. Disponible: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/25/pdfs/BOE-A-2015-8343.pdf> Último acceso: marzo 2024.
-



31. Grupo de Respiratorio en Atención Primaria. Flor X, Álvarez S. Guía Asma Grap 2020. Disponible en: https://issuu.com/respiratoriograp/docs/guia_grap Último acceso: abril 2024.
-
32. Formadores Colegiales en RED. Día mundial del asma. Recomendaciones para utilizar un inhalador. ¿Qué debo saber? Madrid: 2022. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
-
33. Formadores Colegiales en RED. Tipos de dispositivos de inhalación. Inhaladores de cartucho presurizado (ICP). Madrid: 2022. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
-
34. semFYC. GUÍA PRÁCTICA DE LA SALUD.UNIDAD 9. Enfermedades del aparato respiratorio. [Internet]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/recursos-ciudadania/guia-practica> Último acceso: marzo 2024.
-
35. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias 2022. [Internet]. Disponible en: <https://www.farmaceticos.com/wp-content/uploads/2023/07/Estadisticas-de-Colegiados-y-Farmacias-2022-07072023.pdf> Último acceso: marzo 2024.
-
36. Moranta F, Sánchez N, Plaza FJ. Actualización del papel del farmacéutico comunitario en el manejo del paciente asmático. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2021 02; 13 (3): 29-37. doi:10.33620/FC.2173-9218. (2021/Vol13).003.05.
-
37. Plaza F, Mascarós E, Moranta F, Sánchez N, Gaztelurrutia L, Martínez M. 'Alianza contra el asma'. Desarrollo del proyecto desde 2018. *Farm Comunitarios*. 2020. Nov 05;12(Supl 2. Congreso SEFAC 2020):431.
-
38. Cockcroft DW. Inhaled beta2-agonists and airway responses to allergen. *J Allergy Clin Immunol*. 1998 Nov;102(5): S96-9. doi: 10.1016/s0091-6749(98)70038-7. PMID: 9819316.
-
39. Hancox RJ, Cowan JO, Flannery EM, Herbison GP, McLachlan CR, Taylor DR. Bronchodilator tolerance and rebound bronchoconstriction during regular inhaled beta-agonist treatment. *Respir Med*. Agosto 2000;94(8):767-71.
-
40. Aldridge RE, Hancox RJ, Robin Taylor D, Cowan JO, Winn MC, Frampton CM, et al. Effects of terbutaline and budesonide on sputum cells and bronchial hyperresponsiveness in asthma. *Am J Respir Crit Care Med*. Mayo de 2000;161(5):1459-64.
-
41. Swystun VA, Gordon JR, Davis EB, Zhang X, Cockcroft DW. Mast cell tryptase release and asthmatic responses to allergen increase with regular use of salbutamol. *J Allergy Clin Immunol*. julio de 2000;106(1 Pt 1):57-64.
-



Anexos

Herramientas útiles para la práctica asistencial coordinada

1. INFORMACIÓN PARA UN USO CORRECTO DE SABA: INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

Tipo inhalador	Dispositivo de inhalación	Tipo de fármaco	Principio activo	Nombre comercial y presentación	Instrucciones para un adecuado proceso de uso
Inhaladores de cartucho presurizado (ICP)	 Convencional	SABA	Salbutamol	Salbutamol Aldo Unión EFG®, Salbutamol Sandoz EFG®, Ventoaldo®, Ventolin® 100mg 200 dosis	https://youtu.be/Eaq7LlUIM?si=aUr-nW3tkGm-l4Je1
Inhaladores polvo seco (IPS) multidosis de depósito	 Turbuhaler®	SABA	Terbutalina	Terbasmin®, 500 mg, 120 dosis	https://youtu.be/adHD-WCHoIa0?si=GodRSx4Iitia3LvN Instrucciones para preparar el dispositivo Turbuhaler para su primera utilización: 1. Desenroscar la tapa manteniendo el inhalador en posición vertical, con la rosca en la parte inferior. 2. Sin sujetar la boquilla para inhalación, girar la rosca en un sentido y a continuación en el sentido opuesto, hasta llegar al tope. Es independiente hacia dónde se gire la rosca primero. Se oír un clic durante este proceso. Una vez girada la rosca en ambos sentidos, se volverá a repetir el proceso. Una vez llevado a cabo este proceso, el inhalador estará preparado, y podrá utilizarse con normalidad. Instrucciones para inhalar la dosis: 1. Desenroscar la tapa. 2. Sostener el inhalador en posición vertical con la rosca de color en la parte inferior. 3. No sostenga la boquilla mientras carga el Turbuhaler. Para cargar el Turbuhaler con una dosis, gire la rosca de color hasta el tope en una dirección y luego vuelva a girarla hasta el tope en la otra dirección (no importa en qué dirección primero). Deberá oír un "click" característico. En este momento el Turbuhaler está cargado y listo para ser utilizado. Cargue el Turbuhaler sólo cuando necesite utilizarlo. 4. Sostener el inhalador sin acercarlo a la boca. Expulsar el aire suavemente (tanto como pueda pero sin que le resulte incómodo). No lo expulsar a través del Turbuhaler. 5. Sitúe la boquilla suavemente entre los dientes, cierre los labios e inspire por la boca tan enérgica y profundamente como pueda. No muerda ni presione la boquilla con los dientes. 6. Retire el inhalador de la boca y después expulse el aire suavemente. La cantidad de fármaco liberada es muy pequeña, lo que significa que puede que no note su sabor tras la inhalación. Sin embargo, si ha seguido las instrucciones de empleo puede tener la seguridad de haber inhalado la dosis, y de que el fármaco ha llegado a sus pulmones. 7. Si tiene que realizar una segunda inhalación, repita los pasos 2 a 6. 8. Vuelva a colocar la tapa firmemente tras su utilización. 9. Enjuague su boca con agua cada vez que inhale su dosis, si es posible, con el fin de eliminar cualquier medicamento que permanezca en su boca. Mantenimiento semanal Limpiar la parte externa de la boquilla con un paño seco; sin utilizar agua ni líquidos.

2. CUESTIONARIO CONTROL DEL ASMA (ACQ)

En promedio, durante la última semana, ¿con qué frecuencia se despertó por la noche debido al asma?

- 0 : Nunca
- 1 : Casi nunca
- 2 : Unas pocas veces
- 3 : Varias veces
- 4 : Muchas veces
- 5 : Muchísimas veces
- 6 : Incapaz de dormir, debido al asma

En promedio, durante la última semana, ¿hasta qué punto el asma le limitó en sus actividades?

- 0 : Nada limitado
- 1 : Muy poco limitado
- 2 : Poco limitado
- 3 : Moderadamente limitado
- 4 : Muy limitado
- 5 : Extremadamente limitado
- 6 : Totalmente limitado

En promedio, durante la última semana, ¿cuánto tiempo tuvo silbidos o pitidos en el pecho?

- 0 : Nunca
- 1 : Casi nunca
- 2 : Poco tiempo
- 3 : Parte del tiempo
- 4 : Mucho tiempo
- 5 : Casi siempre
- 6 : Siempre

En promedio, durante la última semana, ¿cómo fueron de graves los síntomas de asma que tuvo al despertarse por la mañana?

- 0 : No tuvo síntomas
- 1 : Síntomas muy ligeros
- 2 : Síntomas ligeros
- 3 : Síntomas moderados
- 4 : Síntomas bastante graves
- 5 : Síntomas graves
- 6 : Síntomas muy graves

En promedio, durante la última semana, ¿hasta qué punto notó que le faltaba el aire debido al asma?

- 0 : Nada en absoluto
- 1 : Muy poco
- 2 : Un poco
- 3 : Moderadamente
- 4 : Bastante
- 5 : Mucho
- 6 : Muchísimo

Puntuación: Este cuestionario consta de 5 preguntas que se puntúan de 0 a 6. Se suman los puntos y se divide entre 5.

Resultado:

- » < 0,5: Asma bien controlada
- » De 0,5 a 0,99: Asma parcialmente controlada
- » ≥ 1: Asma mal controlada



3. TEST DE CONTROL DEL ASMA (ACT)

Este test sirve para valorar el control del asma por parte del paciente.
Marque con un círculo el valor de cada respuesta. Sume los cinco valores.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le impidió el asma llevar a cabo sus actividades en el trabajo, la escuela o el hogar?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Algunas veces
- 4. Pocas veces
- 5. Nunca

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido que le faltaba el aire?

- 1. Más de una vez al día.
- 2. Una vez al día
- 3. De tres a seis veces por semana
- 4. Una o dos veces por semana
- 5. Nunca

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le despertaron por la noche o más temprano de lo habitual por la mañana los síntomas de asma (sibilancias/pitos, tos, falta de aire, opresión o dolor en el pecho)?

- 1. cuatro noches o más por semana
- 2. De dos a tres noches por semana
- 3. Una vez por semana
- 4. Una o dos veces
- 5. Nunca

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha utilizado su inhalador de rescate (por ejemplo, salbutamol, Ventolín, Terbas- mín,...)?

- 1. Tres veces o más al día
- 2. Una o dos veces al día
- 3. dos o tres veces por semana
- 4. Una vez por semana o menos
- 5. Nunca

5. ¿Cómo calificaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

- 1. Nada controlada
- 2. Mal controlada
- 3. Algo controlada
- 4. Bien controlada
- 5. Totalmente controlada

Puntuación Total:

- » ≥ 20 : Control total del asma.
- » de 19 a 16: Control parcial del asma.
- » ≤ 15 : Asma mal controlada.

4. TEST DE ADHESIÓN A LOS INHALADORES (TAI) PARA ESTIMAR LA ADHERENCIA A LA TERAPIA INHALADA EN PACIENTES CON EPOC Y CON ASMA

Se trata de una herramienta de gran utilidad para el profesional sanitario en su práctica asistencial, por su capacidad discriminadora y reducido tiempo de administración al paciente con asma. Es un test para que el paciente y el profesional lo autocompleten. El TAI está formado por dos cuestionarios complementarios que se pueden utilizar independientemente en función de las necesidades asistenciales: **el TAI de 10 ítems** que permite identificar al paciente con poca adhesión y su intensidad, y **el TAI de 12 ítems** que ayuda a orientar sobre el tipo o patrón de falta de adherencia.



	Puntuación
1. En los últimos 7 días ¿cuántas veces olvidó tomar sus inhaladores habituales? <input type="checkbox"/> 1. Todas <input type="checkbox"/> 2. Más de la mitad <input type="checkbox"/> 3. Aprox. la mitad <input type="checkbox"/> 4. Menos de la mitad <input type="checkbox"/> 5. Ninguna	<input type="text"/>
2. Se olvida de tomar los inhaladores: <input type="checkbox"/> 1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre <input type="checkbox"/> 3. A veces <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca <input type="checkbox"/> 5. Nunca	<input type="text"/>
3. Cuando se encuentra bien de su enfermedad, deja de tomar sus inhaladores: <input type="checkbox"/> 1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre <input type="checkbox"/> 3. A veces <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca <input type="checkbox"/> 5. Nunca	<input type="text"/>
4. Cuando está de vacaciones o de fin de semana, deja de tomar sus inhaladores: <input type="checkbox"/> 1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre <input type="checkbox"/> 3. A veces <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca <input type="checkbox"/> 5. Nunca	<input type="text"/>
5. Cuando está nervioso/a o triste, deja de tomar sus inhaladores: <input type="checkbox"/> 1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre <input type="checkbox"/> 3. A veces <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca <input type="checkbox"/> 5. Nunca	<input type="text"/>
6. Deja de tomar sus inhaladores por miedo a posibles efectos secundarios: <input type="checkbox"/> 1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre <input type="checkbox"/> 3. A veces <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca <input type="checkbox"/> 5. Nunca	<input type="text"/>
7. Deja de tomar sus inhaladores por considerar que son de poca ayuda para tratar su enfermedad: <input type="checkbox"/> 1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre <input type="checkbox"/> 3. A veces <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca <input type="checkbox"/> 5. Nunca	<input type="text"/>
8. Toma menos inhalaciones de las que su médico le prescribió: <input type="checkbox"/> 1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre <input type="checkbox"/> 3. A veces <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca <input type="checkbox"/> 5. Nunca	<input type="text"/>
9. Deja de tomar sus inhaladores porque considera que interfieren con su vida cotidiana o laboral: <input type="checkbox"/> 1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre <input type="checkbox"/> 3. A veces <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca <input type="checkbox"/> 5. Nunca	<input type="text"/>
10. Deja de tomar sus inhaladores porque tiene dificultad para pagarlos: <input type="checkbox"/> 1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Casi siempre <input type="checkbox"/> 3. A veces <input type="checkbox"/> 4. Casi nunca <input type="checkbox"/> 5. Nunca	<input type="text"/>
<p>Las dos siguientes preguntas las deberá responder el profesional sanitario responsable del paciente según los datos que figuran en su historial clínico (pregunta 11) y tras comprobar su técnica de inhalación (pregunta 12)</p>	
11. ¿Conoce o recuerda el paciente la pauta (dosis y frecuencia) que se le prescribió? <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Si	<input type="text"/>
12. La técnica de inhalación del dispositivo del paciente es: <input type="checkbox"/> 1. Con errores críticos <input type="checkbox"/> 2. Sin errores críticos o correcta	<input type="text"/>
PUNTUACIÓN TOTAL	<input type="text"/>

Disponible en: <https://www.taitest.com/>



Rangos de puntuación del TAI e interpretación de los resultados

TAI 10 ítems		Nivel de adhesión	
Puntuación		Interpretación	
= 50 puntos	>	Buena adhesión	
Entre 46 y 49 puntos	>	Adhesión intermedia	
≤ 45 puntos	>	Mala adhesión	

TAI 12 ítems		Tipo de falta de adherencia*	
Puntuación		Interpretación	
ítems del 1 al 5 < 25	>	Falta de adherencia errática	
ítems del 5 al 10 < 25	>	Falta de adherencia deliberada	
ítems del 11 al 12 < 4	>	Falta de adherencia inconsciente	

* Un mismo paciente puede presentar más de un tipo de falta de adherencia; y un paciente con 50 puntos en el TAI de 10 ítems puede ser no adherente inconsciente en el TAI de 12 ítems.

- Falta de adherencia errática: paciente que olvida la toma de la medicación.
- Falta de adherencia deliberada: paciente que no la toma porque no quiere hacerlo.
- Falta de adherencia inconsciente: paciente que no toma la medicación correctamente por desconocimiento de la pauta terapéutica y de la utilización del dispositivo inhalador.

5. TEST SOBRE LA DEPENDENCIA DEL INHALADOR DE RESCATE SABA PARA EL ASMA: **RELIEVER RELIANCE TEST (RRT)**



Desarrollado por el destacado experto en medicina conductual, el profesor Rob Horne, de la University College London (UCL). IPCRG y AstraZeneca han contribuido al desarrollo del cuestionario sobre la dependencia del inhalador de rescate para el asma, pero no tienen ningún control editorial, que es responsabilidad del profesor Rob Horne. La producción y distribución de esta herramienta ha sido financiada en su totalidad por AstraZeneca.

Cuestionario sobre la dependencia del inhalador de rescate para el asma

Se trata de un cuestionario de autoevaluación diseñado para ayudarle a usted y a su médico/a, enfermero/a o farmacéutico/a a comprender lo que piensa de su inhalador de rescate* para el asma y si podría estar confiando demasiado en él. **Esto no es una recomendación médica. NO interrumpa ni cambie su medicación sin consultarlo antes con un profesional sanitario.**

PARTE 1 Su opinión sobre el inhalador de rescate para el asma

- 1 Por favor, rodee con un círculo la puntuación que represente mejor su opinión actual
- 2 Por favor, anote la puntuación para cada afirmación en la casilla que hay junto a ella
- 3 Sume las puntuaciones para obtener su puntuación total
- 4 Comparta su puntuación con su médico/a, enfermero/a o farmacéutico/a

Estas son afirmaciones que otras personas han hecho sobre su inhalador de rescate para el asma.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Lo que nos interesa es su opinión.

1 Usar el inhalador de rescate para el asma para tratar los síntomas es la mejor manera de mantener mi asma bajo control.

- | | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------|-------------------------|
| 1 Totalmente en desacuerdo | 2 En desacuerdo | 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 4 De acuerdo | 5 Totalmente de acuerdo |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------|-------------------------|

2 No me preocupo por el asma si tengo cerca mi inhalador de rescate para el asma.

- | | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------|-------------------------|
| 1 Totalmente en desacuerdo | 2 En desacuerdo | 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 4 De acuerdo | 5 Totalmente de acuerdo |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------|-------------------------|

3 Mi inhalador de rescate para el asma es el único tratamiento para el asma en el que puedo realmente confiar.

- | | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------|-------------------------|
| 1 Totalmente en desacuerdo | 2 En desacuerdo | 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 4 De acuerdo | 5 Totalmente de acuerdo |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------|-------------------------|

4 Los beneficios de usar mi inhalador de rescate para el asma superan fácilmente cualquier riesgo (efectos no deseados del tratamiento).

- | | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------|-------------------------|
| 1 Totalmente en desacuerdo | 2 En desacuerdo | 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 4 De acuerdo | 5 Totalmente de acuerdo |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------|-------------------------|

5 Prefiero depender de mi inhalador de rescate para el asma que del inhalador de tratamiento diario con corticoides.

- | | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------|-------------------------|
| 1 Totalmente en desacuerdo | 2 En desacuerdo | 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 4 De acuerdo | 5 Totalmente de acuerdo |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------|-------------------------|

PARTE 1: Mire el reverso para interpretar las puntuaciones

PARTE 1 TOTAL

PARTE 2 Uso del inhalador de rescate para el asma

- 1 Por favor, rodee con un círculo su respuesta a continuación y anote su puntuación en la casilla
- 2 Comparta su puntuación con su médico/a, enfermero/a o farmacéutico/a

De media, durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha usado el inhalador de rescate para el asma?

- | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|
| 1 Ninguna en absoluto | 2 2 veces por semana o menos | 3 3 veces por semana | 4 4-5 veces por semana | 5 Más de 5 veces por semana |
|-----------------------|------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|

* Contiene un medicamento llamado SABA (agonista β2 de acción corta), recetado para proporcionar alivio rápido de los síntomas del asma si se producen.

Esto no es una recomendación médica. NO interrumpa ni cambie su medicación sin consultarlo antes con un profesional sanitario. Es importante que siga utilizando su inhalador de rescate para el asma según las indicaciones de su profesional sanitario, sobre todo durante cualquier agravamiento de su asma o antes de hacer ejercicio.

© Prof Rob Horne

Disponible en: <https://www.ipcr.org/sites/ipcr/files/content/attachments/2021-12-17/Reliever%20Reliance%20Test%20-%20Spanish.pdf>



¿Cómo puede ayudarme este cuestionario de autoevaluación?

Muchas personas con asma presentan un exceso de confianza en su inhalador de rescate para el asma^{3,4}. Es fácil entender el por qué ya que habitualmente le hace sentir mejor en cuanto lo usa. Algunas personas lo consideran la parte más importante de su tratamiento para el asma, PERO el inhalador de rescate para el asma puede tener cosas “buenas” y cosas “no tan buenas”.

Los **efectos “buenos”** son que le puede parecer que los síntomas del asma mejoran rápidamente.

Las cosas **“no tan buenas”** son que, aunque el inhalador de rescate para el asma ayuda a controlar los síntomas del asma, no ayuda a tratar el motivo de los ataques de asma.

¿Qué significa mi puntuación total de la PARTE 1?

18–25:

Riesgo alto de confianza excesiva en su inhalador de rescate para el asma. Al igual que muchas personas, parece que confía mucho en su inhalador de rescate para el asma. Si lo está usando 3 o más veces por semana, esto podría ser un signo de que su asma no está tan bien controlada como podría estarlo. Vale la pena comentar sus resultados con su médico/a, enfermero/a o farmacéutico/a.

11–17:

Riesgo medio de confianza excesiva en su inhalador de rescate para el asma. Al igual que para muchas personas, el inhalador de rescate para el asma es importante para usted, pero podría estar confiando demasiado en él. Si lo está usando 3 o más veces por semana, esto podría ser un signo de que su asma no está tan bien controlada como podría estarlo. Vale la pena comentar sus resultados con su médico/a, enfermero/a o farmacéutico/a.

10 o menos:

Riesgo bajo de confianza excesiva en su inhalador de rescate para el asma. No parece que confíe en exceso en su inhalador de rescate para el asma. Son buenas noticias. Siga leyendo para comprobar que no tiene ninguno de los otros posibles signos de un mal control de su asma.

¿Qué significa mi puntuación total de la PARTE 2?

Si su puntuación es de **3 o más** es posible que esté usando demasiado el inhalador de rescate para el asma^{1,2}. Esto podría ser un signo de que su asma no está tan bien controlada como podría estarlo. Hable con su médico/a, enfermero/a o farmacéutico/a porque puede haber mejores formas de tratar su asma.

¿Cuáles son los otros signos de un mal control del asma?²

Además de usar el inhalador de rescate para el asma tres o más veces por semana, hay otros tres signos de mal control del asma. Si, en las últimas cuatro semanas, ha ocurrido cualquiera de las siguientes situaciones, debería hablar sobre el control de su asma con su médico/a, enfermero/a o farmacéutico/a:

1. Síntomas durante el día tres o más veces por semana.
2. El asma ha hecho que se despierte por la noche.
3. Ha utilizado el inhalador de rescate para el asma tres o más veces por semana.
4. El asma ha limitado su actividad.

Con el tratamiento adecuado, la mayoría de las personas pueden lograr un buen control de su asma.

NOTA: Las directrices aplican un umbral pragmático para definir el asma no controlada (Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica, NICE 2017)³ o parcialmente controlada/no controlada (Iniciativa Global para el Asma, GINA 2021)⁴ como el uso del inhalador para el alivio sintomático tres o más veces por semana. El cuestionario de 5 ítems está adaptado a partir del Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos [Beliefs about Medicines Questionnaire]⁵ validado y utilizado a nivel mundial, que fue creado y diseñado por el destacado experto en medicina conductual el Profesor Rob Horne, UCL.

1. Price D, Fletcher M, van der Molen T. NPJ Prim Care Respir Med. 2014; 24:14009. 2. Partridge MR, van der Molen T, Myrseth SE, et al. BMC Pulm Med. 2006; 6:13. 3. NICE Guideline [NG80]. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. November 2017. 4. Global Initiative for Asthma (GINA). Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2021/05/GINA-Pocket-Guide-2021-V2-WMS.pdf> [Acceso: octubre 2021]. 5. Horne R, Weinman J, Hankins M. Psychology & Health. 1999; 14(1):1-24.

6. APLICACIÓN PRÁCTICA DEL MODELO COM-B EN EL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ASMA



CAPACITACIÓN:

- **Paso 1.** Ayuda a tu paciente con asma a conocer mejor su enfermedad crónica y las causas de sus síntomas.
- **Paso 2.** Plantea las posibilidades terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas para el asma.
- **Paso 3.** Explica la diferencia entre el tratamiento controlador o de mantenimiento y el tratamiento de rescate/emergencia para el asma, cómo y cuándo usarlos. Enumera sus beneficios y riesgos.
- **Paso 4.** Aclara dudas y destierra mitos sobre la medicación para tratar el asma.
- **Paso 5.** Si el paciente hace un uso excesivo de SABA para tratar su asma, ayúdalo a entender qué motiva su exceso de confianza en los SABA.
- **Paso 6.** Enseña a tus pacientes cómo medir su capacidad funcional pulmonar con un medidor de pico flujo.
- **Paso 7.** Entrena a tus pacientes para realizar una técnica de inhalación correcta.
- **Paso 8.** Diseña con tu paciente un plan de acción en asma.



OPORTUNIDAD

- **Paso 1.** Explora el significado de los síntomas y de la enfermedad para tu paciente.
- **Paso 2.** Asegúrate de centrar la atención en las ideas, preferencias y expectativas de tu paciente.
- **Paso 3.** Alinea tus metas como profesional sanitario con las de tu paciente.
- **Paso 4.** Explica a tu paciente cómo conseguir tener su asma controlada.
- **Paso 5.** Aclara a tu paciente cómo puede contribuir él o ella al buen control del asma.
- **Paso 6.** Confirma a tu paciente cómo puedes como profesional sanitario apoyarle.
- **Paso 7.** Acuerda visitas de seguimiento para evaluar el grado de control del asma y resolver dudas.

MOTIVACIÓN

Regla número 1

Crear un ambiente empático, evitando la confrontación, pero generando reflexión y discrepancia.

Regla número 2

Normalizar la ambivalencia del paciente y profundizar en ella.

Regla número 3

Determinar los obstáculos para la adherencia y encontrar alternativas.

Regla número 4

El cambio debe surgir del paciente, con un terapeuta que fomenta su eficacia.

Regla número 5

Generar una atmósfera de cambio segura y de apoyo.

Regla número 6

Ayudar a los pacientes a reconocer y ocuparse de sus problemas potenciales y presentes.





GUÍA DE ACTUACIÓN PARA FARMACÉUTICOS +

CONCIENCIACIÓN

Uso adecuado de corticoides orales y SABA para el asma

Con la colaboración de:

AstraZeneca 

 **Farmacéuticos**
Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España