



Boletín Atención Farmacéutica Comunitaria

Nuevas recomendaciones internacionales sobre manejo del asma: Consenso GINA-2002 (2)	1
Cursos	2

Nuevas recomendaciones internacionales sobre manejo del asma: GINA-2002 (2). Andrés J. Escuela Nacional de Sanidad, Madrid. (BISCI 99/4052).

El capítulo del Informe dedicado al diagnóstico y clasificación del asma (capítulo 5) contiene una tabla (figura 5-7) muy útil para el seguimiento farmacoterapéutico del paciente asmático. Se denomina «Clasificación de gravedad del asma mediante el régimen de medicación diario actual y la respuesta al tratamiento». Esta tabla puede servir para valorar si la medicación actual de un determinado paciente (correspondiente a un determinado nivel de gravedad) se corresponde con la frecuencia de síntomas y función pulmonar característicos de ese nivel o, si por el contrario, se puede sospechar que hay una necesidad de ajuste de la medicación.

El apartado del informe más relevante en relación con la atención farmacéutica es el capítulo 7: «Programa de 6 partes para el manejo del asma», del que se recomienda su lectura completa, ya que el farmacéutico puede colaborar en cada una de las 6 partes, en mayor o menor medida:

- Parte 1: Educar a los pacientes para desarrollar su colaboración en el manejo del asma.
- Parte 2: Valorar y monitorizar la gravedad del asma con medidas de síntomas y de función pulmonar.
- Parte 3: Evitar la exposición a factores de riesgo.
- Parte 4: Establecer planes de medicación para el manejo del asma a largo plazo en adultos y en niños.
- Parte 5: Establecer planes para el manejo de las exacerbaciones.
- Parte 6: Proporcionar un seguimiento regular.
- Consideraciones especiales: embarazo, cirugía, actividad física, rinitis, sinusitis, poliposis nasal, asma ocupacional, infecciones respiratorias, reflujo gastroesofágico, asma inducida por aspirina y anafilaxis.

Las recomendaciones de tratamiento están basadas en resultados poblacionales de eficacia y seguridad. Por supuesto, la respuesta individual de un paciente puede diferir significativamente de la respuesta media de la población. Las decisiones sobre tratamiento se deberían basar en un compromiso entre lo que el médico recomienda y lo que el paciente está dispuesto a administrarse.

Para el asma intermitente, no se recomienda medicación diaria para la gran mayoría de los pacientes. El tratamiento de las exacerbaciones debe depender de la gravedad de la exacerbación. En el caso de que ocurran

exacerbaciones graves en este tipo de pacientes, se deben tratar como asma persistente moderada.

Los pacientes con asma persistente leve requieren medicación controladora todos los días para alcanzar y mantener el control del asma. Se prefiere el tratamiento con glucocorticoides inhalados. Otras opciones son teofilina de liberación sostenida, cromonas o modificadores de leucotrienos.

El tratamiento preferido para el asma persistente moderada es el regular con una combinación de un corticoide inhalado y un beta-agonista inhalado de larga duración, dos veces al día. Como alternativa se puede sustituir el beta-agonista por teofilina de liberación sostenida o modificador de leucotrienos, o bien utilizar una dosis mayor de corticoides inhalados.

En el asma persistente grave, el tratamiento principal incluye corticoides inhalados a grandes dosis junto con beta-agonistas inhalados de larga duración, a los que se puede añadir teofilina de liberación sostenida, modificador de leucotrienos o un corticoide oral.

Una vez que el control del asma se alcanza y se mantiene durante al menos tres meses, se debe intentar una reducción gradual del tratamiento de mantenimiento para identificar el tratamiento mínimo requerido para mantener el control.

A continuación se revisan las recomendaciones y conclusiones sobre los principales tipos de medicamentos utilizados en pacientes asmáticos adultos.

En la actualidad, los corticoides inhalados (beclometasona, budesonida y fluticasona) son los medicamentos controladores más efectivos y están recomendados para el asma persistente en cualquier nivel de gravedad. Está demostrada su eficacia en la mejora de la función pulmonar, en la disminución de la hipersensibilidad de las vías aéreas, en la reducción de síntomas, en la reducción de la frecuencia y de gravedad de las exacerbaciones y en la mejora de la calidad de vida. Los efectos adversos locales de estos medicamentos incluyen candidiasis orofaríngea, disfonía y tos ocasional por irritación de las vías aéreas superiores. Estos efectos pueden ser minimizados mediante la utilización de cámaras espaciadoras y el lavado bucal (enjuague con agua y gargarismo sin tragar). La evidencia actual sugiere que en adultos los efectos sistémicos de los corticoides inhalados no suponen un problema utilizados en las dosis habituales. Se considera que estos medicamentos son controladores efectivos. Su uso en el tratamiento del

asma persistente debe ser valorado frente al posible riesgo de efectos sistémicos, teniendo en cuenta que el riesgo de un asma no controlada debe pesar frente al riesgo (probablemente limitado) de esta forma de tratamiento.

El tratamiento con corticoides orales (prednisona, prednisolona, metil-prednisolona) a largo plazo puede ser requerido para controlar el asma persistente grave, aunque su utilización está limitada por el riesgo de efectos adversos sistémicos.

Las cromonas (cromoglicato y nedocromilo) se pueden utilizar como tratamiento controlador en asma persistente leve. Tienen menor efectividad que los corticoides inhalados, pero también producen efectos adversos mínimos, tales como tos ocasional después de la inhalación de formulaciones en polvo o mal sabor de boca por nedocromilo.

Las metil-xantinas (teofilina de liberación sostenida y aminofilina) pueden ser utilizadas como medicación controladora en el asma. Las preparaciones de liberación sostenida tienen una larga duración de acción y son útiles en el control de síntomas nocturnos que persisten a pesar del tratamiento regular con antiinflamatorios. Teofilina también es útil como broncodilatador adicional en pacientes con asma grave.

Los beta-agonistas inhalados de larga duración (salmeterol y formoterol) deben ser considerados cuando no se logra alcanzar un control del asma después de aumentar las dosis iniciales estándar de los corticoides inhalados. De esta forma se consigue mejorar los síntomas, disminuir el asma nocturno, mejorar la función pulmonar, disminuir la necesidad de beta-agonistas aliviadores y reducir el número de exacerbaciones. Las combinaciones de un corticoide y un broncodilatador en un mismo inhalador pueden ser más convenientes para los pacientes, ya que permiten mejorar el cumplimiento, asegurar que el beta-agonista va siempre acompañado del corticoide, y generalmente, es más barato que administrar los dos medicamentos por separado.

También existe un medicamento de administración oral (bambuterol) que puede ser útil para controlar el asma nocturna, pero puede estar asociado con mayor frecuencia de efectos adversos. Formoterol tiene un inicio de acción similar a los beta-agonistas de acción corta, lo que permite su utilización como aliviador.

Los modificadores de leucotrienos (montelukast y zafirlukast) pueden reducir la dosis necesaria de corticoides inhalados en pacientes con asma de moderada a grave y pueden mejorar el control del asma en pacientes no controlados con bajas o altas dosis de corticoides inhalados, aunque su adición al tratamiento es menos efectiva que los beta-agonistas inhalados de larga duración. Presentan la ventaja de su administración oral y son útiles en pacientes con asma sensible a ácido acetilsalicílico.

Los medicamentos aliviadores más utilizados son los beta-agonistas inhalados de acción corta (fundamentalmente salbutamol y terbutalina). Constituyen el tratamiento de elección de las exacerbaciones agudas y son útiles para el pretratamiento del asma inducida por ejercicio. Un incremento en su utilización (o incluso su uso diario) pueden indicar un deterioro del asma y la necesidad de intensificar el tratamiento antiinflamatorio regular. Su administración inhalada provoca menos efectos adversos (estimulación cardíaca, temblor e hipopotasemia) que el tratamiento oral.

Los beneficios del anticolinérgico bromuro de ipratropio en el tratamiento a largo plazo del asma no han sido establecidos, aunque está reconocido como broncodilatador alternativo para pacientes que experimentan efectos adversos como taquicardia, arritmia y temblor con beta-agonistas de acción corta.

– Referencias: NHLBI/WHO. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Bethesda (MD): National Institutes of Health, 2002.

Cursos

– Documentación en Ciencias de la Salud, que tendrá lugar en la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid) del 10 al 12 de junio. El curso tiene una duración de 18 horas lectivas.

– Atención farmacéutica en farmacia comunitaria. Tendrá lugar en la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid) del 21 al 24 de octubre de 2002. 30 horas lectivas.

Para más información de estos cursos, ver el sitio web de Atención Farmacéutica, apartado cursos: <http://www.isciii.es/unidad/Sgpcd/ens/atenfar/paginaprincipal.htm>

Informa: Escuela Nacional de Sanidad: Tel.: 913 87 78 01 y 65. Fax: 913 87 78 64; Correo electrónico: secretaria.cursos@isciii.es

BOLETÍN ATENCIÓN FARMACÉUTICA COMUNITARIA es una publicación derivada de una línea de investigación de la ENS – ISCIII destinada a los farmacéuticos que han seguido cursos de formación continuada en Atención Farmacéutica, para apoyar sus actividades y ponerles al día sobre aspectos útiles en su actividad. Este Boletín es una copia adaptada del que se publica en el sitio web <http://www.isciii.es/unidad/Sgpcd/ens/atenfar/paginaprincipal/htm>

Director: Dr. Antonio Iñesta. Escuela Nacional de Sanidad. Sinesio Delgado, 8. 28029 Madrid. Correo electrónico: ainesta@isciii.es

Consejo de redacción: Dra. M.^a José Faus, facultad de Farmacia, Granada; Prof. Q.F. Catalina Domecq, Universidad de Valdivia (Chile); Dr. Julio Andrés, Escuela Nacional de Sanidad; Dña. Ana Domínguez, Escuela Nacional de Sanidad; Dra. Pilar Gómez-Serranillos, facultad de Farmacia, Universidad Complutense; Dra. M.^a Angeles de Marino, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; Dr. Francisco Martínez, facultad de Farmacia, Granada; Dr. José Carlos Montilla, vocal del COF de Madrid; Dra. Ana Plaza, departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; farmacéuticos comunitarios: Dña. Flor Álvarez de Toledo, Oviedo; D. Jose I. Centenera, Guadalajara; Dña. Carmen Granados, Jaén; Dña. Ana Isabel López-Casero, Campo de Criptana (Ciudad Real); Dña. M.^a Jesús Oya, Jaén; D. Fernando Peña, Sevilla; Dña. Nuria Rodrigo, Guadalajara; Dña. Concha Vicedo, Cullera (Valencia).

Consultas e información: D. Julio Andrés. Escuela Nacional de Sanidad. Fax: 913 87 78 68. Correo electrónico: jandres@isciii.es