

BOFAC N.º 86

BOLETÍN ATENCIÓN FARMACÉUTICA COMUNITARIA es una publicación derivada de una línea de investigación dirigida por Dr. Antonio Iñesta de la ENS-ISCIH, 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 la web <http://www.isciii.es/ens-atenfar/>

Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA)

Dr. JULIO ANDRÉS JÁCOME, Farmacéutico comunitario, Valdepeñas (Ciudad Real). julioandres@redfarma.org

La iniciativa global para el asma (GINA —Global Initiative for Asthma— <http://www.ginasthma.com>), auspiciada por la Organización Mundial de la Salud y el Instituto NHLBI (National Heart, Lung and Blood Institute) de Estados Unidos, constituye la guía de manejo del asma de mayor repercusión a nivel mundial. Dicha iniciativa recomienda editar guías locales que recojan las necesidades asistenciales, terapéuticas y de recursos de cada cultura, que hayan sido avaladas mediante la evidencia científica disponible.

Por dicha razón, la guía española incluye datos epidemiológicos y clínicos referentes a nuestro país, revisando el conocimiento de la enfermedad en sus aspectos anatomopatológicos, epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y educativos.

Se considera el asma como una inflamación crónica de las vías aéreas en la que ejercen un papel destacado determinadas células y mediadores. Este proceso se asocia a la presencia de hipersensibilidad bronquial que produce episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo, a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento.

- Tiene una prevalencia del 4-5% en adultos, y del 6-15% en niños.
- Se encuentran sin diagnosticar el 52% de los enfermos, y sin tratamiento el 26%.
- Se consideran factores de riesgo: alérgenos, tabaco, virus respiratorio sincitial, obesidad, alimentación precocinada y embarazo y parto anormal. Factores protectores: infecciones precoces, contacto con endotoxinas, dietas macrobióticas y alimentación materna.

Entre los factores desencadenantes se pueden distinguir:

- Factores directos: infección respiratoria viral, alérgenos, tabaco, contaminantes atmosféricos, frío y humedad.
- Factores indirectos: ejercicio, alérgenos, aditivos alimentarios, fármacos, sinusitis, menstruación, embarazo, reflujo gastroesofágico, tormentas e inversión térmica.
- Existe una clasificación clínica del asma en adultos en 4 niveles, en función de si los síntomas son diurnos o nocturnos, y de la fun-

ción pulmonar: intermitente, persistente leve, persistente moderada y persistente grave. Y existe otra clasificación clínica para niños, en función de las exacerbaciones, los síntomas con ejercicio y la función pulmonar, también en 4 niveles: episódica ocasional, episódica frecuente, persistente moderada y persistente grave.

El tratamiento farmacológico de mantenimiento persigue como objetivos: un control de la enfermedad lo antes posible y que permita las actividades cotidianas; una prevención de la obstrucción crónica al flujo aéreo, y una reducción de la mortalidad por asma.

Los criterios clínicos de control son: mínimos síntomas crónicos, sin limitación de la actividad habitual, mínimas exacerbaciones, ausencia de visitas a urgencias, función pulmonar normal (o casi), variabilidad del flujo espiratorio máximo (FEM) inferior al 20%, mínimo uso de medicación de rescate y mínimos efectos adversos farmacológicos.

Existe una serie de preguntas recomendadas para establecer el grado de control:

- ¿Ha tenido síntomas durante el día o la noche?
- ¿Ha tenido crisis, acudido a urgencias o ingresado en el hospital?
- ¿Ha precisado más medicación de la que tiene prescrita?
- ¿Ha disminuido o abandonado su actividad habitual (física, laboral, escolar y social)?
- ¿Ha disminuido su FEM?
- ¿Ha tenido algún problema por causa de la medicación?

En el tratamiento de mantenimiento en el adulto se utilizan los siguientes medicamentos:

Asma intermitente

– Agonistas adrenérgicos β_2 de corta duración (AA β_2 CD) a demanda: salbutamol o terbutalina.

Asma persistente leve

- AA β_2 CD a demanda.
- Esteroides inhalados (EIN) < 500 mcg/día: budesonida, beclometasona o fluticasona a mitad de dosis.

– Antagonistas de receptores de leucotrienos (ARLT): montelukast o zafirlukast, como alternativa en algunos casos a EIN.

Asma persistente moderada

- AA β_2 CD a demanda.
- EIN 200-1.000 mcg/día.
- Agonistas adrenérgicos β_2 de larga duración (AA β_2 LD): salmeterol (S), 50-100 mcg/día o formeterol (F), 9-36 mcg/día.
- Añadir ARLT si hay un control insuficiente con dosis altas de EIN (> 800 mcg/día).

Asma persistente grave

- AA β_2 CD a demanda.
- EIN > 1.000 mcg/día.
- AA β_2 LD: S, 50-100 mcg/día; F, 9-36 mcg/día.
- Añadir ARLT si hay un control insuficiente.
- Teofilina 100-300 mg/12 horas.
- Añadir esteroides orales si el control es insuficiente, ajustando a mínima dosis.

En niños, la clasificación terapéutica es similar, ajustando dosis, pero incluyendo grupos de medicamentos similares a los anteriores en cada escalón terapéutico.

La educación de los pacientes es una tarea relevante, cuyos objetivos son: adquirir información y habilidades de autocuidado, mejorar el cumplimiento terapéutico, conseguir el control de la enfermedad y reducir costes sanitarios.

La información y habilidades básicas que deben conocer los enfermos son las siguientes: conocer que es una enfermedad crónica que necesita tratamiento a largo plazo aunque no se tengan molestias; conocer la diferencia entre inflamación y broncodilatación y entre fármacos controladores y aliviadores; reconocer los síntomas de la enfermedad; usar correctamente los inhaladores; identificar los desencadenantes y saber evitarlos; monitorizar síntomas y FEM; reconocer signos y síntomas de empeoramiento, y actuar ante el deterioro para prevenir crisis.

Es importante la relación entre inflamación nasal (rinitis) e inflamación bronquial (asma). Se estima que un 20-40% de los pacientes con rinitis sufrirá asma. Los estudios que han evaluado la relación temporal entre el comienzo del asma y de la rinitis han mostrado que ésta precede habitualmente al asma. Por otro lado, la mayoría de los pacientes con asma (75% de los aquejados de asma alérgica y 80% de los que padecen de as-

ma no alérgica) presenta síntomas de rinitis estacional o perenne.

Recientemente, un consenso internacional categorizó la gravedad de la rinitis alérgica: Consenso ARIA 2001 (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*), disponible en el sitio web <http://www.whear.com>, que también contiene el documento *ARIA in the Pharmacy*, sobre el manejo de los síntomas de rinitis alérgica en la farmacia.

Se recomienda el siguiente tratamiento de la rinitis alérgica en adultos:

Rinitis intermitente o leve

- Evitación de alérgenos.
- Antihistamínico oral (loratadina, cetirizina, ebastina) o tópico (azelastina, levocabastina).
- Y/o descongestionantes.

Rinitis moderada y/o persistente

- Evitación de alérgenos.
- Antihistamínico oral o tópico.
- Y/o descongestionantes.
- Glucocorticoides tópicos (budesonida, fluticasona, mometasona).

Rinitis grave

- Evitación de alérgenos.
- Glucocorticoides tópicos a dosis altas.
- Antihistamínico oral y descongestionantes.
- Si mal control: revalorar diagnóstico, cumplimiento terapéutico, infección concomitante. Añadir:
 - Ipratropio tópico si rinorrea.
 - Glucocorticoides orales en pauta corta.
- Si fracasa el tratamiento, valorar:
 - Inmunoterapia específica (en jóvenes monosensibilizados).
 - Tratamiento quirúrgico.

Bibliografía

Guía Española para el Manejo del Asma (consultado 28/07/05). Disponible en: <http://www.gemasma.com>

Guía Española para el Manejo del Asma. Arch Bronconeumol. 2003;39(supl 5):1-42.

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

Consejo de Redacción: Prof. M^a José Faus, Universidad de Granada, España; Prof. Q.F. Catalina Domecq, Santiago, Chile; Prof. Fela Viso, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México; Q.F. María Isabel Suiffet, Montevideo, Uruguay; Dra. Nuria Montero, San Jose, Costa Rica; Q.F. Denise Funchal, Sao Paulo, Brasil; Dra. Ana Domínguez, Escuela Nacional de Sanidad; Dra. M^a Angeles de Marino, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; Dra. Ana Plaza, Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid; Farmacéuticos Comunitarios: Dña. Flor Alvarez de Toledo, Oviedo; D. José I. Centenera, Guadalajara; Dña. Carmen Granados, Jaén; Dña. Ana Isabel Lopez-Casero, Campo de Criptana (Ciudad Real); Dr. Julio Andrés, Valdepeñas (Ciudad Real); D. Fernando Peña, Sevilla; Dña. Nuria Rodrigo, Guadalajara; Dña. Concha Vicedo, Torrente (Valencia).