

MEJORANDO EL CONTROL DEL ASMA

DR. JOSÉ MIGUEL VALERO PÉREZ ESPECIALISTA EN A.P. CENTRO DE SALUD BÉTERA, VALENCIA

DR. JOSÉ IGNACIO GARCIA GARCÍA ESPECIALISTA EN A.P. CONSULTORIO AUXILIAR BALADRE (PUERTO SAGUNTO), VALENCIA

El asma en España

Datos epidemiológicos del asma en España¹

10%
prevalencia niños¹

5%
prevalencia adultos¹

Todavía mueren pacientes por Asma

52%
Sin diagnosticar^{3,4}

26%
Sin tratamiento^{3,4}

86,4%
No bien controlada²



**Mortalidad²
año 2018
(ambos sexos)
1.111
personas**

1. Guía Española para el Manejo del Asma. Versión 5.0. Disponible en www.gemasma.com. Último acceso: junio 2020.
2. Datos del Instituto Nacional de estadística (INE). 2018. <https://www.ine.es/jaxi/1/Tabla.htm?i=1147>.
3. V. Plaza, et al; Arch Bronconeumol. 2009;45(5):312-35.
4. Olaguibel JM et al. Respir Res 2012 Jun 22;13:50.

DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO ACUERDO DE LAS SSCC PARA MEJORAR EL MANEJO DEL ASMA

Comité de expertos



1 Documento de posicionamiento

3 Educación mínima para pacientes

DOCUMENTO DE CONSENSO

El manejo del asma como enfermedad inflamatoria crónica y problema sanitario global: documento de posicionamiento de las sociedades científicas

Documento de consenso

Cómo implementar un programa estructurado mínimo de educación en asma para los pacientes

Juan Antonio Trigueros^{a,*}, Daniel Ocaña^b, Antonio Hidalgo^c, Julio Delgado^d, Vicente Plaza^e

^aSociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), ^bSociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), ^cSociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), ^dSociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAI), ^eSociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

1. Domínguez-Ortega et al. *Semerger* 2020; Mar 26. doi: 10.1016/j.semerg.2020.01.001.

2. Trigueros, J.A. et al. *Med Gen Fam*. 2020; 9(1): 41-46

DOCUMENTO DE CONSENSO

El manejo del asma como enfermedad inflamatoria crónica y problema sanitario global: documento de posicionamiento de las sociedades científicas

J. Domínguez-Ortega^a, F.J. Sáez-Martínez^b, J.T. Gómez-Sáenz^{c,*}, J. Molina-París^d
y F.J. Álvarez-Gutiérrez^e, en nombre del Grupo Unidos por el Asma[◇]

^a Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), Madrid, España

^b Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Madrid, España

^c Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Madrid, España

^d Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Barcelona, España

^e Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Barcelona, España

CONCEPTOS CLAVE

- La **inflamación es la base de la enfermedad** en todos los niveles de gravedad, y los síntomas pueden ser variables también en cualquier escalón de gravedad.
- El **alivio** de los síntomas no implica que la enfermedad esté controlada.
- **El control del asma está sobrestimado** tanto por el clínico como por el propio paciente*
- El **uso excesivo de SABA** como tratamiento único aumenta el riesgo de ataque de asma por mal control de la enfermedad y puede asociarse, por tanto, a un **aumento de la morbimortalidad***.
- El **tratamiento** del asma debe dirigirse fundamentalmente al **control de la inflamación, siendo los CGI la piedra angular de la terapia en los estadios más tempranos de la enfermedad.**
- El **manejo del asma como enfermedad crónica** requiere atención continua y un proceso asistencial integrado donde un programa de educación estructurada al paciente es crucial* para que entienda su enfermedad y utilice adecuadamente su medicación.



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Documento de consenso

Cómo implementar un programa estructurado mínimo de educación en asma para los pacientes

Juan Antonio Trigueros^{a,*}, Daniel Ocaña^b, Antonio Hidalgo^c, Julio Delgado^d, Vicente Plaza^e

^aSociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). ^bSociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

^cSociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). ^dSociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC).

^eSociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

DOCUMENTO PACIENTES

- La aplicación de programas educativos estructurados individualizados en asma ha demostrado reducir el riesgo de padecer una exacerbación, aumentar la calidad de vida del paciente y disminuir los costes sanitarios.*
- La educación del paciente permite disminuir su ansiedad y, en especial, incrementar el adecuado cumplimiento terapéutico.
- Sin embargo, sólo el 16% de los 1500 médicos entrevistados en una encuesta española(Gema test 2008)* asegura que utilizan programas estructurados e individualizados de educación en asma.

Tabla 2 – Estructura y contenido del programa educativo mínimo para pacientes con asma.

Parte	Primera visita	Visita de seguimiento
1. Trasmisión de información básica	<ul style="list-style-type: none">• Se entrega un ejemplar de <i>GEMA Pacientes</i>²⁰• Se explican las 5 recomendaciones básicas de forma clara (Fig. 1)• Si el paciente tiene alergia, se le explican con claridad las pautas de evitación	Las 5 recomendaciones se reiteran con claridad en cada visita
2. MiniPlan de Acción	<p>Cumplimentación y/o revisión del “MiniPlan” de Acción</p> <ul style="list-style-type: none">• Se prepara el plan individualizado con el paciente y se explica (Fig. 2)• Se verifica la comprensión del paciente	En cada visita se revisa el “MiniPlan” y se comprueba la comprensión del paciente
3. Técnica de inhalación	<p>Explicación de la técnica de inhalación del dispositivo prescrito → <i>GEMA Inhaladores</i>²³</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicación y demostración del educador• Práctica del paciente supervisada por educador• Se refuerza la información remitiendo a <i>GEMA Pacientes</i>	El paciente demuestra su técnica en cada visita y se corrigen posibles errores

Los 5 CONSEJOS BÁSICOS para el ASMA

1. El asma es una enfermedad inflamatoria crónica. Por eso, no deje de tomar diariamente el tratamiento de mantenimiento o habitual y a las dosis acordadas. Es la mejor forma de prevenir crisis o ataques de asma.
2. No fume o consuma otros tóxicos inhalados, ni esté en presencia de otras personas fumando.
3. Si pierde el control de su asma, ¡ACTÚE! Si dispone de un Plan de Acción aplíquelo, si no, solicite ayuda médica.
4. Si padece alergia (ácaros, mascotas, pólenes, etc.), evite su exposición.
5. Si toma más de 1 ciclo de corticoides orales en 1 mes para controlar los síntomas, acuda a su médico.

DOCUMENTO PACIENTES

Tabla 2 – Estructura y contenido del programa educativo mínimo para pacientes con asma.

Parte	Primera visita	Visita de seguimiento
1. Trasmisión de información básica	<ul style="list-style-type: none">• Se entrega un ejemplar de <i>GEMA Pacientes</i>²⁰• Se explican las 5 recomendaciones básicas de forma clara (Fig. 1)• Si el paciente tiene alergia, se le explican con claridad las pautas de evitación	Las 5 recomendaciones se reiteran con claridad en cada visita
2. MiniPlan de Acción	<p>Cumplimentación y/o revisión del “MiniPlan” de Acción</p> <ul style="list-style-type: none">• Se prepara el plan individualizado con el paciente y se explica (Fig. 2)• Se verifica la comprensión del paciente	En cada visita se revisa el “MiniPlan” y se comprueba la comprensión del paciente
3. Técnica de inhalación	<p>Explicación de la técnica de inhalación del dispositivo prescrito → <i>GEMA Inhaladores</i>²³</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicación y demostración del educador• Práctica del paciente supervisada por educador• Se refuerza la información remitiendo a <i>GEMA Pacientes</i>	El paciente demuestra su técnica en cada visita y se corrigen posibles errores

MINIPLAN DE ACCIÓN DEL ASMA

Nombre:

Fecha:

Si en las últimas 24 horas su asma ha empeorado, por haber presentado:

- Ahogo o pitos más de dos veces, o
- Ahogo o pitos que le despertaron durante la noche anterior, o
- La necesidad de tomar su inhalador de rescate más de dos veces.
-

Aumente el tratamiento de la siguiente forma:

- 1.º Aumente y manténgalo durante días.
- 2.º Si no mejora, inicie (prednisona) 30 mg. UN comprimido al día, y manténgalo durante días (máximo 3-5 días)*.
- 3.º Si no mejora, solicite visita con su médico.

**No sobrepasar ese tiempo de tratamiento. Si precisa más de 1 ciclo de comprimidos en 1 mes, acuda a su médico.*

Figura 2 – Anverso del díptico “MiniPLAN de Acción del Asma”.

DOCUMENTO PACIENTES

Tabla 2 – Estructura y contenido del programa educativo mínimo para pacientes con asma.

Parte	Primera visita	Visita de seguimiento
1. Trasmisión de información básica	<ul style="list-style-type: none">• Se entrega un ejemplar de <i>GEMA Pacientes</i>²⁰• Se explican las 5 recomendaciones básicas de forma clara (Fig. 1)• Si el paciente tiene alergia, se le explican con claridad las pautas de evitación	Las 5 recomendaciones se reiteran con claridad en cada visita
2. MiniPlan de Acción	<p>Cumplimentación y/o revisión del “MiniPlan” de Acción</p> <ul style="list-style-type: none">• Se prepara el plan individualizado con el paciente y se explica (Fig. 2)• Se verifica la comprensión del paciente	En cada visita se revisa el “MiniPlan” y se comprueba la comprensión del paciente
3. Técnica de inhalación	<p>Explicación de la técnica de inhalación del dispositivo prescrito → <i>GEMA Inhaladores</i>²³</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicación y demostración del educador• Práctica del paciente supervisada por educador• Se refuerza la información remitiendo a <i>GEMA Pacientes</i>	El paciente demuestra su técnica en cada visita y se corrigen posibles errores

JOURNAL OF AEROSOL MEDICINE AND PULMONARY DRUG DELIVERY
Volume 25, Number 1, 2012
© Mary Ann Liebert, Inc.
Pp. 16-22
DOI: 10.1089/jamp.2011.0895

Physicians' Knowledge of Inhaler Devices and Inhalation Techniques Remains Poor in Spain

Vicente Plaza, M.D., Ph.D.,¹ Joaquín Sanchis, M.D., Ph.D.,¹ Pere Roura, M.B., M.P.H.,² Jesús Molina, M.D.,³
Myriam Calle, Ph.D.,⁴ Santiago Quirce, M.D., Ph.D.,⁵ José Luis Viejo, M.D., Ph.D.,⁶
Fernando Caballero, Ph.D.,⁷ and Cristina Murio, M.D.⁸



Sanidad financiará el Plan de Adherencia de Farmaindustria

MARTA RIESGO

Ajustar las plantillas de médicos y enfermeros, un requisito para impulsar la adherencia

“Los médicos tenemos que entonar el ‘mea culpa’ en el control de la adherencia”

A. L. S. MADRID

Falta de información, falta de tiempo contribuyen a la que el cumplimiento

Enfermería, clave en la monitorización de los nuevos tratamientos en EM

lustria, ha logrado unir a todos los a los pacientes, en el Plan de lizado hasta ahora.

Farmaindustria saca músculo con su Plan de Adherencia

ofi Genzyme "El

CUMPLIMIENTO/ADHERENCIA /ADHESIÓN

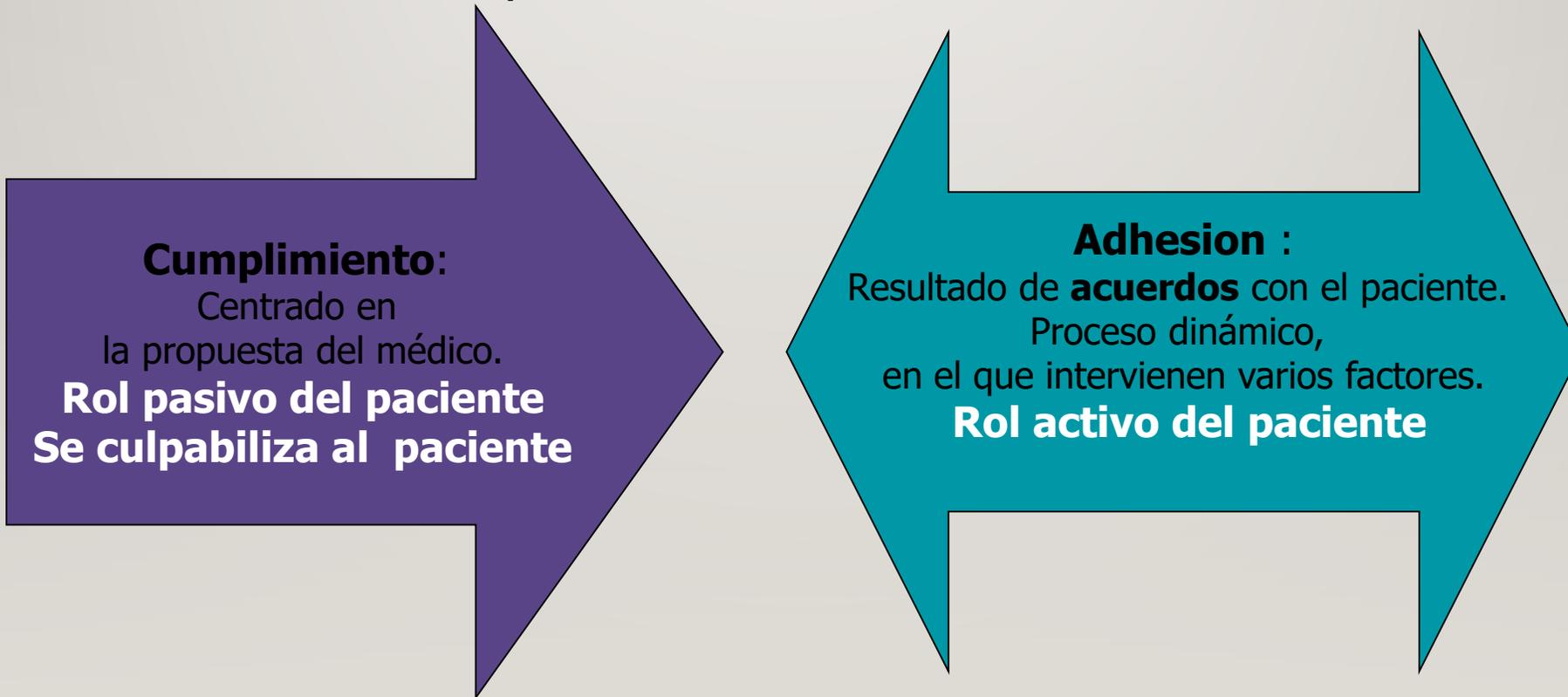
- En la literatura anglosajona los mas utilizados son **Cumplimiento (Compliance) y Adherencia (Adherence)**
- **CumplimientoObedienciaRol pasivo .**
- **AdherenciaPropiedad física.**
- **AdhesiónConducta compleja que se desarrolla en la interaccion del paciente y los agentes de salud con la intención de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado.....AccionMAS ADECUADO AL CASTELLANO**

CUMPLIMIENTO / ADHESIÓN

15

Relación Médico - Profesional de Salud - Paciente:

¿"Cumplimiento" o "Adherencia"?





**World Health
Organization**

“Grado en el que el uso de la medicación por parte del paciente se corresponde con el régimen prescrito”

REVIEW AND AGREE ON MANAGEMENT PLAN

- Review management plan
- Mutual agreement on changes
- Ensure agreed modification of therapy is implemented in a timely fashion to avoid clinical inertia
- Decision cycle undertaken regularly (at least once/twice a year)

ASSESS KEY PATIENT CHARACTERISTICS

- Current lifestyle
- Comorbidities, i.e., ASCVD, CKD, HF
- Clinical characteristics, i.e., age, HbA_{1c}, weight
- Issues such as motivation and depression
- Cultural and socioeconomic context

ONGOING MONITORING AND SUPPORT INCLUDING:

- Emotional well-being
- Check tolerability of medication
- Monitor glycemc status
- Biofeedback including SMBG, weight, step count, HbA_{1c}, blood pressure, lipids

GOALS OF CARE

- Prevent complications
- Optimize quality of life



CONSIDER SPECIFIC FACTORS THAT IMPACT CHOICE OF TREATMENT

- Individualized HbA_{1c} target
- Impact on weight and hypoglycemia
- Side effect profile of medication
- Complexity of regimen, i.e., frequency, mode of administration
- Choose regimen to optimize adherence and persistence
- Access, cost, and availability of medication

IMPLEMENT MANAGEMENT PLAN

- Patients not meeting goals generally should be seen at least every 3 months as long as progress is being made, more frequent contact initially is often desirable for DSMES

AGREE ON MANAGEMENT PLAN

- Specify SMART goals:
 - Specific
 - Measurable
 - Achievable
 - Realistic
 - Time limited

SHARED DECISION MAKING TO CREATE A MANAGEMENT PLAN

- Involves an educated and informed patient (and their family/caregiver)
- Seeks patient preferences
- Effective consultation includes motivational interviewing, goal setting, and shared decision making
- Empowers the patient
- Ensures access to DSMES

ASCVD = Atherosclerotic Cardiovascular Disease

CKD = Chronic Kidney Disease

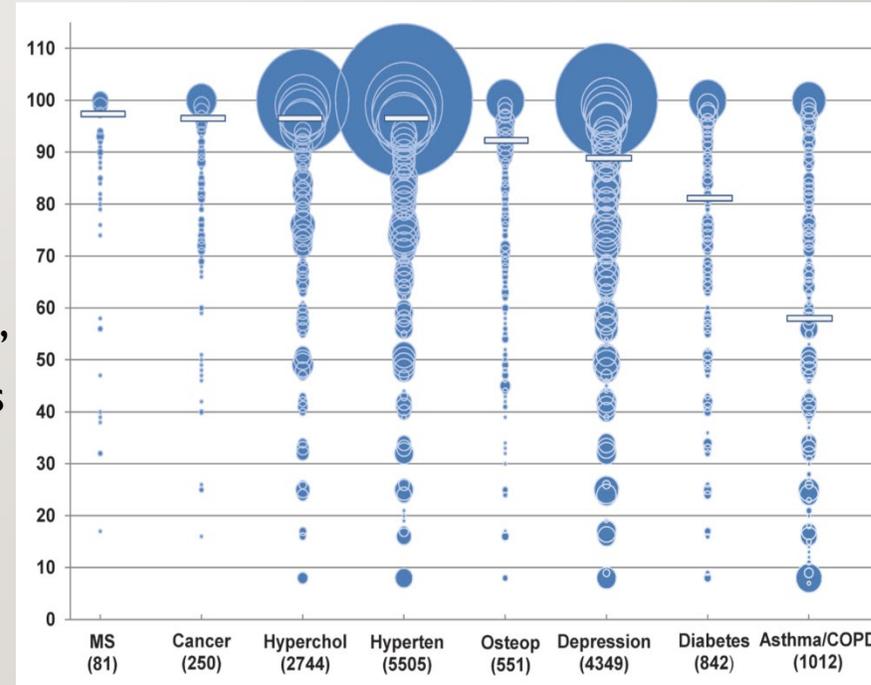
HF = Heart Failure

DSMES = Diabetes Self-Management Education and Support

SMBG = Self-Monitored Blood Glucose

ADHESIÓN A LA MEDICACIÓN

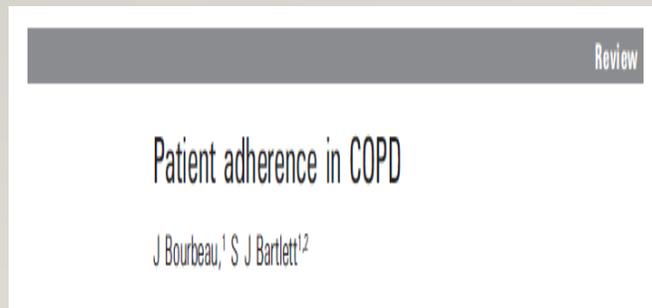
- 31.636 pacientes (15.334 con única enfermedad y único tratamiento).
- Adherente si tomaban >80% del tratamiento.
- **> 75 % adherentes** en: hipertensión, hiperlipidemia, osteoporosis, esclerosis múltiple y cáncer.
- **62 % adherentes** en sd. depresivo.
- **51 % adherentes** en diabetes.
- 33% adherentes en Asma y EPOC.



ADHERENCIA EN AL PATOLOGÍA RESPIRATORIA

LA REALIDAD

- OMS calcula que el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no toma el tratamiento prescrito por su médico¹
- En las **enfermedades crónicas respiratorias** se estima una **adherencia terapéutica inferior al 50 %**
- En la **terapia inhalada** ,el **cumplimiento autoreferido al año es del 60%** (50% a los 5 años)
- Las tasas de adhesión en pacientes con EPOC oscilan entre 29-56%



ASMA
30-70%

EPOC
<40%

CONSECUENCIAS

- Aumento de la morbilidad
- Mayor uso de servicios sanitarios

1. Sabaté E et al. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. WHO 2003; 211 p.

CATEGORIAS EN LA FALTA DE ADHESIÓN:

- **ERRÁTICA:** paciente que, por olvidos o estilos de vida, involuntariamente no toma la medicación en la forma prescrita
- **DELIBERADA:** es el resultado de una decisión voluntaria por parte del paciente, por distintas razones: los ES (o el temor a los mismos), la no percepción de beneficios, no sentirse enfermo,
- **INCONSCIENTE:** paciente que no conoce la técnica de utilización del dispositivo, o los detalles del régimen del tratamiento, pero lo toma de forma regular

BARRERAS ASOCIADAS A LA ADHESIÓN TERAPÉUTICA :

Enfermedad:

- Cronicidad
- Estabilidad sintomática,
- Ausencia de síntomas

Paciente:

- Edad (niños, adolescentes, ancianos)
- Trastornos físicos
- Dificultad cognitiva
- Escasa percepción de gravedad
- Expectativas erróneas
- Miedos no expresados
- Apoyo familiar y social
- Comorbilidades psiquiátricas



Relación médico –paciente:

- Falta de información
- Educación sanitaria
- Mala relación

Tratamiento:

- Alto número de dosis
- Efectos secundarios
- Temor
- Complejidad del tratamiento
- Coste- reembolso
- Dificultades con uso de inhaladores

Otros:

- Factores emocionales
- Olvidos
- Estilos de vida
- Creencias

¿QUÉ PODEMOS HACER PARA MEJORAR LA ADHESIÓN?



- Paciente conozca su patología y convencerle que el papel que desempeña en ella es fundamental.
 - Desterrar miedos a efectos secundarios.
 - Resolver dudas, mitos, creencias erróneas.
-

- ¿Por qué de esa baja adhesión?
- Aprovechar las recaídas.
- Facilitar el tratamiento.
- Ayudarnos de las nuevas tecnologías.
- Utilización de cuestionarios validados

TAI (TEST DE ADHESIÓN DE INHALADORES)

- Cuestionario específico para la medicación inhalada, validado y en parte autoadministrado
- Dos cuestionarios en uno:
 1. **TAI 10:** 10 preguntas autoadministradas que informan sobre la adherencia terapéutica
 2. **TAI 12:** dos preguntas a contestar por el personal sanitario que valora el conocimiento de la pauta y la técnica inhalación. Informa sobre el tipo de incumplimiento

TAI 12 ítems		<i>Tipo de incumplimiento*</i>	
PUNTUACIÓN		INTERPRETACIÓN	
Ítems del 1 al 5 < 25	>	Incumplimiento errático	
Ítems del 5 al 10 < 25	>	Incumplimiento deliberado	
Ítems del 11 al 12 < 4	>	Incumplimiento inconsciente	

TAI 10 ítems		<i>Nivel de adhesión</i>	
PUNTUACIÓN		INTERPRETACIÓN	
=50 puntos	>	Buena adhesión	
Entre 46 y 49 puntos	>	Adhesión intermedia	
≤ 45 puntos	>	Mala adhesión	

Test de adhesión a los Inhaladores (TAI)

1. En los últimos 7 días ¿cuántas veces olvidó tomar sus inhaladores habituales?

1. Todas 2. Más de la mitad 3. Aprox. la mitad 4. Menos de la mitad 5. Ninguna

2. Se olvida de tomar los inhaladores:

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

3. Cuando se encuentra bien de su enfermedad, deja de tomar sus inhaladores:

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

4. Cuando está de vacaciones o de fin de semana, deja de tomar sus inhaladores:

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

5. Cuando está nervioso/a o triste, deja de tomar sus inhaladores:

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

6. Deja de tomar sus inhaladores por miedo a posibles efectos secundarios:

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

7. Deja de tomar sus inhaladores por considerar que son de poca ayuda para tratar su enfermedad:

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

8. Toma menos inhalaciones de las que su médico le prescribió:

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

9. Deja de tomar sus inhaladores porque considera que interfieren con su vida cotidiana o laboral:

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

10. Deja de tomar sus inhaladores porque tiene dificultad para pagarlos:

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

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)

11. ¿Conoce o recuerda el paciente la pauta (dosis y frecuencia) que se le prescribió?

1. No 2. Si

12. La técnica de inhalación del dispositivo del paciente es:

1. Con errores críticos 2. Sin errores críticos o correcta

TAI CON RETIRADA DE FARMACIA: RETAI

- Si al TAI 10 se le combina la información de la retirada de la medicación en farmacia, aumenta el porcentaje de no adhesión frente a la evaluación por separado
- **¿Cómo medimos el RETAI?**
- Medición TAI 10
- Recuento de la retirada de la medicación en farmacia en los últimos 6 meses
- Se considera **no adherente** si: TAI < a 50 puntos o medicación de rescate: menor del 80%
- Diario del asmático, y ayudado con un plan de acción por escrito, para que el paciente automaneje su enfermedad y se responsabilice de tomar adecuadamente el tratamiento

Ayuda al diagnóstico

- PITOS en el pecho
- TOS de predominio nocturno
- Fatiga u OPRESIÓN torácica
- Resfriados que progresan a BRONQUITIS
- Historial de uso de INHALADORES
- Antecedentes de alergia o RINITIS

Si hay síntomas:

- ✓ ESPIROMETRÍA con prueba broncodilatadora.
- ✓ Considere tratamiento inhalado con corticoides (CI/LABA, CI)

Ayuda al control

- LIMITACIÓN de actividades
- SÍNTOMAS nocturnos
- Necesidad de RESCATE
- Alguna EXACERBACIÓN en el último año

Si hay síntomas , no hay control:

- ✓ Considere ajuste tratamiento inhalado con CI/LABA
- ✓ Compruebe técnica
- ✓ Simplifique posología

• Motivar al paciente:

- Evaluar las barreras del lenguaje
- Escucha activa con comunicación no verbal mejorada
- Preguntas de final abierto
- Afirmación y resumen de las declaraciones del paciente
- Instrucciones claras de medicación
- Realizar demostración
- Toma de decisiones compartida



