

La población de asmáticos ambulatorios y su control tras adaptar el tratamiento a las recomendaciones internacionales (ASMACAP I)

Ferran Morell^a, Teresa Genover^a, Leonardo Reyes^b, Esther Benaque^b, Àlex Roger^a y Jaume Ferrer^a

^aServei de Pneumologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Centre d'Assistència Primària San Rafael (SAP Muntanya). Barcelona. España.

^bCentre d'Assistència Primària Rio de Janeiro. Barcelona. España.

OBJETIVO: Los pacientes asmáticos en régimen ambulatorio muestran un deficiente control de su enfermedad. El objetivo de este estudio ha sido realizar una intervención corta, y factible de repetir en la práctica, con el fin de intentar mejorar dicho control.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se citó a los pacientes asmáticos de 2 centros de asistencia primaria para encuestarles, adaptar el tratamiento según las recomendaciones de la GINA (Global Initiative for Asthma) y explicarles en 5 min en qué consistía la enfermedad. A los 4 meses se realizó una segunda visita repitiendo el protocolo. Se compararon los parámetros asistenciales de los 4 meses anteriores a cada visita.

RESULTADOS: De las características clínicas de los 180 pacientes destaca que un 70% eran mujeres, un 17% fumaba, un 8% eran analfabetos, un 46% únicamente tenía estudios primarios, un 45% estaba en contacto con productos de limpieza y en un 63% el asma era extrínseca. Por lo que se refiere a la gravedad del asma, en un 73% ésta era leve, en un 23%, moderada y en un 4%, grave. Un 22% había recibido explicaciones sobre su enfermedad, un 50% tenía el tratamiento por escrito, un 14% tenía un plan para las exacerbaciones y el 54% recibía corticoides inhalados. Los 110 (61%) que acudieron a la segunda visita mostraron diferencias en los 4 meses previos a cada visita, en el tratamiento con corticoides inhalados (78%, $p < 0,001$) en el número de visitas a su médico ($p < 0,01$), en las visitas por agudización a su médico ($p < 0,001$) y a urgencias en su ambulatorio ($p < 0,002$), y también en el estadio de la enfermedad ($p < 0,02$).

CONCLUSIONES: Esta actuación clínica mínima ha reducido la frecuentación a los centros asistenciales y ha mejorado el grado de control clínico de los pacientes.

Monitoring of Asthma Outpatients After Adapting Treatment to Meet International Guidelines

OBJECTIVE: Poor control of asthma treated in outpatient settings has been demonstrated. The aim of this study was to perform a short intervention, readily replicable in everyday practice, to try to improve control of the disease.

PATIENTS AND METHODS: Two primary health care clinics made appointments with asthma patients to administer a questionnaire and adapt their treatment to the guidelines of the Global Initiative for Asthma. Patients also received an explanation of the disease lasting not more than 5 minutes. The protocol was repeated at a second visit 4 months later. Health care parameters were compared with those from the previous visit.

RESULTS: The characteristics of the 180 patients were as follows: 70% were women, 17% were smokers, 8% were illiterate, 46% had only primary education, 45% were in contact with cleaning products, and 63% had extrinsic asthma. The asthma severity was as follows: mild in 73%, moderate in 23%, and severe in 4%. Twenty-two percent had received previous explanations of the disease, 50% had a written treatment plan, 14% had a plan for exacerbations, and 54% were taking inhaled corticosteroids. The second appointment was kept by 110 (61%) of the patients, who showed differences with respect to the previous visit 4 months earlier in the percentage taking inhaled corticosteroids (78%, $P < .001$), the number of visits to the physician ($P < .01$), visits to the physician due to exacerbations ($P < .001$), emergency visits to the outpatient clinic ($P < .002$), and disease severity ($P < .02$).

CONCLUSIONS: This minimal clinical intervention reduced the need for visits to health care centers and improved the control of asthma symptoms.

Palabras clave: Asma. Educación. Adherencia.

Key words: Asthma. Education. Adherence.

Introducción

Los estudios europeos del asma y de salud respiratoria^{1,2} han comprobado que el asma es una enfermedad frecuente, que, concretamente en Barcelona, afecta a un

6,6% de las mujeres y a un 6,3% de los varones de edades comprendidas entre los 20 y los 40 años¹. Sin embargo, la prevalencia de pacientes diagnosticados de asma en España está por debajo de la media europea real; entre estas ciudades se encontraba Barcelona, con una cifra de diagnóstico del 3%². Es decir, únicamente la mitad de los pacientes asmáticos están diagnosticados.

Si bien es conocido que el tratamiento del asma permite controlar los síntomas en un gran porcentaje de pacientes, estudios realizados tanto en Europa³ como en EE.UU.⁴ demuestran que una gran mayoría de pacientes no cumplen

Estudio financiado en parte por RedRespira-ISCiii-RTIC-03/11 y por una beca de la Fundació Catalana de Pneumologia (FUCAP-Astra).

Correspondencia: Dr. F. Morell.

Servei de Pneumologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
Pg. Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.
Correo electrónico: fmorell@vhebron.net

Recibido: 17-10-2005; aceptado para su publicación: 9-5-2006.

la medicación recomendada por las guías internacionales (Global Initiative for Asthma, GINA)⁵ y refieren tener un mal control de su enfermedad. Estas cifras son decepcionantes si tenemos en cuenta la cantidad de recursos que se destinan a la atención sanitaria de estos pacientes, así como a la formación del médico a través de las múltiples actividades académicas que se llevan a cabo y que, desafortunadamente, no se traducen en la práctica en un correcto control clínico de los pacientes. En efecto, los pacientes no están tratados según las recomendaciones de las guías consensuadas, y el conocimiento que tienen de su enfermedad es escaso, lo que condiciona un deficiente control clínico de la enfermedad asmática⁶. Este mal control, además de representar un peligro de agudización, condiciona mayores molestias personales, una mayor utilización de los servicios médicos ambulatorios y de urgencias, una pérdida de días de trabajo o escolares y, por lo tanto, un mayor dispendio económico para el sistema sanitario. En efecto, el coste total promedio de un paciente asmático de la comarca de Osona (Barcelona) se calculó en 1995 que era de 2.879 dólares americanos/año, siendo 6 veces más costosos los casos de asma calificada de grave. Se sabe, en definitiva, que los pacientes peor controlados, que representaban la cuarta parte, originan más del 50% del gasto total^{7,8}.

Varios estudios han demostrado que los pacientes que siguen un plan de educación sobre su enfermedad, tienen un plan escrito de su tratamiento, realizan un seguimiento de su enfermedad y acuden a las visitas con regularidad presentan un mejor control clínico⁶, tal como corroboraron en nuestro país Ignacio-García et al⁹. La gran dificultad de poder llevar a cabo estos efectivos planes de educación es el tiempo que tiene que dedicar el médico o la enfermera durante cada visita, lo que en la práctica hace muy difícil su aplicación. Es por ello que, ante la falta de estudios que demuestran la eficacia de intervenciones simples¹⁰, los expertos recomiendan que se realicen este tipo de estudios¹¹.

El objetivo del presente trabajo ha sido averiguar en nuestro medio el grado de control y el tratamiento que en realidad reciben los pacientes diagnosticados de asma en 2 centros de asistencia primaria de nuestra ciudad y comprobar si, al adaptar el tratamiento a las normativas internacionales⁵ y realizar una mínima educación en una única y corta visita especializada, el grado de control clínico de los pacientes mejora y la frecuentación a los servicios sanitarios disminuye.

Pacientes y métodos

Pacientes

De la lista de pacientes de los 2 centros de asistencia primaria (CAP), se procedió a citar a los que presentaban asma, siguiendo un orden correlativo, para realizar una visita con un neumólogo en el mismo CAP, con el fin de actualizar su tratamiento. El estudio fue aceptado por el Comité Ético del Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Visita inicial

Un médico de asistencia primaria citó telefónicamente a los pacientes, a un ritmo de 8 por semana, para que se visitara a 4 de ellos en 2 días diferentes. Una vez en el CAP, los pacientes

eran atendidos por uno de los 2 neumólogos que participaron en el trabajo de campo, ambos ajenos al centro, quienes realizaban el protocolo de estudio, que consistía en: *a*) interrogatorio sobre la profesión de los pacientes, hábito tabáquico, consumo de alcohol y otras drogas, cuidado o no de animales en su domicilio, manifestaciones alérgicas además del asma (rinitis, conjuntivitis, eccema, urticaria) y resultado de las pruebas cutáneas de hipersensibilidad inmediata o determinación de inmunoglobulinas E específicas en suero, si una o ambas pruebas se habían realizado anteriormente; *b*) se les preguntaba asimismo si habían recibido una explicación sobre su enfermedad, si se les había administrado un plan escrito de tratamiento y si realizaban de algún modo un seguimiento de su enfermedad, además de preguntarles sobre el tratamiento que realmente venían realizando y comprobar el grado de control del asma según los síntomas (tos, sibilancias, disnea y medicación de rescate utilizada), frecuentación al médico y a los servicios de urgencias, y pérdida de días de trabajo en los 4 meses anteriores; *c*) se practicaba una espirometría; *d*) se calificaba la gravedad del asma según la normativa GINA¹², es decir, por síntomas previos y en el momento de la visita, y *e*) finalmente se ajustaba la medicación por escrito según la gravedad de la enfermedad, además de instruir a los pacientes sobre las modificaciones a realizar en caso de empeoramiento (aumento de los betamiméticos de rescate y, en el caso de mejorar, introducción de una tanda corta de corticoides orales) y explicarles en 5 min en qué consiste la enfermedad asmática. El total de tiempo utilizado en la primera visita fue de 30 min. La explicación sobre la enfermedad se realizó siguiendo el cuaderno Diaryflow[®], de utilización habitual en nuestro servicio, que contiene, con figuras explicativas, etc., las informaciones enumeradas en la tabla I.

Control a los 4 meses

De 2 a 4 días antes se llamaba por teléfono a los pacientes para recordarles la visita. En esta segunda y última visita el neumólogo realizó el mismo protocolo antes explicado, recogiendo los datos clínicos de los 4 meses anteriores.

Definición de asma

El neumólogo aceptó para el estudio a los pacientes asmáticos remitidos que referían haber presentado síntomas de disnea episódica, sibilancias y/o opresión pretorácica. La variación estacional de los síntomas y una historia positiva familiar de asma o atopia favorecieron el diagnóstico¹³.

Análisis estadístico

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio, y se compararon las características basales entre los pacientes con seguimiento completo y aquellos que no acudieron a la segunda visita. La comparación entre grupos se realizó mediante el test de la t de Student para variables cuantitativas.

TABLA I
Contenido de la información y plan de tratamiento del Diaryflow[®]

1. Explicación del asma como enfermedad bronquial de tipo inflamatorio, que puede acompañarse de broncospasmo y secreción mucosa
2. Cuáles son los fármacos y dónde actúan
3. Lista de sustancias proinflamatorias de la mucosa bronquial
4. Esquema/plan de tratamiento y plan de modificación en caso de exacerbación (broncodilatadores a demanda y, si es preciso, corticoides orales)
5. Técnica de administración de los diferentes dispositivos para inhalación de los fármacos

tivas y mediante la prueba de la χ^2 o prueba exacta de Fisher para variables cualitativas. El análisis comparativo entre la visita inicial y de seguimiento se efectuó mediante el test de McNemar para datos pareados. En todas las pruebas estadísticas se utilizó un nivel de significación estadística de 0,05. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 12.0.

Resultados

Visita inicial

De los 230 pacientes con quienes se estableció contacto telefónico, acudieron a consulta 192 (83%). De éstos, se confirmó el diagnóstico de asma en 180, quienes se estudiaron en la primera visita. En la tabla II se describen las características basales de los pacientes, de los que un 70% eran mujeres y un 42% tenía más de 60 años. Un 17% eran fumadores habituales. Un 46% únicamente había cursado estudios primarios y un 8% eran analfabetos. Un 75% eran o habían sido trabajadores manuales. Se habían realizado pruebas cutáneas de hipersensibilidad inmediata 131 pacientes (73%), y 82 (63%) de éstos manifestaron que habían sido positivas frente al menos un antígeno. Un gran porcentaje refería haber presentado otras manifestaciones de alergia, encabezadas por rinitis (46%) y conjuntivitis (42%). Un 11% de los pacientes afirmaba haber presentado una reacción clínica significativa o grave frente al ácido acetilsalicílico. Como era de esperar, el 90% de los pacientes manifestaban estar controlados por un médico del Institut Català de Salut, el 51% directamente por el médico de familia y un 44% por el neumólogo. Un 8% estaban controlados por un médico privado (mutua u otro tipo). Sólo 2 pacientes declararon realizar tratamiento con medicina alternativa. Un 22% refería haber recibido explicaciones sobre la enfermedad asmática y un 50% aseguraba no tener el tratamiento por escrito. Sólo un 14% tenía un plan a realizar en caso de agudización de la enfermedad. La presión arterial media en los 114 pacientes, una vez excluidos aquéllos con presión arterial sistólica > 140 mmHg y/o con presión arterial diastólica > 90 mmHg, fue de 119 ± 9 mmHg/ 73 ± 6 mmHg.

Las características clínicas en la visita inicial están descritas en la tabla II. A la segunda visita acudieron 110 pacientes (61%). Entre éstos y los 70 pacientes (39%) que no acudieron a la segunda visita no había diferencias significativas, excepto en la alergia a fármacos, que era más frecuente en los primeros ($n = 27$; 25%) que en los segundos ($n = 8$; 11%) ($p < 0,03$), y en la idiosincrasia al ácido acetilsalicílico, que presentaban 18 (16%) de los que acudieron y 2 (3%) de los que no acudieron ($p < 0,006$). Los que acudieron tenían con menor frecuencia como responsable a un médico privado ($n = 4$; 4%) que los que no acudieron ($n = 10$; 14%) ($p < 0,02$). En cuanto al tratamiento que recibían, únicamente hubo diferencias en la toma de anticolinérgicos, que recibían más frecuentemente los que acudieron ($n = 17$; 15%) que los que no acudieron ($n = 4$; 3%) ($p < 0,03$). Las causas por las que no acudieron, a pesar de que se les programó durante la primera visita y de llamarles por teléfono los días anteriores a la segunda, fueron: en 5 casos porque no habían cumplido el tratamiento por temor a los efectos secundarios de los corti-

TABLA II
Características sociodemográficas y clínico-asistenciales basales de 180 pacientes asmáticos visitados en 2 centros de asistencia primaria

Edad (años)	
Media	59 \pm 19
< 20	13 (7%)
20-93	55 (30%)
40-59	37 (21%)
60-79	75 (42%)
Sexo	
Mujeres	126 (70%)
Hábito tabáquico	
Fumadores	30 (17%)
Responsable médico	
Algún médico	162 (90%)
Médico de familia	83 (51%)
Neumólogo	70 (44%)
Otros médicos	5 (3%)
Médico privado	14 (8%)
Normas de tratamiento recibido	39 (22%)
Explicación sobre el asma	22 (12%)
Lista de sustancias que deben evitarse	89 (50%)
Tratamiento escrito si plan de modificaciones	26 (14%)
Estadio de gravedad	
I (leve intermitente)	46 (26%)
II (leve persistente)	86 (49%)
III (moderado)	37 (21%)
IV (grave)	6 (3%)
Estudio previo de alergia	
PCHI realizadas	131 (73%)
≥ 1 PCHI positivas	82 (63%)
Otras manifestaciones de hipersensibilidad	
Rinitis	83 (46%)
PCHI positiva	48/82 (59%)
PCHI negativa	12/35 (37%)
Conjuntivitis	75 (42%)
PCHI positiva	36/82 (43%)
PCHI negativa	13/35 (35%)
Ecceema	51 (30%)
PCHI positiva	27/82 (32%)
PCHI negativa	8/35 (23%)
Urticaria	48 (27%)
PCHI positiva	22/82 (26%)
PCHI negativa	5/35 (14%)
Hipersensibilidad a fármacos	35 (19%) ^b
Idiosincrasia al ácido acetilsalicílico	
Evidente	20 (11%)
Probable	8 (4%)
Nivel educativo	
Analfabeto	14 (8%)
Estudios primarios	83 (41%)
Estudios medios	58 (32%)
Estudios superiores	25 (14%)
Tipo de ocupación	
Manual calificado	66 (37%)
Manual	69 (38%)
Intermedia	25 (14%)
Profesional/superior	20 (11%)
Clase de oficio ^a	
Ama de casa	64 (36%)
Administrativo/estudiante	58 (32%)
Limpieza	19 (10%)
Procesador de comidas	6 (3%)
Industria textil	5 (3%)
Construcción	5 (3%)
Panaderos	4 (3%)
Otros	19 (10%)

Los valores se expresan como media \pm desviación estándar o como número de pacientes y porcentaje. PCHI: prueba cutánea de hipersensibilidad inmediata.
^aCategorías no excluyentes. ^bPenicilina ($n = 9$), amoxicilina ($n = 2$), sulfamidas, metamizol, sulpirida, triamcinolona, yodo y "un jarabe para la tos" ($n = 1$ de cada fármaco); en el resto no pudo identificarse el fármaco.

TABLA III
Tratamiento farmacológico previo, el prescrito por el neumólogo y el que realizaban a los 4 meses de la intervención el total de los 180 pacientes

Tratamiento	Previo a la 1.ª visita (n = 180)	Prescrito en la 1.ª visita (GINA) (n = 180)
Ninguno	41 (23%)	0
Agonistas β_2 de corta duración	101 (56%)	123 (68%)
Corticoides inhalados	98 (54%)	152 (84%)
Agonistas β_2 de larga duración	71 (39%)	135 (75%)
Anticolinérgicos	20 (11%)	33 (18%)
Antileucotrienos	20 (11%)	45 (25%)
Teofilina	9 (5%)	4 (2%)
Antihistamínicos	27 (15%)	9 (5%)
Corticoides orales > 8 días/último mes	6 (4%)	–
Tratamiento hiposensibilizante	6 (4%)	0
Tratamientos alternativos	2 (2%)	0

TABLA V
Tratamiento que manifestaron realizar los pacientes antes y a los 4 meses de la intervención únicamente en los que acudieron a las 2 visitas (n = 110)

Tratamiento	Antes de la 1.ª visita	Al visitarse el 4.º mes	p
Ninguno	20 (18%)	9 (8%)	0,01
Agonistas β_2 de corta duración	63 (57%)	66 (60%)	0,7
Corticoides inhalados	64 (58%)	86 (78%)	< 0,001
Agonistas β_2 de larga duración	44 (40%)	74 (67%)	< 0,001
Anticolinérgicos	17 (15%)	16 (15%)	1
Antileucotrienos	15 (14%)	28 (25%)	0,004
Teofilina	3 (3%)	5 (5%)	0,7
Corticoides orales > 8 días/último mes	3 (3%)	15 (14%)	< 0,001
Tratamiento hiposensibilizante	4 (4%)	1 (1%)	0,4
Antihistamínicos	16 (15%)	16 (15%)	1
Tratamiento naturista	–	2 (2%)	

coides inhalados, en 3 casos por los efectos secundarios laríngeos de los corticoides inhalados, en 22 porque no habían cumplido el tratamiento prescrito, 25 pacientes confirmaron pero no acudieron y en 15 desconocemos por qué no acudieron.

En la tabla III se exponen, en primer lugar, el tratamiento que venían realizando los 180 pacientes y el instaurado según la normativa GINA por el neumólogo en

TABLA IV
Parámetros clínicos en los 4 meses previos a la visita inicial y a la visita de control en los pacientes con seguimiento (n = 110)*

	4 meses antes de la visita inicial	4 meses antes de la visita control (2.ª visita)	p
Visita programada a su médico			< 0,001
Ninguna	31 (28%)	75 (68%)	
1	30 (27%)	27 (25%)	
> 1	49 (45%)	8 (7%)	
Visita por agudización a su médico			< 0,001
Ninguna	55 (50%)	95 (86%)	
1	42 (38%)	11 (10%)	
> 1	13 (12%)	4 (4%)	
Visita por agudización a urgencias del centro de asistencia primaria			< 0,001
Ninguna	51 (46%)	92 (84%)	
1	41 (37%)	11 (10%)	
> 1	18 (16%)	7 (6%)	
Estadio de la enfermedad			0,02
I (leve intermitente)	28 (26%)	35 (33%)	
II (leve persistente)	50 (47%)	46 (44%)	
III (moderado)	25 (23%)	20 (19%)	
IV (grave)	4 (4%)	4 (4%)	
No cuantificado	3	5	

*Los síntomas y la medicación de rescate (> 7 días con síntomas o medicación de rescate añadida durante más de 7 días), así como las visitas por agudización a urgencias del hospital, las bajas laborales y los valores de la espirometría antes y después de la intervención, no mostraron diferencias significativas.

la primera visita. En la tabla IV se recogen los datos sobre el grado de control clínico en los 4 meses previos a la visita inicial y en los 4 meses transcurridos entre ésta y la visita de control (2.ª visita). Se comprobó que en dicho período se había producido un menor número de visitas programadas ($p < 0,001$) y por agudización a su médico ($p < 0,001$), así como un menor número de visitas a urgencias del CAP ($p < 0,001$). Además, en esta visita a los 4 meses, los pacientes se hallaban de manera significativa mejor controlados, al encontrarse en estadios de menor gravedad ($p < 0,02$); entre los períodos de 4 meses antes de cada una de las visitas no hubo diferencias en el hecho de haber permanecido más de 7 días con síntomas o haber precisado medicación de rescate durante más de 7 días. En la tabla V se observa que a los 4 meses de la intervención los pacientes seguían realizando un tratamiento significativamente diferente del previo a la primera visita y más adaptado a las recomendaciones de la GINA.

Discusión

El presente estudio describe, por un lado, las características clínicas y el tratamiento que recibe el grupo de asmáticos que están diagnosticados y son visitados en 2 CAP. Por otro lado, ha comprobado que adaptando a los pacientes el tratamiento recomendado por las normativas internacionales, junto a una mínima explicación sobre el asma, se consigue un menor número de agudizaciones y una utilización menor de los servicios sanitarios. En efecto, los pacientes han precisado un menor número de visitas, tanto programadas como urgentes, a su médico de familia y un menor número de visitas a los servicios de urgencias de los CAP.

Los estudios llevados a cabo hasta la actualidad sobre educación del paciente asmático habían demostrado que una intervención educativa limitada (únicamente informativa) no tiene un efecto significativo si no se acompaña de un plan de actuación, del seguimiento de

la enfermedad por el propio paciente o de revisiones regulares¹⁴. Por el contrario, las intervenciones que comportan un autocontrol, bien de los síntomas o del flujo máximo, junto con un plan de acción para las agudizaciones, se han mostrado eficaces¹⁵, y por ello las normativas recomiendan que se ofrezca esta actuación a los pacientes asmáticos. En todo caso, debe tenerse en cuenta que no significa lo mismo “eficaz”, lo que implica que el impacto tiene lugar en condiciones óptimas, que “efectivo”, es decir, cuando el efecto tiene lugar en condiciones de práctica cotidiana. En efecto, en nuestro medio, así como en otros sistemas sanitarios, la aplicación de estas intervenciones se enfrenta, entre otras dificultades, al escaso tiempo con que cuenta el médico de familia para explicar a los pacientes, en los 5 min de que dispone, en qué consiste el asma, prescribir y explicarle el tratamiento, instruirles en su correcta administración y, finalmente, enseñarles cómo efectuar el autocontrol de su enfermedad, bien por síntomas o por registro del flujo máximo. Por este motivo, difícilmente es posible ofrecer “en la vida real” una correcta asistencia al paciente asmático, y ésta es una de las razones del deficiente control de los pacientes^{3,4}, que en este estudio también hemos podido corroborar.

Para intentar mejorar esta situación propusimos que, en el mismo CAP, un neumólogo efectuara una visita a todos los pacientes diagnosticados de asma, adaptara el tratamiento a las normativas internacionales sobre el asma⁵, llevase a cabo una educación mínima y recomendase por escrito un mínimo plan de tratamiento para las exacerbaciones, todo ello en 5 min. El resultado a los 4 meses ha demostrado que se produjo una menor utilización de los servicios sanitarios y que el estadio de gravedad del conjunto de los pacientes disminuyó. Este hecho nos lleva a la deducción de que los pacientes, además de realizar un mejor tratamiento, han sabido tratar mejor sus exacerbaciones autoadministrándose un mayor número de tandas de corticoides orales con respecto al período anterior a la intervención ($p < 0,001$), y por todo ello han precisado menor asistencia médica programada y urgente tanto a su médico de familia ($p < 0,001$) como al servicio de urgencias del CAP ($p < 0,001$). Teniendo en cuenta que, cuando el paciente que presenta una agudización acude a uno de los servicios de urgencias, recibe en la mayoría de los casos corticoides, parece que la recomendación de usar una tanda corta de esteroides –en caso de no mejorar la agudización con la adición de betamiméticos de corta duración– es efectiva a la hora de disminuir la frecuentación a los servicios asistenciales y de evitar más dosis igual o posiblemente más altas de corticoides.

Así pues, es posible que, para mejorar el control del asma bronquial y fomentar los flujos de pacientes entre atención primaria y neumología¹⁶, tal como, además, recomiendan la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)¹⁷, la actuación sistemática puntual de un experto, adaptando el tratamiento a las normativas y educando mínimamente sobre la enfermedad, pueda ser aconsejable para el sistema sanitario. Además de mejorar el control clínico, estas

actuaciones pueden condicionar un menor coste global de la atención sanitaria de esta afección¹⁸. Debemos tener en cuenta, sin embargo, que un 39% de los pacientes no acudió a la segunda visita, por lo que únicamente podemos deducir la efectividad de la intervención en los que sí acudieron a este control. En cualquier caso, pudimos conocer que muchos de los que no acudieron no habían cumplido el tratamiento prescrito, por lo que se puede deducir que la intervención en ellos fue poco efectiva.

En cuanto a las características clínicas de los pacientes estudiados, debemos remarcar que la población estudiada es una muestra de la población de asmáticos que se visitan en nuestros CAP, la cual es sólo la mitad de la población total de asmáticos, es decir, la correspondiente a los pacientes diagnosticados². Así pues, quedaría otro 3% de la población, que corresponde a los asmáticos que no están diagnosticados, para completar la conocida cifra del 6%¹. Es posible, por lo tanto, que la muestra esté desviada con respecto a la población general de asmáticos. En efecto, en la presente muestra el 70% eran mujeres, mientras que la prevalencia del sexo femenino en la población de asmáticos en el Estado español es del 52,9%¹⁹. Del mismo modo, entre estos pacientes visitados por asma en los ambulatorios hay un elevado porcentaje de personas mayores de 60 años (42%), que puede traducir una mayor frecuentación por motivos de jubilación o un mayor número de pacientes diagnosticados, al tener que acudir al médico de familia por otras enfermedades. Un 17% son fumadores, cifra que, siendo alta, es inferior al 31% de fumadores hallados por nuestro grupo en la población de asmáticos que acuden a las urgencias hospitalarias (datos remitidos para su publicación), si bien debemos tener en cuenta que la edad media (\pm desviación estándar) en esta última población fue de 46 ± 20 años, es decir, menor que la del presente estudio, que es de 59 ± 19 años.

Es de destacar el porcentaje del 8% de analfabetos, al igual que la gran proporción de pacientes (46%) que únicamente habían cursado estudios primarios. Este hecho condiciona la posibilidad de poder leer, comprender y seguir las instrucciones del médico. Es también llamativa la alta prevalencia de ocupaciones que tienen contacto con productos de limpieza, entre las que contamos a las amas de casa, que constituyen el 35% del total, y al personal profesional de limpieza, que representa un 10%; como es conocido, recientemente el uso de estos productos se ha identificado como desencadenante de asma²⁰.

Un 63% de los 131 pacientes a quienes se habían practicado pruebas cutáneas para detectar una eventual alergia refirieron que al menos una prueba había resultado positiva; es decir, presentaban asma extrínseca. Aparte de la constatación de que a un gran número de los pacientes asmáticos (70%) se les habían practicado estas pruebas, en esta población la cifra del 63% de asmáticos extrínsecos es alta si tenemos en cuenta que en una amplia muestra de la población española de entre 22 y 44 años estas pruebas fueron positivas en el 40% de los que tenían una prueba de metacolina positiva²¹. Por otro lado, es interesante haber constatado que los pacientes manifestaban haber presentado un gran número de otras ma-

nifestaciones de atopía: un 46% refería rinitis; un 42%, conjuntivitis; un 27%, urticaria; un 23%, eczema, y casi un 20% alguna reacción de hipersensibilidad a algún fármaco. Considerando únicamente a los que manifestaron haber presentado positividad en al menos una prueba cutánea, es decir los extrínsecos, las cifras son, respectivamente, del 50% para rinitis, del 43% para conjuntivitis, del 32% para eczema, del 26% para urticaria, porcentajes algo superiores a los que manifestaron la negatividad de estas pruebas, es decir, los llamados “intrínsecos”. También es llamativo que el 11% de los pacientes declaró haber presentado con seguridad una reacción adversa frente al ácido acetilsalicílico y un 4% una reacción probable a este fármaco; de hecho, es conocido que hasta un 28% de los asmáticos demuestran una hipersensibilidad frente a los antiinflamatorios no esteroideos si se les efectúa la prueba de provocación con estos fármacos²².

En cuanto al tratamiento que realizaban los pacientes (tabla III), se comprueba que, a pesar de la existencia de normativas para el tratamiento del asma, los pacientes no reciben el recomendado por dichas normativas. Debido a que, según el protocolo, la pregunta se refería a la “medicación que de verdad está tomando”, no podemos discriminar en qué porcentaje este incumplimiento se debe a la falta de prescripción o al deficiente cumplimiento terapéutico. La actuación realizada por el neumólogo sirvió para adaptar la medicación a la recomendada en las normativas. Debemos resaltar que al adaptar la medicación a las normativas se incrementa, lógicamente, la cifra de corticoides inhalados y de betaestimulantes de efecto prolongado, lo que en muchos casos se deberá al uso de las combinaciones existentes en el mercado. Este hecho abre el interrogante de qué va a suceder en los próximos años al utilizar durante largo tiempo aquellos betaestimulantes de larga duración, cuyo uso, según se ha comunicado, implica un mayor aumento de las agudizaciones graves^{23,24}, efecto que, sin embargo, no ha corroborado un reciente estudio²⁵. Además, después del reciente estudio de Boushey et al²⁶, en el que, en los pacientes con asma leve persistente (en nuestro estudio, el 49% del total), no se demostraron diferencias en el control de la enfermedad a lo largo de un año entre los que recibieron corticoides inhalados de modo continuado, tal como recomiendan las guías, frente a los que únicamente los usaron en caso de presentar empeoramiento, el uso continuado de este fármaco en este estadio está algo más cuestionado²⁷. En nuestro estudio es asimismo destacable la gran cantidad de pacientes (25%) a los que, aplicando las normativas internacionales, el neumólogo prescribió antileucotrienos; dicha prescripción puede estar influida, por un lado, por la gran frecuencia de rinitis asociada (46%) y, por otro, por el hecho de haberse prescrito dichos fármacos como alternativa en los pacientes que no realizaban el tratamiento inhalado de forma adecuada.

En definitiva, el presente estudio describe el grado de control y el tratamiento de los pacientes asmáticos que “en la vida real” son visitados en los CAP, y constata una disminución del estadio de gravedad y una menor utilización de los servicios sanitarios tras efectuar una

adaptación del tratamiento a las normativas GINA, establecer un plan de tratamiento para las exacerbaciones y realizar una corta explicación sobre la enfermedad. Dado que este estudio presenta un grado de evidencia III²⁸ (estudio de un único grupo antes y después de una intervención), deberán realizarse otras investigaciones en pacientes aleatorizados, con un grupo control, y quizá con 2 intervenciones cortas sucesivas, para poder confirmar estos hallazgos y, en especial, corroborar la mejora del estadio de gravedad de los pacientes.

Agradecimientos

A la Dra. María Teresa Caloto González, por la realización del análisis estadístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo Español del Estudio del Asma. Estudio Europeo del Asma. Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en cinco áreas españolas. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:487-92.
2. European Community Respiratory Health Survey. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Eur Respir J*. 1996;9:687-95.
3. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J*. 2000;16:802-7.
4. Adams RS, Fuhlbrigge A, Guilbert T, Lozano P, Martínez F. Inadequate use of asthma medication in the United States: results of the asthma in America national population survey. *J Allergy Clin Immunol*. 2002;10:58-64.
5. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop Report. NIH publication 1995; 02-3659. Update of Executive Committee in 2002. Disponible en: www.ginasthma.com. p. 115.
6. Gibson PC. Monitoring the patient with asthma: an evidence-based approach. *J Allergy Clin Immunol*. 2000;106:17-26.
7. Serra-Batllés J, Plaza V, Morejón E, Comella A, Bruges J. Costs of asthma according to the degree of severity. *Eur Respir J*. 1998; 12:1322-6.
8. Antonicelli L, Bucca C, Neri M, De Benedetto F, Sabbatani P, Bonifazi F, et al. Asthma severity and medical resource utilisation. *Eur Respir J*. 2004;23:723-9.
9. Ignacio-García JM, González-Santos P. Asthma self-management education program by home monitoring of peak expiratory flow. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995;151:353-9.
10. López Viña A. Actividades para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:334-40.
11. Bender B, Milgrom H, Apter A. Adherence intervention research; what have we learned and what do we do next? *J Allergy Clin Immunol*. 2003;112:489-94.
12. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop Report. Disponible en: www.ginasthma.com. p. 75.
13. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop Report. NIH publication 1995; 02-3659. Update of Executive Committee in 2002. Disponible en: www.ginasthma.com. p. 68.
14. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, Walters EH. Limited (information only) asthma education on health outcomes of adults with asthma. En: *Cochrane Library*, Issue 1, 2001.
15. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Bauman A, Hensley MJ, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. En: *Cochrane Library*, Issue 2, 2002.
16. Plaza Moral V. Médico de familia y neumólogo: ¿coordinación o confrontación? Propuesta de un esquema de relación entre atención primaria y neumología. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:15-7.

17. SEPAR y semFYC. Recomendaciones para la atención del paciente con asma. *Arch Bronconeumol*. 1998;34:394-9.
18. Borderías Clau L, Zabaleta Murguionda M, Riesco Miranda JA, Pellicer Ciscard C, Hernández Hernández JR, Carrillo Díaz T, et al. Coste y manejo de una crisis asmática en el ámbito hospitalario de nuestro medio (estudio COAX en servicios hospitalarios). *Arch Bronconeumol*. 2005;41:313-21.
19. Basagana X, Sunyer J, Zock JP, Kogevinas M, Urrutia I, Maldonado JA, et al. Incidence of asthma and its determinants among adults in Spain. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;164:1133-7.
20. Zock JP, Kogevinas M, Sunyer J, Jarvis D, Toren K, Anto JM. Asthma characteristics in cleaning workers, workers in other risk jobs and office workers. *Eur Respir J*. 2002;20:679-85.
21. Soriano JB, Tobias A, Kogevinas M, Sunyer J, Sáez M, Martínez-Moratalla J, et al. Atopy and nonspecific bronchial responsiveness. A population-based assessment. Spanish Group of the European Community Respiratory Health Survey. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996;154:1636-40.
22. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop Report. NIH publication 1995; 02-3659. Update of Executive Committee in 2002. Disponible en: www.ginasthma.com. p. 40.
23. WHO Pharmaceutical Newsletter. 2003;2:4. Disponible en: <http://www.foia.gov/bbs/topics/ANSWERS/2003/ANSO1192.html>
24. Anónimo. Risc d'episodis greus d'asma per salmeterol. *Butlletí Groc*. 2003;6:9-11.
25. Anderson HR, Ayres JG, Sturdy PM, Bland JM, Butland BK, Peckitt C, et al. Bronchodilator treatment and deaths from asthma: case-control study. *BMJ*. 2005;330:117.
26. Boushey HA, Sorkness CA, King TS, Sullivan SD, Fahy JV, Lazarus SC, et al. Daily versus as-needed corticosteroids for mild persistent asthma. *N Engl J Med*. 2005;352:1519-28.
27. Fabri L. Does mild persistent asthma require regular treatment? *N Engl J Med*. 2005;352:1589-90.
28. Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Madrid: Churchill-Livingstone; 1997. p. 67.