

¿Qué aportan las reuniones de consenso sobre el manejo del asma?

M. Perpiñá Tordera

Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

*“El tratamiento del asma se encuentra hoy frente a una encrucijada. A pesar de los prometedoros avances farmacológicos, una proporción importante de enfermos sigue sin diagnóstico, muchos, con síntomas continuos, son tratados de forma inadecuada y la tasa de mortalidad no desciende. Con toda claridad se ha alcanzado la situación en la que el principal reto no es el descubrimiento de nuevos fármacos, sino el empleo más eficaz de las terapéuticas disponibles.”*¹

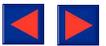
La cita, extraída de un texto escrito por Wilson hace ya más de una década, resume de manera pormenorizada lo que se ha dado en conocer también como la *paradoja del asma*², una enfermedad en la que los indudables progresos sobre su patogenia y la disponibilidad actual de medicamentos *eficaces*, no parece que se hayan traducido en un control más *efectivo* de la misma ni, sobre todo, en una mayor *equidad* de dicho control. Y esto es importante, entre otras razones, porque estamos hablando de una patología que, lejos de augurar una larga vida, como afirmaba Laenec, o no implicar ningún peligro, en palabras de Ameville y Bordet³, está hoy considerada como un problema de salud pública. Recuérdese que el asma es una enfermedad frecuente (1-15% de la población, en función del grupo etario considerado y el país del que se trate)⁴, cuya prevalencia prácticamente se ha duplicado en los últimos 20 años⁵ y que hoy se estima padecen más de 100 millones de individuos en todo el mundo⁶. A diferencia de otros procesos crónicos, comienza muchas veces durante la infancia y puede llegar a afectar de manera considerable al paciente durante toda su vida⁷. Además, desde el punto de vista económico, es capaz de generar unos gastos médicos y unas pérdidas indirectas enormes, sobre todo cuando su gravedad es moderada o severa^{7,8}. Sirva como dato orientativo al respecto el que,

por ejemplo, en Estados Unidos, la factura que genera el asma, sólo en gastos médicos, representa el 0,5-1% del desembolso total por asistencia sanitaria⁸; este coste, inferior al que ocasionan la depresión, la diabetes o las cardiopatías, resulta superior al producido por la hipertensión o el glaucoma⁸. Finalmente, aunque la mortalidad, en términos absolutos, es baja, parece haber aumentado, incide por lo general en individuos jóvenes y en un porcentaje de casos alarmante se ha podido detectar el antecedente de errores cometidos tanto por el paciente como por el propio médico^{3,9}. Además, y por razones todavía no aclaradas, pero en cuya discusión están implicados ciertos aspectos del tratamiento, cíclicamente aparecen verdaderos brotes epidémicos de muerte por asma⁹.

Esta situación real de alarma motivó a finales de los ochenta el que diferentes foros internacionales y sociedades científicas pusieran en marcha una serie de conferencias dirigidas a optimizar las herramientas diagnósticas y las estrategias terapéuticas conocidas. El resultado ha sido la progresiva publicación de un conjunto de documentos más o menos extensos^{6,10-17}, algunos de los cuales ya han experimentado revisiones y modificaciones posteriores, que recogen la opinión y el juicio consensuado emitidos por expertos en los diversos campos que abarcan la problemática de esta enfermedad. En España, las recomendaciones para el tratamiento del asma en adultos aparecieron en 1993 y fueron redactadas por el Grupo de Trabajo de Asma e Hiperreactividad Bronquial, de la SEPAR¹⁸. Aun con las lógicas diferencias, todos estos escritos coinciden a la hora de destacar una serie de puntos importantes: 1) el asma es, a la luz de los estudios actuales, un proceso cuyo núcleo patogénico básico está caracterizado por la existencia de inflamación en el tracto respiratorio; 2) el control óptimo del asma se define como la ausencia de síntomas o la presencia del menor número posible de éstos, el mantenimiento de un funcionalismo pulmonar normal o casi normal durante los periodos estables, la prevención de las agudizaciones y de la obstrucción irreversible de la vía aérea y la evitación de los efectos secundarios inducidos por la medicación; 3) su tratamiento descansa no

Correspondencia: Dr. M. Perpiñá Tordera.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario la Fe.
Avda. Campanar, 21. 46009 Valencia.
Recibido: 28-11-95; aceptado para su publicación: 5-12-95..

Arch Bronconeumol 1996; 32: 162-164



ya en la utilización de fármacos administrados de manera escalonada y combinada, según la gravedad, sino, y esto es lo novedoso, en la puesta en marcha de una estrategia combinada que incluye, además: la educación y participación del paciente en el manejo de la enfermedad, la valoración y monitorización de su gravedad, el control y protección frente a los factores que pueden desencadenar agudizaciones y el seguimiento periódico; 4) desde el punto de vista farmacológico, la medicación antiinflamatoria constituye el tratamiento de fondo (hoy por hoy, sobre todo los corticoides) y los broncodilatadores, el sintomático (hoy día sobre todo los agonistas β_2 -adrenérgicos), y 5) alternativas terapéuticas como la inmunoterapia deben ser empleadas únicamente en determinadas circunstancias y tras realizar un ponderado análisis coste-beneficio de las mismas para cada paciente en particular.

¿Cuál es el sentido y qué es lo que pretenden aportar estos documentos? Desde luego, y así lo señala Pearson en la presentación de la versión de 1993 de las directrices de la British Thoracic Society¹⁹, no se trata de *tablas de la ley* inmutables ni de soluciones definitivas o mágicas a aplicar en *todos* los pacientes y en *todas* las circunstancias, sino de marcos de referencia prácticos, sustentados por las evidencias clínicas y experimentales disponibles, que permitan el manejo de *la mayoría* de ellos, en *la mayoría* de las ocasiones. Como cualquier otro tipo de directrices, estos documentos, al menos potencialmente, proporcionan de entrada ciertas ventajas de orden general y, así mismo, están sujetos a algunos inconvenientes²⁰. Con ellos el clínico dispone, al mismo tiempo, de un resumen actualizado del estado del problema en cuestión, un instrumento educativo y una herramienta que aporta las claves para poder auditar su actuación; además, el hecho de que favorezca, dentro de unos límites lógicos, la normalización de la tarea diagnóstica y/o terapéutica (p. ej., gradación de la gravedad del asma), permite hablar un lenguaje común y facilita la comunicación de los hechos y las experiencias. Su *lado oscuro* radica, sobre todo, en que si se diseñan de una forma rígida y excesivamente categórica, pueden limitar el juicio del médico durante la práctica diaria, donde no atiende enfermedades y algoritmos, sino enfermos con un determinado contexto social y sanitario.

Sin embargo, lo que realmente interesa analizar es hasta qué punto el conocimiento de tales recomendaciones ha modificado el patrón de actuación de los clínicos y qué repercusiones (positivas o negativas) ha ocasionado su aplicación. Está demostrado que la introducción de normativas realizadas de manera conveniente y aplicadas a otros campos de la patología conlleva, al cabo de un lapso de tiempo razonable, mejoras sustanciales en el manejo y evolución de los pacientes²¹. En el caso del asma, sin embargo, el período de tiempo transcurrido es todavía demasiado breve y no es posible precisar con exactitud cuáles han sido esas consecuencias. No obstante, la literatura reciente (sobre todo la que procede del Reino Unido) ya recoge datos parciales interesantes. En España, por desgracia, carecemos de experiencia tabulada sobre tales cuestiones y, una vez más, nos encontramos con la situación de tener que recurrir a

lo detectado en sociedades con situación sanitaria y características socioculturales o económicas diferentes, en muchos sentidos, a nuestro país. El Área de Asma e Hiperreactividad Bronquial de SEPAR, que realiza un esfuerzo importante por dar a conocer en nuestro ámbito las recomendaciones elaboradas, tiene aquí, sin ninguna duda, una tarea a desarrollar. En cualquier caso, lo que sí parece evidente es que, al menos en la experiencia inglesa²², el nivel de conocimiento, y el grado de acuerdo con las recomendaciones sobre el tratamiento del asma, puede llegar a ser muy elevado (y de hecho lo es), pero esto no conduce muchas veces a cambios sustanciales en la praxis de los médicos que, por ejemplo, continúan infrautilizando la medicación antiinflamatoria. La relevancia de todo ello es aún más importante si se tiene en cuenta que el estudio referido se llevó a cabo sobre generalistas, los cuales, al igual que en nuestro país, son quienes visitan a la mayoría de los pacientes asmáticos. Esa discrepancia entre conocimiento y aplicación puede reducirse significativamente con la puesta en marcha de programas adicionales de intervención educativa activa dirigidos a los clínicos²⁰. Con la utilización de este tipo de estrategias, se ha podido comprobar cómo mejora de manera sustancial el cumplimiento de las directrices relativas al tratamiento de las agudizaciones asmáticas^{23,24}, o cómo aumenta el empleo de medidores de flujo espiratorio máximo y cambian los hábitos de prescripción (reducción de los agonistas β y teofilinas e incremento de los corticoides inhalados)²⁵. Tales resultados pueden verse diluidos si los programas de intervención educativa, dirigidos a promover el cumplimiento de las normativas, no se hacen extensibles a todos los niveles asistenciales (hospitalario y extrahospitalario; especialistas y generalistas)²⁶.

De todas maneras, la pregunta del millón es si realmente todas estas iniciativas están aportando o no beneficios al paciente y si con ellas conseguimos influir en la evolución de una enfermedad, el asma, que, hoy por hoy, no tiene curación. La respuesta es que todavía no lo sabemos. Los estudios a corto y medio plazos permiten presumir que el uso más racional de los broncodilatadores y el empleo temprano de los antiinflamatorios, junto a la educación del asmático y su participación activa en el manejo de la enfermedad, deben modificar positivamente la historia natural de la misma. Para Garrett et al²⁷, la aplicación rigurosa de las normativas actuales ha sido uno de los factores que ha influido en la resolución de la epidemia de muertes por asma padecida en Nueva Zelanda durante los últimos años. De todas formas, las presentes recomendaciones contienen aspectos que ahora sabemos deben ser reformulados de cara al futuro. A título meramente orientativo vale la pena citar la discusión sobre el modelo de educación a seguir en estos pacientes²⁸, o la controversia acerca de las indicaciones y ventajas reales del registro domiciliario y continuo del flujo espiratorio máximo²⁹. Esto no representa un fallo de las normativas. La medicina, como toda ciencia, cambia, se modifica y evoluciona en función de los datos y las experiencias. Lo que hay que hacer es aportar esos datos y recoger esa experiencia para poder ajustar y mejorar el tratamiento de los enfermos.



Otra cosa es cómo podemos conseguir que nuestras opiniones sean recogidas no sólo en las recomendaciones que aquí se elaboran, sino también en los documentos de proyección internacional. Pero eso es un editorial diferente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson JD. El asma: magnitud del problema. En: Clark TJH, editor. Corticoides en aerosol y asma bronquial. Valoración terapéutica. Vol. 1. Barcelona: Ediciones Doyma S.A., 1985; 1-11.
2. Page C. Beta agonists and the asthma paradox. *J Asthma* 1993; 30: 155-164.
3. Alberts WM, Moser KM. Asma: complicaciones y muerte. En: Weiss EB, Segal MS, Stein M, editores. Asma Bronquial. Mecanismos y terapéuticas (2.ª ed.). Madrid: Imesa, 1986; 921-932.
4. Bousquet J. A physician's view of health economics in asthma. *Eur Respir Rev* 1995; 5: 275-278.
5. Seaton A, Godden DJ, Brown K. Increase in asthma: a more toxic environment or a more susceptible population? *Thorax* 1994; 49: 171-174.
6. Scheffer AL, editor. Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO Workshop Report. Publication N.º 95-3659. Bethesda Md.: National Institute of Health, 1995.
7. Boulet LP, Chapman KR, Green LW, Fitzgerald JM. Asthma education. *Chest* 1994; 106: 184-196.
8. Bouist AS. Cost-effectiveness of asthma management strategies. *Eur Respir Rev* 1995; 5: 292-294.
9. Scheffer AL, Buist AS, editores. Proceedings of the asthma mortality task force. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 80: 361-514.
10. Warner JO, Gotz M, Landau LI, Milner AD, Pedersen S, Silverman M. Management of asthma; a consensus statement. *Arch Dis Child* 1989; 64: 1.065-1.079.
11. Hargreave FE, Dolovich J, Newhouse MT. The assessment and treatment of asthma: a conference report. *J Allergy Clin Immunol* 1990; 85: 1.098-1.111.
12. British Thoracic Society, Research Unit of Royal College of Physicians of London, King's Fund Centre, National Asthma Campaign. Guidelines on the management of asthma in adults. I. Chronic persistent asthma. *Br Med J* 1990; 301: 651-653.
13. British Thoracic Society, Research Unit of Royal College of Physicians of London, King's Fund Centre, National Asthma Campaign. Guidelines on the management of asthma in adults. II. Acute severe asthma. *Br Med J* 1990; 301: 797-800.
14. Warner JO, International Pediatric Asthma Consensus Group. Asthma: a follow up statement from an international paediatric asthma consensus group. *Arch Dis Child* 1992; 67: 240-248.
15. Scheffer AL, editor. National Heart Lung and Blood Institute National Asthma Education Programme Expert Panel Report: guidelines for the diagnosis and management of asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1991; 88: 425-534.
16. Scheffer AL, editor. International Consensus Report of diagnosis and management of asthma. *Eur Respir J* 1992; 5: 601-641.
17. British Thoracic Society, Research Unit of Royal College of Physicians of London, King's Fund Centre, National Asthma Campaign. Guidelines on the management of asthma. *Thorax* 1994; 48: 1-24.
18. Picado C, Benlloch E, Casan P, Duce F, Manresa F, Perpiña M et al. Recomendaciones para el tratamiento del asma en los adultos. *Arch Bronconeumol* 1993; 29 (Supl 2): 8-13.
19. Pearson MG. Asthma guidelines: who is guiding whom and where to? *Torax* 1993; 48: 197-198.
20. Partridge MR. Implementation of the guidelines: a doctor's perspective. *Eur Respir J* 1995; 5: 108-111.
21. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1.317-1.322.
22. Morice AH. Awareness and understanding of asthma treatment guidelines amongst general practitioners in the UK. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: 381.
23. Neville RG, Clark RC, Hoskins G, Smith B. First national audit of acute asthma attacks in general practice. *Br Med J* 1992; 306: 559-562.
24. Neville RG, Clark RC, Hoskins B, Smith B, for the General Practitioners in Asthma Group. GPIAG National audit of asthma attacks. *Eur Respir J* 1994; 7: 1.245.
25. Kips JC, Joos GF, Pauwels RA. Is asthma diagnosis and treatment in general practice altered by specific teaching programs? *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: A163.
26. Allen RM, Allen DH, Vinen JD, Jones MP. Effectiveness of consensus guidelines in improving emergency department management of adults with asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 151: A381.
27. Garret JE, Kolbe J, Richards G, Whitlock T, Rea H. Major reduction in asthma morbidity and continued reduction in asthma mortality in New Zealand: what lessons have been learned. *Thorax* 1995; 50: 303-311.
28. Kesten S. Asthma education. A time for reappraisal. *Chest* 1995; 107: 893-894.
29. Jones KP, Mullee MA, Middleton M, Chapman E, Holgate ST and the British Thoracic Society Research Committee. Peak flow based asthma self-management: a randomised controlled study in general practice. *Thorax* 1995; 50: 851-857.