

RP RECOMENDACIONES PRÁCTICAS en Enfermería

ASMA
GRAVE

DE LA PRÁCTICA CENTRADA
EN LA ENFERMEDAD
A LA ATENCIÓN CENTRADA
EN EL PACIENTE



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA

Patrocinado por:



RP RECOMENDACIONES PRÁCTICAS en Enfermería

**ASMA
GRAVE**

DE LA PRÁCTICA CENTRADA
EN LA ENFERMEDAD
A LA ATENCIÓN CENTRADA
EN EL PACIENTE

DIRECCIÓN DEL PROYECTO

Dr. Diego Ayuso Murillo
*Secretario General. Consejo General
de Enfermería de España*

Dra. Carme Hernández Carcereny
*Enfermera. Responsable Dispositivo
Transversal Hospitalización a Domicilio.
Dirección Médica y Enfermera. Hospital
Clínic. Barcelona. Profesor Asociado
Universidad de Barcelona*

REVISORES

Dr. Jordi Giner Donaire
*Enfermero. Servicio de Neumología
y Alergia. Hospital de la Sta. Creu
i Sant Pau. Barcelona*

Valentín López Carrasco
*Enfermero. Servicio de Alergia. Consulta de
Asma Grave. Hospital Universitario
La Paz. Madrid*

COORDINACIÓN TÉCNICA

Dra. Virginia Bellido Linares
*Servicio de Alergología. Hospital
Universitario Virgen del Rocío.
Hospital Quirón Salud Sagrado
Corazón. Sevilla*

Dr. Eusebi Chiner i Vives
*Servicio de Neumología. Hospital
Universitario San Juan de Alicante*

AUTORES

David Díaz Pérez
*Enfermero Respiratorio. Servicio
de Neumología y Cirugía Torácica.
Hospital Universitario Nuestra Señora de la
Candelaria. Tenerife. Coordinador del Área
de Enfermería Respiratoria de SEPAR*

Agustín Frades Rodríguez
*Grado en Enfermería. Unidad de Alergología.
Hospital Virgen de la Concha. Zamora*

Dra. Carme Hernández Carcereny
*Enfermera. Responsable Dispositivo
Transversal Hospitalización a Domicilio.
Dirección Médica y Enfermera. Hospital
Clínic. Barcelona. Profesor Asociado
Universidad de Barcelona*

Eva María Martín Sopena
*Enfermera. Supervisora UCI, Farmacia y
Anatomía Patológica. Hospital Universitario
Infanta Elena. Valdemoro. Madrid.*



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Fuente del Rey, 2 (esquina Carretera de Castilla)
28023 Madrid
Tel.: 91 334 55 20. Fax: 91 334 55 03
www.consejogeneralenfermeria.org

Coordinación editorial:



Alberto Alcocer 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-7867-748-1
Depósito Legal: M-18719-2020

Ni el propietario del copyright, ni el coordinador editorial, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

A efectos de transparencia, le informamos que GSK ha colaborado en la financiación de la presente publicación. Su contenido refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de GSK. GSK recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias.

Sumario

3

Prólogo 5

Introducción 7

1 Conocimiento de la patología:
fisiopatología, prevalencia, diagnóstico
y tratamiento 11

2 El rol de la enfermera/o en el proceso
asistencial del paciente con asma grave
(hospital y centro de salud). Coordinación
entre distintos niveles asistenciales
en el adulto 39

3 El rol de la enfermera/o en el seguimiento-
recomendaciones a pacientes, adhesión,
cuestionarios, consejos de hábitos de vida
saludable, plan de autocuidado/acción 55

4 Habilidades de comunicación, entrevista
clínica y gestión de consulta. Atención
y formación del cuidador 73

El asma grave es una enfermedad crónica prevalente en nuestras especialidades y afecta claramente a la calidad de vida de los pacientes que la sufren.

Cada vez es más patente que para alcanzar un correcto manejo de esta patología hace falta un equipo multidisciplinar y especializado en asma grave, tanto a nivel de medicina especializada hospitalaria como a nivel de atención primaria, donde el paciente tiene un acceso más cercano y frecuente. Por todo ello, en los servicios de Neumología y de Alergología se está haciendo más hincapié en la importancia de esta forma coordinada de trabajar y se están creando unidades de asma grave, que se integran por, al menos, un médico especialista en cada caso y por una Enfermera de Práctica Avanzada en esta patología. Y como paso fundamental, y difícil de conseguir hace unos años, la interrelación y la forma coordinada de trabajar entre estas unidades de asma grave en los servicios especializados, atención primaria y los servicios de farmacia hospitalaria, encargados del seguimiento y la trazabilidad de los nuevos tratamientos biológicos que, en muchos casos, van a requerir nuestros pacientes, será la clave para alcanzar el éxito en el diagnóstico y el tratamiento de los mismos.

Por todo ello, el nacimiento de este documento de recomendaciones prácticas en asma grave para enfermería es un gran paso que abre la puerta a la formación especializada de la enfermería, pieza fundamental en el manejo de nuestros pacientes con asma grave.

Dra. Virginia Bellido Linares
*Servicio de Alergología. Hospital
Universitario Virgen del Rocío.
Hospital Quirón Salud Sagrado
Corazón. Sevilla*

Dr. Eusebi Chiner i Vives
*Servicio de Neumología.
Hospital Universitario
San Juan de Alicante*

El aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas es uno de los retos más importantes de los sistemas de salud a nivel mundial. Las enfermedades respiratorias crónicas son unas de las principales enfermedades no transmisibles. El asma es una enfermedad prevalente que, a menudo, no se diagnostica correctamente ni recibe el tratamiento y cuidado adecuado; creando así una importante carga para los pacientes y sus familias. El asma grave o el asma difícil de tratar, constituye un problema de trascendencia global. Por este motivo, es imprescindible que todos los profesionales de la salud, que atienden a estos pacientes, dispongan de las herramientas oportunas que proporcionen el mejor cuidado basado en la mejor evidencia disponible (*best practice*).

Los modelos clásicos de salud actuales no se adaptan a las necesidades de los pacientes que cuidamos actualmente. Se precisan cambios estructurales de los sistemas de salud. No existe un modelo universal para mejorar la gestión. Si existen marcos conceptuales, basados en intervenciones que han demostrado mejores resultados en determinadas enfermedades. Los profesionales de la salud son uno de los factores más importantes del sistema de atención. Para proporcionar una atención eficaz deben ampliarse las cualificaciones de los profesionales de la salud para contemplar estas nuevas complejidades.

Los pacientes crónicos, en general, y los pacientes con Asma Grave, en particular, precisan de una relación continua y terapéutica con el equipo multidisciplinario de salud, de manera que responda a sus necesidades respecto a: tratamiento eficaz (*clínico y educativo*), información y apoyo en el autocuidado, seguimiento sistemático y valoraciones periódicas para detectar empeoramiento, gestión más intensiva para pacientes de alto riesgo que no alcanzan los objetivos previstos y coordinación del cuidado entre profesionales y niveles asistenciales.

El papel de la enfermera es clave para mejorar la atención al paciente con asma grave. Aspectos como el fomento de la autoayuda/autogestión (*participación del paciente y su familia en el cuidado y en el seguimiento*); apoyo en la toma de decisión profesional (*integrar guías clínicas basadas en la evidencia en la práctica clínica diaria y otros métodos*); mejoras a la atención clínica (*centrada en trabajo de equipo y en una amplia práctica profesional*); sistemas de información electrónica para el seguimiento, atención y evaluación del paciente y para proporcionar datos relevantes; cambios en la organización (*planificar incluyendo objetivos medibles para mejorar la calidad del cuidado*) y participación comunitaria para movilizar recursos no sanitarios. Todos estos aspectos deberían tenerse en cuenta en la cartera de servicios de la enfermera/o en todos los niveles asistenciales.

La complejidad del paciente con asma grave, requiere la figura de la Enfermera de Práctica Avanzada, que proporciona cuidados avanzados y dispone de competencias clínicas avanzadas. Se conoce que la Enfermera de Práctica Avanzada es un recurso que facilita la sostenibilidad de los servicios, por la eficiencia demostrada en los resultados obtenidos. El consejo Internacional de Enfermería reconoce que la Enfermera de Práctica Avanzada es un especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado. La figura de la Enfermera de Práctica Avanzada debe dar respuesta a las necesidades del paciente con asma grave y ser el hilo conductor en la coordinación y apoyo al resto de enfermeras en los diferentes niveles asistenciales, además de formar parte de los equipos especialistas multidisciplinares que cuidan al paciente con Asma Grave.

El Consejo General de Enfermería es la Institución que representa a las 300.000 enfermeras que ejercen la profesión en nuestro país.

Uno de los objetivos fundamentales del Consejo General de Enfermería, es proporcionar soporte y apoyo en la labor asistencial, potenciando la formación y la difusión del conocimiento basado en la evidencia científica.

Dentro de estos objetivos, se encuentra la línea de acción de publicación de recomendaciones prácticas en enfermería, cuyos contenidos están realizados por expertos enfermeros/as y con un enfoque multidisciplinar y de trabajo en equipo. Esto permite concretar en guías monográficas y específicas la actuación enfermera relacionada con ámbitos competenciales que requieren un conocimiento avanzado, garantizando la seguridad de los profesionales y también la seguridad de los cuidados y atención sanitaria que prestamos a los pacientes, lo que genera una mayor calidad asistencial al estandarizar los procesos de cuidados y unificar criterios basados en la evidencia de las mejores prácticas.

El área de Enfermería de la Sociedad Española de Neumología (SEPAR) dispone de 1.060 socios, 453 de los cuales son enfermeras/ros con una amplia trayectoria científica, docente e investigadora de más de 20 años. Dentro de los objetivos esta el fomentar buenas prácticas para las enfermeras/os así como trabajar conjuntamente con el Consejo General de Enfermería para definir el marco competencial de la enfermería respiratoria.

Este documento de recomendaciones prácticas en enfermería en asma grave, cuenta con la colaboración de enfermeras/os expertas de gran prestigio en el ámbito de la neumología y los cuidados enfermeros en asma grave. Además de contar con la coordinación técnica de un neumólogo y una alergóloga, que dan el enfoque multidisciplinar tan necesario en la atención sanitaria.

En este documento las enfermeras/os podrán profundizar en el conocimiento de la fisiopatología, prevalencia, diagnóstico y tratamiento del asma grave, además de abordar el rol de la enfermera en el proceso asistencial integrado tanto en atención hospitalaria como en atención primaria. Destacando especialmente el rol de la enfermera/o en el seguimiento del

paciente con asma grave potenciando el autocuidado y el rol de paciente activo, con las recomendaciones al paciente, la vacunación, la adhesión a tratamientos, la educación sanitaria y la educación terapéutica para la salud. Priorizando en esta estrategia de cuidados, las habilidades de comunicación y la formación tanto del paciente como de los cuidadores principales.

Sin duda estas recomendaciones prácticas serán de gran ayuda y referencia para los cuidados y la atención enfermera al paciente con asma grave.

Dr. Diego Ayuso Murillo
*Secretario General. Consejo
General de Enfermería
de España*

Dra. Carme Hernández Carcereny
*Enfermera. Responsable Dispositivo
Transversal Hospitalización
a Domicilio. Dirección Médica
y Enfermera. Hospital Clínic.
Barcelona. Profesor Asociado
Universidad de Barcelona*

1 Conocimiento de la patología: fisiopatología, prevalencia, diagnóstico y tratamiento

11

David Díaz Pérez

Enfermero Respiratorio. Servicio de Neumología y Cirugía Torácica.

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

Coordinador del Área de Enfermería Respiratoria de SEPAR

Definición, prevalencia y diagnóstico del asma grave

Se puede definir¹⁻³ el asma como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de inflamación, condicionados por factores genéticos, que cursa con hiperreactividad bronquial (HRB) y con una obstrucción del flujo aéreo variable. Podemos considerar el asma como un síndrome heterogéneo que resulta de interacciones complejas entre factores ambientales y genéticos, donde la presencia de inflamación es una característica patológica común que está presente, aunque los síntomas sean estacionales, intermitentes, y se debe tener en cuenta que afecta a toda la vía respiratoria, incluida la mucosa nasal, donde la rinitis se asocia con un impacto negativo en detrimento de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Otro punto importante es que no existe correlación consistente entre la gravedad del asma y la intensidad de la inflamación, por lo que comprender la heterogeneidad de la inflamación de las vías respiratorias en el asma, y en el asma grave en particular, es importante para poder prevenir y predecir futuras exacerbaciones⁴. La obstrucción bronquial y los cambios estructurales, refiriéndonos a la remodelación de las vías respiratorias (tabla 1), llevan a una caída de la función pulmonar y a un aumento de la gravedad de la enfermedad, donde se producen diferentes mecanismos de estrechamiento intenso que producen la exacerbación asmática y un mal control de esta enfermedad crónica.

TABLA 1. REMODELACIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS¹

- Engrosamiento de la capa reticular de la membrana basal
- Fibrosis subepitelial
- Hipertrofia e hiperplasia de la musculatura lisa bronquial
- Proliferación y dilatación de los vasos
- Hiperplasia de las glándulas mucosas
- Hipersecreción de moco

Se estima que, al menos, 300 millones de personas tienen asma³ y, aunque no hay estudios suficientes que nos informen de la prevalencia del asma grave no controlada (AGNC) en España, un estudio del 2011 de Quirce S. *et al.*, al que hace referencia la *Guía Española para el Manejo del Asma* (GEMA 4.4), indica una prevalencia en la que el 3,9 % de los pacientes asmáticos tienen AGNC, apuntando que este grupo de pacientes consume hasta el 70 % del gasto total dirigido a los pacientes con asma, estimándose un gasto de 1.500 millones de euros anuales a consecuencia del mal control del asma⁵. Globalmente, se estima que la prevalencia de AGNC en Europa Occidental es del 18 % frente al 32 % de Europa Central o el 19 % de Estados Unidos, y en el estudio INSPIRE⁶ publicado en 2006, que recoge datos de toda Europa, se señala que el 72 % de los pacientes asmáticos no tienen un buen control medido por el Cuestionario de Control del Asma (ACQ), a pesar de que entre el 45-85 % de los pacientes asmáticos considera que tiene un correcto control de la enfermedad, dato que está relacionado con la minimización de síntomas que tiene un grupo considerable de pacientes asmáticos.

El asma presenta variabilidad de síntomas y de la función pulmonar en el tiempo, incluso el mismo día, más allá de los cambios fisiológicos circadianos, por lo que, para facilitar la toma de decisiones en el abordaje del paciente, se intenta clasificar a los pacientes en fenotipos, agrupando a conjuntos de pacientes que comparten características comunes: demográficas, clínicas o fisiopatológicas^{2, 3}, pero solo en el asma grave se ha demostrado que esta clasificación por fenotipos tiene consecuencias positivas en la toma de decisiones y, por ende, en los pacientes. Según

el consenso ATS/ERS (American Thoracic Society/European Respiratory Society), la definición de asma grave es aquella que necesita tratamiento con altas dosis de corticoesteroides inhalados (CSI) y de una segunda medicación “controladora” y/o que tome corticoesteroides sistémicos (CSS) para prevenir exacerbaciones de la enfermedad.

Dentro del AGNC, además de los fenotipos, tenemos que diferenciar entre dos variedades:

- El asma difícil de tratar, que es un AGNC debida a factores externos a la enfermedad, como la baja adhesión a la terapia inhalada, conductas de no evitación de factores agravantes o desencadenantes, como el tabaquismo, la contaminación ambiental o la exposición ocupacional, y presencia de comorbilidades, como el reflujo gastroesofágico (RGE), la rinosinusitis, la obesidad, etc.
- El asma refractaria al tratamiento, que es un AGNC a pesar del tratamiento y correcto control de factores externos a la enfermedad, siendo frecuente en este tipo de asma la resistencia a corticoesteroides.

Debemos tener en cuenta que fenotipar el AGNC no solo sirve para tomar decisiones terapéuticas, donde se incluyen las medidas de educación terapéutica, sino que además forma parte de la acción de diagnóstico. El fenotipo del AGNC tiene en cuenta varios aspectos: la historia natural de la enfermedad, la patobiología, la clínica, la función pulmonar y la respuesta terapéutica; tras esto, el AGNC presenta cuatro fenotipos: alérgica, eosinofílica de inicio tardío, asma y obesidad y neutrofílica de inicio tardío^{1,2} (tabla 2).

El porcentaje de pacientes con asma no controlada vistos en Atención Primaria supera el 50 %. La GINA³ propone un algoritmo de actuación en el que “obliga” a tener en cuenta una serie de aspectos: la evaluación de la gravedad de las exacerbaciones, considerar las causas alternativas de la dificultad respiratoria, valorar la organización del traslado inmediato ante la presencia de signos de exacerbación grave, el comienzo de tratamiento, así como la organización del tratamiento continuo al alta a domicilio para reducir el riesgo de nuevas exacerbaciones.

TABLA 2. FENOTIPOS DE AGNC^{1,2}

Fenotipos	Características clínicas	Biomarcadores
Alérgica (T2)	Síntomas alérgicos + Sensibilización a alérgeno (Prick test y/o IgE específica)	IgE específica Citocinas Th2 Periostina Eosinófilos y neutrófilos en esputo
Eosinofílica (T2)	Rinosinusitis crónica/poliposis nasal EREA Corticodependiente o insensible a glucocorticoides	Eosinófilos en sangre y esputo IL-5 Cisteinil-leucotrienos
No T2	Menor FEV ₁ Mayor atrapamiento Antecedente de tabaquismo	Neutrófilos o paucigranulocítica en esputo Activación TH17 IL-8

IgE: inmunoglobulina E; EREA: enfermedad respiratoria exacerbada por ácido acetilsalicílico; FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo

Tratamiento del asma grave no controlada

El AGNC precisa un tratamiento farmacológico de base (tabla 3) y del buen control de las comorbilidades y agravantes (ver sección de Comorbilidades), se prestará mucha importancia a la educación terapéutica, donde insistiremos en las medidas de evitación de factores desencadenantes y la deshabitación tabáquica como aspectos fundamentales, además de la revisión de la correcta adhesión y la técnica de inhalación. Los planes de acción basados en el autocontrol de síntomas y medición del flujo espiratorio máximo (FEM)^{1,2} son otro de los puntos importantes de los programas de educación en AGNC, siendo todo esto parte del plan terapéutico del paciente.

Tanto la Normativa SEPAR de AGNC¹ como la GEMA² incluyen dentro de su plan terapéutico la importancia de la insensibilidad a los corticoesteroides inhalados y el control de sus efectos secundarios, recomendando en este caso los aspectos que debemos monitorizar o controlar (tabla 4), aunque en este último aspecto no recomienda la frecuencia de los controles.

TABLA 3. TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE NO CONTROLADA¹

Tratamiento		Calidad de la evidencia
Corticoesteroides inhalados (CSI)	<p>Respuesta con dosis más altas de las recomendadas</p> <p>Mayor eficacia de los CSI de partícula fina (no demostrada en AGNC)</p>	<p>A</p> <p>C</p>
Corticoesteroides sistémicos (CSS)	<p>La administración de triamcinolona con insensibilidad a corticoides mejora el control</p> <p>No hay evidencia de que el tratamiento de mantenimiento de CSS a dosis bajas sea más efectivo que los ciclos de CSS para disminuir las exacerbaciones</p>	C
Agonistas beta2-adrenérgicos de acción larga (LABA)	La combinación de LABA y CSI a altas dosis es más eficaz que doblar la dosis de CSI o añadir un antileucotrieno	A
Anticolinérgicos de acción prolongada (LAMA)	Tratamiento en asma bronquial en los escalones altos de gravedad si no hay control	A
Vitamina D	<p>Niveles inferiores a 30 ng/ml se relacionan con la gravedad del asma, además de estar relacionados con el mecanismo de insensibilidad a los esteroides</p> <p>No se recomienda su administración</p>	D
Macrólidos	<p>Mejoría del FEM matutino, síntomas y CVRS</p> <p>Recomendación en fenotipo de asma grave neutrofílica</p>	<p>D</p> <p>B</p>
Antileucotrienos	<p>Presencia de EREA (producción excesiva de leucotrienos)</p> <p>Recomendados en AGNC</p>	<p>C</p> <p>C</p>
Teofilina e inhibidores de la fosfodiesterasa-4	<p>Acción antiinflamatoria débil que potencia la acción de los corticoides</p> <p>Utilidad de roflumilast en población con asma</p>	<p>D</p> <p>B</p>
Termoplastia	Recomendación en centros con experiencia y en el contexto de investigación	D, B

AGNC: asma grave no controlada; FEM: flujo espiratorio máximo; CVRS: calidad de vida relacionada con la salud; EREA: enfermedad respiratoria exacerbada por la aspirina.

TABLA 4. CONTROL DE EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS CORTICOESTEROIDES INHALADOS²

Metabolismo osteocálcico	Osteoporosis
Glucemia	Diabetes mellitus
Salud mental	Ansiedad, depresión
Visión	Cataratas

En AGNC existe una insensibilidad parcial a los corticoesteroides que hace necesario usar dosis más elevadas. En la tabla 5 se pueden leer los factores que contribuyen a que el asma sea insensible a los corticoesteroides.

TABLA 5. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA INSENSIBILIDAD DE LOS CORTICOESTEROIDES

Exposición continua a alérgenos

Tabaquismo

Intolerancia a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Niveles bajos de vitamina D

Infecciones víricas por *Chlamydia* o *Mycoplasma*

Elaboración propia.

En la tabla 6 se describen los tratamientos del AGNC según los fenotipos².

TABLA 6. TRATAMIENTO SEGÚN FENOTIPOS DEL ASMA GRAVE NO CONTROLADA²

Fenotipos	Tratamiento
Alérgica (T2)	Glucocorticoides Omalizumab IL-5/IL-5R α (mepolizumab, reslizumab, benralizumab) Dupilumab
Eosinofílica (T2)	ARLT IL-5/IL-5R α (mepolizumab, reslizumab, benralizumab) Dupilumab
No T2	Azitromicina

TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE NO CONTROLADA ALÉRGICA

Omalizumab

Tras más de 13 años en el mercado, la literatura describe resultados positivos en los pacientes con AGNC de fenotipo alérgico tratados con omalizumab: reduce exacerbaciones, disminuye la intensidad de los síntomas mejorando el control de su enfermedad (medido con Asthma Control Test –ACT–), disminuye el consumo de corticoesteroides inhalados (GCI), mejora los resultados de función pulmonar y mejora la CVRS^{2, 7, 8}. Cabe señalar que existe una correlación entre la mejora de la CVRS y el tratamiento prolongado de omalizumab^{7, 9}, además, y como se indicó anteriormente, en muchos casos se consigue retirar o reducir notablemente los corticoesteroides, teniendo consecuencias importantes en la prevención y reducción de efectos secundarios⁸, observándose un empeoramiento en los pacientes que suspenden el tratamiento^{2, 9}.

Disponible desde 2006 en España, se trata de un anticuerpo monoclonal anti-IgE^{2, 7}, cuya dosis y frecuencia se calcula a partir de la concentración basal de IgE (UI/ml) determinada antes de empezar con el tratamiento y del peso corporal (kg). Las dosis van desde 75 a 600 mg cada 15-30 días, teniendo presentaciones en jeringa precargada de 75 y 150 mg, diferenciándose por su color azul y morado, respectivamente. La administración es exclusivamente por vía subcutánea (nunca por vía endovenosa o intramuscular) y, si el paciente precisara dosis mayores de 150 mg, deberá administrarse en dos lugares diferentes. El lugar de la inyección es el sitio donde usted usará la jeringa: el lugar recomendado es la parte superior de los muslos. También se puede utilizar la parte inferior del abdomen, pero no en un área de 5 cm alrededor del ombligo (botón del ombligo). Si quien pone la inyección es el cuidador, entonces también se puede utilizar la parte superior de los brazos (ver en el prospecto las instrucciones de uso de omalizumab)¹⁰.

TABLA 7. CONSERVACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE OMALIZUMAB¹¹

Conservación	<p>En nevera a 2-8° C. No congelar. 4 horas a 25° C. Jeringa precargada: volver a conservar a 2-8° C una vez más en nevera si no se usa. Conservar en embalaje original para proteger de la luz.</p>
Preparación y administración	<p>Sacar de la nevera 20 minutos antes de la inyección. Vía subcutánea (45°). No vía intravenosa/intramuscular. No mezclar con otros medicamentos. Si dosis >150 mgr, administrar en 2 o más lugares. Si el líquido está turbio, tiene un color anormal o contiene partículas grandes o extrañas se debe desechar el medicamento. Piel íntegra: no presencia de heridas, cicatrices, estrías, etc. Localización de inyección, autoinyección o administración por parte de un cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parte superior de los muslos. - Parte inferior del abdomen. Separar del ombligo al menos 5 cm. - Parte superior de los brazos (no recomendada autoinyección, sí recomendada para la administración por parte de un cuidador).

Tal y como indica la ficha técnica¹¹, el tratamiento con omalizumab no está indicado para exacerbaciones asmáticas o broncoespasmo, y no se recomienda la suspensión brusca de CSS y CSI. Las reacciones adversas están detalladas en la tabla 8.

Omalizumab es un medicamento de prescripción especializada y clásicamente se administraba en el hospital. En algunas regiones de España, la administración de este biológico se podía hacer en el Centro de Atención Primaria⁷, previa retirada del fármaco en la farmacia hospitalaria de zona, justificando esta medida en la casi ausencia de efectos adversos graves y la no evidencia de

TABLA 8. REACCIONES ADVERSAS DE OMALIZUMAB EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA ALÉRGICA. AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Infecciones e infestaciones	
• Poco frecuente	• Faringitis
• Rara	• Infección parasitaria
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	
• No conocida	• Trombocitopenia idiopática, incluyendo casos graves
Trastornos del sistema inmunológico	
• Raras	• Reacción anafiláctica, otros procesos alérgicos graves, desarrollo de anticuerpos frente a omalizumab
• No conocida	• Enfermedad del suero que puede cursar con fiebre y linfadenopatía
Trastornos del sistema nervioso	
• Frecuente	• Cefalea*
• Poco frecuentes	• Síncope, parestesia, somnolencia, mareo
Trastornos vasculares	
• Poco frecuentes	• Hipotensión postural, rubor
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	
• Poco frecuentes	• Broncoespasmo alérgico, tos
• Rara	• Laringoedema
• No conocida	• Vasculitis granulomatosa alérgica, es decir, síndrome de Churg Strauss
Trastornos gastrointestinales	
• Frecuente	• Dolor abdominal superior**
• Poco frecuentes	• Signos y síntomas dispépticos, diarrea, náuseas
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	
• Poco frecuentes	• Fotosensibilidad, urticaria, rash, prurito
• Rara	• Angioedema
• No conocida	• Alopecia
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	
• Rara	• Lupus eritematoso sistémico (LES)
• No conocidas	• Artralgia, mialgia, tumefacción de las articulaciones
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	
• Muy frecuente	• Pirexia**
• Frecuentes	• Reacciones en la zona de inyección tales como tumefacción, eritema, dolor, prurito
• Poco frecuentes	• Enfermedad pseudogripal, brazos hinchados, incremento de peso, fatiga

* Muy frecuente en niños de 6 a 12 años. ** En niños entre 6 y 12 años.

mejores resultados clínicos o de seguridad por administrarse en el hospital. Esta acción supone una mayor comodidad para el paciente, y desde finales de 2018, la Comisión Europea permite la autoinyección de omalizumab por parte del paciente o de un cuidador cualificado a partir de la cuarta dosis. En ambos casos se debe haber recibido previamente una formación en técnica de inyección subcutánea y del reconocimiento de signos y síntomas tempranos de reacciones alérgicas graves. Con la autoadministración de omalizumab no solo se consigue una reducción de visitas clínicas, sino que además el tratamiento se adapta a la vida de los pacientes y disminuye la carga de la enfermedad.

TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE NO CONTROLADA EOSINOFÍLICA DE INICIO TARDÍO

Mepolizumab

Mepolizumab comienza su comercialización tras la aprobación por la Food and Drug Administration (FDA) en noviembre de 2015, y en diciembre de ese mismo año la European Medicines Agency (EMA) aprueba su uso para mayores de 12 años con AGNC de fenotipo eosinofílico refractario grave. Mepolizumab consigue^{2, 12, 13}: reducción de recuento sanguíneo de eosinófilos, disminución de síntomas (medido por ACT) y disminución de exacerbaciones y de los CSS. Este fármaco biológico es un anticuerpo monoclonal humanizado IgG1 frente a la IL-5, que evita que esta interleukina se pueda unir a su receptor en la superficie de los eosinófilos, reduciendo así su número y comprendiendo por qué mepolizumab es más eficaz en pacientes con asma eosinofílica refractaria que presentan niveles basales de eosinófilos en sangre más elevados y exacerbaciones más frecuentes⁴, encontrando, por lo tanto, buena correlación entre eosinofilia en sangre periférica y eficacia clínica.

Mepolizumab presenta un perfil de seguridad y eficacia a largo plazo favorable, habiendo demostrado reducción de exacerbaciones a 4, 8 años de tratamiento¹⁴ y en vida real analizada tras 2 años de tratamiento¹⁵.

TABLA 9. CONSERVACIÓN, PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEPOLIZUMAB¹⁶**Presentación jeringa y pluma precargada (consideraciones generales)**

Conservación	<p>En nevera 2-8° C No congelar. Embalaje original para proteger de la luz. 7 días a < 30° C y protegido de la luz.</p>
Preparación y administración	<p>Sacar de la nevera 30 minutos antes de la inyección. Vía subcutánea (45° jeringa precargada, 90° pluma precargada). NO vía intravenosa/intramuscular. NO agitar. NO mezclar con otros medicamentos. Si el líquido está turbio, tiene un color anormal o contiene partículas grandes o extrañas se debe desechar la medicación. Piel íntegra: no presencia de heridas, cicatrices, estrías, etc. Localización de inyección, autoinyección o administración por parte de un cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parte superior de los muslos. - Parte inferior del abdomen. Separar al menos 5 cm del ombligo. - Parte superior de los brazos (no recomendada autoinyección, si zona recomendada para la administración por parte de un cuidador).

Presentación de polvo liofilizado (consideraciones generales)

Conservación	<p>Conservar a < 25° C. NO congelar. Conservar en embalaje original para proteger de la luz.</p>
Preparación y administración	<p>Reconstituir vial con 1,2 cc de agua estéril. Tiempo de reconstitución alrededor de 5 minutos. NO agitar. Girar con movimiento circular. Solución transparente a opalescente. Color amarillento a marrón pálido. Libre de partículas visibles. Si solución turbia o lechosa o presencia de partículas libres, se debe desechar. Desechar si no se administra 8 horas después de la reconstitución. Conservar por debajo de 30° C, no congelar. Extraer 1 cc del contenido para obtener una dosis de 100 mgr. Administración por vía subcutánea (45°). NO vía intravenosa/intramuscular. NO agitar jeringa tras reconstitución. NO mezclar con otros medicamentos . Piel íntegra: no presencia de heridas, cicatrices, estrías, etc. Localización de inyección:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parte superior de los muslos. - Parte inferior del abdomen. Separar al menos 5 cm del ombligo. - Parte superior de los brazos.

Mepolizumab, además de la formulación en polvo liofilizado, tiene dos presentaciones: en jeringa precargada y pluma precargada de 100 mg, que se administran vía subcutánea y, según la ficha técnica¹⁶ publicada por la AEMPS, se recomienda su administración en abdomen y muslos, y zona superior de los brazos si se realiza por parte de un cuidador formalizado (ver en el prospecto las instrucciones de uso de mepolizumab). No existe ninguna recomendación en cuanto al número de dosis administradas por un profesional sanitario antes de la autoadministración por el paciente. La dosis recomendada es de 100 mg cada 4 semanas y no precisa ajuste para pacientes con edad avanzada. Además, y tal y como viene recogido en la ficha técnica, está indicado para pacientes adultos con edad superior a 12 años y el año pasado la AEMPS ha aprobado su uso en población pediátrica a partir de 6 años. En el rango de 6 a 11 años la posología es de 40 mg cada 4 semanas, en lugar de 100 mg. Mepolizumab no está indicado para las exacerbaciones de asma y no se recomienda la retirada brusca de los CSS y CSI.

Es un tratamiento de prescripción por parte del especialista en AGNC y las formulaciones en pluma precargada y jeringa precargada pueden ser autoadministradas en domicilio, previa retirada del fármaco en la farmacia hospitalaria de zona, por el propio paciente o por un cuidador cualificado, tras recibir una formación sobre la técnica de inyección subcutánea y la detección de signos y síntomas de reacciones adversas graves (tabla 10). En cuanto a la solución inyectable, debe ser el profesional sanitario quien la administre.

Benralizumab

Recientemente en el mercado, benralizumab^{2, 17} es un anticuerpo monoclonal humanizado IgG1k que se une directamente al receptor alfa IL-5 en los eosinófilos y atrae a las células “*natural killer*” para inducir la depleción rápida y casi completa de los eosinófilos a través de la apoptosis (muerte celular programada), proceso denominado acción eosinéptica. Tras el estudio GREGALE¹⁸ se confirmó que el perfil de seguridad tras 2 años de tratamiento es correcto, sin observar eventos adversos rela-

TABLA 10. REACCIONES ADVERSAS DE MEPOLIZUMAB EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA EOSINOFÍLICA DE INICIO TARDÍO. AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Sistema de clasificación de órganos	Reacciones adversas	Frecuencia
Infecciones e infestaciones	Infección del tracto respiratorio inferior Infección del tracto urinario Faringitis	Frecuentes
Trastornos del sistema inmunológico	Reacciones de hipersensibilidad (reacción alérgica sistémica)* Anafilaxia**	Frecuentes Rara
Trastornos del sistema nervioso	Dolor de cabeza	Muy frecuente
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Congestión nasal	Frecuente
Trastornos gastrointestinales	Dolor en la zona superior del abdomen	Frecuente
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Eczema	Frecuente
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Dolor de espalda	Frecuente
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Reacciones relacionadas con la administración (sistémicas no alérgicas): erupción, rubefacción y mialgia*** Reacciones locales en el lugar de la inyección Pirexia	Frecuentes

* Se han notificado reacciones sistémicas incluyendo hipersensibilidad con una incidencia total comparable a la del placebo. Para ver ejemplos de las manifestaciones asociadas notificadas y una descripción del tiempo de inicio, ver sección 4.4. ** De notificaciones espontáneas post comercialización. *** Las manifestaciones más frecuentes asociadas a notificaciones de reacciones sistémicas no alérgicas, relacionadas con el lugar de la administración fueron erupción, rubefacción y mialgia. Estas manifestaciones se notificaron con poca frecuencia y en <1 % de los sujetos que recibieron mepolizumab 100 mg por vía subcutánea.

cionados con el fármaco, además de encontrar los siguientes beneficios para los pacientes con AGNC de fenotipo eosinofílico de inicio tardío: mejora de la función pulmonar, disminución de síntomas, reducción de consumo de CSS y un mayor impacto en

TABLA 11. CONSERVACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE BENRALIZUMAB¹⁹

Conservación	<p>En nevera 2-8° C. 25° C no más de 14 días. NO congelar, no calentar. NO agitar. Conservar en embalaje original para proteger de la luz.</p>
Preparación y administración	<p>Sacar de la nevera al menos 30 minutos antes de la inyección (20-25° C). Vía subcutánea (45° jeringa precargada, 90° pluma precargada). NO vía intravenosa/intramuscular. NO agitar. NO mezclar con otros medicamentos. Si el líquido está turbio, tiene un color anormal o contiene partículas grandes o extrañas se debe desechar el medicamento. Piel íntegra: no presencia de heridas, cicatrices, estrías, etc. Localización de inyección, autoinyección o administración por parte de un cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parte superior de los muslos. - Parte inferior del abdomen. Separar al menos 5 cm del ombligo. - Parte superior de los brazos (no recomendada autoinyección, si recomendada la administración por parte de un cuidador).

la reducción de exacerbaciones si los niveles de eosinófilos son elevados y las exacerbaciones frecuentes.

Benralizumab se comercializa en dos presentaciones de jeringa y pluma precargada de 30 mg, siendo la posología para mayores de 18 años una dosis de 30 mg cada 4 semanas las tres primeras dosis, y posteriormente una dosis de 30 mg cada 8 semanas, tal y como se recoge en la ficha técnica del fármaco¹⁹. Cefalea y faringitis son las reacciones adversas más frecuentes (tabla 12).

La vía de administración¹⁹ es subcutánea y se recomienda su administración en abdomen, muslos o parte superior de los brazos, siempre sobre piel íntegra (ver en ficha técnica las instrucciones de uso de benralizumab).

TABLA 12. REACCIONES ADVERSAS DE BENRALIZUMAB EN ASMA GRAVE NO CONTROLADA EOSINOFÍLICA DE INICIO TARDÍO. AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Sistema de clasificación de órganos	Reacciones adversas	Frecuencia
Infecciones e infestaciones	Faringitis	Frecuente
Trastornos del sistema inmunológico	Reacciones de hipersensibilidad Reacción anafiláctica	Frecuente Frecuencia no conocida
Trastornos del sistema nervioso	Cefalea	Frecuente
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Fiebre Reacción en el punto de inyección	Frecuente

Elaboración propia.

Las jeringas y plumas precargadas están diseñadas para que el paciente pueda autoadministrarse tras las tres primeras dosis. Podrá ser administrada por el propio paciente o cuidador cualificado, previa formación en técnica de inyección subcutánea y detección de signos y síntomas de eventos adversos graves.

Reslizumab

Reslizumab^{20,21} es un anticuerpo monoclonal humanizado IgG4 frente a la IL-5 que bloquea su función biológica y, por lo tanto, disminuye la actividad y la supervivencia de los eosinófilos, encontrándose mejoras en la función pulmonar significativas, así como en el número de exacerbaciones y mejoras en la puntuación de las escalas de síntomas de asma.

Este fármaco está indicado para el asma grave eosinofílica que no está suficientemente controlada. La dosis es de 3 mg por kilo de peso corporal, por lo que puede haber variaciones de dosificación si el paciente sufre cambios importantes de su peso corporal.

Existen dos presentaciones de reslizumab: un vial de 2,5 ml con 25 mg y otro vial de 10 ml con 100 mg del fármaco. Se debe administrar la dosis de reslizumab cada 4 semanas, ya que tiene una vida media de 25 días, y por vía endovenosa. Al ser un biológico que precisa de una preparación más compleja, creo adecuado y útil detallar según la tabla 13 los pasos esenciales y así evitar errores²⁰. Los efectos adversos más frecuentes que se describen de reslizumab son las alteraciones y elevaciones sanguíneas de la creatinina-fosfocinasa, que fueron transitorias y asintomáticas y no supusieron la suspensión del tratamiento²⁰.

TABLA 13. PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RESLIZUMAB

Preparación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sacar vial de la nevera. No agitar 2. Inspeccionar el medicamento: <ul style="list-style-type: none"> • No usar si: <ul style="list-style-type: none"> - Color (puede ser ligeramente amarillento) - Partículas extrañas (sí puede tener partículas traslúcidas-blancas) 3. Diluir en 50 ml de suero fisiológico 0,9 NO MEZCLAR CON OTROS MEDICAMENTOS 4. Reslizumab es compatible con PVC o PO 5. Administración inmediata tras reconstitución
Administración	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatura de infusión: 15-25 °C 2. Usar filtro para la infusión de 0,2 micras Estéril, no pirógeno y de baja unión de proteínas Material compatible: PES, PVDF, nailon y acetato de celulosa 3. No perfundir junto a otros medicamentos por la misma vía venosa 4. Duración de perfusión: 20-50 minutos (varía según dosis, volumen y tolerancia) 5. Observación del paciente durante la administración. Instruir al paciente en la detección de síntomas de reacciones alérgicas graves 6. Al finalizar la perfusión, purgar el sistema (al mismo ritmo de infusión) con suero fisiológico 0,9, para asegurar la administración de toda la dosis NO ADMINISTRACIÓN EN BOLO O SIN DILUIR 7. Mantener en observación al paciente 20 minutos tras finalizar infusión

PVC: cloruro de polivinilo; PO: poliolefina; PVDF: fluoruro de polivinilideno; PES: polietersulfona.
Elaboración propia.

TABLA 14. ESQUEMA DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Tratamiento biológico	Indicación	Posología	Presentación	Vía de administr.	Zona de administr.	Autoadmini- strado	Efectos adversos (frecuentes)
Omalizumab	AGNC alérgica	Depende de los niveles de IgE antes del inicio del tratamiento y del peso corporal Entre 75-600 mg cada 15-30 días	Jeringa precargada Presentación de 75 y 150 mg	SBC	Zona superior de los brazos Abdomen Muslos Glúteos	Sí	Cefalea, dolor abdominal superior, pirexia, reacciones en zona de inyección
Mepolizumab	AGNC eosinofílica de inicio tardío	100 mg cada 4 semanas 40 mg cada 4 semanas en niños de entre 6 y 11 años	Jeringa precargada Pluma precargada Solución liofilizada Presentación de 100 mg	SBC SBC SBC	Zona superior de los brazos Abdomen Muslos	Sí	Infección tracto respiratorio inferior, infección tracto urinario, faringitis, reacciones de hipersensibilidad, cefalea, congestión nasal, dolor parte superior abdomen, eczema, dolor de espalda, reacciones locales, pirexia
Benralizumab	AGNC eosinofílica de inicio tardío	30 mg cada 4 semanas las 3 primeras dosis 30 mg cada 8 semanas	Jeringa precargada Pluma precargada Presentación de 30 mg	SBC SBC	Zona superior de los brazos Abdomen Muslos	Sí	Faringitis, reacciones de hipersensibilidad, cefalea, pirexia, reacción en zona de inyección
Reslizumab	Asma eosinofílica grave	3 mg/kg Cada 4 semanas	Concentrado para perfusión Vial 2,5 ml-2,5 mg Vial 10 ml-100 mg	Vía endovenosa 20-50 minutos		No	Elevación de creatinina-fosfocinasa en sangre

Elaboración propia.

Puntos clave

- La educación terapéutica dirigida a pacientes con AGNC forma parte de la batería terapéutica de estos pacientes.
- El tratamiento de base, así como el control de comorbilidades y factores agravantes o desencadenantes es parte fundamental del tratamiento de los pacientes con AGNC.
- Los tratamientos biológicos con anticuerpos monoclonales tienen probado su perfil de seguridad y eficacia.
- La disminución de exacerbaciones, la reducción de dosis de CSS, la disminución de síntomas y la mejora de la función pulmonar son las “consecuencias” de los tratamientos biológicos en AGNC.
- La autoadministración de los tratamientos biológicos por parte del paciente o cuidador cualificado, previa formación por parte del personal sanitario, supone una reducción de visitas clínicas y una disminución de la carga de la enfermedad sobre el paciente. En definitiva, se adapta el tratamiento a la vida del paciente.

Seguimiento y adhesión. Generalidades

El manejo del asma basado en el control consta de tres aspectos fundamentales, según indica la GINA³, donde al paciente, tras ser evaluado, se le ajusta el tratamiento y posteriormente se le hace una revisión de la respuesta que ha tenido al tratamiento farmacológico y a las indicaciones no farmacológicas. Este esquema, que puede parecer simple, tiene como objetivo controlar los síntomas diarios y prevenir las exacerbaciones que llevan a una caída de la función pulmonar², trazando una estrategia individualizada de supervisión y acompañamiento donde la satisfacción del paciente con el nivel de control alcanzado es fundamental, pero que, como se describe en la literatura, muchos de los pacientes con AGNC sobreestiman su grado^{2, 3, 22}.

Se puede considerar como principios generales³ del control del AGNC el control de síntomas, lo que disminuiría la carga de enfermedad para los pacientes, y la reducción de riesgos, disminuyendo las exacerbaciones, disminuyendo los efectos adversos y secundarios de los medicamentos y evitando el deterioro de la vía aérea. Para conseguir estos dos principios^{3, 22} generales se

deben identificar los objetivos de los pacientes en relación con el asma y su tratamiento, teniendo en cuenta las preferencias del paciente en todas las decisiones que se tomen, ya que la colaboración entre pacientes y profesionales sanitarios hará más corto el camino del adecuado manejo del asma.

Es necesaria una evaluación periódica² de los pacientes con asma para comprobar diferentes aspectos⁴, como la técnica inhalada, comprobar la exposición ambiental y/o laboral, valorar la presencia de comorbilidades y comprobar el automanejo guiado del paciente que se ha consensuado en consultas anteriores. Y, sin duda, el aspecto más importante que se debe valorar en el seguimiento de los pacientes con AGNC es la adhesión al tratamiento. Se considera que el 80 % de adhesión en asma es una cifra aceptable, pero la literatura actual estima las tasas de adhesión en asma^{1,22} entre un 30-70 % y el 80 % de la mortalidad debida a asma se relaciona con este grave problema²². La no adhesión por parte de los pacientes con AGNC conlleva una serie de consecuencias (tabla 15), que a su vez llevan a la prescripción de dosis más altas de medicamentos, ya que la falta de cumplimiento se identifica erróneamente como asma refractaria.

TABLA 15. CONSECUENCIAS DE LA NO ADHESIÓN EN LOS PACIENTES CON ASMA^{2, 3, 22}

- Control deficiente del asma
- Disminución de la función pulmonar
- Aumento de exacerbaciones
- Disminución de la calidad de vida
- Mayor uso de recursos sanitarios
- Absentismo laboral
- Aumento de mortalidad

Los profesionales sanitarios usamos para la evaluación del cumplimiento terapéutico varias estrategias¹, como son el juicio clínico, comprobar la respuesta clínica del paciente a la farmacoterapia indicada, el uso de cuestionarios validados y otras herramientas, como la medición de FeNO (fracción exhalada de

óxido nítrico) o las tasas de reabastecimiento de recetas³, aunque se ha descrito que se corre el riesgo de sobrevalorar el grado de adhesión^{1,23} con estos sistemas de evaluación. La no adhesión al tratamiento de los pacientes puede estar originado por comportamientos influenciados por la percepción de su estado de salud o control de su enfermedad, así como por las creencias que tienen sobre sus tratamientos. Las intervenciones clásicas, como la educación, mejorar la comunicación con los profesionales sanitarios o las intervenciones digitales que se indican en la literatura^{2,3,22,24}, deben incluir actuaciones sobre las creencias y percepciones de los pacientes, por lo que resulta clave identificarlas para poder influir en un cambio de comportamiento y mejorar la adhesión.

Lycett *et al.*²⁴ concluyen, en su estudio de revisión de adhesión en población asmática, que los pacientes tendrán menos adhesión si creen que la medicación solo es para cuando tengan síntomas, que pueden disminuir la dosis si no hay síntomas o si tienen la percepción de que “mi asma no es grave”, a lo que hay que sumar que los pacientes manifiestan preocupaciones sobre los efectos adversos inmediatos y a largo plazo de los fármacos indicados o tienen la creencia de que los medicamentos que les han indicado producen adicción o dependencia (tabla 16).

TABLA 16. PERCEPCIONES INFORMADAS DE LOS PACIENTES CON ASMA EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO^{22, 24, 25}

- Efectos secundarios inmediatos y a largo plazo
- Seguridad
- Adicción o dependencia
- Preocupación sobre los efectos secundarios
- Aversión a la medicina
- Fármacos como productos antinaturales
- Cansancio de tanto tomar el tratamiento
- Demasiadas medicinas
- Costes
- Consideración de que los fármacos naturales son más seguros
- Palatabilidad

Para contrarrestar estas percepciones, las personas con asma pueden recibir ayuda para controlar su enfermedad a través de la toma de decisiones compartidas²⁵, equilibrando las consecuencias negativas de falsas percepciones y creencias, ya que el intercambio mutuo de información, donde se incluyen valores y preferencias entre el paciente y el profesional sanitario, pueden llegar a mejorar los resultados clínicos del asma y, por lo tanto, mejorar su calidad de vida. En definitiva, se educa a los pacientes y se les capacita para participar activamente en su propia salud, haciendo más efectivo el autocontrol o la autogestión de la enfermedad.

Puntos clave

- En el seguimiento del paciente con asma se debe valorar la adhesión de manera sistemática.
- Diferenciar el perfil del paciente incumplidor es clave para diseñar las intervenciones adecuadas.
- Un enfoque multifacético para combatir los enfoques erróneos negativos y los temores que tienen los pacientes asmáticos respecto a los medicamentos es clave para mejorar la adhesión.
- Tomar decisiones de manera compartida teniendo en cuenta las preferencias, percepciones y creencias de los pacientes es el camino para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

Comorbilidades

Las comorbilidades son comunes en muchas enfermedades crónicas²⁶. En la población con asma existen condiciones o enfermedades que aparecen con una mayor frecuencia (tabla 17) que en la población general y que pueden provocar un peor control de la enfermedad, por lo que la identificación de estas enfermedades “acompañantes” debe ser una prioridad¹, ya que provocan un control insuficiente del asma².

La GEMA² recomienda, antes de considerar un asma de mal control, detectar la presencia de comorbilidades en el paciente que estamos tratando y tener en cuenta, antes de hacer modificaciones en el tratamiento del asma, que se debe controlar la terapéutica y la adhesión de estas enfermedades convivientes,

ya que se pueden comportar como medida preventiva de las exacerbaciones del asma³.

TABLA 17. COMORBILIDADES MÁS FRECUENTES EN LA POBLACIÓN ASMÁTICA^{1, 2, 27}

- Enfermedad rinosinusal
- Reflujo gastroesofágico (RGE)
- Obesidad
- Síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS)
- Ansiedad-depresión
- Disnea funcional (DF)-síndrome de hiperventilación
- Disfunción de cuerdas vocales.
- Fibromialgia
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Enfermedad cardiovascular (ECV)

La presencia de comorbilidades en la población con asma puede tener efectos sobre la calidad de vida, frecuencia de exacerbaciones, opciones terapéuticas o mortalidad²⁷, siendo un factor de riesgo potencialmente modificable para las exacerbaciones, incluso en pacientes con pocos síntomas³.

La GINA³ insiste en que el tratamiento de las comorbilidades puede complicar el manejo del asma, señalando especialmente a la población anciana. Además, conocemos por la literatura que comorbilidades como la obesidad, el síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tienen un impacto negativo²⁶⁻²⁸, ya que aumentan el número de exacerbaciones, provocan un aumento de visitas a urgencias, disminuyen la CVRS, aumentan el número de días de hospitalización y, en definitiva, aumentan la carga de la enfermedad para quien la padece.

Un ejemplo claro del efecto positivo que tiene la identificación y tratamiento de una comorbilidad sobre el control del asma es el uso de la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) en los pacientes con SAHS, mejorando de manera considerable su calidad de vida, sobre todo en pacientes con SAHS grave o AGNC²⁸.

Como conclusión, un mayor entendimiento del asma y sus comorbilidades permitirá a la enfermera/o y a la Enfermera de Práctica Avanzada que realicen el seguimiento de los pacientes con AGNC un manejo basado en la evidencia, cuyo objetivo será reducir hospitalizaciones y visitas a urgencias, tasas de mortalidad²⁶ y, en definitiva, el sufrimiento de los pacientes.

Puntos clave

- La presencia de comorbilidades en la población con asma contribuye a un inadecuado control de la enfermedad.
- El correcto tratamiento y control de las comorbilidades puede actuar como “factor protector” de exacerbaciones del asma.
- Antes de realizar cambios de tratamiento del asma, debemos verificar la presencia de comorbilidades que se comportan como agravantes de la enfermedad y la correcta adhesión terapéutica.

Aspectos psicosociales en pacientes con asma

Varios son los factores psicosociales que desencadenan o empeoran los síntomas del asma y que incluso se consideran factores predisponentes al asma de riesgo vital, ya que disminuyen la adhesión al tratamiento. Dentro de estos factores se incluyen la alexitimia, las actitudes de negación, el estrés y la depresión^{2,3}, por lo que se puede afirmar que el asma se asocia a una mayor morbilidad psiquiátrica, donde la ansiedad se comporta, según la literatura, como un trastorno con gran impacto en el control de la enfermedad²⁹.

La población con asma presenta una mayor incidencia de ansiedad y esta se relaciona estrechamente con la presencia de disnea funcional (DF), observando en diferentes series una prevalencia de DF en asma del 29-42 %, siendo en población general del 5-10 %^{30,31}. Además, se describe que en la suma de asma y DF hay un nivel de ansiedad mayor que cuando no coexisten.

La DF se define como un patrón respiratorio anómalo que el paciente manifiesta como una sensación de falta de aire que describe como que tiene “dificultad para llenar los pulmones” o la necesidad de realizar suspiros con la finalidad de aliviar la sen-

sación de falta de aire o incluso se presenta como una hiperventilación marcada^{2,31}. Según el estudio de Martínez-Rivera *et al.*, la DF se relaciona con sujetos de mayor edad, que presentan mayores niveles de disnea (medida con la escala del Medical Research Council –MRC–), tienen peor control del asma (medido con la escala ACT), tienen más agudizaciones, es más frecuente en mujeres y en personas con menor nivel de estudios y que los afectados manifiestan peor CVRS.

Es importante conocer que, a pesar de que se conoce que la población asmática puede presentar un trastorno en la percepción de la dificultad respiratoria, independientemente de la existencia o no de cambio en la permeabilidad de las vías respiratorias, se conoce que los cambios estructurales o remodelación que sufren las vías aéreas, junto a la inflamación crónica, puede ocasionar cambios en la percepción de la dificultad respiratoria debido a las alteraciones de las vías sensoriales nerviosas. Además, la hiperventilación, presente en muchos de los pacientes con asma y con DF, aumenta la osmolaridad en las vías aéreas, por lo que puede ocasionar broncoespasmo³¹.

Por estos motivos, los pacientes con DF pueden presentar síntomas que pueden deberse o no al asma, afirmando que el estrés de manejar múltiples situaciones presentes en una enfermedad crónica en la que la disnea es el síntoma principal puede exacerbar los síntomas del trastorno de ansiedad³².

La GINA³ recomienda ayudar a los pacientes a distinguir entre los síntomas de ansiedad y asma. Sin duda, esta es una tarea compleja, siendo uno de los motivos la banalización de los síntomas de los trastornos de ansiedad por parte de los profesionales sanitarios³³ e incluso por los propios pacientes, provocando en muchas ocasiones el sobret ratamiento de los pacientes¹.

Son varios los estudios que recomiendan las técnicas cognitivo-conductuales para disminuir y mejorar los síntomas provocados por el trastorno de ansiedad, los cuales pueden restringir la participación en actividades que podrían ayudar a mejorar la gravedad de estos síntomas, como la actividad física o hacer actividades con su red sociofamiliar^{32,33}.

Por último, cabe señalar la importancia que tiene la alexitimia en los pacientes con asma, aunque son pocos los estudios que valoran esta característica por la cual los pacientes presentan hipopercepción emocional que provoca la reducción de la capacidad para identificar correctamente los síntomas corporales asociados a las emociones, ya que pueden influir en la capacidad de los pacientes para interpretar la gravedad de los síntomas que presentan, pudiendo llevar a los pacientes a situaciones más graves³¹.

Puntos clave

- La ansiedad se asocia a un peor control del asma.
- Los aspectos psicosociales se comportan como factores desencadenantes o de empeoramiento, ya que los pacientes presentan menor adhesión al tratamiento.
- La disnea funcional en los pacientes asmáticos se asocia a mayores niveles de ansiedad.
- Incluir a los pacientes con trastornos de ansiedad en programas de terapia cognitivo-conductual puede ser útil, aunque se precisan más estudios.
- La alexitimia puede aumentar las visitas a la atención sanitaria, ya que no se interpretan adecuadamente la gravedad de los síntomas.
- Valorar la presencia de trastornos de ansiedad, disnea funcional y alexitimia durante el seguimiento de los pacientes con asma puede tener un impacto positivo en su control.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cisneros Serrano C, Melero Moreno C, Almonacid Sánchez C, Perpiñá Tordera M, Picado Valles C, Martínez Moragón E, et al. Normativa sobre asma grave no controlada. Arch Bronconeumol. 2015;51(5): 235-46.
2. GEMA 5.0. Guía española para el manejo del asma. 2020. [Consultado el 29 de junio de 2020]. Disponible en: www.gemasma.com.
3. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2014. NHLBI/WHO Workshop Report 2019. [Consultado el 8 de enero de 2020]. Disponible en: <http://ginasthma.org/gina-reports>.

4. Kurosawa M, Sutoh E. Prospective Open-Label Study of 48-Week Subcutaneous Administration of Mepolizumab in Japanese Patients with Severe Eosinophilic Asthma. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2019;29(1):40-5.
5. Martínez-Moragón E, Serra-Batlles J, De Diego A, Palop M, Casan P, Rubio-Terrés C, et al. Coste económico del paciente asmático en España (estudio AsmaCost). *Arch Bronconeumol*. 2009;45:481-6.
6. Partridge MR, Van der Molen T, Myrseth SE, Busse WW. Attitudes and actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study. *BMC Pulm Med*. 2006;6:13.
7. Chiner E, Fernández-Fabrellas E, Landete P, Novella L, Ramón M, Sancho-Chust JN, et al. Comparación de costes y resultados clínicos entre la administración hospitalaria o ambulatoria de omalizumab, en pacientes con asma grave no controlada. *Arch Bronconeumol*. 2016;52(4):211-6.
8. Colombo GL, Di Matteo S, Martinotti C, Oselin M, Valentino MC, Bruno GM, et al. Omalizumab and long-term quality of life outcomes in patients with moderate-to-severe allergic asthma: a systematic review. *Ther Adv Respir Dis*. 2019;13:1-14.
9. Ledford D, Busse W, Trzaskoma B, Omachi TA, Rosén K, Chipps BE, et al. A randomized multicenter study evaluating Xolair persistence of response after long-term therapy. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;140(1):162-169.e2.
10. Prospecto de información al usuario de Xolair (omalizumab). [Consultada el 17 de junio de 2020]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/05319008/P_05319008.html.
11. Ficha técnica de Xolair® (omalizumab). Novartis Europharm Limited. [Consultada el 17 de junio de 2020]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/05319008/FT_05319008.html.
12. Khatri S, Moore W, Gibson PG, Leigh R, Bourdin A, Maspero J, et al. Assessment of the long-term safety of mepolizumab and durability of clinical response in patients with severe eosinophilic asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2019. PMID: 30359681 Clinical Trial.
13. Ortega HG, Liu MC, Pavord ID, Brusselle GG, FitzGerald JM, Chetta A, et al. Mepolizumab treatment in patients with severe eosinophilic asthma. *N Engl J Med*. 2014;371(13):1198-207.
14. Khurana S, Brusselle G, Bel E, Fitzgerald JM, Masoli M, Korn S, et al. Long-term Safety and Clinical Benefit of Mepolizumab in Patients With the Most Severe Eosinophilic Asthma: the COSMEX Study. *Clin Ther*. 2019 Oct;41(10):2041-2056.e5.

15. Taille C, Chanez P, Devouassoux G, et al. Real-life experience with mepolizumab in the French early access program for severe eosinophilic asthma. Presentado en el congreso de la European Society (ERS), Madrid, España, 28 septiembre — 2 octubre 2019. Poster No PA1654.
16. Ficha técnica autorizada de Nucala® (mepolizumab). [Consultado el 8 de enero de 2020]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dohtml/p/1151043005/P_1151043005.html.
17. Product_Information/human/003860/WC500198037.pdf. [Consultado el 11 de enero de 2020].
18. Pham TH, Damera G, Newbold P, Ranade K. Reductions in eosinophil biomarkers by benralizumab in patients with asthma. *Respir Med.* 2016;111:21-9.
19. Ferguson GT, Mansur AH, Jacobs JS, Hebert J, Clawson C, Tao W, et al. Study to Assess Functionality, Reliability, and Performance of a Pre-filled Syringe with Benralizumab Administered at Home (GREGALE). *J Asthma Allergy.* 2018;11:63-72.
20. Ficha técnica autorizada de Cinqaero® (reslizumab). [Consultado el 30 de enero de 2020]. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/003912/human_med_002012.jsp&mid.WC0b01ac058001d124.
21. Sahota J, Robinson DS. Update on new biologics for intractable eosinophilic asthma: impact of reslizumab. *Drug Des Devel Ther.* 2018;12:1173-81.
22. Sicras-Mainar A, Capel M, Navarro-Artieda R, Nuevo J, Orellana M, Resler G. Real-life retrospective observational study to determine the prevalence and economic burden of severe asthma in Spain. *J Med Econ.* 2020;20:1-9.
23. Wenzel S, Ford L, Pearlman D, Spector S, Sher L, Skobieranda F, et al. Dupilumab in persistent asthma with elevated eosinophil levels. *N Engl J Med.* 2013;368:2455-66.
24. Lycett H, Wildman E, Raebel EM, Sherlock JP, Kenny T, Chan AHY. Treatment perceptions in patients with asthma: Synthesis of factors influencing Adherence. *Respir Med.* 2018;141:180-9.
25. Gagné M, Boulet LP, Pérez N, Moisan J. Patient-reported outcome instruments that evaluate adherence behaviours in adults with asthma: a systematic review of measurement properties. *Br J Clin Pharmacol.* 2018;84(9):1928-40.

26. Blakey JD, Bender BG, Dima AL, Weinman J, Safioti G, Costello RW. Digital technologies and adherence in respiratory diseases: the road ahead. *Eur Respir J*. 2018;52:1801147.
27. Kew KM, Malik P, Aniruddhan K, Normansell R. Shared decision-making for people with asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;10:CD012330.
28. Leinaar E, Alamian A, Wang L. A systematic review of the relationship between asthma, overweight, and the effects of physical activity in youth. *Ann Epidemiol*. 2016;26(7):504-10.e6
29. Mahdavian M, Power BH, Asghari S, Pike JC. Effects of Comorbidities on Asthma Hospitalization and Mortality Rates: A Systematic Review. *Can Respir J*. 2018;2018:6460379.
30. Davies SE, Bishopp A, Wharton S, Turner AM, Mansur AH. Does Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) treatment of obstructive sleep apnoea (OSA) improve asthma-related clinical outcomes in patients with co-existing conditions?- A systematic review. *Respir Med*. 2018;143:18-30.
31. Di Marco F, Verga M, Santos P, Giovannelli F, Busatto P, Neri M, et al. Close correlation between anxiety, depression and asthma control. *Respir Med*. 2010;104:22-8.
32. Thomas M, McKinley RK, Freeman E, Foy C. Prevalence of dysfunctional breathing in patients treated for asthma in primary care: cross sectional survey. *BMJ*. 2001;322(7294):1098-100.
33. Martínez-Rivera C, Vennera M del C, Cañete C, Bardagi S, Picado C. Perfil psicológico de los pacientes con asma bronquial y disnea funcional: comparación con población no asmática e impacto sobre la enfermedad. *Arch Bronconeumol*. 2011;47(2):73-8.
34. Campbell-Sills L, Stein MB, Sherbourne CD, Craske MG, Sullivan G, Golinelli D, et al. Effects of Medical Comorbidity on Anxiety Treatment Outcomes in Primary Care. *Psychosom Med*. 2013;75(8):713-20.
35. Pateraki E, Morris PG. Effectiveness of cognitive behavioural therapy in reducing anxiety in adults and children with asthma: A systematic review. *J Asthma*. 2018;55(5):532-54.

2 El rol de la enfermera/o en el proceso asistencial del paciente con asma grave (hospital y centro de salud). Coordinación entre distintos niveles asistenciales en el adulto

39

Dra. Carme Hernández Carcereny

Enfermera. Responsable Dispositivo Transversal Hospitalización a Domicilio. Dirección Médica y Enfermera. Hospital Clínic. Barcelona. Profesor Asociado Universidad de Barcelona

“Escribir una receta es fácil, pero llegar a un acuerdo con el paciente es difícil”

Franz Kafka, “A Country Doctor” (1919)

“Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo”

Albert Einstein

La alta prevalencia de las enfermedades crónicas precisa de cambios en los modelos de salud

El aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas (EC) es uno de los retos más importantes de los sistemas de salud a nivel mundial⁽¹⁾. La complejidad del paciente a lo largo de todo el proceso obliga a la creación de dispositivos abiertos, dinámicos y basados en la mejor evidencia disponible, ofreciendo al paciente el mejor servicio que cubra sus necesidades con los menores riesgos. Muchas EC comparten factores de riesgo. Esta situación demanda nuevos modelos de atención en los que se enfatice el rol del propio paciente/familia en la autogestión de su tratamiento⁽²⁾, así como la incorporación de la enfermera/o referente en Atención Primaria (ERAP) y la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en las unidades especializadas en asma

para el seguimiento de los pacientes que precisan de cuidados complejos^(3, 4). Esta complejidad necesita una organización más eficiente y la creación de alternativas asistenciales que mejoren la calidad asistencial y el aprovechamiento de recursos (consultas de enfermería en asma, hospitales de día, hospitalización a domicilio, consultas de enfermería especializada en centros de especialidades y centros de salud). Hace una década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó la iniciativa "*Innovative Care for Chronic Conditions*"⁽⁵⁾ para mejorar la atención a la cronicidad. Seis elementos fueron identificados: 1) organización del modelo de salud; 2) relaciones con la comunidad; 3) apoyo y soporte del autocuidado; 4) diseño del sistema asistencial; 5) apoyos para la toma de decisiones y; 6) sistemas de información clínica. Los Servicios de Atención Integrada (SAI) constituyen el núcleo del modelo, centrados en el paciente (y no en la enfermedad), con intervenciones transversales y a largo plazo^(6, 7).

El asma grave (AG) provoca un elevado impacto sanitario y social. Es una enfermedad infradiagnosticada⁽⁸⁾ que, a pesar de todos los avances en su tratamiento, sigue ocasionando más de 1.000 muertes al año en España (fuente: INE 2017), entre las cuales incluso hay pacientes etiquetados de asma leve mal controlados. La prevalencia del AG entre los pacientes asmáticos varía de un país a otro y se estima que un 50 % de estos pacientes graves tiene un mal control de su enfermedad⁽⁹⁾. El asma grave no controlada (AGNC)⁽¹⁰⁾, que representa el 5 % del total de los casos de asma, presenta alto riesgo de hospitalizaciones, deterioro en la calidad de vida, altos costes relacionados con la enfermedad y mortalidad⁽¹¹⁾. El asma es una enfermedad heterogénea que en ocasiones requiere intervenciones de alta complejidad. Actualmente, los pacientes con AGNC son tratados en unidades especializadas con escasa coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y entre profesionales de un mismo nivel asistencial. Los SAI pueden jugar un papel clave, pero son necesarios cambios en las reglas del juego entre hospital-comunidad y estudios bien diseñados a largo plazo, donde se evalúen eficacia, efectividad y eficiencia. Para el mejor manejo del paciente es necesario

un correcto diagnóstico, evaluación y seguimiento, ofreciendo el mejor tratamiento disponible, incluyendo los nuevos avances farmacológicos en terapia biológica, como son los anticuerpos monoclonales y/o la termoplastia endobronquial. Los nuevos tratamientos administrados vía subcutánea o endovenosa requieren de una intervención de la EPA y de una formación específica para las ERAP. Los estudios de telemedicina en el seguimiento y control del asma presentan datos poco concluyentes para poder realizar recomendaciones. El control del AGNC corresponde a los equipos multidisciplinares especialistas, generalmente ubicados en los centros hospitalarios, pero los equipos de Atención Primaria juegan un papel clave en la detección de este grupo de pacientes y en compartir el seguimiento. La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), conjuntamente con las cinco sociedades científicas de las especialidades más implicadas en el manejo del asma, han elaborado el primer “Documento de Criterios de Derivación en Asma”, que establece criterios consensuados de derivación en esta enfermedad de la Atención Primaria a la Atención Especializada. Es un buen inicio, pero se precisan protocolos estructurados de atención compartida entre la enfermera/o consensuados entre las diferentes sociedades científicas, adaptados a cada territorio y con indicadores claros de proceso y de resultados para poder ser evaluados.

Ante la falta de un documento específico de coordinación entre niveles asistenciales por parte de la enfermera/o, este capítulo plantea intervenciones para mejorar la transmisión de la información y fomentar el trabajo colaborativo. Las recomendaciones propuestas deben adaptarse a cada territorio, previo consenso entre los diferentes niveles asistenciales y profesionales (Hospital-Primaria).

Objetivos de la coordinación enfermera entre niveles asistenciales

- Identificar de forma temprana aquellos pacientes con AG y/con AGNC.
- Conseguir un buen control del asma.
- Asegurar un buen cumplimiento terapéutico.

- Compartir información de calidad entre profesionales.
- Trabajo colaborativo. Evitar duplicidades.
- Ofrecer al paciente mensajes claros.
- Asegurar intervenciones enfermeras basadas en la mejor evidencia disponible.
- Compartir conocimientos.
- Asegurar un seguimiento continuado.

Para conseguir los objetivos planteados es preciso:

- Multidisciplinariedad, incorporación de la EPA en las unidades especializadas.
- Disponer de una ERAP en los centros de Atención Primaria.
- Definir la cartera de servicios del profesional de enfermería.
- Intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible.
- Disponer de soporte informático de apoyo.
- Asegurar la formación continuada.
- Evaluación de los resultados de las intervenciones, incluyendo la experiencia del paciente.

La educación terapéutica

Es una de las intervenciones más importantes y con mayor impacto en el tratamiento del asma, por lo que debe formar parte indispensable del plan de tratamiento y debería poder ser prescrita por parte de enfermería, siguiendo protocolos acordados. En igualdad de condiciones, el éxito está determinado por la adhesión terapéutica. Convivir con una enfermedad crónica no es fácil, y menos cuando el tratamiento autoadministrado es complejo. En los países desarrollados, el cumplimiento terapéutico oscila entre el 50 y el 75 %. La no adhesión aumenta con la duración y complejidad del tratamiento. La adhesión es el factor modificable más importante que compromete el resultado del tratamiento. Conseguir una adecuada adhesión es uno de los retos más importantes y una pieza clave en el tratamiento, de ahí la importancia de la educación terapéutica (ET). La OMS⁽¹²⁾ define a la ET como: “un proceso continuo de cuidados, consistente en actividades educativas llevadas a cabo por los profesionales

de la salud, creado para ayudar a los pacientes y a sus familiares a realizar su tratamiento y prevenir las complicaciones evitables mientras se mantiene o mejora la calidad de vida; incluye apoyo psicosocial, procedimientos y organización”. La ET es un proceso estructurado, no es solo una acción informativa y no es solo enseñar una técnica. La ET debe ser realizada por personal entrenado y con material educativo basado en la mejor evidencia disponible. El programa de ET para el asma podría tener dos subprogramas:

- Básico, realizado por la ERAP, según la *Guía Española para el Manejo del Asma* (GEMA).
- Avanzado, realizado por la EPA, especialmente para pacientes con AG y AGNC y/o con comorbilidades no controladas.

La ET se puede realizar de forma individual o en grupo, y debe ser evaluada con indicadores claros de proceso y resultado. La ET forma parte de un modelo integrado de atención (figura 1).

Enfermera/o de Práctica Avanzada

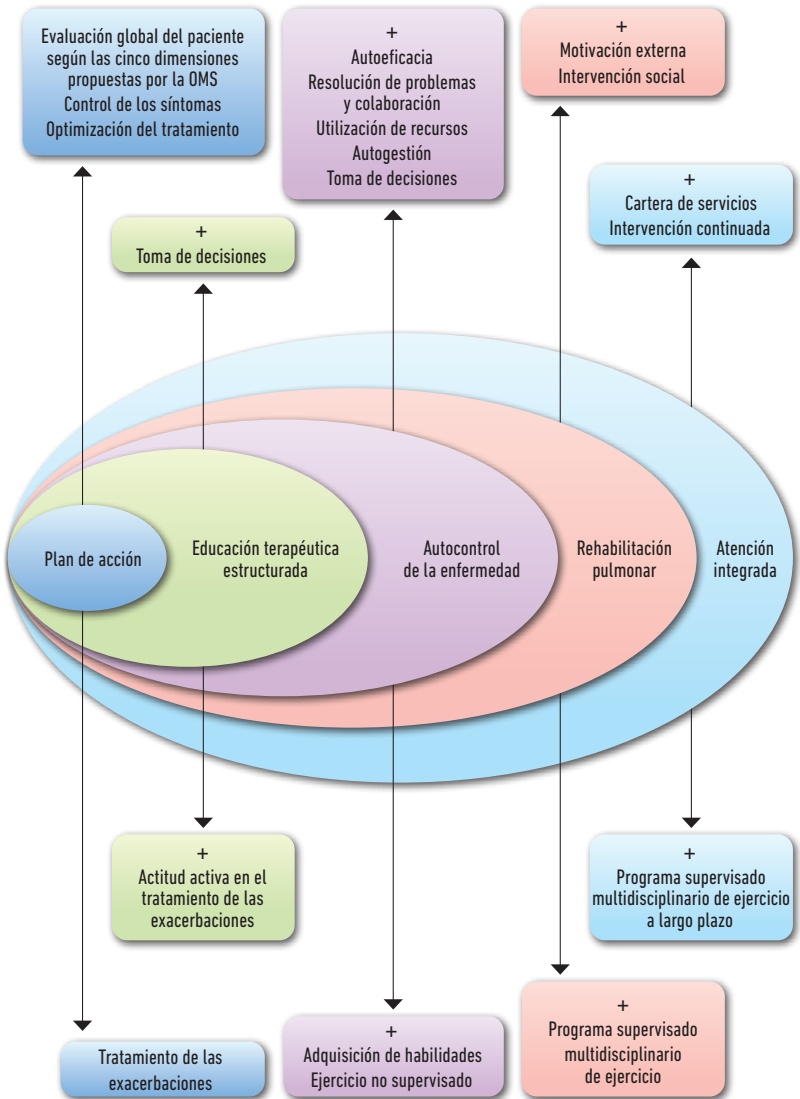
La figura de la EPA^(3, 4) debe formar parte de los equipos multidisciplinarios que atienden al paciente con AG y con AGNC.

La EPA precisa de formación especializada y experiencia clínica que le permita realizar una evaluación del paciente, un diagnóstico, planificar un plan terapéutico, asumir intervenciones complejas y participar de forma activa en la realización de las pruebas diagnósticas y en la evaluación de los resultados.

Una de las funciones de las EPA es la coordinación entre niveles asistenciales y la formación continuada. Proporcionan atención directa al paciente, siendo consultores expertos, punto de referencia para otros profesionales de enfermería y de la salud.

La EPA debe disponer de una cartera de servicios propia. La EPA, en el caso del asma, y más en el AGNC, debe ser capaz de conocer en profundidad el asma, sus escalones terapéuticos, administrar o controlar planes de automanejo del paciente, tener conocimientos sobre función pulmonar (espirometría for-

Figura 1



Adaptada por C. Hernández de la referencia 13.

zada de calidad, fracción exhalada de óxido nítrico –FeNO–), sobre fármacos biológicos de administración subcutánea o intravenosa, y tener capacidad de transmitir al paciente correctos planes de adiestramiento y adhesión en fármacos inhalados y en tratamientos biológicos, tanto para su administración en los diferentes escalones asistenciales como enseñando y evaluando al paciente en la técnica de autoadministración, en aquellos que están autorizados.

Enfermera/o referente en Atención Primaria

Sería aconsejable disponer de un ERAP en cada centro de Atención Primaria. Precisa de formación que le permita realizar una evaluación del paciente, identificar el nivel de control del asma, desarrollar un programa estructurado de ET básico, la realización de pruebas complementarias básicas y ser el punto de enlace con el EPA. Proporciona atención directa al paciente en la consulta, punto de referencia para otros profesionales de enfermería de Atención Primaria.

Coordinación entre niveles. Asegurar las transiciones

Se entiende por modelos transicionales aquellos servicios limitados en el tiempo que están diseñados para garantizar la continuidad asistencial, especialmente en dos momentos: 1) periodo pre y posingreso hospitalario, y 2) al inicio y en el seguimiento de tratamientos complejos. Las transiciones no efectivas generan un impacto negativo en el paciente, conllevan un retraso en el proceso, se producen errores, aumento de las estancias, reingresos inmediatos no planificados, visitas a los Servicios de Urgencias y costes. El reingreso no planificado es un síntoma de que la coordinación y el tipo de intervención realizada se tienen que mejorar: “transferencia no óptima”. El EPA, conjuntamente con el ERAP, deben garantizar unas transiciones seguras y fomentar el trabajo colaborativo. En cada territorio se debe consensuar los mecanismos de contacto entre el ERAP y el EPA.

Se aconseja:

- Teléfono de contacto.
- Solicitud de derivación.
- Compartir información.
- Compartir cuidados.

LOS NUEVOS AVANCES FARMACOLÓGICOS, COMO SON LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES, REQUIEREN DE UN TRABAJO COLABORATIVO ENTRE LA EPA Y LA ERAP

El inicio del tratamiento de todos los fármacos biológicos disponibles actualmente en el mercado es intrahospitalario, administrado por profesionales de salud, debido al posible riesgo de anafilaxia, aunque la prevalencia informada de anafilaxia en pacientes tratados con omalizumab, mepolizumab, benralizumab o reslizumab es muy baja. Recientemente, omalizumab, benralizumab y mepolizumab tienen indicación de uso domiciliario, siendo posible la autoadministración por parte del paciente, del cuidador o en algunos casos la administración en los centros de Atención Primaria⁽¹⁴⁾. El uso domiciliario deriva en menores costes y facilidad para el paciente.

El inicio del tratamiento debe iniciarse en el hospital, siendo la EPA la pieza clave para la administración de las primeras dosis y el inicio de la ET en este ámbito (previa evaluación global del paciente y dentro del plan de cuidados). Una vez, el tratamiento pueda autoadministrarse por el paciente, será la ERAP quien realice el seguimiento de la técnica y de la ET. En algunos casos, el paciente y/o familia pueden no sentirse capaces de la autoadministración, en estos casos será la ERAP quien organizará la logística necesaria para que el tratamiento se administre en el ámbito de la Atención Primaria. En los próximos años esta será la tendencia en todos los biológicos empleados para el AGNC, al igual que ya se ha avanzado en otras enfermedades crónicas, como la artritis reumatoide⁽¹⁴⁾.

La formación de los diferentes profesionales de la salud y del paciente debe garantizarse⁽¹⁵⁾, así como debe garantizarse un protocolo consensuado de intervención por parte de la EPA y la ERAP. El papel de la EPA y de la ERAP en la ET es clave para la autoadministración de estos fármacos y los cuidados inherentes de los mismos.

RECOMENDACIONES Y PROPUESTA DE INFORMACIÓN A COMPARTIR

1. Propuesta de evaluación multidimensional del paciente (tabla 1). Un resumen de la evaluación debería generar un informe enfermero.
2. Plan de acción individualizado según la evaluación multidimensional, según la gravedad y el tipo de asma⁽¹⁶⁾.
3. Propuesta de evaluación e intervención en cada visita (tabla 2).
4. Derivación (tabla 3).
5. Evaluación enfermera ante una exacerbación (tabla 4).
6. Información actualizada a compartir. El informe debe contemplar la información de las tablas 1, 2 y 4, así como el plan de acción acordado por el paciente. Sería deseable disponer de la información que genera la libreta de autocontrol del paciente.

EVALUACIÓN DEL ROL DE LA ENFERMERA/O Y DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Clásicamente, los indicadores son:

- Reingreso hospitalario por causa relacionada o no.
- Visitas al servicio de urgencias.
- Mortalidad.
- Duración de la estancia.
- Costes.
- Grado de satisfacción de los pacientes y familia.
- Experiencia del paciente.

TABLA 1. EVALUACIÓN BASAL DEL PACIENTE CON ASMA GRAVE Y/O PACIENTE CON ASMA NO CONTROLADA

Dimensiones	Variables	Comentarios
Datos sociodemográficos	Edad, género, nivel de estudios, estado civil, evaluación social	
Utilización de recursos sanitarios	Utilización de recursos sanitarios en el último año Tipo de seguimiento Equipo de salud que el paciente tiene como referente	Identificar a los pacientes con alta utilización de recursos, pacientes sin control periódico de su enfermedad Identificar al profesional de salud que el paciente tiene como referencia y el tipo de seguimiento que realiza. Identificar duplicidades. Identificar necesidades no cubiertas y plantear posibles servicios de soporte para mejorar el seguimiento, en función de las características del paciente, de la gravedad del asma y los servicios disponibles en la comunidad y en el hospital
Condiciones crónicas	Identificar trastornos crónicos y severidad de cada uno de ellos	Revisión de la historia clínica: Tipo de asma, gravedad y tipo de comorbilidades Identificar: rinosinusitis, poliposis nasal grave, aspergilosis broncopulmonar alérgica, asma corticodependiente o corticorresistente, anafilaxia, obesidad, sinusitis, reflujo gastroesofágico, SAOS, enfermedades cardiovasculares, diabetes, visión (cataratas), salud mental (ansiedad y depresión)
Factores de riesgo	Tabaco, alcohol, estilos de vida, exposición a alérgenos, ejercicio. Identificar situaciones especiales: embarazo, relación con el puesto de trabajo, asma inducida por el ejercicio físico, enfermedad respiratoria exacerbada por ácido acetilsalicílico (EREA), alergia alimentaria	Plan de acción estructurado

TABLA 1. EVALUACIÓN BASAL DEL PACIENTE CON ASMA GRAVE Y/O PACIENTE CON ASMA NO CONTROLADA (continuación)

Dimensiones	VARIABLES	COMENTARIOS
Signos y síntomas	<p>Evaluar los relacionados con el asma (tos, disnea, sibilancias y opresión torácica) y las posibles comorbilidades</p> <p>Identificar control sintomático, exacerbaciones frecuentes autorreportadas</p>	<p>Escala de disnea (MRC)</p> <p>Cuestionario ACT (puntuación)⁽¹⁷⁾</p> <p>Identificar desencadenantes, trastornos en las glicemias (especialmente las personas con diabetes y con tratamiento con corticoides), ansiedad o depresión</p>
Tratamiento	<p>Farmacológico</p> <p>No farmacológico</p>	<p>Cuestionario TAI (puntuación)</p> <p>Identificar el abuso de agonistas beta-2-adrenérgicos de acción corta</p> <p>Identificar tratamientos especiales (inmunoterapia con alérgenos, omalizumab, termoplastia, macrólido prolongado, etc.); efectos secundarios.</p> <p>Número de pastillas, tipo de equipos en el domicilio, si deben realizarse técnicas de autocuidado, dificultades en el cumplimiento terapéutico.</p> <p>Listar todos los tratamientos que realiza el paciente e identificar áreas de mejora</p> <p>Comprobar que el paciente dispone de un plan terapéutico</p> <p>Evaluar la complejidad del tratamiento y de autoeficacia</p>
Dependencia	Incluir dependencia funcional, dificultades sensoriales	Actividades de la vida diaria. Utilizar la escala que mejor se adapte a las necesidades del paciente
Calidad de vida	Física, mental	<p>Específico: calidad de vida en el asma: validación del cuestionario AQLQ para su utilización en población española⁽¹⁸⁾</p> <p>Generales: EuroQol, SF-36; SF-12</p>

SAOS: síndrome de la apnea obstructiva del sueño; MRC: Medical Research Council; ACT: Test de Control del Asma; TAI: Test de Adhesión a Inhaladores; AQLQ: *Asthma Quality of Life Questionnaire*.

TABLA 2. EVALUACIÓN ENFERMERA EN CADA VISITA

Dimensiones	Variables
Función pulmonar	Espirometría forzada con prueba broncodilatadora y/o FEM
Auscultación cardiopulmonar	
Control de síntomas	<p>Evaluar: tos, disnea, sibilancias y opresión torácica. Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Ha tenido síntomas diurnos de asma (número de veces/semana)? ¿Ha tenido síntomas nocturnos/despertares por asma (número de noches/mes)? ¿Le ha impedido el asma realizar sus actividades diarias (sí/no)? ¿Precisó medicación de rescate (veces/semana)? ¿Ha tenido crisis de asma que precisaron ciclo de corticoides orales, visitas a Urgencias o ingresos? <p>Realizar: cuestionario ACT</p> <p>Revisar: información de autocontrol del FEM con un medidor de pico-flujo</p> <p>Identificar: factores desencadenantes, tabaquismo, obesidad, alérgeno responsable</p> <p>Asegurar: que el paciente dispone de las herramientas necesarias para poder mejorar el control de los síntomas, saber detectar y actuar precozmente</p>
Tratamiento farmacológico y no farmacológico	<p>Evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Actitud y preferencias del paciente frente al asma La experiencia del paciente <p>Realizar: cuestionario TAI</p> <p>Revisar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Técnica inhalatoria Técnica de autoadministración de tratamientos complejos Plan de acción basado en síntomas y en la medición del FEM Revisar el tratamiento de las comorbilidades y asegurar su cumplimiento <p>Identificar: poca adhesión</p> <p>Asegurar: que el paciente participa en un programa de ET estructurado y que el paciente dispone de un teléfono de contacto</p>
Acuerdo entre profesional y paciente del plan de cuidados a seguir	<p>Actuar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Compartir valoración y propuesta de plan con equipo de salud Si es necesario, contactar con... previo informe

ACT: Test del control del asma; AP: Atención Primaria; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; SAHS: síndrome apnea-hipopnea del sueño; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; SABA: agonistas b₂-adrenérgicos de acción corta; FENO: fracción exhalada de óxido nítrico; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; FEV1: volumen espiratorio máximo en el primer segundo; GCI: glucocorticoide inhalado.

Adaptada de GINA 2017 (www.ginasthma.org) y GEMA (www.gemasama.com)

TABLA 3. PROPUESTA DE CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Enfermera/o de Práctica Avanzada (EPA)	Enfermera/o referente en Atención Primaria (ERAP)
Necesidad de pruebas diagnósticas no disponibles en AP	Seguimiento continuado de los pacientes
Tratamientos complejos en pacientes inestables	Programa estructurado de ET básico
Programa de educación terapéutica avanzado	Seguimiento tras el alta
Inadecuado cumplimiento terapéutico a pesar de un programa estructurado de ET	
Necesidad de ingreso	

AP: Atención Primaria; ET: educación terapéutica.

TABLA 4. EVALUACIÓN ENFERMERA ANTE UNA EXACERBACIÓN

Dimensiones	VARIABLES
Control de signos y síntomas Auscultación cardiopulmonar	Grado de disnea Constantes vitales (importante FR y tipo de respiración) Utilización de musculatura accesoria Detectar sibilancias Cuestionario ACT (si es posible) Saturación de oxígeno
Tratamiento farmacológico	Identificar abuso de beta-2-adrenérgicos de corta duración Asegurar el correcto tratamiento Cuestionario TAI (si es posible)
Tratamiento no farmacológico	Identificar factores desencadenantes
Tratamiento de la comorbilidad	Identificar descompensaciones

FR: frecuencia respiratoria; ACT: Test del Control del Asma; TAI: Test de Adhesión a Inhaladores.

En el caso de la evaluación de la enfermera/o respecto a los fármacos biológicos empleados en el tratamiento del AGNC, se deben incluir indicadores del impacto de la intervención en relación con:

- Habilidades del paciente en la autoadministración.
- Cumplimiento terapéutico farmacológico y no farmacológico.
- Pacientes incluidos en programas de educación terapéutica estructurados.
- Número de visitas en el centro y en el domicilio.

Actualmente, diferentes iniciativas se están llevando a cabo para mejorar los indicadores a la hora de evaluar un servicio, y se basan en la “Quadruple Aim”. Se centran en cuatro pilares:

- Mejorar la salud de la población.
- Reducir los costes sanitarios.
- Mejorar la experiencia del paciente (incluyendo el grado de satisfacción).
- Mejorar la vida laboral del personal sanitario⁽²⁰⁾.

Agradecimientos: Dr. Eusebi Chiner, Dr. Jordi Giner, Dra. Ebymar Arismendi por proporcionarme documentación y sus aportaciones al documento.

“No todos los profesionales sabemos de todo, pero cada uno de nosotros, conjuntamente con el paciente, puede aportar lo mejor de sí mismo, de forma coordinada, para mejorar la atención de los pacientes con asma”.

Dra. Carme Hernández

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Chronic diseases. 2014. [Consultado el 8 de enero de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/.
2. Parekh AK, Kronick R, Tavenner M. Optimizing health for persons with multiple chronic conditions. JAMA 2014 Sep 24;312(12):1199-200.
3. Bender M, Connely CD, Glaser D, Brown C. Clinical Nurse Leader Impact on Microsystem Care Quality. Nursing Research. 2012 September/October;61(5):326-32.
4. Bleich MR. IOM report, The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health: milestones and challenges in expanding nursing science. Res Nurs Health. 2011;34(3):169-70.
5. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. [Consultado el 8 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_exec_summary_eng.pdf?ua=1.

6. The King's Fund. Integrated care and partnership working. [Consultado el 8 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.kingsfund.org.uk/readinglists>. 2013.
7. Hernández C, Alonso A, García-Aymerich J, Grimsmo A, Vontetianos T, García Cuyàs F, et al. Integrated care services: lessons learned from the deployment of the NEXES project. *Int J Integr Care*. 2015;15:e006.
8. Llauger MA, Rosas A, Burgos F, Torrente E, Tresserras R, Escarrabill J, en nombre del grupo de trabajo de espirometría del Plan Director de las Enfermedades del Aparato Respiratorio (PDMAR). Accessibility and use of spirometry in primary care centers in Catalonia. *Aten Primaria*. 2014;46(6):298-306.
9. Cisneros Serrano C, Melero Moreno C, Almonacid Sánchez C, Perpiñá Tordera M, Picado Vallés C, Martínez Moragón E, et al. Normativa sobre asma grave no controlada. *Archivos de Bronconeumología*. 2015;51(5):235-46.
10. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 4.4). [Consultado el 8 de enero de 2020]. Disponible en: <https://separ.es/node/1497>.
11. Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, Bush A, Castro M, Sterk PJ, et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *Eur Respir J*. 2014;43(2):343-73.
12. World Health Organization. Region Office for Europe. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group. Copenhagen. 1998.
13. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;188(8):e13-64.
14. Chiner E, Fernández-Fabrellas E, Landete P, Novella L, Ramón M, Sancho-Chust JN, et al. Comparison of Costs and Clinical Outcomes Between Hospital and Outpatient Administration of Omalizumab in Patients With Severe Uncontrolled Asthma. *Arch Bronconeumol*. 2016;52(4):211-6.
15. Denman S, Ford K, Toolan J, Mistry A, Corps C, Wood P, et al. Home self-administration of omalizumab for chronic spontaneous urticaria. *Br J Dermatol*. 2016;175(6):1405-7.
16. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 4.2). [Consultado en mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.gemasma.com>.

17. Vega JM, Badia X, Badiola C, López-Viña A, Olaguibel JM, Picado C, et al. Validation of the Spanish version of the Asthma Control Test (ACT). *J Asthma*. 2007;44(10):867-72.
18. Perpiñá M, De Diego A, Compte L, Belloch A. Calidad de vida en el asma: validación del cuestionario AQLQ para su utilización en población española. Quality of life and asthma. Validation of the AQLQ questionnaire for use in Spain. *Arch Bronconeumol*. 1995;31(5): 211-8.
19. GINA 2017. [Consultado el 8 de enero de 2020]. Disponible en: www.ginasthma.org.
20. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573-6.

3 El rol de la enfermera/o en el seguimiento-recomendaciones a pacientes, adhesión, cuestionarios, consejos de hábitos de vida saludable, plan de autocuidado/acción

55

Agustín Frades Rodríguez

Grado en enfermería. Unidad de Alergología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Introducción

La concepción de las funciones de la enfermera/o ha ido evolucionando con el tiempo. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) describe que el rol de la enfermera/o, “abarca el cuidado autónomo y colaborativo de individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades, y en todos los entornos”(1). Dentro de esta definición se incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de personas. En este contexto, considera “la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la formulación de políticas de salud, en la gestión de los sistemas de salud y los pacientes, y la educación”(1) como funciones clave de enfermería.

El objetivo a largo plazo del paciente asmático es tener una buena calidad de vida, reducir riesgos y controlar los síntomas(2). Se ha de conseguir reducir las obligaciones (responsabilidad y actividades) del paciente, la posibilidad de presentar exacerbaciones, daño de las vías respiratorias, efectos secundarios de la medicación, e incluso muerte relacionada con el asma. Se debe potenciar la autonomía y el autocuidado, por lo que deben identificarse los objetivos propios del paciente con respecto a su proceso asmático.

La formación y competencias enfermeras permiten realizar los cuidados y la atención precisa, ser facilitadores y agentes de cambio en el autocuidado de los pacientes, utilizando metodología enfermera en el proceso de enfermería. Emplear una visión holística del individuo a partir del pensamiento crítico y reflexivo, generar planes de cuidado individualizados por parte del equipo multidisciplinar, incluyendo la formación como pieza fundamental en el entorno próximo del paciente⁽³⁾.

Recomendaciones a pacientes

La complementación del tratamiento farmacológico con estrategias e intervenciones no farmacológicas ayuda en el control de síntomas y reduce el riesgo de exacerbaciones⁽²⁾.

La enfermera/o tiene un papel esencial en su relación con el paciente, resultando clave en la educación del paciente y la familia. Esto potencia la adhesión al tratamiento, mejorando el control de la enfermedad y la calidad de vida del paciente⁽⁴⁾.

Es fundamental establecer una relación fluida y de confianza entre el paciente y la enfermera/o que permita al paciente exponer sus dudas, incertidumbres y temores⁽⁵⁾. Esta afinidad permitirá que las expectativas del paciente y las acciones propuestas por el equipo de salud confluyan en objetivos realistas para el control del asma del paciente.

CONTROL AMBIENTAL

Tabaco

El primer objetivo del control ambiental en los pacientes asmáticos es conseguir abandonar el hábito tabáquico, informar sobre los métodos para conseguirlo, motivar al paciente y a su entorno, y realizar el seguimiento de este proceso⁽⁵⁾. La proporción de asmáticos fumadores es similar a la población general.

El hábito tabáquico se relaciona con la aparición de asma en adolescentes y adultos. La exposición a humo de tabaco empeora el curso del asma, y también es factor de riesgo para desarrollar asma en la infancia. La exposición al humo de los cigarrillos electrónicos también se relaciona con un mayor riesgo de exacerbaciones y síntomas asmáticos⁽⁵⁾.

Alergias ambientales

Las medidas más efectivas en pacientes asmáticos con alergias ambientales se logran con la reducción significativa de los niveles de exposición. Esto es posible solo en algunos casos (epitelios de animales...). En otros tipos de alergias ambientales, la evitación completa no es posible (pólenes, ácaros...), aunque sí es posible limitar la exposición en el entorno del paciente, poniendo especial atención a su domicilio⁽⁴⁻⁹⁾.

Ácaros

- No realizar tareas de limpieza en presencia del paciente.
- Ventilar y solear las habitaciones del domicilio diariamente.
- No utilizar escobas o plumeros. Utilizar aspirador con filtros HEPA (*High Efficiency Particulate Air*).
- Evitar objetos que acumulen polvo: peluches, libros, alfombras, moquetas, cortinas...
- Lavar la ropa de casa semanalmente a una temperatura mínima de 55 °C.
- Utilizar deshumidificadores, en caso necesario, para mantener la humedad por debajo del 60 %.
- Prescindir del uso de colchones y almohadas de lana.
- Limitar la presencia de animales que acumulen pelo, sobre todo en el dormitorio del paciente.

Cucarachas

- Deshacerse lo antes posible de las bolsas de basura que contengan restos alimenticios.
- Utilizar preferentemente venenos sólidos y no utilizar esprays o productos químicos en presencia del paciente.

Hongos

- Mantener seco el cuarto de baño, incluyendo toallas.
- Evitar la formación de humedad en paredes y ventanas de cocina y baños. Ventilar adecuadamente.
- No guardar ropa ni zapatos húmedos en los armarios.
- Evitar la estancia prolongada en ambientes húmedos y lugares que hayan estado cerrados durante largo tiempo, así como el exceso de plantas de interior o vegetación densa en terrazas y ventanas, montañas de leña y hojas secas.

- Evitar filtraciones o fugas de agua.
- Utilizar pinturas antimohos (sin olor) en los lugares húmedos.
- Evitar humidificadores. Considerar el uso de deshumidificadores.
- Deshacerse lo antes posible de las bolsas de basura que contengan restos alimenticios.
- Buen mantenimiento e higiene de los sistemas de aire acondicionado y sistemas de calefacción por aire.

*Pólenes**

En los meses de predominio de polen:

- Evitar las salidas al campo, zonas ajardinadas o parques durante la época de polinización del polen al que se es alérgico.
- Evitar salir a la calle los días de viento, secos y soleados.
- Utilizar gafas de sol que abarquen lo máximo posible.
- Uso de mascarilla homologada para que su diseño incluya el filtro adecuado que no permita el paso de partículas de 0,3 micras (o mayores) y además, que esté correctamente colocada.
- No abrir las ventanillas del coche. Cerrar el sistema de ventilación o utilizar filtros para el polen.
- No viajar en moto, bici o patinete y de hacerlo se recomienda usar mascarilla buco-nasal.
- Ventilar el domicilio a mediodía y no más de 10 minutos. Evitar primera hora de la mañana y atardecer.
- Dormir con las ventanas cerradas.
- Utilizar filtros de polen en el aire acondicionado del domicilio.
- No cortar el césped del jardín ni barrer el exterior de la casa.
- No tender la ropa al aire libre.
- Ducharse y cambiarse de ropa al llegar a casa después de haber estado al aire libre.
- Si es posible, trasladarse a la playa durante la época de máxima polinización (a orillas del mar la concentración de pólenes es muy baja).

Otros irritantes a evitar:

- Humo de tabaco.
- Humos de chimeneas, cocinas, gases de coches, contaminación.
- Polvo de obras, tiza.

* www.polenes.com: nivel de polen en España (página de la Sociedad Española de Alergología).
app: polen control.

- Aerosoles: lacas, ambientadores, insecticidas...
- Productos de limpieza: lejía, amoniaco...
- Estímulos físicos: aire frío, neblina...
- Olores fuertes: barnices, disolventes, perfumes.

Asma ocupacional

Los pacientes asmáticos con debut en la edad adulta deben ser interrogados acerca de sus antecedentes laborales. En caso necesario, debe ofrecerse asesoramiento experto y suprimir los sensibilizantes ocupacionales⁽⁵⁾.

Existen dos tipos diferenciados de asma ocupacional (AO):

- **AO inmunológica:** inducida por sensibilización a agentes específicos en el medio de trabajo a través de un mecanismo asociado a una respuesta inmunológica específica.
- **AO no inmunológica:** inducida por irritantes, en ausencia de sensibilización. El síndrome de disfunción reactiva de la vía aérea (RADS) es la forma más representativa de este tipo de asma. Actualmente se usa el término de asma inducida por irritantes, que incluye casos de asma tras una o más exposiciones a altos niveles de exposición.

El diagnóstico requiere confirmar el asma y demostrar su relación con el medio laboral.

El paciente con AO por un agente sensibilizante debe ser retirado de la fuente de exposición. Los trabajadores con asma por irritantes pueden continuar en el trabajo trasladándose a zonas de menor exposición, junto con aplicación de medidas de higiene industrial para disminuir la exposición.

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

Como regla general, no se debe prohibir la toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINE)* al paciente asmático. Solo en algunos pacientes con asma, y en especial los que cursan con poliposis nasosinusal, su ingesta puede producir aumento de los síntomas respiratorios y exacerbaciones potencialmente graves,

* **AINE:** los fármacos antiinflamatorios no esteroideos son un grupo de medicamentos ampliamente usados para tratar el dolor, la inflamación y la fiebre. En este grupo se incluyen el ácido acetilsalicílico, el ibuprofeno, la indometacina, el diclofenaco, el piroxicam, etc.

por tanto, su diagnóstico correcto y precoz es esencial. Este tipo de pacientes evitarán tratamientos analgésicos o antiinflamatorios con fármacos de la clase terapéutica AINE⁽⁵⁾.

Por norma, los pacientes asmáticos deben consultar siempre a su equipo de salud antes de la introducción de cualquier fármaco.

ACTIVIDAD FÍSICA

Existe evidencia científica de que el entrenamiento físico mejora la capacidad cardiopulmonar, los síntomas del asma y la calidad de vida en sujetos asmáticos⁽¹⁰⁾. La actividad física regular aporta multitud de beneficios, por lo que se recomienda como parte del manejo integral de los pacientes asmáticos. El entrenamiento aeróbico muestra múltiples beneficios en esta población. Actualmente, muchos pacientes no realizan la actividad física suficiente para mantener una buena salud. El tipo de actividad física debe adaptarse a cada paciente, siendo consensuado con su equipo de salud⁽¹⁰⁾. El ejercicio físico realizado de manera regular aporta beneficios como⁽¹¹⁾:

- Aumenta la tolerancia al ejercicio.
- Disminuye las repercusiones del asma.
- Produce sensación subjetiva de mejora.
- Fomenta la confianza en uno mismo.
- Genera mayor independencia social, integración en grupo.
- Mejora la condición física.
- Incrementa el conocimiento del esquema corporal.
- Disminuye la dosis de medicación necesaria.

Los pacientes asmáticos que realizan actividad deportiva deben ser informados acerca del manejo de la broncoconstricción inducida por el ejercicio.

Como medidas generales, en la realización de ejercicio físico de pacientes asmáticos se deben evitar:

- Los ambientes fríos y secos.
- Los ejercicios muy intensos o de larga duración, en especial los que requieren una gran ventilación pulmonar (atletismo de resistencia, ciclismo...).

- Se deben extremar las precauciones en los pacientes alérgicos en las situaciones más sensibles (polínicos en primavera...).
- Restringir la práctica deportiva en ambientes contaminados o con atmósferas densas.
- Evitar la práctica deportiva si sufre una infección respiratoria.

Y siempre se debe procurar:

- Tomar la medicación previa al ejercicio.
- Realizar un calentamiento adecuado.
- El ejercicio debe ser submáximo (< 90 % del trabajo máximo posible de realizar).
- Procurar realizar el ejercicio en un ambiente caliente y húmedo, o por lo menos evitar el frío con ropa adecuada (ropa térmica, pañuelo, gorro...).
- Procurar respirar por la nariz siempre que sea posible.
- Llevar siempre consigo la medicación broncodilatadora.
- No cometer imprudencias estando solo o en una situación de riesgo.
- Tener siempre cerca un teléfono móvil.

En general, los deportes más aconsejables en el individuo asmático serían⁽¹¹⁾:

- Natación.
- Waterpolo.
- Deportes de equipo (sobre todo en sala).
- Todos los deportes de habilidad (tiro con arco, tiro en foso...).
- Deportes aconsejados, siguiendo siempre unas medidas básicas de precaución:
 - Deportes de contacto: karate, taekwondo, judo.
 - Deportes de raqueta.
 - Remo, piragüismo.
 - Gimnasia.
 - Atletismo.
 - Ciclismo (cuidado con la contaminación en carretera).
 - Deportes de invierno (vigilando aún más si cabe las normas básicas).

- Deportes de riesgo, teniendo un claro conocimiento de las limitaciones impuestas por la técnica, el medio y la presencia de una posible crisis:
 - Buceo.
 - Espeleología.
 - Escalada.
 - Automovilismo.
 - Motociclismo y otros deportes de motor.

VACUNAS

Los pacientes que padecen enfermedades crónicas pueden beneficiarse de la administración de determinados tipos de vacunas. Desde el punto de vista del paciente asmático existen dos tipos de vacunas que resultan interesantes⁽⁵⁾:

Inmunoterapia específica con alérgenos

La vacunación con extractos de alérgenos en pacientes en los que se ha demostrado una alergia IgE* mediada se ha demostrado eficaz en pacientes con asma alérgica bien controlada. La aparición de nuevas vías de administración, como son la sublingual y la oral en pastillas, se une a la subcutánea en la búsqueda de su adaptación a los diferentes perfiles de pacientes. Este tipo de tratamientos debe evitarse en pacientes con asma mal controlada. Una vez estabilizada la función pulmonar se puede proceder a su prescripción y administración^(6, 8).

La prescripción de este tipo de vacunas debe ser realizada por especialistas en alergología o alergólogos. Todas las administraciones de inmunoterapia parenteral y al menos la primera administración de inmunoterapia oral deben realizarse en centros que dispongan de las medidas básicas para el tratamiento inmediato de una posible reacción adversa⁽⁵⁾.

Cuando existan diversas alternativas de inmunoterapia disponibles, se debe priorizar el uso de aquellos extractos alérgicos que tengan la consideración de medicamento registrado con eficacia, seguridad y calidad bien establecidas.

* **IgE:** inmunoglobulina E es un tipo de anticuerpo. Interviene en la respuesta inmune específica al reconocer un agente extraño potencialmente peligroso sobre el que actúan nuestras defensas. En las personas atópicas, la IgE reacciona contra un agente generalmente inofensivo que al unirse a la IgE induce una serie de mecanismos que desencadenan la liberación de mediadores inflamatorios que producen la reacción alérgica.

Vacuna antigripal y vacuna antineumocócica

Estas dos vacunas no han demostrado eficacia en la prevención de crisis de asma. Esto no impide que, debido al riesgo de complicaciones en pacientes crónicos en la época invernal y siendo una medida coste-efectiva, la vacunación antigripal anual debería ser considerada en pacientes con asma moderada y grave, tanto adultos como niños. De igual forma, diversos documentos de consenso de expertos recomiendan la administración de la vacuna antineumocócica en pacientes con asma grave⁽⁵⁾.

OBESIDAD

Tanto el asma como la obesidad son dos trastornos de impacto en salud pública, con un aumento en su prevalencia en la actualidad. Numerosos estudios corroboran la relación entre ambos procesos^(12, 13).

La mayoría de los estudios prospectivos demuestran que la obesidad es un factor de riesgo para el diagnóstico *de novo* de asma. Además, diversos estudios sugieren que, así como la ganancia de peso aumenta el riesgo de asma, la pérdida mejora su evolución⁽¹⁴⁾. En general, este tipo de estudios encuentran una asociación positiva entre el índice de masa corporal (IMC) basal y el posterior desarrollo de asma, lo que sugiere que el exceso de peso puede favorecer el desarrollo de asma, apoyado en diversos factores que podrían explicar esta asociación. La mayoría de los estudios apuntan a que la obesidad es capaz de aumentar la prevalencia y la incidencia de asma, aunque este efecto parece ser moderado^(5, 13).

La obesidad puede afectar directamente el fenotipo del asma, puede agravar los síntomas del asma y causar un pobre control. La disminución del peso mejora los síntomas y la función pulmonar, y reduce el uso de medicamentos antiasmáticos. Por lo tanto, es necesario que el manejo de los asmáticos obesos incluya un programa de control del peso⁽¹³⁾.

ASMA Y EMBARAZO

El control del asma antes y durante el embarazo es importante para una buena salud materno-fetal, ya que, cuando se logran

evitar episodios graves, las pacientes embarazadas suelen tener embarazos normales y niños saludables⁽⁵⁾. No obstante, es preciso el control periódico de estas pacientes, valorando la medicación precisa para el control de la enfermedad, para evitar complicaciones.

El mal control del asma está asociado en el niño a prematuridad, bajo peso al nacer e incremento de la mortalidad perinatal, y en la madre a un mayor riesgo de preeclampsia. Las exacerbaciones asmáticas graves padecidas en el primer trimestre del embarazo conllevan un mayor riesgo de malformación fetal⁽⁵⁾.

Durante el embarazo se puede mejorar el control del asma y prevenir las exacerbaciones mediante el uso de algoritmos que incorporan la medición de la fracción de óxido nítrico exhalado (FeNO) y los síntomas para ajustar el tratamiento^(15, 16).

Adhesión

La adhesión al tratamiento es fundamental para el control de la enfermedad. La adhesión del paciente a su tratamiento es un factor crítico para alcanzar y mantener el control de la enfermedad.

Las tasas de no adhesión al tratamiento del asma en España están entre el 24 y el 76 %⁽¹⁷⁾. Una baja adhesión se asocia a un control deficiente de la patología y a un aumento de la morbimortalidad, así como a un mayor uso de los servicios sanitarios y gasto farmacéutico^(15, 16).

Se identifican distintos tipos de paciente según el cumplimiento del tratamiento (tabla 1):

TABLA 1. TIPOS DE PACIENTES SEGÚN LA ADHESIÓN

Mala adhesión	Buena adhesión
Errático: olvida la medicación	Cumplidor
Involuntario: desconoce su tratamiento o enfermedad	
Deliberado: no la quiere tomar	

Elaboración propia.

Es imprescindible determinar el grado de adhesión al tratamiento en cada paciente. Dado que en la anamnesis se tiende a sobreestimar, podemos utilizar otros métodos, como son⁽⁵⁾:

- Medición de FeNO.
- Cuestionarios estandarizados cumplimentados por el propio paciente. En castellano disponemos de:
 - Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI). Permite además orientar el patrón o tipo de incumplimiento.
 - Test de Morisky-Green.
 - *Medication Adherence Report Scale for Asthma* (MARS-A), genérico, pero adaptado a la adhesión a los corticoesteroides inhalados (GCI).
- Información sobre retirada de fármacos en farmacia.

La educación es prioritaria para fomentar la adhesión, y en este punto, la enfermera/o es pieza clave en la relación con el paciente y con el médico que pauta el tratamiento.

Se debe compartir con el paciente y sus cuidadores la responsabilidad, transfiriendo gradualmente al paciente (educación escalonada) una serie de conocimientos y habilidades en función de sus capacidades, fomentando el autocuidado y la autonomía.

La no adhesión implica que el paciente hace un subempleo crónico de la medicación, usando menos de la prescrita, o usándola solo en caso de empeoramiento de los síntomas.

El seguimiento del paciente asmático mejora el resultado del cumplimiento terapéutico. La enfermera/o tiene una labor importante en la realización de este seguimiento, participando en investigaciones para lograr mejores técnicas de medición de la adhesión del paciente al tratamiento y mejorando los diversos aspectos que influyen en la relación enfermera/o-paciente. Ambos factores condicionan el cumplimiento terapéutico.

Todas las recomendaciones, guías y protocolos establecen el papel de la educación terapéutica como elemento clave en el manejo y control del asma, disponiendo de evidencias que demues-

tran su eficacia y efectividad. Tanto los profesionales sanitarios como los pacientes y sus familias pueden y han de ser formados y educados con dos objetivos fundamentales⁽¹⁸⁾:

- Lograr una óptima calidad de vida del paciente.
- Conseguir una capacidad suficiente para manejar el asma de una forma autogestionada.

Esto se debe conseguir a través de un proceso educativo que ha de ser individualizado, continuo, progresivo, dinámico y secuencial.

El proceso educativo conduce no solo a la adquisición de conocimientos y habilidades, sino también a un cambio de actitudes y creencias.

Respecto a la eficacia de la educación sanitaria en el asma, cabe resaltar que entre los factores que favorecen el fracaso terapéutico del asma se encuentran los relacionados directamente con los profesionales involucrados en el control de la enfermedad, por lo que es fundamental su implicación en el control de las enfermedades crónicas⁽¹⁷⁾.

Plan de acción

Consiste en un conjunto de instrucciones escritas de forma individualizada para cada paciente, teniendo en cuenta la gravedad y control de su asma y el tratamiento habitual prescrito. Deben estar integrados en los programas educativos, y deben incluir los medicamentos para el asma habituales del paciente, la forma de aumentar la medicación en caso necesario y cómo acceder a la atención sanitaria si los síntomas no ceden^(2, 5).

Su finalidad prioritaria es la detección precoz del agravamiento del asma y la rápida instauración de acciones para su corrección, es decir, mantener la estabilidad del paciente. En adultos pueden basarse en los síntomas o en el PEF*.

* **PEF**: flujo espiratorio máximo. Indica lo rápido que se puede eliminar el aire desde la capacidad vital. El PEF registra el momento del máximo flujo aéreo; nos puede orientar si la vía aérea está libre u obstruida. Se mide en litros por segundo o por minuto.

Los pacientes asmáticos deben recibir un plan de acción por escrito que sea apropiado para su nivel de control del asma y sus conocimientos en salud, de modo que sepan reconocer y responder a un empeoramiento del proceso.

El grado de control en el que se basará el plan de acción puede ser evaluado:

- Por la gravedad y frecuencia de los síntomas asmáticos.
- A través del registro domiciliario diario del flujo espiratorio máximo (PEF). Este plan debe constar de:
 - El tratamiento habitual para situaciones de estabilidad clínica.
 - Las acciones a realizar en caso de deterioro del asma, incluyendo cambios en la medicación.
 - Cómo acceder a la asistencia médica en caso necesario, sobre todo si se produce un deterioro rápido.

Se puede utilizar un “sistema de zonas” en el plan de acción para una comprensión más sencilla de las instrucciones que se aplican a cada paciente. El “sistema de zonas” se basa en los colores de un semáforo. Se utilizan los síntomas y/o las lecturas de un medidor de flujo máximo para indicar en qué zona se encuentra:

- La zona verde, o zona segura, explica cómo manejar el asma a diario, cuando el paciente se siente bien, y la medicación que toma.
- La zona amarilla, o zona de precaución, indica señales de que el asma está empeorando. También señala qué medicamentos debe usar el paciente para evitar su progresión.
- La zona roja, o zona de peligro, explica qué medidas realizar cuando sufre un empeoramiento severo. A los pacientes que muestran un deterioro rápido se les aconseja acudir a un centro de urgencias de inmediato.

El plan de acción (figura 1) también puede incluir una lista de desencadenantes y cómo evitarlos, así como las medidas a realizar antes de hacer ejercicio físico, si este es uno de los desencadenantes. El plan de acción debe revisarse en cada visita del paciente.

Figura 1. Plan de acción contra el asma

Paciente:	Médico de referencia:
Teléfono de referencia:.....	Teléfono centro sanitario:
Teléfono persona contacto:	Hospital de referencia:.....
Mejor nivel de PEF:	Mejor nivel de PEF:

<p>Verde: correcto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me siento bien • No tengo tos • Puedo trabajar, dormir y hacer deporte sin los síntomas del asma <p>Mi PEF está por encima de:.....</p>	<p>Medicación de uso diario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tome su medicina de control para el asma todos los días: 2. Si el ejercicio le provoca asma, tome:
<p>Amarillo: precaución</p> <p>Tengo alguno de estos síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No me siento bien • Tos • Despierto por la noche • Siento presión en el pecho <p>Mi PEF está entre:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siga tomando medicinas para la zona verde 2. Comience a tomar la medicina de rescate: cada 20 minutos durante 1 hora. Luego cada 4 horas durante 1-2 días 3. Si no regresa a la Zona Verde en 12 a 24 horas o si usted empeora, comience a tomar medicina esteroide oral: 4. Si permanece en la Zona Amarilla durante más de 12 a 24 horas, llame a su doctor
<p>Rojo: peligro</p> <p>Tengo alguno de estos síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me siento muy mal • Respiro con dificultad • La medicina no me ayuda • Dificultad al caminar y al hablar <p>Mi PEF está por debajo de:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tome su medicina de rescate: 2. Tome su medicina esteroide oral: 3. Llame a su equipo de salud. 4. Si permanece en la Zona Roja después de 20 minutos y no ha podido comunicar con su equipo: Tome su medicina de rescate, llame al 112 o vaya a la sala de emergencia lo más pronto posible

Cuestionarios de calidad de vida

El impacto en la calidad de vida del paciente, tal y como lo percibe, debe ser estudiado, junto a los parámetros funcionales y clásicos. Los cuestionarios sobre calidad de vida son una herramienta objetiva para valorar el impacto global de la enfermedad. El 69 % de los asmáticos tienen sensación de enfermedad y al 50 % le interfiere en las actividades de la vida diaria. Los cuestionarios genéricos muestran que los pacientes asmáticos duplican la posibilidad de tener un deterioro significativo de la calidad de vida⁽⁸⁾.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)* en el asma ha evolucionado de forma singular con el desarrollo de cuestionarios específicos y el empleo de los genéricos ya existentes.

El cuestionario más divulgado en calidad de vida en asma es el *Asthma Quality of Life Questionnaire* (AQLQ) de Juniper, validado y aprobado en castellano. Consta de 32 ítems, cinco de los cuales corresponden a actividades habituales que puede elegir el propio paciente de una lista de 26 posibles actividades. Las opciones de respuesta a los ítems van en una escala de 1 a 7 puntos^(19, 20).

Existe un mini-AQLQ de 15 ítems⁽²¹⁾. También tiene amplia difusión el AQLQ de Marks, validado en español, cuya ventaja respecto a los demás es el poco tiempo necesario para su cumplimentación. En niños, el único validado en español es el PAQLQ, similar al AQLQ de Juniper.

Herramientas informáticas, como CA-QOL, hacen visible la incorporación de las nuevas tecnologías a estos cuestionarios, permitiendo la medición computarizada para la calidad de vida específica del asma⁽²²⁾.

* **CVRS:** calidad de vida relacionada con la salud. Se relaciona con el impacto que una enfermedad y el tratamiento consiguiente tienen sobre la percepción de nuestra satisfacción y sobre el bienestar físico, psíquico, social e incluso espiritual.

Puntos clave

- El principal objetivo del tratamiento del asma es mantener el control de la enfermedad, prevenir exacerbaciones y la obstrucción crónica del flujo aéreo y reducir al máximo su mortalidad.
- Se ha de desarrollar una estrategia global e individualizada a largo plazo para conseguirlo basada en el tratamiento farmacológico óptimo ajustado, medidas de supervisión, control ambiental y de educación.
- Es necesaria una evaluación periódica del paciente para valorar el cumplimiento de objetivos. Debe evitarse la asistencia fragmentada, también la inercia terapéutica y los factores que la determinan, tanto por parte del paciente como del profesional y del sistema sanitario. Para ello debemos utilizar todas las herramientas a nuestro alcance, como los planes de acción y los cuestionarios validados que evalúen de forma objetiva el nivel de control del asma.
- La consecución del control de la patología y una calidad de vida óptima en las personas con asma, el desarrollo de una capacidad de autocuidado adecuada y el fomento de su autonomía, en definitiva, el empoderamiento del paciente, es el resultado de la unión de varios factores⁽⁵⁾. Entre ellos se ha de priorizar el incremento de la formación técnica de los profesionales sanitarios, sobre todo en aspectos relacionados con la prevención, la valoración diagnóstica-terapéutica de la enfermedad y educativos.
- El rol de la enfermera/o en los distintos escenarios permite a los profesionales reconocer la necesidad de afianzar el liderazgo participando en todo el proceso del paciente asmático⁽²³⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Council of Nurses. Ginebra: ICN. Definiciones. [Consultado el 15 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>.
2. Global Initiative for Asthma. Fontana: GINA. Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. [Consultado el 11 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://ginasthma.org/pocket-guide-for-asthma-management-and-prevention/>.

3. Barruso Fernández J. Plan de cuidados. Más allá de lo evidente: Cuidados al niño con Asma [Trabajo de fin de Grado en internet]. Leioa: Universidad del País Vasco, Facultad de Medicina y Enfermería. 2016. [Consultado el 11 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19709/TFG%20Barruso%20Fern%c3%a1ndez%20Janire.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Yáñez Palma MC, Iglesias López S, Llopis García G, Rodríguez Adrada E, Yáñez Palma MC, Iglesias López S, et al. La mejora de la atención clínica del asma en España: un proceso necesario que implica a todos. *An Sist Sanit Navar*. 2017;40(1):157-8.
5. Moral VP. GEMA 4.0. Guía española para el manejo del asma. *Arch Bronconeumol*. 2015;51:2-54.
6. Sánchez J, Restrepo M, Díez S, Cardona R. Comparación del efecto clínico de la inmunoterapia en pacientes con asma alérgica según la edad y el patrón de sensibilización. *Alerg Asma Inmunol Pediatr*. 2014;23(1):6-14.
7. Soto P, Masalan P, Barrios S. La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Rev Med Clin Condes*. 2018;29(3):288-300.
8. Zubeldia JM, Baeza M L, Jáuregui I, Senent CJ. Libro de las enfermedades alérgicas de la Fundación BBVA. 2012.
9. Fraj Lázaro J, Duce Gracia F. Medidas de evitación alérgica en el asma. *Arch Bronconeumol*. 1999;35(7):345-56.
10. Núñez CM, Mackenney PJ. Asma y ejercicio. Revisión bibliográfica. *Rev Chil Enf Respir*. 2015;31(1):27-36.
11. Revista científica de educación física y deportes apunts. 2012. [Consultado el 15 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.revista-apunts.com/hemeroteca>.
12. Barranco P, Delgado J, Gallego LT, Bobolea I, Pedrosa M, García de Lorenzo A, et al. Asma, obesidad y dieta. *Nutr Hosp*. 2012;27(1):138-45.
13. Del Río Navarro BE, Berber Eslava A, Sienna Monge JLL. Relación de la obesidad con el asma y la función pulmonar. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2011;68(3):171-83.
14. Portela-Ortiz DJM, García-Hernández DL, Delgadillo-Arauz DC, Contreras-Rincón DCE. Obesidad: algunos aspectos clínicos y su manejo anestésico. 2016;39(1):S281-7.
15. Morten M, Collison A, Murphy VE, Barker D, Oldmeadow C, Attia J, et al. Managing Asthma in Pregnancy (MAP) trial: FENO levels and childhood asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2018;142(6):1765-72.

16. Powell H, Murphy VE, Taylor DR, Hensley MJ, McCaffery K, Giles W, et al. Management of asthma in pregnancy guided by measurement of fraction of exhaled nitric oxide: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;378(9795):983-90.
17. López-Viña A, Giner J, Molina J, Palicio J, Plaza J, Quintano JA, et al. Multidisciplinary Consensus on the Nonadherence to Clinical Management of Inhaled Therapy in Spanish asthma patients. *Clin Ther*. 2017;39(8):1730-45.
18. Korta Murua J, Valverde Molina J, Praena Crespo M, Figuerola Mulet J, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Rueda Esteban S, et al. La educación terapéutica en el asma. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66(5):496-517.
19. Sanjuás C, Alonso J, Sanchís J, Casan P, Broquetas JM, Ferrie PJ, et al. Cuestionario de calidad de vida en pacientes con asma: la versión española del Asthma Quality of Life Questionnaire. *Arch Bronconeumol*. 1995;31(5):219-26.
20. Perpiñá M, De Diego A, Compte L, Belloch A, Pascual LM. Calidad de vida en el asma: validación del cuestionario AQLQ para su utilización en población española. *Arch Bronconeumol*. 1995;31(5):211-8.
21. Juniper EF, Guyatt GH, Cox FM, Ferrie PJ, King DR. Development and validation of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire. *Eur Respir J*. 1999;14(1):32-8. [Consultado el 18 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://erj.ersjournals.com/content/14/1/32>.
22. Lee E-H. Computerized Measurement for Asthma-Specific Quality of Life: Comparison with a Conventional Paper-and-Pencil Questionnaire. *J Korean Acad Nurs*. 2009;39(6):781-7.
23. Londoño Manchola JI, María Córdoba A. Estrategia de enfermería para el empoderamiento de los profesionales en la administración segura de medicamentos Antiarrítmicos y Vasopresores [Trabajo de Grado en internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. 2016. [Consultado el 16 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/56039/1/jorgeivanlondo%C3%B1omanchola.2016.pdf>.

4 Habilidades de comunicación, entrevista clínica y gestión de consulta. Atención y formación del cuidador

73

Eva María Martín Sopeña

*Enfermera. Supervisora de UCI, Farmacia y Anatomía Patológica.
Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro. Madrid.*

Las guías de práctica clínica y protocolos establecen el papel de la educación terapéutica (ET) como el elemento clave para el manejo y control del asma. Los programas educativos son útiles para disminuir la morbimortalidad y la demanda asistencial. Tanto los profesionales sanitarios como los pacientes y sus familias han de ser formados y educados para conseguir un buen control de la enfermedad y mejorar su calidad de vida. Los resultados más evidentes de la ET se obtienen en pacientes con asma moderada-grave y son más eficaces cuando se realizan poco después del diagnóstico. Para que los programas educativos sean efectivos es necesaria una adecuada formación de los profesionales sanitarios, siendo importante una buena comunicación y relación con los pacientes para conseguir que entiendan el asma y su tratamiento y mejoren la adhesión⁽¹⁾.

Los pacientes con enfermedades crónicas, como es el caso del asma, necesitan educación, apoyo e intervenciones, cuya finalidad es incrementar las aptitudes, conocimientos, confianza y motivación para gestionar su problema de salud y el impacto físico, social y emocional que tiene la enfermedad en sus vidas⁽²⁾.

Habilidades de comunicación, entrevista clínica

Se debe establecer un itinerario de logro de objetivos educativos adecuado a las necesidades de cada caso. El instructor debe buscar inicialmente las respuestas a las siguientes preguntas: ¿Qué

saben los pacientes y sus familias sobre el asma?, ¿qué decisiones toman y qué prácticas adoptan ante una exacerbación de los síntomas?, ¿cuáles son sus creencias y percepciones?⁽³⁾.

ESTRUCTURA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN

Los programas que integran instrucciones o planes escritos de autotratamiento y seguimiento son los que regulan mejor el control del asma y reducen el uso de recursos sanitarios (tabla 1). El hecho de reducir la intensidad de la educación (planes de acción con instrucciones solo verbales, menor contenido educativo o falta de revisiones regulares) hace que disminuya la efectividad de estos programas. Por tanto, cualquier estrategia educativa que se implante en el seguimiento de los pacientes debe incluir tanto un análisis de las características de estos como el uso de técnicas indirectas y directas de cambio de comportamiento, y un esquema donde se contemple la educación como un proceso continuo, con refuerzos en todas las revisiones⁽⁴⁾.

TABLA 1. CONTENIDOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Información general sobre el asma bronquial
Información sobre diversos tratamientos para el asma
Uso correcto de inhaladores, espaciadores y nebulizadores
Conocimiento de desencadenantes de síntomas/ataques y de medidas de control de factores de riesgo
Capacitación en el uso correcto de medidores de flujo máximo
Desarrollo de un plan de autogestión individualizado y por escrito (basado en los síntomas o en el flujo espiratorio máximo, o en una combinación de ambos)
Capacitación en la identificación temprana de síntomas/ataques y el momento adecuado para buscar atención médica

Tomada de referencia 3.

La frecuencia de visitas deberá estar en relación con las necesidades clínicas y educativas del paciente. Más frecuentes al inicio del diagnóstico, al producirse cualquier cambio evolutivo y en el asma del lactante; más espaciadas, según se va produciendo

do mejoría clínica. Aunque los niños entren en la categoría de asma bajo control (ausencia de síntomas desde hace más de 12 meses), deberá mantenerse, al menos, una visita por año, con el fin de reforzar estilos de vida adecuados y habilidades. La duración de las visitas oscilará entre 45-60 minutos (las primeras) y 20-30 minutos (las de seguimiento)⁽⁵⁾.

En el seguimiento de los pacientes hay que proveer un sistema de continuidad y de accesibilidad, para lo cual se concertarán citas, con tiempos de espera reducidos, se adaptará la duración de las visitas a los deseos del paciente y se usarán recordatorios concretos, sobre todo cuando la cita no es inmediata. El ambiente en la sala de espera y en la consulta debe ser acogedor y tranquilo. Los pacientes tienen que ver al equipo sanitario que le atiende como un aliado accesible al que pueden hacer preguntas, plantear dudas y preocupaciones o incluso llamar por teléfono en situaciones concretas⁽⁴⁾.

Las técnicas de cambio del comportamiento pueden clasificarse en dos categorías:

- **Indirectas:** no conducen específicamente a un cambio de comportamiento, pero sí llevan a que aumente la probabilidad del cambio (entrevista clínica, mejora de los conocimientos del paciente).
- **Directas:** están enfocadas específicamente a modificar el comportamiento, como ofrecer recomendaciones terapéuticas y preventivas, tomar las decisiones en colaboración con el paciente, determinar objetivos y enseñar habilidades.

Técnicas indirectas

Entrevista

Método excelente para analizar a los pacientes y conseguir influir en ellos con el fin de alcanzar un cambio de comportamiento. Una entrevista eficaz debe incluir una buena comunicación (que proporcione empatía y apoyo psicosocial) y seguir las siguientes recomendaciones:

- Mostrar atención por medios no verbales (contacto visual, estar sentado, hacer gestos y adoptar posturas que denoten atención y que se entiende lo que dice el paciente).
- Mantener una conversación interactiva.
- Investigar conocimientos, preocupaciones, creencias y expectativas, así como las limitaciones que la enfermedad produce al paciente en la vida cotidiana y las preocupaciones que le origina (con preguntas sencillas y referidas a su experiencia, intercalando alguna pregunta sobre aspectos positivos que conozcamos del paciente para alentarle, evitando incidir en aspectos negativos y sin censurar jamás).
- Tratar de averiguar los objetivos que busca el paciente en la consulta y pactarlos. Normalmente tienen relación con las limitaciones de la vida cotidiana.
- Revisar el plan terapéutico, comprobar que el paciente lo entiende y adaptarlo a su vida.
- Establecer un diálogo sobre el cumplimiento, sobre lo que piensa el paciente y las dificultades que encuentra para seguirlo.
- Mostrarle su capacidad para seguir el tratamiento, es decir, aumentar su autoconfianza.

El modo de transmitir la información tiene importancia en su eficacia. Así, cuando se hace de una forma activa, con discusión interactiva, es más probable que se procesen los conocimientos, mientras que cuando se hace de una forma pasiva (el paciente se limita a escuchar o mirar), la retención de conocimiento es pobre porque esa información tiene pocas probabilidades de pasar de la memoria de corto plazo a la de largo plazo, lo que hace muy improbable el cambio de comportamiento.

Otros contenidos menos frecuentes, pero presentes en algunas intervenciones educativas, se exponen en la tabla 2.

Para informar al paciente conviene seguir un guión. Lo importante se dirá al principio y al final (ya que son las cosas que mejor se recuerdan), la información será breve y sencilla, con comunicación interactiva, y nos cercioraremos de que el paciente

TABLA 2. CONTENIDOS MENOS FRECUENTES

Técnicas de respiración

Entrenamiento para mantener la calma y evitar el pánico

Intervenciones destinadas a normalizar las actividades físicas y sociales

Capacitación en comunicación efectiva con médicos y personal de atención médica en general

Información sobre el contenido de las guías para el diagnóstico y manejo del asma

Tomada de referencia 3.

la entiende. Se emplearán analogías y ejemplos, y se recurrirá al apoyo de material escrito. La información se repetirá y reforzará en las diferentes visitas.

Hay que tener en cuenta que, aunque el paciente adquiriera un correcto conocimiento por el método que sea, esto no lleva necesariamente a cambios de comportamiento. Por ejemplo, el saber lo perjudicial que es el tabaco no lleva directamente a abandonarlo.

Por tanto, un aumento del conocimiento base es importante, pero no suficiente, de ahí que los programas de educación que solamente transmiten información tengan muy poca influencia en la mejora de la morbilidad en el asmático.

Técnicas directas

Recomendaciones

Para que sea eficaz, la relación equipo sanitario-paciente debe estar basada en la confianza, el respeto, el intercambio de información y la cooperación, de tal forma que las pautas se elaboren de forma conjunta. Si queremos cambiar el comportamiento del paciente, será más eficaz tomar decisiones conjuntamente que dar recomendaciones directas. Los pacientes quieren estar implicados en las pautas terapéuticas y en los cambios de tratamiento.

Procedimiento de determinación de objetivos y entrenamiento de habilidades

Los pacientes con asma tienen que aprender a tomar los fármacos inhalados correctamente, reconocer y evitar desencadenantes, monitorizar los síntomas y el flujo máximo respiratorio, reconocer cuándo el asma está empeorando y saber actuar de forma temprana en caso de deterioro de la enfermedad. A fin de enseñar todas estas habilidades hay que utilizar métodos educativos personalizados en cada paciente y técnicas conductuales eficaces.

Un método para la determinación de objetivos consiste en:

- Determinar el objetivo del cambio de comportamiento (por ejemplo, una determinada habilidad).
- Instruir al paciente para llevar a cabo esa habilidad.
- Practicar la habilidad fuera de la consulta.
- Ofrecer la oportunidad de comunicar y analizar los resultados⁽⁴⁾.

Teniendo en cuenta que, además de actividades educativas, se realizan otro tipo de intervenciones (exploración, historia del intervalo...), el tiempo reservado para la educación será aproximadamente la mitad de cada visita. A continuación se muestra un esquema de una visita-tipo:

- Invitación a entrar en la consulta de forma personalizada.
- Preámbulo: ¿Qué tal va todo?
- Explicar el contenido de la visita.
- Historia del intervalo desde la anterior visita. Escuchar.
- Exploración.
- Estudios que procedan (espirometría, *prick test*, etc.).
- Comprobación del estado de los aspectos educativos consensuados en las anteriores visitas:
 - Analizar los conocimientos sobre la enfermedad.
 - Reconocer los síntomas compatibles con el asma por el ejercicio o de esfuerzo: aparición de sibilancias, jadeo intenso, cansancio prematuro o tos intensa tras o durante la realización de un ejerci-

- cio físico que determine un esfuerzo continuo (correr, subir escaleras, etc.). No confundir con la baja forma física.
- Saber analizar la coincidencia de la aparición de síntomas con factores desencadenantes (aumento de polinización, cambio de domicilio, contacto con animales, infecciones) y cómo evitarlos.
 - Enseñar las medidas de control ambiental y evitación alérgica:
 - Medidas generales: evitación tabáquica (prohibición de fumar delante y/o en el domicilio del paciente) y evitar la exposición a irritantes ambientales (humos de cocina, material de limpieza, pinturas, etc.).
 - Medidas específicas: dirigidas a aquellos pacientes en los que se ha demostrado un factor desencadenante concreto. Estas medidas no siempre son fáciles de tomar, especialmente si se refieren a cambios de estilo de vida, por lo que es preciso establecer apoyos y alternativas que faciliten el cambio.
 - Adquisición de habilidades: comprobar la técnica de inhalación (utilizar placebos) y medidor de flujo espiratorio máximo (FEM):
 - Primer aprendizaje:
 - El sanitario explica y realiza la técnica.
 - El paciente repite lo mostrado.
 - Se felicita y elogia y, si es preciso, se corrigen mediante demostración los errores detectados.
 - El paciente hace de nuevo la técnica y se repiten los pasos anteriores hasta comprobar una técnica correcta.
 - Si no realiza de forma correcta la técnica, se valora la posibilidad de cambiar el dispositivo de inhalación.
 - Revisiones posteriores:
 - Tener sobre la mesa diferentes tipos de dispositivos y medicaciones.
 - Pedir al paciente que coja la medicación que usa.
 - Sin demostración previa del sanitario, se le pide que lo haga como en casa.
 - Se felicita y elogia y, si es preciso, se corrigen mediante demostración los errores detectados.
 - Se repite hasta comprobación de una técnica correcta.

- Si no realiza de forma correcta la técnica, se valora la posibilidad de cambiar el dispositivo de inhalación.
- Proporcionar documento impreso con la información sobre el asma e instrucciones del inhalador prescrito.
- Nuevos objetivos educativos, si procede.
- Comentar nuestras impresiones. Felicitar en los progresos.
- Acordar itinerarios hasta la próxima visita. Establecer o aproximar una fecha.
- Extender recetas, si procede. Emitir o actualizar el informe de evolución.
- Despedida⁽⁵⁻⁸⁾.

TABLA 3. RECURSOS NECESARIOS

Materiales para explicar la enfermedad (Modelo Tridimensional de Tres Tubos[®], folletos explicativos con dibujos, vídeo explicativo)

Dispositivos de inhalación y placebos

Medidor de flujo espiratorio máximo (FEM)

Planes escritos de autocontrol

Diarios de síntomas con/sin flujo espiratorio máximo (FEM)

Tomada de referencia 9.

Solo los pacientes motivados tomarán decisiones autónomas positivas sobre el asma. Motivar es:

- Aportar estímulos que movilicen al paciente/familia a actuar.
- Convencerlos de que, jugando un papel activo, la intervención será más eficaz.
- Persuadirlos de que su actuación resultará en una mejora del asma.

La motivación es la principal herramienta que hace fuerte a la familia/paciente frente a los contratiempos. Una familia motivada será menos susceptible a la frustración que puede generar una nueva exacerbación o un ingreso hospitalario⁽⁵⁾.

La educación tiene como objetivo final conseguir que el paciente tenga la capacidad para tomar decisiones autónomas en torno al manejo de la enfermedad.

En el caso de los niños, esta recomendación debe ser extensiva a los familiares y adultos encargados de su cuidado y supervisión: padres, profesores, cuidadores, monitores de actividades de ocio y deportivas, entrenadores, etc.⁽¹⁰⁾.

Gestión de consulta

Desde un punto de vista práctico, la educación debe contemplar dos grandes aspectos: transmisión de conocimientos y adquisición de habilidades (tabla 4)⁽¹¹⁾.

Respecto a la información que el paciente debe recibir sobre el asma, se deben considerar sus necesidades, sus conocimientos previos, sus creencias, su edad, la gravedad del asma que padece y el grado de implicación necesario en su autocontrol y tratamiento.

TABLA 4. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN

1. **Conocer** que el asma es una enfermedad crónica y necesita tratamiento continuo, aunque no tenga molestias
2. **Saber** las diferencias que existen entre inflamación y broncoconstricción
3. **Diferenciar** los fármacos "controladores" de la inflamación de los "aliviadores" de la obstrucción
4. **Reconocer** los síntomas de la enfermedad
5. **Usar** correctamente los inhaladores
6. **Identificar** y evitar en lo posible los desencadenantes
7. **Monitorizar** los síntomas y el flujo espiratorio máximo (FEM)
8. **Reconocer** los signos y síntomas de agravamiento de la enfermedad (pérdida de control)
9. **Actuar** ante un deterioro de su enfermedad para prevenir la crisis o exacerbación

Tomada de referencia 11.

En la tabla 5⁽¹¹⁾ se describen las tareas educativas para cada visita. La enfermera/o debe participar activamente en la administración y gestión de los programas educativos.

TABLA 5. TAREAS EDUCATIVAS EN CADA VISITA

Dimensiones	Comunicación	Formación	Instrucción
Visita inicial	Investigar expectativas Pactar objetivos Dialogar sobre el cumplimiento	Conceptos básicos sobre el asma y el tratamiento	Técnicas de inhalación Automonitorización
Segunda visita	Valorar los logros sobre las expectativas y los objetivos Dialogar sobre el cumplimiento	Reforzar la información de la visita inicial Informar sobre las medidas de evitación ambiental	Reforzar la técnica de inhalación Cómo evitar desencadenantes Interpretación de registros Plan de autotratamiento
Revisiones	Valorar los logros sobre las expectativas y los objetivos Dialogar sobre el cumplimiento terapéutico y las medidas de evitación ambiental	Reforzar toda la información	Revisar y reforzar la técnica de inhalación Revisar y reforzar la automonitorización y el plan de tratamiento

Tomada de referencia 11.

Las intervenciones dirigidas a los cambios de actitud-comportamiento son la modalidad educativa más efectiva; la evidencia dice que las intervenciones educativas que no mejoran el estado de salud o la calidad de vida de los pacientes con asma son aquellas que se basan solo en información y cuando las intervenciones se realizan solo en una ocasión⁽³⁾.

La educación grupal juega un papel de ayuda y refuerzo a la educación individual, pero no puede nunca sustituirla. Bien aplicada, puede jugar a favor del logro de objetivos educativos, creando cauces de diálogo, motivando a unos con las experiencias de otros, o modificando conductas por imitación. En el caso de los niños, puede aplicarse para el desarrollo de habilidades.

En los adolescentes también se ha demostrado eficaz la creación de grupos de autoayuda formando como líderes a los mismos adolescentes con asma.

Una propuesta de combinación es: la educación personalizada en cada visita al programa educativo, con un refuerzo al año de actividades grupales⁽⁵⁾. Los talleres educativos constituyen una herramienta útil como complemento a la atención individualizada, siendo más interesante su realización próxima a las épocas en las que los pacientes presentan más síntomas⁽¹¹⁾.

Atención y formación del cuidador

El aumento de las enfermedades crónicas hace necesario un cambio en el modelo sanitario en el cual el paciente sea un agente activo en la gestión de su salud. El autocuidado parece ser una vía adecuada para alcanzar este objetivo⁽¹²⁾. El asma como enfermedad crónica, en el mundo infantil, requiere constante atención por parte de los padres. Debido a su evolución, puede llegar a ser origen de múltiples visitas al médico e incluso de hospitalizaciones continuas. Estas situaciones ocasionan serios cambios en la vida diaria de la familia, con importantes repercusiones en su funcionamiento. La evaluación de la dinámica familiar debe considerarse una parte fundamental en el abordaje integral del paciente pediátrico con asma, ya que la unidad familiar puede funcionar tanto como generadora de salud como de enfermedad⁽¹³⁾.

El perfil de la relación profesionales sanitarios-paciente ha cambiado en los últimos años, pasando de un modelo paternalista a un modelo en el que la autonomía del paciente ha adquirido una importancia fundamental. El paciente se está convirtiendo en un personaje activo, con unos derechos claros, como los de ser debidamente informado sobre su enfermedad o participar en las decisiones que afectan a su patología, pero también con los deberes de ser responsable de su enfermedad y de su estado de salud.

Desde hace unos años se está desarrollando una novedosa forma de realizar la educación para la salud que está basada en lo que se ha denominado:

Paciente experto: se trata de utilizar a pacientes crónicos que son capaces de entender su enfermedad, de responsabilizarse de su salud y que manejan correctamente las opciones terapéuticas marcadas por sus sanitarios. Estos pacientes, si además tienen algunas dotes comunicativas y empatía, una vez formados y asesorados, son capaces de liderar grupos de pacientes de forma eficaz, ya que transmiten la información con el mismo lenguaje de los otros pacientes, desde la misma experiencia de la enfermedad y con dificultades parecidas para la realización correcta del tratamiento, y para asumir el impacto físico, emocional y social de esa enfermedad.

Los pacientes llevan la iniciativa de su formación y los profesionales sanitarios tienen un papel observador, orientador y, si es necesario, aclaran las dudas que surgen. SEAIC ofrece cursos para llegar a ser pacientes expertos en alergia sobre difentes temas, asma entre ellos, a traves de la página soyexpertoenalergia.es.

Los objetivos de estos programas son los mismos que los de cualquier programa de educación para la salud: conseguir que el paciente tenga un mayor grado de conocimiento de su enfermedad, que sepa actuar ante un síntoma, que aprenda a interactuar positivamente sobre su entorno y que se involucre en las decisiones respecto a su enfermedad.

Entre los resultados ofrecidos que hay con este sistema educativo del paciente experto, destacan:

- Un aumento en la confianza del paciente para autocuidarse.
- Mejoras en la calidad de vida y en el bienestar psicológico.
- Incremento de la autoestima y de la energía.
- Un alto grado de satisfacción con las sesiones del programa⁽¹⁴⁾.

Puntos clave

La comunicación interpersonal es la principal herramienta para intercambiar información entre el personal sanitario y el paciente. Sin ella, la puesta en marcha de programas educativos no sería posible. Es, por tanto, imprescindible que el personal sanitario desarrolle habilidades de comunicación que favorezcan el logro de los objetivos. Deben manejarse una serie de habilidades básicas a la hora de dar la información:

- La información debe transmitirse de forma clara, aportando argumentos y ejemplos, sintetizando y de manera fluida. La creatividad puede ser de gran ayuda.
- Empatía y asertividad. La empatía expresada con credibilidad tiene como efecto un acercamiento emocional al paciente que hace aumentar el grado de confianza.
- Respeto, autenticidad, aceptación mutua y cordialidad.
- Escucha activa.
- Dar la información de forma individualizada, basada en las expectativas y objetivos concretos del paciente^(15, 16).

BIBLIOGRAFÍA

1. Monzó MA, Medina CS. Claves de educación en asma: casos clínicos interactivos. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2010;12(19): s201-13.
2. Guía clínica de Educación y automanejo en el asma. [Consultado el 27 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/educacion-terapeutica-asma/#22703>.
3. Paola Fasciglione M, Elena Castañeiras C. The educational component in an integrated approach to bronchial asthma. *J Bras Pneumol*. 2010;36(2):252-9.
4. López Viña A. Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma. *Archivos de Bronconeumología*. Ediciones Doyma, S.L.; 2005;41:334-40.
5. Respirar - To breathe. Estrategias Educativas. [Consultado el 25 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.respirar.org/index.php/respirar/educacion/estrategias-educativas>.

6. Korta Murua J, Valverde Molina J, Praena Crespo M, Figuerola Mulet J, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Rueda Esteban S, et al. Therapeutic education in asthma management. *An Pediatr*. 2007;66(5):496-517.
7. Respirar - To breathe. Video educativo. [Consultado el 25 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.respirar.org/index.php/respirar/educacion/herramientas-educativas/video-educativo-para-entender-el-asma-y-los-fundamentos-del-tratamiento-inhalado>.
8. Respirar - To breathe. Modelo Tridimensional de los Tres Tubos. [Consultado el 25 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.respirar.org/index.php/respirar/educacion/herramientas-educativas/modelo-tridimensional-de-los-tres-tubos>.
9. Monzo, MA. Educación en asma Form Act *Pediatr Aten Prim*. 2015; 8(1):50-4.
10. Esteban SR, Varela ÁL-S. "Original breve" ¿Quieres saber más? Otras actividades para educar en asma. 2017. [Consultado el 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.medicinatv.com/canales/asmainfantil#>.
11. Guía española para el manejo del asma (GEMA). [Consultado el 8 de enero de 2020]. Disponible en: www.gemasma.com.
12. Nuño R, Nuño-Solinis N, Rodríguez-Pereira C, Piñera K, Piñera-Elo-riaga P, Zaballa-González I, et al. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit*. 2013;27(4):332-7.
13. Guzmán-Pantoja JE, Barajas-Mendoza ER, Luce-González EG, Valadez-Toscano FJ, Gutiérrez-Román EA, Robles-Romero MÁ. Disfunción familiar en pacientes pediátricos con asma. *Atención Primaria*. 2008;40(11):543-6.
14. Blanco González PJ, Blanco González JE. Educando en asma. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl*. 2011. [Consultado el 26 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
15. Las habilidades comunicativas en la entrevista médica. [Consultado el 27 de enero de 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572009000300009&script=sci_arttext&tlng=en.
16. II Jornadas Profesionales sobre Asma y Educación. [Consultado el 27 de enero de 2020]. Disponible en: www.fundacionmariajosejove.org.

Patrocinado por:



A efectos de transparencia, le informamos que GSK ha colaborado en la financiación de la presente publicación. Su contenido refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios de los autores, las cuales pueden no coincidir necesariamente con los de GSK.

GSK recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias. Este material es de uso exclusivo para profesionales sanitarios.