

Recomendaciones de asma aguda. De lo global a lo local

Autor: Agustín Acuña Izcaray

Correspondencia:

Domicilio postal: Avenida Intercomunal La Trinidad - El Hatillo,
Apdo. Postal 80474, Caracas 1080-A, Venezuela.
Tel.: (58) 212/9496666.
E-mail: agustin.acuna@cmdlt.edu.ve

Cátedra de Neumonología y Cirugía Torácica del Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela y Servicio de Neumonología Centro Médico Docente La Trinidad, Caracas, Venezuela

Mundialmente, el asma sigue siendo un problema relevante para la salud pública. Afortunadamente, hoy en día las muertes por asma son menos frecuentes, sin embargo, el 80% está relacionada con el nivel socioeconómico bajo o medio¹. Adicionalmente, sigue existiendo un inaceptable nivel de morbilidad e impacto económico para la salud^{2, 3}. Por el estudio EAGLE (*Estudio del Asma Grave en Latinoamérica y España*) conocemos de importantes carencias asistenciales que se han mantenido en el tiempo, como por ejemplo el escaso uso de medición objetiva para la gravedad de la exacerbación y, en consecuencia, el establecimiento de un tratamiento ajustado a ella⁴. Las exacerbaciones y visitas a la emergencia son uno de los factores que más impacto tiene en Latinoamérica².

Aunque recientemente hemos destacado serias limitaciones en la calidad de las guías de asma, no hay duda de que han mejorado en la última década⁵; así que todos los esfuerzos que se hagan para difundir buenas prácticas clínicas deberían ser implementados en los sistemas de salud.

Hoy en día, la disponibilidad de guías de práctica clínica (GPC) basadas en evidencias crea un entorno que hace que las revisiones tradicionales narrativas, sin estrategia de búsqueda y recomendaciones no estructuradas, puedan ser criticadas con más contundencia. Este proceso requiere de una infraestructura importante y cada vez va más allá de la capacidad de las organizaciones nacionales. Tanto la Iniciativa Global para el Asma (GINA), NAEPP, SIGN entre otras han evolucionado esa infraestructura y proporcionan una base de evidencias que pueden ser adaptadas por las sociedades de profesionales nacionales o regionales para crear sus propias directrices^{5, 6}. Hoy no hay dudas de que el tratamiento apropiado de las exacerbaciones de asma y la implementación

de medicación controladora son esenciales para reducir la morbi-mortalidad asociada al asma.

Este esfuerzo que publican en este número un grupo de colegas argentinos tiene mucho mérito por su validez interna y lo más importante: es un insumo para difundir e implementar localmente recomendaciones basadas en evidencias. Estas directrices están diseñadas para asegurar la mejor práctica en el cuidado de adultos con asma aguda. Preocupa cómo en algunas emergencias vemos como la medicina basada en la erudición o en la elocuencia hace su trabajo, como por ejemplo con el uso de anti-colinérgicos como monoterapia broncodilatadora en asma aguda. Los colegas hacen énfasis en una mejor utilización de broncodilatadores inhalados (β_2 -adrenérgicos y bromuro de ipratropio), oxígeno, y la administración inmediata de corticoesteroides orales o intravenosa para promover una rápida resolución de la exacerbación y prevenir las recaídas. Así como, a la administración de sulfato de magnesio intravenoso que ha demostrado ser beneficiosa en asma aguda grave refractaria al tratamiento habitual⁷. Todavía hay renuencia a usar un inhalador de dosis medida con espaciador para administrar dosis relativamente altas β_2 -adrenérgicos en asma aguda. Este es un método rentable para la administración de broncodilatadores que facilita la aplicación inmediata de tratamiento en los entornos de atención primaria. La administración de un β_2 -adrenérgicos, a través de un inhalador de dosis medida con espaciador, es tan eficaz como el tratamiento nebulizado y se asocia con menos efectos secundarios, lo que hace a esta terapia no sólo eficaz sino eficiente en la primera línea del tratamiento⁸.

Los autores comentan el efecto vasoconstrictor que ha demostrado el uso de altas dosis de corticoesteroides inhalados (CSI), especialmente

la fluticasona^{9, 10}; sin embargo hasta ahora, no hay suficiente evidencia para que la terapia con CSI por sí sola reemplace la terapia con corticosteroides sistémicos¹¹. Es posible que un subgrupo de pacientes con asma aguda pueda beneficiarse del efecto aditivo de los corticosteroides inhalados por las diferencias que existen en el remodelado de las vías aéreas¹² y en la gravedad de las crisis¹³. Habrá que esperar por más ensayos clínicos dirigidos a responder esta pregunta. Por el momento, vale la pena seguir justificando el uso de corticosteroides sistémicos, como lo hacen las recomendaciones publicadas en este número.

La falta de adherencia al tratamiento sigue siendo un problema mayor en los pacientes con asma y aunque muchas GPC recomiendan el uso de un plan de acción escrito, estas no han demostrado que mejoran la adherencia^{14, 15}. Sin embargo, hay que insistir en educación y recomendaciones más personalizadas a la hora de egresar a los pacientes hospitalizados por asma aguda. Por otra parte, los médicos necesitan un enfoque organizado y probado para mejorar la adherencia y reducir la morbilidad y coste; por lo que se hace necesario trabajar en métodos eficientes que garanticen la mejoría en la gestión de la adherencia para las directrices de asma¹⁶.

Mucho éxito en la difusión e implementación de estas recomendaciones.

Bibliografía

1. Asher MI, Montefort S, Björkstén B et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 2006; 368(9537): 733-43.
2. Neffen H, Gonzalez SN, Fritscher CC, Dovali C, Williams AE. The burden of unscheduled health care for asthma in Latin America. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2010; 20(7): 596-601.
3. Bahadori K, Doyle-Waters MM, Marra C et al. Economic burden of asthma: a systematic review. *BMC Pulm Med* 2009; 9: 24.
4. Rodrigo GJ, Plaza V, Bellido-Casado J et al. The study of severe asthma in Latin America and Spain (1994-2004): characteristics of patients hospitalized with acute severe asthma. *J Bras Pneumol publicação Of da Soc Bras Pneumol e Tisiologia* 2009; 35(7): 635-44.
5. Acuña-Izcaray A, Sánchez-Angarita E, Plaza V et al. Quality assessment of asthma clinical practice guidelines: a systematic appraisal. *Chest* 2013; 144(2): 390-7.
6. Boulet L-P, FitzGerald JM, Reddel HK. The revised 2014 GINA strategy report: opportunities for change. *Curr Opin Pulm Med* 2015; 21(1): 1-7.
7. Kew KM, Kirtchuk L, Michell CI. Intravenous magnesium sulfate for treating adults with acute asthma in the emergency department. *Cochrane database Syst Rev* 2014; 5: CD010909.
8. Cates CJ, Crilly JA, Rowe BH. Holding chambers (spacers) versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma. *Cochrane database Syst Rev* 2006; (2): CD000052.
9. Acuña A., Gabrijelcic J, Uribe EM et al. Fluticasone propionate attenuates platelet-activating factor-induced gas exchange defects in mild asthma. *Eur Respir J* 2002;19(5):872-878.
10. Rodrigo GJ. Comparison of inhaled fluticasone with intravenous hydrocortisone in the treatment of adult acute asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171(11): 1231-6.
11. Edmonds ML, Milan SJ, Camargo CA, Pollack C V, Rowe BH. Early use of inhaled corticosteroids in the emergency department treatment of acute asthma. *Cochrane database Syst Rev* 2012; 12: CD002308.
12. Al-Muhsen S, Johnson JR, Hamid Q. Remodeling in asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 128(3): 451-62; quiz 463-4.
13. Alangari AA. Corticosteroids in the treatment of acute asthma. *Ann Thorac Med* 2014; 9(4): 187-92.
14. Toelle BG, Ram FSF. Written individualised management plans for asthma in children and adults. *Cochrane database Syst Rev* 2004; (2) :CD002171.
15. Sheares BJ, Mellins RB, Dimango E et al. Do Patients of Subspecialist Physicians Benefit from Written Asthma Action Plans? *Am J Respir Crit Care Med* 2015; 191(12): 1374-83.
16. Weinstein AG. The potential of asthma adherence management to enhance asthma guidelines. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2011; 106(4): 283-91.