

Identificación de las carencias asistenciales en la atención clínica del asma en España. Resultados de la encuesta OPTIMA_GEMA

Identification of shortcomings in clinical care of asthma in Spain. Results of the OPTIMA_GEMA survey

doi.org/10.23938/ASSN.0037

M.J. Álvarez Puebla, M. Urdanoz Erro, A.I. Tabar Purroy, J.M. Olaguibel Rivera

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el original titulado Identificación de las carencias asistenciales en la atención clínica del asma en España^{1,2}. Resultados de la encuesta OPTIMA_GEMA¹, y nos gustaría aportar algunos comentarios a los resultados obtenidos por estos autores. Desde que en 1991 el NIH (*National Institute of Health*, EEUU) publicara el primer consenso multidisciplinar sobre el manejo del asma³, muchas han sido las actualizaciones y adaptaciones geográficas que han dado lugar a las guías de asma vigentes. Estos documentos parten de un conjunto de consejos académicos diseñados por un grupo multidisciplinar de expertos, y solo los que logran un alto grado de acuerdo con el método Delphi se estructuran como recomendaciones en el documento final. Las guías son proyectos vivos que se van modificando y adaptando a los cambios científicos, clínicos y sociales que se suceden rápidamente. En nuestro entorno, disponemos de la tercera edición de la Guía Española para el Manejo del Asma: GEMA4.0 que desde su publicación en 2015, ya ha sido revisada en dos ocasiones⁴.

Las guías de práctica clínica buscan igualar en calidad los recursos sanitarios y los tratamientos asignados al asma, con el

fin de mejorar el diagnóstico y el pronóstico de los sujetos que la padecen. En otros términos, fijan el modelo ideal que pretende transformar y homogeneizar la práctica clínica y la atención sociosanitaria de los asmáticos. La validez de estas iniciativas se ha demostrado en países como Finlandia, donde recientemente se han publicado los resultados tras 26 años de implantación nacional de un programa de asma (1986-2013)⁵. A pesar de haber triplicado el número de pacientes diagnosticados de asma, los autores hallan reducciones del 14% en los gastos nacionales debidos a la enfermedad y del 72% en los costes medios por paciente. Es evidente que los datos finlandeses son extraordinarios, aunque no se debe olvidar que se trata de un programa implantado desde el Ministerio de Sanidad, dirigido a reducir los costes nacionales debidos a asma, y que establece redes fijas de actuación entre atención primaria y especializada, farmacias, asociaciones de pacientes y pacientes individuales, incluyendo medidas ambientales de aplicación nacional para mejorar la calidad del aire. Se centra en el diagnóstico y la instauración precoz de tratamiento antiinflamatorio en el asma, junto con la educación de los pacientes en la evitación de tóxicos respiratorios, adhesión al tratamiento y pautas

An. Sist. Sanit. Navar. 2017; 40 (2): 323-325

Unidad de Asma Grave. Servicio de Alergología.
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Correspondencia:

M^º José Álvarez Puebla
Unidad de Asma Grave. Servicio de Alergología.
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona
mj.alvarez.puebla@navarra.es

de automanejo. Otros países europeos han diseñado proyectos en esta línea, aunque sus resultados son mucho más discretos⁶. Es muy probable que el sorprendente éxito del programa finlandés se deba a su carácter holístico, con la colaboración activa de todos los sectores implicados: sociedad, legisladores, médicos, enfermeras, farmacéuticos y pacientes.

Las guías de práctica clínica y entre ellas GEMA4.0 intentan avanzar en esta línea pero, reiteradamente, encuentran gran dificultad para su implementación en la vida real, tanto por parte del médico como del paciente (adhesión al tratamiento). Respecto al primer punto, cabe comentar que aunque la versión previa GEMA09, era conocida por el 76% de médicos, solo era seguida por el 31%⁷. En consecuencia, los motivos de este escaso seguimiento no son atribuibles a una falta de información o difusión de la guía. Plaza y col¹, intentan definir los aspectos mejorables para que los médicos actúen a la luz de estas recomendaciones. En su estudio, un grupo de expertos médicos (Atención Primaria, Neumología y Alergología) seleccionan los enunciados que consideran emergentes respecto a la falta de aplicación de las guías en la vida real. Tras aplicar el método Delphi a estos enunciados, y según la calificación obtenida, el comité científico formula una serie de recomendaciones para facilitar su cumplimiento. En líneas generales, y tanto para niños como para adultos, cabe destacar –como señalan los autores–, que el déficit de material o de infraestructuras tiene escaso peso en las recomendaciones finales, que se pueden englobar en tres aspectos principales:

1. Se considera prioritaria la formación del personal a todos los niveles. El personal médico, a la hora de diagnosticar de forma objetiva el asma, establecer su gravedad e indicar el mínimo tratamiento necesario para lograr el control, teniendo en cuenta el riesgo futuro (de ambos, el sobretratamiento y el infratratamiento). Formación de enfermería en la realización de espirometrías, educación y explicación de planes de autocuidados, adiestramiento en los dispositivos de inhalación y valoración periódica de su correcta utilización,

etc. Ocupa también un lugar prioritario, la educación en atención primaria en el tratamiento del asma aguda en el niño, con la administración de altas y repetidas dosis de β adrenérgicos de vida corta, así como la información a ginecólogos y matronas sobre la necesidad de tratamiento de la embarazada asmática.

2. Se requiere tiempo: en las consultas médicas, para evaluar regularmente al paciente (no sólo durante las exacerbaciones) y adecuar su tratamiento conforme al grado de control del asma. Tiempo de enfermería para la realización de pruebas correctas de espirometría, teniendo en cuenta que las de niños pequeños y algunos adultos son más laboriosas. Tiempo médico para diseñar informes clínicos y planes de actuación individualizados. Tiempo para explicar a los pacientes estos planes y formas de actuación que les permitan tomar autocontrol y responsabilidad sobre su enfermedad, instruir en la utilización de inhaladores, comprobar que esta es correcta, etc.

3. El ámbito de la subjetividad del paciente. Los cuestionarios de calidad de vida, de control de asma y de adhesión al tratamiento, son herramientas que además de proporcionar valiosa información, ayudan a orientar la anamnesis. No obstante, es importante que el paciente pueda dialogar con el personal sanitario sobre su percepción de la enfermedad, la necesidad de utilizar tratamiento crónico aunque no se sienta enfermo así como respecto a sus preferencias sobre el dispositivo de inhalación.

En definitiva, formación del personal, tiempo de actuación e información/instrucción a los pacientes constituyen el grueso de las recomendaciones que aportan los autores en su trabajo. El problema deriva de que la implementación de estas medidas en la vida real no puede recaer exclusivamente en el colectivo de trabajadores de la sanidad. En nuestro país, con 17 autonomías, cada una de ellas con competencias transferidas, resulta prácticamente imposible establecer unas medidas de actuación comunes. Cabría, sin embargo, sugerir una colaboración cercana entre los colectivos implicados, estableciendo una red de actuación con competencias definidas para

cada uno de ellos, siguiendo el modelo finlandés en el que médicos y enfermeras de atención primaria y especializada, colaboran con farmacéuticos y sociedades de pacientes, según cauces pre-establecidos. Pero todo ello, aun suponiendo un esfuerzo humano muy importante, pierde dramáticamente efectividad al no contar con el apoyo institucional adecuado que se tendría que realizar en diferentes niveles. Sería necesario favorecer una re-organización de la actividad asistencial que permita el desarrollo de los cauces de interacción a los que nos hemos referido antes, dotando a cada una de las partes integrantes con el tiempo necesario para su realización. Por otra parte, es imprescindible rentabilizar el esfuerzo y recursos que se invierten en la formación del personal, para lo que sería de gran ayuda fomentar la estabilidad laboral. Habría que tener en cuenta a este respecto que es más efectiva una única actuación realizada por personal bien formado y con el tiempo necesario para ella, que repetir las actuaciones con prisa y en ocasiones, aportando informaciones discrepantes. También, desde el ámbito institucional se debería promover la educación en la sanidad de la población, fomentando el funcionamiento de asociaciones de pacientes, con planes que favorezcan la toma de responsabilidad y autocontrol de los pacientes sobre su propia enfermedad y olvidando la pretéritas actitudes sanitarias paternalistas. Por último, pero no menos importante, las instituciones deberían promover activamente actitudes de salud: mejorar la calidad del aire, reducir la contaminación, promover el ejercicio físico y la eliminación del tabaquismo, etc.

Para concluir, resulta crucial tener presente que son las guías las que se deben adaptar al paciente y no a la inversa, y que deben existir unidades que permitan dar una atención específica a pacientes con formas más graves de asma o asma de difícil control que precisen una atención multidisciplinar. Mejorar la atención del paciente asmático y rentabilizar los recursos invertidos en la enfermedad, ahora que los tratamientos son cada vez más costosos, requiere la actuación conjunta y armónica de médicos

y enfermeras, de atención primaria y especializada, de la red de farmacias, de las asociaciones de pacientes, de pacientes individuales y de la sociedad general bajo el apoyo de las instituciones. De otro modo, no pasaremos de realizar intentos infructuosos de seguir unas guías teóricas que, a modo de "Ideas Platónicas", resultan inalcanzables para nosotros que, desde la "Caverna", nos encontramos abrumados por la presión asistencial, la escasez de tiempo, la falta de estabilidad del personal formado adecuadamente y la incomprensión de pacientes y de la población general.

BIBLIOGRAFÍA

1. PLAZA V, RODRÍGUEZ DEL RÍA P, GÓMEZ F, LÓPEZ VIÑA A, MOLINA J, QUINTANO JA, et al. Identificación de las carencias asistenciales en la atención clínica del asma en España. Resultados de la encuesta OPTIMA_GEMA. *An Sist Sanit Navar* 2016; 39:181-201.
2. PLAZA V, QUIRCE S, DELGADO H, MARTÍNEZ MORAGÓN E, PÉREZ DE LLANO L. Debate Multidisciplinar de expertos. Asma no controlada: causas, consecuencias y posibles soluciones. *An Sist Sanit Navar* 2016; 39: 357-370.
3. SHEFFER AL, TAGGART VS. The National Asthma Education Program: expert panel report guidelines for the diagnosis and management of asthma. *Medical Care* 1993; 31 (Suppl 3): MS20-MS28.
4. QUIRCE S, DELGADO J, ENTRENAS LM, GRANDE M, LLORENTE C, LÓPEZ VA et al. Quality indicators of asthma care derived from the spanish guidelines for asthma management (GEMA 4.0): a multidisciplinary team report. *J Invest Allergol Clin Immunol* 2017; 27: 69-73.
5. HAAHTELA T, HERSE F, KARIJALAINEN J, KLAUKKA T, LINNA M, LESKELÄ RL et al. The Finnish experience to save asthma costs by improving care in 1987-2013. *J Allergy Clin Immunol* 2017; 139: 408-414.
6. SELROOS O, KUPCZYK M, KUNA P, LACWIK P, BOUSQUET J, BRENNAN D et al. National and Regional asthma programmes in Europe. *Eur Resp Rev* 2015; 24: 474-483.
7. PLAZA V, BOLÍVAR I, GINER J, LLANGER MA, LÓPEZ-VIÑA A, QUINTANO JA. Opinión, conocimientos y grado de seguimiento referidos por los profesionales sanitarios españoles de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Proyecto GEMA-TESR. *Arch Bronconeumol* 2008, 44: 245-251.

