

Abordaje integral del paciente con asma por alergia al polen del olivo

Manuel Alcántara Villar (Coord.)





CAPÍTULO 18

Papel en la prevención de las exacerbaciones de los planes de acción contra el asma

Manuel Alcántara Villar

Unidad de Alergología.
Complejo Hospitalario de Jaén

1. Introducción

El objetivo principal del tratamiento del asma, es lograr el control de la enfermedad y mantenerlo, además de reducir el riesgo de presentar exacerbaciones de asma (1, 2, 3)

Las exacerbaciones asmáticas pueden ocurrir en cualquier paciente asmático independientemente de la severidad de su asma o de su grado de control, aunque son más frecuentes en el asma persistente moderada a severa y mal controlada. En el paciente alérgico al polen del olivo por lo general se desarrollan tras la exposición al alérgeno, durante la época típica de polinización, aunque también pueden ser iniciadas por una infección del tracto respiratorio superior (por lo general por rinovirus humano).

El control del asma refleja en buena medida la idoneidad del tratamiento y la implicación del paciente en el cumplimiento del mismo, de tal forma que a mayor incumplimiento más riesgo de presentar una exacerbación.

Los corticosteroides inhalados (ICSS) tomados de forma regular son muy eficaces en la reducción del riesgo de exacerbaciones de asma, y la combinación de corticosteroides inhalados y β 2 -agonistas inhalados de acción prolongada reduce aún más el riesgo. Otras terapias que han demostrado reducir las exacerbaciones graves de asma son los antagonistas de los receptores de los leucotrienos o el omalizumab (anti-IgE), fármaco que ha demostrado eficacia en el control de pacientes con asma alérgica de difícil control.

La adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con asma mejora con la implantación de un adecuado programa de educativo, que proporcione al paciente los conocimientos y las habilidades necesarias para mejorar su autocuidado y el cumplimiento terapéutico. Una de las habilidades básicas que debe aprender el paciente con asma, es la de saber realizar los cambios necesarios en tratamiento habitual ante un deterioro de su asma, que evite una posible crisis de asma.

Los programas educativos, enseñan al paciente a monitorizar su función pulmonar y proveen un plan de acción escrito e individualizado. Los planes de acción han mostrado que disminuyen los ingresos hospitalarios y las muertes por asma. Así, en adultos el riesgo de ingreso hospitalario se reduce en más de 40% y el de asistencia en urgencias en más de un 20% (4); observándose un patrón similar también en niños (5).

2. Elaboración de un plan de acción en el tratamiento del asma

Un plan de acción en el tratamiento del asma es un conjunto de instrucciones escritas e individualizadas para cada paciente, basado en el reconocimiento de los síntomas percibidos por el paciente, en las mediciones del FEM, o en ambos.

El plan de acción debe ser hecho a medida de cada paciente teniendo en cuenta la gravedad de su asma y el tratamiento habitual prescrito para alcanzar el control, debiendo participar en su elaboración tanto el médico como el paciente. Si bien todos los pacientes deberían poseer un plan de acción, estos planes son particularmente útiles en pacientes con asma de moderada a severa, asma muy variable, historia de frecuentes visitas a urgencias o en pacientes que tienen una mala percepción de sus empeoramientos.

El principal objetivo de un plan de acción en el autocontrol del asma es la detección temprana del agravamiento del asma y la rápida instauración de acciones para su rápida remisión.

Todo paciente con asma debe aprender a reconocer cuáles son los síntomas del asma: tos, sibilancias, disnea, opresión torácica, y a reconocer de forma precoz una crisis asmática, ya que cuanto más precozmente se trate una reagudización mejor será el pronóstico de la misma y probablemente, de la enfermedad en general.

El médico y/o educador deberán enseñar a monitorizar la situación del paciente a través de dos instrumentos básicos, como son el diario de síntomas y la medición del FEM. De esta manera se consiguen, por parte del médico, una valoración más adecuada de la gravedad del asma y de la respuesta al tratamiento y, por parte del paciente, una identificación precoz de una posible reagudización de la enfermedad con la consiguiente reducción de las visitas a los servicios de urgencias y de los ingresos hospitalarios. Estos sistemas de control permiten además una mayor participación del paciente, logrando con ello una mejor adherencia terapéutica.

En el autodiario de síntomas (Figura 1), el paciente y/o sus padres en el caso de los niños, registrarán todos los datos posibles: los síntomas, incluyendo los despertares nocturnos atribuibles al asma, asistencia a urgencias, días de absentismo escolar, tolerancia al ejercicio físico, uso de medicación de rescate y el motivo, etc.

Figura 1. Hoja registro diario de síntomas

DOCUMENTO DE DIARIO DE SINTOMAS

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

MES:																															
SINTOMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Nasales																															
Oculares																															
Tos	Día																														
	Noche																														
Pitos																															
Fatiga ahogo	Día																														
	Noche																														
Médico	Centro de salud																														
	urgencias																														
Falta al colegio/trabajo																															
MEDICAMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

- 0 = No síntomas
- 1 = Síntomas leves, no limitan su actividad diaria
- 2 = Síntomas moderados
- 3 = Síntomas intensos o graves

Obviamente, si una persona está sufriendo un ataque severo de asma y no puede respirar no habrá ningún problema en darse cuenta que un ataque de asma está ocurriendo. Sin embargo, hay una parte importante de enfermos con mala percepción o que no le dan importancia a los síntomas en las exacerbaciones agudas de asma. En esta situación es cuando la medida del FEM mediante dispositivo de peak flow, es un instrumento valioso en el manejo del asma, que permite al paciente relacionar sus síntomas con una medida objetiva. Para interpretar correctamente los valores es preciso tener en cuenta dos factores: la variabilidad circadiana (valores más bajos por la mañana) y la variabilidad individual que está en relación con la edad, talla y sexo del paciente. Si bien inicialmente podremos considerar los valores teóricos para su comparación, se aconseja usar como valor de referencia el mejor valor personal en su mejor situación clínica. Es necesario enseñar la técnica del medidor de flujo máximo espiratorio (Tabla 1) de forma práctica y no sólo con impresos o verbalmente. También es aconsejable entregar a la familia instrucciones escritas,

con indicaciones de cómo cumplimentar el diario (Figura 2), cómo interpretar los valores y cómo actuar según los mismos una vez conocido su mejor valor personal.

- Tabla 1. Normas de uso del medidor de flujo máximo espiratorio.**
1. Poner el indicador a cero.
 2. Ponerse de pie o sentado con la espalda recta.
 3. Sostener el medidor horizontal al suelo sin obstruir la salida del aire.
 4. Colóquese en la boca la boquilla del medidor cerrando los labios alrededor.
 5. Sopla con fuerza y lo más a prisa que pueda. Retire el medidor de su boca.
 6. El marcador se habrá movido en la escala, recuerde el número y ponga el marcador nuevamente a cero.
 7. Repita la prueba dos veces más y anote el número más alto de los tres en su diario o gráfica.

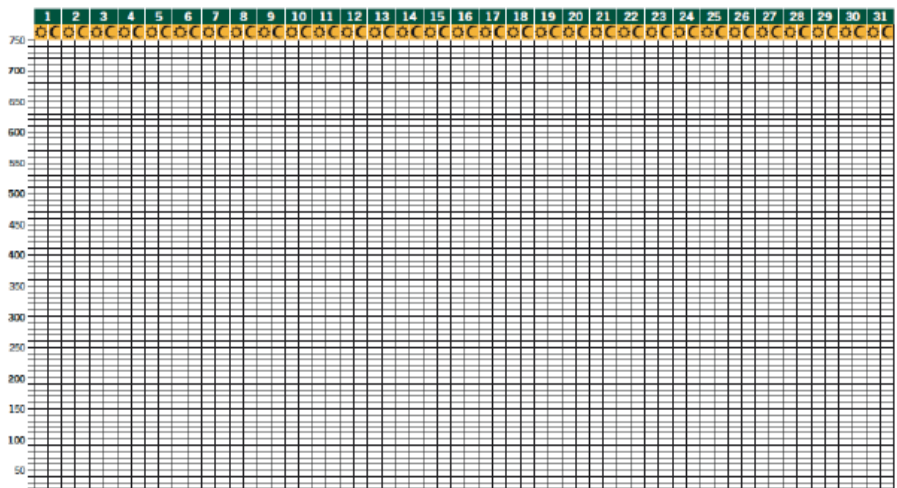
Figura 2. Hoja de registro de FEM

DOCUMENTO DE DIARIO DE REGISTRO DE FEM

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

Mejor valor 80% 60%



En general, se considera que un ataque de asma es severo cuando el volumen máximo espiratorio es la mitad o menos de su valor normal o cuando le falta el aliento al hacer un esfuerzo ligero (tal como caminar en forma moderada o vestirse).

Tabla 2. Medidas de control ambiental (ABRIL A JUNIO), para pacientes con alergia a polen de olivo

Mantener las ventanas del dormitorio cerradas (ventilar durante un corto periodo de tiempo, 10 minutos por la mañana).
Evitar salir al campo y parques.
Cuando se viaja en coche, viajar con las ventanillas cerradas; evitando desplazamientos en moto o bicicleta.
Emplear filtros de polen en el aire acondicionado de las viviendas y los vehículos si es posible.
Consejos de desalergenización en el domicilio: utilizar aspirador y limpiar el polvo con bayeta húmeda. dormir con las ventanas cerradas.
Humedecer el ambiente de la habitación, antes de acostarse, mediante pulverización de agua.
Utilizar gafas de sol en el exterior y mascarillas para evitar el contacto con las mucosas de la boca, nariz y ojos.
Extremar la higiene de manos y cara, limpiando con agua fresca nariz y ojos frecuentemente
Las concentraciones de polen en el aire aumentan en días con tormentas primaverales de alto contenido eléctrico y fuertes vientos, en los que el polen se reflota.
Informarse de los niveles de polinización del olivo, para extremar las medidas ambientales.

Si se acepta que la mejor terapia es la prevención, las medidas de control ambiental (Tabla 2) constituyen uno de los pilares fundamentales del tratamiento del paciente con asma por sensibilización a olivo. También resulta útil conocer por parte del paciente una serie de recomendaciones generales para evitar posibles factores que pueden desencadenar a agravar el asma del paciente:

- A) Realizar el ejercicio físico que se tolere. Evitar la realización de ejercicio cuando la temperatura ambiental sea muy baja, o si tiene una infección respiratoria. Un periodo de precalentamiento antes del ejercicio puede disminuir los síntomas tras el ejercicio. En caso necesario, prevendrá los síntomas de asma de esfuerzo con el uso de un beta 2 agonista inhalado antes del ejercicio.
- B) En el caso de infección respiratoria, iniciar precozmente el tratamiento programado por su médico o reflejado en el plan de acción por escrito.
- C) Evitación de compuestos químicos, humos y olores irritantes capaces de descompensar el asma.

- D) Evitación de cambios bruscos de temperatura.
- E) Recomendación de la vacunación antigripal.
- F) Consejo antitabaco: Se recomendará el abandono del hábito tabáquico así como evitar la exposición pasiva al humo del tabaco. Intervención mínima antitabáquica y derivación a consulta de deshabituación tabaquica si procede.
- G) Evitar algunos fármacos y aditivos:
 - Beta-bloqueantes (incluida la presentación tópica oftálmica para el tratamiento del glaucoma).
 - AINEs en pacientes con intolerancia a este tipo de fármacos.
 - IECAs en el caso de producir tos.
 - Aditivos, especialmente sulfitos añadidos a algunas bebidas alcohólicas o conservas.

3. Contenidos de plan de acción en el tratamiento del asma

Ya desde la primera visita se debe proporcionar al paciente y a su familia el plan de acción por escrito (figura 3), que tendrá dos partes bien diferenciadas. La primera incluirá el tratamiento de mantenimiento habitual en situación clínica estable, tanto en lo que se refiere a la toma diaria de la medicación como a la toma de medicación preventiva en el caso del ejercicio. La segunda parte describirá las medidas de actuación en caso de agravamiento del asma, y debe constar de cuatro apartados bien definidos:

- A) Cuando debe incrementar el paciente su tratamiento evaluando el grado de control de su asma.

En la valoración del grado de control del asma se utilizan los síntomas de agravamiento del asma, como los despertares nocturnos o el incremento en la disnea de esfuerzo, las necesidades de tomar broncodilatador más de dos veces al día, y el descenso de la medición del PEF en caso de utilizarlo (su uso para evaluar el grado de deterioro no es superior a un plan de acción basado solo en la evaluación de los síntomas)
- B) Los planes de acción deben indicar cuándo hay que aumentar el tratamiento, así como cuánto debe durar este incremento, valorando diariamente la mejoría.

Figura 3: Propuesta de los contenidos de un plan de acción escrito para el control del asma (GINA, 2006)

PLAN DE ACCIÓN POR ESCRITO

Nombre del paciente:

Fecha:

Mi mejor valor de FEM es:.....

Tratamiento habitual en asma controlada		
1.Tomar diariamente:		
2.Antes del ejercicio tome:		
Cuando debe incrementar su tratamiento		
Valoración del grado de control de su asma:		
¿Tiene más de dos veces al día síntomas de asma?	NO	SI
¿Su actividad o ejercicio físico se encuentra limitado por el asma?	NO	SI
¿Le despierta el asma por la noche?	NO	SI
¿Necesita tomar su broncodilatador más de dos veces al día?	NO	SI
¿Si utiliza su medidor de flujo (FEM), los valores son inferiores a?	NO	SI
Si ha respondido “Si” en tres o más de la preguntas su asma no se encuentra bien controlada y es necesario aumentar su tratamiento habitual.		
Cómo se incrementa el tratamiento:		
Aumente su tratamiento de la manera siguiente y valore su mejora diariamente:		
Mantenga este tratamiento durante _____ días (especifique el número).		
Cuándo debe pedir ayuda al médico/hospital:		
Llame a su médico/hospital(dar los números de teléfono)		
Si su asma no mejora en días (especificar el número), acudir al médico.(líneas de instrucciones complementarias).		
Emergencia. Pérdida grave del control de su asma:		
Si tiene intensos ataques de ahogo y sólo puede hablar con frases cortas o si tiene que utilizar su broncodilatador de rescate o alivio cada 4 horas y no mejora, debe seguir estos pasos:		
1) Inhale de 2 a 4 pulsaciones de (broncodilatador de rescate)		
2) Tome ,,mg (glucocorticoide oral).		
3) Acuda a su médico o un servicio de urgencias o llame al 112.		
4) Continúe usando su(broncodilatador de rescate) hasta que consiga la ayuda médica.		

En los pacientes adultos con una exacerbación asmática con asma leve y dosis bajas de corticoides inhalados podrían beneficiarse de un aumento en la dosis de los mismos durante una exacerbación, iniciando una pauta de corticoides orales si no se consigue el control de la misma o esta empeora. En el caso de los niños con asma, no está demostrado que el doblar la dosis de corticoides inhalados mejore el control de su enfermedad.

En todos los pacientes que sufran una exacerbación asmática y este tomado dosis moderadas o altas de corticoides inhalados, se recomienda iniciar una pauta de corticoides por vía oral.

- C) Cuando debe pedir ayuda médica u hospitalaria.
La petición de ayuda al médico o al Hospital tiene que quedar bien establecida anotando los teléfonos de contacto.
En este apartado se deben especificar aquellas instrucciones complementarias que el paciente debe poner en marcha, en caso de no mejorar en un número determinado de días.
- D) Descripción de los síntomas de alerta y las medidas que deben ponerse en marcha en caso de emergencia, con pérdida severa del control del asma.
Se consideraran de síntomas de alerta a la presencia de intensos ataques de ahogo o que el paciente sólo pueda hablar con frases cortas, por otra parte se considerará como un signo de gravedad y mal control de la exacerbación, el que el paciente tenga que utilizar su broncodilatador de rescate o alivio cada 4 horas y no mejor.
- A continuación se indicará como debe actuar el paciente una vez identificada la emergencia (medicación prescrita como los broncodilatadores de rescate y los corticoides por vía oral, y forma de solicitar ayuda médica).

Este plan debe ser revisado conjuntamente (paciente-familia-médico) en la propia consulta, al tiempo que se comprueba que las instrucciones dadas se han comprendido perfectamente y que el paciente y/o su familia son capaces de utilizar correctamente las técnicas enseñadas. Mediante el autocontrol el paciente tomará decisiones autónomas basadas en la información y educación progresivas.

4. Bibliografía

- 1) Guía Española para el manejo del asma (GEMA 2009). <http://www.gemasma.com>
- 2) Asma: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Junio 2012, pp. 155- 166.

- 3) Global Initiative for Asthma (GINA 2011). [http //www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)
- 4) GIBSON, P.G. et al (2002), «Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma», *Cochrane Database Syst Rev* 3, CD001117.
- 5) GUEVARA, J.P. et al (2003), «Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis», *BMJ* 326, pp.1308-1309.