



Manuel Praena Crespo:  
mpraenac@gmail.com

## Mesa redonda

### Asma en el niño y adolescente (controversias): Atención Primaria *versus* Atención Hospitalaria. A favor del manejo en Atención Primaria

M. Praena Crespo

CS Candelaria, Sevilla. España.

El estudio Estudio Internacional sobre Asma y Alergia en Niños (ISAAC)<sup>1</sup> ha proporcionado datos fiables en relación a las diferencias en la prevalencia en diferentes países del mundo y al cambio de prevalencias en un mismo país<sup>1</sup>. Se calcula para España una prevalencia media de asma en la edad pediátrica de aproximadamente un 10% con diferencias, posiblemente de tipo ambiental entre las zonas de interior (prevalencia más baja) y las de la costa (más alta). Por tanto, una patología tan prevalente es de gran interés para el pediatra de Atención Primaria que se tiene que enfrentar a diario con ella en un alto número de pacientes. El abordaje del asma es un reto no solo para los profesionales sino para la organización sanitaria.

El asma tiene una serie de repercusiones para la vida de los niños y sus familias<sup>2</sup>:

- Restricción de actividades físicas y absentismo escolar. Es la enfermedad crónica que por sí sola origina mayor absentismo escolar en la población infantil y disminuye el acceso a las actividades deportivas, lo que puede condicionar también una escasa socialización, sobre todo por las limitaciones que impone para realizar ejercicio, pues dejan de compartir los juegos y deportes con el resto de sus compañeros.

- Trastornos psicológicos como el sentimiento de sentirse inferior a los demás y síntomas depresivos en los pacientes con asma más grave.
- Alteración de la dinámica familiar con frecuentes situaciones de sobreprotección y desequilibrio de la interacción con los demás hermanos. Tareas adicionales, tanto para reducir la exposición a los potenciales desencadenantes ambientales, como para acudir a los servicios médicos o cuidar al niño cuando está enfermo. También ocasiona cambios frecuentes en los planes familiares y una reducción de la vida social en conjunto.
- El uso de los servicios de salud es otro de los indicadores que miden de forma indirecta la morbilidad que causa la enfermedad.
- Mortalidad. El asma en nuestra sociedad ocasiona baja mortalidad, pero la adolescencia es un factor de riesgo para las crisis de asma de riesgo vital en el que intervienen diferentes factores.

La asistencia eficaz y eficiente a los pacientes con asma es uno de los objetivos de toda organización sanitaria, con objeto de dar respuesta a la morbilidad y costes asociados a la enfermedad.

**Cómo citar este artículo:** Praena Crespo M. Asma en el niño y adolescente (controversias): Atención Primaria *versus* Atención Hospitalaria. A favor del manejo en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2014;(23):11-6.

## MODELOS DE ASISTENCIA AL PACIENTE CON ASMA

---

En líneas generales, podemos distinguir tres formas posibles de atención al paciente con asma<sup>3</sup>:

- **Modelo centrado en la organización del sistema sanitario:** la atención al asma viene definida por la organización del sistema de atención a la salud. Un ejemplo positivo de este modelo es el del National Health Service británico, que deja a los equipos asistenciales el desarrollo de la atención al asma siguiendo la orientación de Guías de sociedades científicas elaboradas por todos los profesionales y niveles de atención implicados, sin generar ningún tipo de estructura organizativa sobreañadida a la que ya existe. El modelo negativo es el que acontece en EE. UU., en el que la persona con asma recibe la atención supeditada a las condiciones de accesibilidad a los recursos sanitarios.
- **Modelo centrado en las competencias profesionales:** la idea que lo sustenta es que la población debe ser atendida por las personas que tengan la mejor cualificación profesional. El problema de la práctica centrada en este modelo, ampliamente extendido en nuestro país, es que ha tendido a concentrar la asistencia al paciente con asma en grandes centros asistenciales; sin poner interés en las prioridades de las familias y sin plantearse la alternativa de generar procesos de formación a otros profesionales, capacitándoles para una correcta atención desde otros ámbitos.
- **Modelo centrado en la comunidad:** propugna la prestación de la asistencia sanitaria en el entorno inmediato del paciente, su propia comunidad, asegurando una asistencia adecuada en el lugar donde vive, por los mismos profesionales que atienden sus patologías comunes y que supervisan su salud desde el nacimiento. Los profesionales del equipo de Atención Primaria, con su proximidad a la familia, facilitan el acceso a todos los servicios básicos, se relacionan con los pacientes y cuidadores a lo largo del tiempo, atendiendo y

conociendo la historia natural del asma, centran la atención en el niño y adolescente, no solamente en la enfermedad. Realizan prevención, diagnóstico y tratamiento integral, proporcionando seguridad a los pacientes y asesorándoles en la toma de decisiones. Coordinan los servicios y facilitan el acceso al siguiente nivel de atención cuando es necesario, reduciendo el uso inapropiado de recursos. Gracias a la intervención de este primer nivel, el paciente con asma entra en contacto con la Atención Hospitalaria de forma dirigida, siendo atendido por diferentes profesionales en función de sus necesidades. La derivación a este nivel de atención se hace en función de sus características de gravedad, comorbilidad o necesidad de exploraciones complementarias que solo pueden ser realizadas en el hospital. Este modelo comunitario organizado enfatiza la coordinación de los recursos asistenciales (sanitarios y sociales) y considera prioritaria la formación de todos los profesionales implicados.

## RESPONSABILIDAD DE LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MANEJO DEL ASMA

---

El Grupo de Vías Respiratorias (GVR) de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), compuesto exclusivamente por profesionales de Atención Primaria, considera que la atención a los pacientes con asma es una responsabilidad ineludible de los profesionales que trabajan en los centros de salud de España. Desde el año 2000, momento en el que se fundó, el GVR ha liderado la formación en competencias de los pediatras de Atención Primaria participando en 259 actividades formativas presenciales en todas España, llegando a más de 9000 alumnos (datos de elaboración propia). En las tres ediciones del curso de asma *on-line* organizado por el GVR, participaron activamente 5225 alumnos, de España e Hispanoamérica.

Sus miembros han participado en la redacción de todos los programas y guías de manejo del asma

que se han publicado en España en los últimos 12 años, desde que en el año 2003 Lora<sup>4</sup> comunicase las carencias formativas y de recursos de los pediatras que habían acudido a los primeros cursos impartidos en el año 2001.

## MOTIVOS POR LOS QUE SE DEFIENDE LA ASISTENCIA DEL ASMA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Vamos a intentar poner sobre la mesa las fortalezas de la Atención Primaria para erigirse como núcleo de la atención a los pacientes con asma, siguiendo los siguientes puntos:

- Expectativas de los pacientes.
- Seguimiento longitudinal y continuidad en la atención.
- Disponibilidad de herramientas para el diagnóstico y el control del asma.
- Adecuación del tratamiento a las guías de práctica clínica.
- Educación de pacientes y cuidadores.
- La paradoja de la Atención Primaria.

### Expectativas de los pacientes<sup>5</sup>

Cuando se ha buscado la opinión de los pacientes y sus padres sobre la atención que reciben, dicen que desean una atención sin prisas, con un trato personalizado, que el diagnóstico y las pruebas necesarias se hagan en un tiempo razonable, sin gran demora, que se le enseñe a conocer y evitar lo que puede desencadenar o agravar el asma, que se enseñe el manejo de los sistemas de inhalación, que se enseñe cómo identificar y evitar las crisis de asma. En cuanto a la comunicación con los profesionales, reclaman que se facilite información sobre la enfermedad, en un lenguaje claro, sin prisas, con trato agradable y cercano, sin comentarios inoportunos, permitiendo expresar sentimientos, miedos y dar su opinión sin que los profesionales que lo atienden se sientan agraviados. En cuanto a la competencia profesional, desean que el profesional tenga conocimientos y habilidades

actualizados en asma y que exista una adecuada coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

### Seguimiento longitudinal y continuidad en la atención

El seguimiento desde el nacimiento de los pacientes es facilitado por la disponibilidad de la historia informatizada que permite establecer en las mismas consultas de Atención Primaria el diagnóstico de asma, quedando recogido cada episodio desde los primeros años de edad cuando el diagnóstico es incierto. En España hay experiencias comunicadas desde Atención Primaria de fenotipos de asma gracias a este seguimiento longitudinal<sup>6</sup> que son pruebas del rigor con el que se puede trabajar en Atención Primaria en el seguimiento de los pacientes. El estudio que se realiza en el hospital depende de la fiabilidad de los datos aportados por la familia sobre los síntomas a lo largo de los años, que pueden ser olvidados o modelados por el tiempo. Sin embargo, en Atención Primaria los datos quedan registrados en la historia clínica de los pacientes.

### Disponibilidad de herramientas para el diagnóstico y el control del asma

Uno de los problemas que se aducen para rechazar el manejo del asma en Atención Primaria es la falta de medios diagnósticos o de la competencia necesaria para su realización e interpretación<sup>4</sup>.

El asma se sospecha por los síntomas, pero se confirma en niños mayores de cinco años mediante la espirometría, aunque en algunos hospitales pueden hacer pruebas de función pulmonar en edades más bajas. La realización de espirometrías es un estándar de calidad. Valores bajos del volumen espiratorio forzado (FEV1) en la espirometría de un paciente predicen el riesgo de crisis, por lo que es una técnica necesaria para el seguimiento de los pacientes. Con la implantación de los programas de asma en España, se ha hecho un gran esfuerzo en mejorar la situación. En Andalucía, la realización de espirometrías en Atención Primaria forma parte de la cartera de servicios<sup>6</sup> y ha sido implanta-

do en más del 80% de los centros de salud. En otras comunidades autónomas como Asturias, el grado de implantación es del 100%, ya que forma parte de la sistemática de trabajo y de evaluación de indicadores en el seguimiento del asma<sup>7</sup>. El grado de utilización está por determinar.

No obstante, en la monitorización del control de los pacientes debe realizarse también un seguimiento de los síntomas, bien mediante diarios o cuestionarios validados de control del asma y los cuestionarios de calidad de vida. Todos pueden ser realizados en Atención Primaria en consultas programadas al menos en una o dos ocasiones al año. Como no hay una buena concordancia entre todos ellos, se recomienda la realización de varios para asegurar el grado de control de los pacientes.

La búsqueda de aeroalérgenos como factores desencadenantes del asma es importante para el estudio de un paciente con asma y tiene implicaciones preventivas de evitación y de tratamiento con inmunoterapia en los casos en los que esté indicado. Hoy día se dispone de acceso a técnicas de determinación *in vitro* en la totalidad de los centros de Atención Primaria facilitadas por los laboratorios de sus centros hospitalarios de referencia y en muchos centros de salud también están disponibles los reactivos para realizar *prick test*. La identificación de los posibles alérgenos responsables es complementaria y aporta al diagnóstico los posibles desencadenantes del asma. Todo esto tiene valor en el contexto de una buena historia clínica que aporta el 80% del diagnóstico y da sentido a los resultados de los exámenes complementarios.

La medición de la fracción exhalada del óxido nítrico (FeNO) es de utilidad en la valoración del grado de inflamación de las vías respiratorias en el asma eosinofílica, que tiene una buena respuesta a la administración de corticoides inhalados, pero no está disponible en líneas generales en Atención Primaria. Sin embargo, la utilización de la determinación de los niveles de óxido nítrico no mejora resultados importantes en el asma, como son disminución de síntomas y prevención de crisis o exacerbaciones, mejoría de la función pulmonar y disminución o mejor uso del tratamiento con

corticoides inhalados, en relación a la práctica habitual, basada en la sintomatología con o sin espirometría<sup>8</sup>, por lo que es una herramienta que no resulta indispensable para el control de los pacientes asmáticos en Atención Primaria.

La utilización de otros exámenes complementarios en el diagnóstico diferencial del asma (citadas en otra parte de esta mesa) quedaría para aquellos pacientes que presentan una evolución tórpida o mala respuesta al tratamiento que hace recelar del diagnóstico de asma, sobre todo en los niños de corta edad. En ese caso, sería obligada una derivación al centro hospitalario de referencia. La realización por protocolo de los exámenes complementarios que se hacen en los pacientes que se estudian por asma en el hospital no tiene ningún fundamento realizarlos en Atención Primaria y supone un encarecimiento de la atención y un exceso diagnóstico infligido a los pacientes.

### Adecuación del tratamiento a las guías de práctica clínica

Se ha publicado<sup>9</sup> que los médicos especialistas tienen un mayor seguimiento de las guías en el manejo del asma, preconizando que sean ellos los responsables de realizar las indicaciones de tratamiento en el asma. Frente a esto hemos de decir que en los últimos años hemos constatado una mejora en la calidad de la prescripción, así como una disminución en la variabilidad tras la implantación de los programas de asma seguidos de talleres de formación y uso de *feedback* de la prescripción a los pediatras de Atención Primaria<sup>10</sup>, lo que anima a pensar que estas deficiencias pueden ser corregidas, sobre todo si los pediatras se hacen cargo del manejo integral del asma y varían el tratamiento en función de la respuesta obtenida y la educación de los pacientes como parte fundamental como ahora veremos.

## EDUCACIÓN DE PACIENTES Y CUIDADORES

La educación es considerada una parte fundamental del manejo de los pacientes con enfermedades

crónicas en general y de los asmáticos en particular. Hay muchísima investigación que es difícil de agrupar por la heterogeneidad de los estudios y como consecuencia no está bien estandarizada en el contenido, duración, ámbitos en los que se imparte, perfil de los educadores, impartición individual o en grupos. Las actividades de educación polifacética (enfocada en diferentes aspectos del control y el seguimiento) y multidisciplinar (con la participación de médicos, enfermeras, farmacéuticos, maestros y educación por pares) en diferente grado de asociación parecen obtener los mejores resultados. Una amplia revisión sistemática con 79 estudios incluidos<sup>11</sup> ha valorado qué intervenciones sobre la mejora de la calidad pueden ayudar a optimizar los resultados en salud y los procesos de atención a los niños con asma. Encuentra que la enseñanza del automanejo y la educación impartida a los cuidadores de los pacientes obtiene cambios sustanciales consiguiendo menor número de días con síntomas, menor absentismo escolar, menor tasa de ingresos hospitalarios. No encontraron diferencias significativas cuando la educación se imparte a los niños. Sin embargo, en un estudio multicéntrico realizado en varios centros de salud de diferentes países, la educación grupal impartida a los niños y adolescentes que ya recibían educación individual junto a sus padres sí proporcionó mejoras significativas en menos síntomas y menos ingresos hospitalarios cuando se comparaba con la educación grupal impartida a sus padres, como complemento a la educación individual<sup>12</sup>.

Un informe de la prestigiosa organización Agency for Health care Research and Quality de EE. UU., apoyándose en una revisión sistemática amplia que incluye 147 estudios, también encuentra beneficios en los mismos aspectos, valorando tanto estudios realizados en consultas pediátricas de Atención Primaria como los realizados en consultas de centros dirigidos por especialistas, y tras ajustar los resultados por el ámbito de actuación no encuentra diferencias entre los dos niveles de asistencia<sup>13</sup>. La asistencia médica en España cuenta con una amplia cobertura de Atención Primaria con pediatras que están en contacto directo con los pacien-

tes y sus familias, lo que no ocurre en la mayoría de los países de nuestro entorno. La red hospitalaria proporciona continuidad asistencial con especialistas de referencia para los pediatras de Atención Primaria que derivan a los pacientes con problemas de diagnóstico o tratamiento no resueltos en su nivel asistencial. Teniendo en cuenta la alta prevalencia del asma, el ámbito de educación ideal sería la Atención Primaria, que puede proporcionar un seguimiento longitudinal de los pacientes y conoce mejor el entorno sociocultural donde están inmersos, pudiendo desarrollar las labores educativas a los pacientes en horas no lectivas sin interferir la asistencia a la escuela. Es inimaginable que en las actuales circunstancias de funcionamiento y estructura de nuestro sistema sanitario la educación y seguimiento de todos los pacientes con asma fuera llevada a cabo en los centros hospitalarios.

#### La paradoja de la Atención Primaria<sup>14</sup>

La paradoja de Atención Primaria es la observación de que los médicos de Atención Primaria brindan una atención de menor calidad ante enfermedades específicas concretas en relación a la práctica de los especialistas; sin embargo, la Atención Primaria se asocia con un mayor valor, el cuidado de la salud a nivel global de las personas, mejor salud, mayor equidad, costes más bajos y una mejor calidad de la atención a nivel de la población.

Esta paradoja muestra que la evidencia científica actual sobre una enfermedad concreta es inadecuada para la conceptualización, medición y pago de prestaciones de la atención médica. Entender la paradoja de la Atención Primaria depende de la comprensión del valor añadido de la integración, priorización, contextualización y personalización de la atención de salud a través de la enfermedad aguda y crónica, los problemas psicosociales y de salud mental, la prevención de enfermedades, y la optimización de la salud. Este valor añadido es difícil de ver en las evaluaciones a nivel de las enfermedades. El valor añadido es fácilmente evidente, sin embargo, a nivel de la persona y en poblaciones completas.

Según esto, es necesario el desarrollo de sistemas que integren las fortalezas complementarias de Atención Primaria y especializada de manera que el eje del seguimiento del paciente sea proporcionado por los pediatras de Atención Primaria y la atención especializada para evitar las repercusiones negativas sobre la salud y la sociedad de la fragmentación de los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención sanitaria. Los programas y planes integrales de atención al asma en España suponen una apuesta para conseguir los mayores beneficios para la salud de los individuos en la que

cada nivel de atención aporta un valor añadido a la persona en su proceso de enfermedad.

## CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## ABREVIATURAS

**AEPap:** Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria • **GVR:** Grupo de Vías Respiratorias • **ISAAC:** Estudio Internacional sobre Asma y Alergia en Niños.

## BIBLIOGRAFÍA

- Carvajal-Urueña I, García-Marcos L, Busquets-Monge R, Morales Suárez-Varela M, García de Andoin N, Batlles-Garrido J. Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles. *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España. Arch Bronconeumol.* 2005;41:659-66.
- Cano Garcinuño A, Díaz Vázquez CA, Montón Álvarez JL y Grupo de Vías Respiratorias. AEPAP (ed). *Asma en el niño y adolescente*, 2.ª ed. Madrid: Ergón. 2004.
- Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap (GVR-AEPap). *Implantación en España de los programas de atención al niño con asma. Situación actual y propuestas del Grupo de Vías Respiratorias. Rev Pediatr Aten Primaria.* 2005;7Supl 2:S173-188.
- Lora Espinosa A y Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria. *Asistencia al niño y adolescente con asma en Atención Primaria. Situación actual y propuestas de mejora. An Pediatr.* 2003;58:449-55.
- Proceso Asistencial Integrado Asma. *Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2012 [en línea] [consultado el 27/04/2014].* Disponible en: <http://bit.ly/1fkNtQ>
- Cano-Garcinuño A, Mora-Gandarillas I and the SLAM Study Group. *Wheezing phenotypes in young children: an historical cohort study. Prim Care Respir J.* 2014;23:60-6.
- Plan Regional de Atención al niño/a y adolescente con asma. *Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo, 2011 [en línea] [consultado el 27/04/2014].* Disponible en: <http://bit.ly/1fkNtQ>
- García Estepa R, Praena-Crespo M, Flores Moreno S, Ruiz-Canela Cáceres J, Martín Muñoz P, Beltrán Calvo C. *Revisión sistemática de la utilidad de la determinación del óxido nítrico espirado en el control del asma infanto-juvenil. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2011.*
- Diette GB, Skinner EA, Nguyen TT, Markson L, Clark BD, Wu AW. *Comparison of quality of care by specialist and generalist physicians as usual source of asthma care for children. Pediatrics.* 2001;108:432-7.
- Praena-Crespo M, Rodríguez-Castilla J, Lora-Espinosa A, Llinares-Aquino N. *Training and feedback of prescribing indicators improve asthma in Andalusia. Prim Care Respir J.* 2012;21:A1-A35.
- Bravata DN, Gienger AL, Holty JEC, Sundaram V, Khazeni N, Wise PH, *et al.* *Quality improvement strategies for children with asthma. Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163:572-81.
- Cano-Garcinuño A, Díaz-Vázquez C, Carvajal-Urueña I, Praena-Crespo M, Gatti-Viñoly A, García-Guerra I. *Group education on asthma for children and caregivers: a randomized, controlled trial addressing effects on morbidity and quality of life. J Investig Allergol Clin Immunol.* 2007;17:216-26.
- Agency for Healthcare Research and Quality. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies, Vol 5. Asthma Care. Stanford University-UCSF Evidence-based Practice Center, Stanford, CA. 2007 [en línea] [consultado el 27/04/2014].* Disponible en: [www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/asthma\\_gap.pdf](http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/asthma_gap.pdf)
- Stange KC, Ferrer RL. *The Paradox of Primary Care. Ann Fam Med.* 2009;7:293-9.