


Conocimiento del farmacéutico comunitario sobre el asma y el control del paciente asmático

Olga Deleito Molina^{1,4}, Francesc Xavier Moranta Ribas^{2,4}, Francisco Javier Plaza Zamora^{3,4} 

1. Farmacéutica comunitaria. Oviedo (Asturias). 2. Farmacéutico comunitario. Palma (Mallorca). 3. Farmacéutico comunitario. Mazarrón (Murcia). 4. Grupo de Respiratorio y Tabaquismo de SEFAC.

PALABRAS CLAVE

Asma, farmacéutico comunitario, conocimiento, cuestionario, paciente asmático

ABREVIATURAS

ACQ: Asthma Control Questionnaire

ACT: Asthma Control Test

ACTIS: Asthma Control in patients attending primary care in Spain

AP: Atención Primaria

AQLQ: Asthma Quality of Life Questionnaire

CHAS: Control and Handling of Asthma in Spain

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

FC: Farmacéutico Comunitario

FEFE: Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles

GEMA: Guía Española para el Manejo del Asma

GINA: Guía de "Global Initiative for Asthma"

INE: Instituto Nacional de Estadística

IQR: Interquartile Range (rango intercuartílico)

LA AIM: Asthma Insight and Management in Latino America

MAP: Médico de Atención Primaria

NS/NC: no se sabe o no se contesta
SABA: short-acting beta2 adrenergic agonists (agonista beta2 adrenérgico de acción corta)

SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria

UMI-ASMA: Uso de Medicación Inhalada de rescate en población asmática atendida en el ámbito de atención primaria

KEYWORDS

Asthma, community pharmacists, health knowledge, questionnaire, asthmatic patient

RESUMEN

Introducción: el asma es una patología que afecta a casi 3 millones de españoles. A día de hoy existen datos preocupantes en cuanto a la patología asmática, con un infradiagnóstico del 50% y un mal control del paciente asmático de un 60-70%. Además, varios estudios muestran que el propio paciente no tiene una percepción real de su enfermedad o hace un mal uso de su tratamiento; hecho del que no escapan los propios profesionales sanitarios que atienden a estos pacientes.

Objetivo: evaluar los conocimientos de los farmacéuticos comunitarios sobre la patología asmática y su tratamiento además de explorar posibles opciones de mejora a través de una formación adecuada y actualizada y de acciones coordinadas con atención primaria.

Resultados: se obtuvieron un total de 566 respuestas. De ellas, los porcentajes de respuestas acertadas según la temática fueron: prevalencia 51.59%, diagnóstico 59.01%, evolución 80,57%, mortalidad 20,67%, etiología 40,46%, control 30,45% y tratamiento 48,35%. Además, queda patente la disponibilidad para llevar a cabo tareas en las que cooperar con los médicos de atención primaria y acciones que podrían implementarse en la farmacia comunitaria sin grandes dificultades.

Conclusiones: el estudio refleja la falta de formación de los farmacéuticos comunitarios en las áreas de prevalencia, diagnóstico, mortalidad, etiología, control y tratamiento del asma; haciéndose imprescindible un estudio riguroso de la falta de conocimientos antes de emprender intervenciones educativas y formativas. Las propuestas de mejora más valoradas han sido comunicación directa con el médico, medidas higiénico-dietéticas y la integración de la farmacia comunitaria en el sistema de salud.

Community pharmacist knowledge of asthma and asthma patient management

ABSTRACT

Introduction: Asthma is a disease that affects almost 3 million people in Spain. To date we have worrying data regarding asthmatic pathology, with an under-diagnostics of 50% and a poor control of 60 to 70% of asthmatic patients. Moreover, several studies also show that the asthmatic patient himself does not have a real perception of his disease and treatment, a problem that also affects healthcare professionals.

Objective: The objective of this study was to evaluate the knowledge of community pharmacist regarding asthmatic pathology and to look for options for improvement through an adequate and updated training as well as coordinated actions with the primary healthcare system.

Results: A total of 566 responses were obtained. Of these, the percentages of correct answers according to the theme were: prevalence 51.59%, diagnosis 59.01%, evolution 80.57%, mortality 20.67%, etiology 40.46%, control 30.45% and treatment 48.35%. Moreover, their readiness to carry out joint actions with primary care practitioners or to implement any useful task at pharmacies, was also observed.

Conclusions: The study reflects the lack of training of community pharmacists in the areas of prevalence, diagnosis, mortality, etiology, control and treatment of asthma; making a rigorous study of the lack of knowledge essential before undertaking educational and training interventions. The most valued improvement proposals have been direct communication with the doctor, hygienic-dietary measures and the integration of the community pharmacy in the health system.

Recibido: 03/11/2021

Aceptado: 21/02/2022

Disponible online: 26/04/2022

Financiación: ninguna.

Conflicto de intereses: ninguno.

Cite este artículo como: Deleito O, Moranta FX, Plaza FJ. Conocimiento del farmacéutico comunitario sobre el asma y el control del paciente asmático. Farm Com. 2022 Apr 26; 14 (2): 17-26. doi:10.33620/FC.2173-9218.(2022/Vol14).002.04

Correspondencia: Olga Deleito Molina (olga.deleito@hotmail.com).

ISSN 1885-8619 ©SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria). Todos los derechos reservados.

INTRODUCCIÓN

El asma es una patología respiratoria que afecta a más de 350 millones de personas a nivel mundial. Estas cifras representan un aumento del 12% respecto a las estimadas en el año 1990 (1). En España tenemos una prevalencia estimada de cerca del 10% en niños y adolescentes y de un 5% en la edad adulta, lo que representa cerca de 3 millones de personas asmáticas en nuestro país (2).

Los pacientes afectados por esta enfermedad presentan una peor calidad de vida, menos productividad laboral y más comorbilidades asociadas; de hecho, en España el asma es la cuarta causa de absentismo laboral (3).

En cuanto a mortalidad en España, y según el registro de los certificados de defunción recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2019 murieron 993 personas debido al asma, una cifra de defunciones similar a las registradas en la última década donde se ha rondado el millar de casos anuales (4).

El objetivo principal del tratamiento del asma es lograr el control de la enfermedad lo antes posible y mantenerlo en el tiempo, además de prevenir las exacerbaciones y la obstrucción crónica del flujo aéreo (5).

Por tanto, un paciente asmático bien controlado no debería presentar ninguna limitación para la vida diaria, entendiéndose como paciente controlado aquel que prácticamente no presenta signos o síntomas de su enfermedad (6).

A pesar de los avances científicos y tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento del asma acontecidos en las últimas décadas, estamos todavía muy lejos de alcanzar el control de la enfermedad en una gran mayoría de los pacientes. Diferentes estudios arrojan datos muy preocupantes, como un infradiagnóstico próximo al 50% de los pacientes (7) o a que solamente cerca de un 13% de los pacientes asmáticos presentarían un control total de su enfermedad, y entre un 60 y un 70% de ellos presentarían su asma no controlada (8,9).

Estos avances en el manejo y tratamiento del asma se han visto plasmados en las guías nacionales e internacionales de manejo del paciente asmático (3,5,6) en forma de nuevas recomendaciones, evidencias, clasificaciones de la gravedad y escalones de tratamiento. Pero parece que estos nuevos avances en el abordaje del paciente asmático no están llegando a la práctica diaria y, por consiguiente, tampoco a la realidad cotidiana de los pacientes asmáticos.

Uno de los cambios paradigmáticos que se ha producido en las últimas décadas es el de considerar a los corticoides inhalados como el tratamiento de primera elección en la prevención de síntomas y mantenimiento de la función pulmonar. No debemos olvidar que el asma es una enfermedad eminentemente inflamatoria y como tal ha de ser abordada (3,5,6). Otro de los cambios fundamentales que se ha producido más recientemente es el de considerar a los agonistas β_2 de corta duración (SABAs en inglés) únicamente como tratamiento de rescate que no debería usarse en monoterapia excepto en casos muy concretos de asma inducido por

el deporte o asma intermitente leve en el que su uso fuera esporádico (3,5). Además, se ha relacionado su uso excesivo o dependencia (2 o más inhalaciones diarias) como uno de los factores de riesgo para sufrir exacerbaciones y un peor pronóstico de la enfermedad (10).

Con el objetivo final de mejorar el manejo del paciente asmático en España desde la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) se ha apostado por mejorar la formación y ampliar y actualizar los conocimientos de los farmacéuticos comunitarios (FC) sobre la patología asmática en general y sobre cómo conseguir un buen control de la enfermedad en particular. Pero para poder realizar esa actualización y adaptar la práctica clínica en el manejo del paciente asmático a las recomendaciones de las principales guías de manejo del asma, se hace imprescindible evaluar la percepción y conocimientos, así como las creencias actuales de los FC sobre esta temática, motivo por el cual realizamos este estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal realizado del 21 de septiembre de 2020 al 18 de enero de 2021.

La población de estudio eran los FC españoles. Las variables principales del estudio fueron los conocimientos, creencias y actitudes sobre la patología asmática y el control del asma. Las variables secundarias fueron las sociodemográficas, provincia de ejercicio, y pertenencia a un grupo específico de respiratorio en Atención Primaria (AP), modalidad de ejercicio, años de ejercicio, tipo de farmacia.

El cuestionario (figura 1) fue diseñado *ad hoc* y redactado por los autores de este estudio, siendo revisado con posterioridad por un panel de expertos del Grupo de Respiratorio de SEFAC. Todas las preguntas y respuestas se basaron en los datos y recomendaciones de la Guía de "Global Initiative for Asthma" (GINA) y de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). El cuestionario estructurado constaba de 15 preguntas, que se agruparon de la siguiente forma en cuanto a su temática.

- Prevalencia: pregunta 1.
- Diagnóstico: pregunta 2.
- Evolución: preguntas 3 y 4.
- Mortalidad: pregunta 5.
- Etiología: pregunta 9.
- Control: preguntas 6, 11 y 14.
- Tratamiento: preguntas 7, 8, 10, 12, 13 y 15.

Estas 15 preguntas eran del tipo de pregunta cerrada con 4 posibles respuestas donde solamente una de ellas era correcta y en todos los casos era posible contestar que no se sabe o no se contesta (NS/NC). Al finalizar este bloque había una pregunta multirrespuesta en la que los FC valoraban las

Edad *

Género: *
 Hombre
 Mujer

Cargo: *
 Titular
 Substituto o Regente
 Adjunto

Años de ejercicio: *

¿En qué provincia ejerce?: *

Tipo de farmacia: *
 Farmacia rural
 Farmacia de barrio
 Farmacia turística

¿Pertenece a algún grupo específico de respiratorio en atención primaria? *
 Sí
 No

5. ¿Crees que existe actualmente, según los registros de defunción, una mortalidad directa en España por asma? *
 No
 Sí, pero muy anecdótica.
 Sí, unos 500 casos anuales.
 Sí, más de 1000 casos anuales.
 NS/NC.

6. ¿Sabrías indicar cuál es el porcentaje aproximado de los pacientes asmáticos españoles bien controlados? *
 27%
 33%
 14%
 43%
 NS/NC.

7. ¿Cuál crees que es el porcentaje aproximado de asmáticos españoles que usa su tratamiento inhalado de mantenimiento a diario? *
 25%
 50%
 70%
 85%
 NS/NC.

8. ¿Crees seguro el uso de los β2 agonistas de corta duración (salbutamol o terbutalina) como eje del tratamiento del paciente asmático? *
 Sí, presentan un amplio historial de efectividad y seguridad.
 No, no deberían usarse como base del tratamiento.
 No, no deberían usarse en monoterapia excepto en casos de asma leve y/o intermitente.
 Sí, pero solo en el segundo y tercer escalón del tratamiento.
 NS/NC.

9. El principal agente desencadenante de un ataque de asma es... *
 El tabaco en el caso de fumadores activos.
 Los contaminantes ambientales, que están en constante aumento.
 El humo de tabaco, tanto en los fumadores activos, como en el humo de segunda mano en el caso de los fumadores pasivos.
 El pelo de las mascotas.
 NS/NC.

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones crees que es cierta referente a los β2 agonistas de corta duración? *
 Son los fármacos más eficientes para aliviar el espasmo bronquial en ataques agudos de asma.
 Cuanto más se usan peor es el control del asma.
 Deberían ser usados solo cuando se precise y no como tratamiento rutinario.
 Todas las anteriores son correctas.
 NS/NC.

11. ¿Cuándo dirías que se considera que un paciente asmático está bien controlado? *
 No necesita utilizar su tratamiento de rescate.
 No necesita utilizar su tratamiento de mantenimiento.
 Cuando no presenta limitación de actividad alguna.
 Cuando usa el tratamiento de rescate menos de 5 veces a la semana.
 NS/NC.

12. El tratamiento de primera elección en el tratamiento de mantenimiento controlador del asma no ocasional es... *
 Salbutamol o terbutalina.
 Formoterol o salmeterol.
 Bromuro de tiotropio o de ipratropio.
 Corticoides inhalados.
 NS/NC.

13. ¿Cuál de estos fármacos crees que debería usarse únicamente como tratamiento de rescate? *
 Salbutamol.
 Salmeterol.
 Corticoides inhalados.
 Bromuro de tiotropio.
 NS/NC.

14. ¿A partir de qué frecuencia de uso del inhalador de rescate se consideraría que el paciente podría no estar bien controlado y ser necesaria una revisión del caso? Entendiendo como una dosis 2 puffs. *
 Ninguna o 2 veces a la semana.
 Más de 2 veces a la semana.
 Más de 5 veces a la semana.
 Más de 7 veces a la semana.
 NS/NC.

15. ¿Los β2 agonistas de corta duración (salbutamol, terbutalina) pueden dispensarse libremente sin receta médica de acuerdo con la legalidad vigente? *
 Sí, siempre.
 Sí, pero solo en caso de urgente necesidad, considerándose una dispensación excepcional y bajo la responsabilidad del farmacéutico.
 No, en ningún caso.
 Sí, pero solamente cuando está presente en su tratamiento de Receta Electrónica y le ha recetado.
 NS/NC.

16. ¿Cuáles de las siguientes actuaciones crees que se podrían realizar de forma viable con respecto al paciente asmático en la farmacia donde ejerce? *
 Detección y derivación de pacientes asmáticos poco o mal controlados al médico de familia.
 Dispensación de inhaladores de rescate en caso de urgencia con notificación telemática de la intervención al médico de familia.
 Reevaluación periódica de la técnica de inhalación y educación en el uso de inhaladores.
 Ofrecer educación sanitaria sobre el manejo del asma, tratamiento y evitar sus desencadenantes.
 Evaluar y reforzar la adherencia al tratamiento y el cumplimiento terapéutico.

17. Responde una opción en cada apartado según tu opinión en relación con posibles mejoras que se puedan realizar en atención primaria para mejorar la calidad de vida de los pacientes asmáticos: *

	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Imposible
La comunicación médico-farmacéutico comunitario de forma directa. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realización de test de control del asma para un mejor tratamiento. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derivación protocolizada y consensuada con sociedades científicas para trabajar conjuntamente. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educación sanitaria al paciente (vacunación, ejercicio físico, plan personalizado, etc.) *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medidas higiénico-dietéticas relacionadas con el asma (Cesación tabáquica, prevención de desencadenantes, etc.) *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilitar una historia clínica y/o farmacoterapéutica común. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizar formaciones conjuntas médico-farmacéuticos comunitarios. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguimiento de la técnica inhalatoria desde la farmacia comunitaria. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Registrar todas las intervenciones realizadas por el farmacéutico comunitario para informar al médico. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integrar a la farmacia comunitaria en el sistema de salud. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Notificación del farmacéutico comunitario al médico cuando el tratamiento de base no se retira por parte del paciente o si demanda más inhaladores "de rescate" *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguimiento cada 3 meses de los pacientes que acuden a la farmacia comunitaria. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 1 Encuesta realizada por los farmacéuticos comunitarios

posibilidades de llevar a cabo diferentes acciones sobre el paciente asmático en las farmacias comunitarias. Cerrando el cuestionario se encontraba un cuadro en los que aparecían diferentes acciones de mejora que se podrían implantar en AP para mejorar la calidad de vida del paciente asmático en la que cada una se asociaba a una respuesta de tipo cerrada en escala de Likert con 5 opciones de respuesta (nada de acuerdo, poco de acuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo, imprescindible).

El cuestionario se lanzó en abierto desde la plataforma de investigación de SEFAC (www.investigacionsefac.org), para todos los socios de SEFAC. Se publicitó por redes sociales y por correo electrónico.

El tamaño de la muestra teórica se estableció en 380 individuos con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Los cálculos se basan en el informe elaborado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos del año 2019 (11), en el que el total de farmacéuticos colegiados que desarrollan su ejercicio profesional en la farmacia comunitaria era de 53.305.

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos cuantitativos expresado en mediana e intervalo intercuartil, mientras que los datos cualitativos se han descrito en medianas y porcentajes.

El análisis de los datos obtenidos ha sido realizado empleando el programa estadístico SPSS versión 27.0. La comparabilidad entre grupos ha sido evaluada mediante el test de chi-cuadrado o test exacto de Fisher para los datos categóricos y mediante test de t de Student para las variables continuas.

RESULTADOS

Tras el cierre del cuestionario se obtuvieron un total de 566 respuestas de FC.

Características de la muestra de FC

La mediana de edad de los encuestados fue de 44,5 años (IQR=35,0-53,0) y en cuanto al género, 175 respuestas fueron pertenecientes a hombres (un 30,92%) frente a las 391 respuestas de mujeres (un 69,08%). La mediana de los años de ejercicio fue de 16 años (IQR=9,0-25,0).

En cuanto a la modalidad de ejercicio de los encuestados encontramos que 297 (el 52,47%) de los FC que contestaron la encuesta eran titulares, 249 (43,99%) eran adjuntos y tan sólo 20 (un 3,53%) ejercían como sustitutos o regentes.

Con relación a la tipología de farmacia comunitaria donde se ejercía se obtuvo que 403 (71,20%) encuestados ejercían en farmacias de barrio, 136 (24,03%) en farmacias rurales y 27 (4,77%) en farmacias turísticas.

Por último, se preguntaba por la pertenencia a algún grupo o sociedad científica específica de respiratorio en AP. De las 566 respuestas obtenidas de FC tan sólo 39 (6,89%) contestaron afirmativamente.

Resultados de las preguntas

En la **tabla 1** se reflejan las respuestas obtenidas de los FC. Los resultados se expresan en forma de número de preguntas contestadas correctamente, las no contestadas (NS/NC) y sus correspondientes porcentajes.

En la **figura 2** podemos observar los porcentajes de respuestas válidas en función de cada pregunta realizada.

En relación con la pregunta nº 5 relacionada con la mortalidad por asma tan solo 117 (20,67%) de los encuestados conocen las cifras reales de mortalidad directa por asma en España.

En cuanto a la pregunta nº 6 relacionada con el porcentaje de pacientes asmáticos españoles bien controlados tan sólo 95 (16,78%) conocen el dato, siendo la percepción general de los FC que el número es mayor del real.

A colación de la pregunta nº 7 sobre el uso del tratamiento inhalado de mantenimiento y si los pacientes asmáticos lo usan a diario, 184 respuestas fueron correctas lo que supone un 32,51%, pero la percepción general desde la farmacia comunitaria es que este porcentaje de adherencia al tratamiento de mantenimiento es mucho menor (241 de las respuestas marcaron un 25%).

En cuanto a la nº 11 donde se pregunta cuándo se considera que un paciente asmático está bien controlado, 166 respuestas (sólo un 29,33%) contestaron correctamente, obteniendo mayoría la respuesta de no necesitar el tratamiento de rescate.

En la pregunta nº 14 sobre la frecuencia de uso del inhalador de rescate en pacientes no controlados, 256 (45,23%) contestan correctamente, pero un número alto de respuestas (184) contestan que más de 5 veces a la semana.

Tabla 1 Respuestas de las preguntas respondidas por FC

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Respuestas correctas	292	334	470	442	117	95	184	230	229	417	166	291	498	256	22
Respuestas NS/NC	139	59	4	23	202	107	53	21	71	14	11	32	22	45	9
% respuestas correctas	51,59	59,01	83,04	78,09	20,67	16,78	32,51	40,64	40,46	73,67	29,33	51,41	87,99	45,23	3,89
% respuestas NS/NC	24,56	10,42	0,71	4,06	35,69	18,90	9,36	3,71	12,54	2,47	1,94	5,65	3,89	7,95	1,59

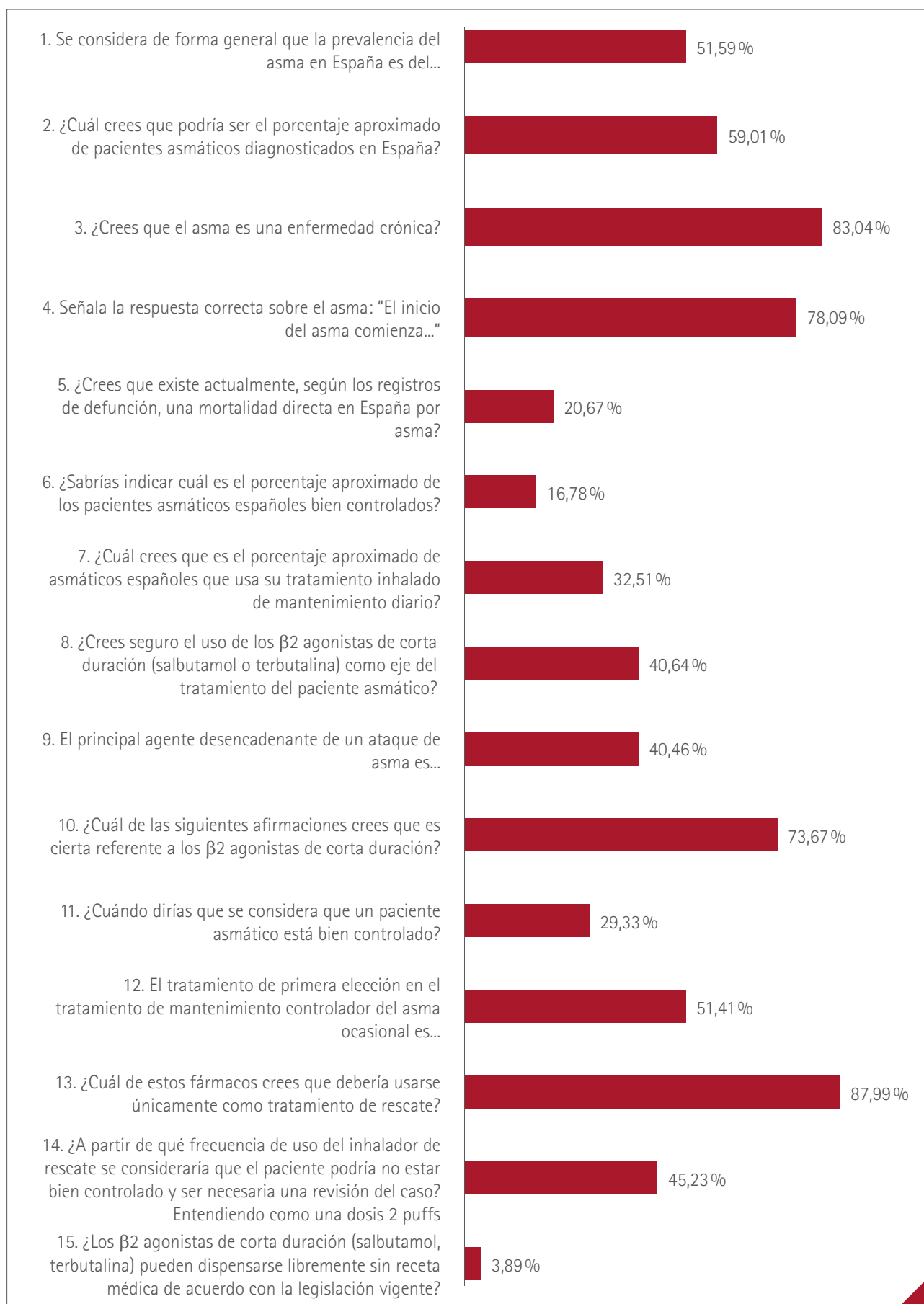


Figura 2 Porcentaje de preguntas correctas contestadas por los FC

Tabla 2 Respuestas obtenidas por los FC en función de la temática a tratar

	Prevalencia	Diagnóstico	Etiología	Evolución	Mortalidad	Control	Tratamiento
Preguntas	1	2	9	3 y 4	5	6,11 y 14	7, 8, 10, 12, 13 y 15
NS/NC	139	59	71	27	202	163	151
Respuestas	566	566	566	1132	566	1698	3396
Correctas	292	334	229	912	117	517	1642
Correctas %	51,59	59,01	40,46	80,57	20,67	30,45	48,35
NS/NC %	24,56	10,42	12,54	2,39	35,69	9,60	4,45

Si revisamos los resultados de la encuesta en función de las diferentes temáticas obtendríamos la siguiente tabla (tabla 2) de datos.

En la figura 3 podemos observar el porcentaje de aciertos de los FC en función de la temática estudiada.

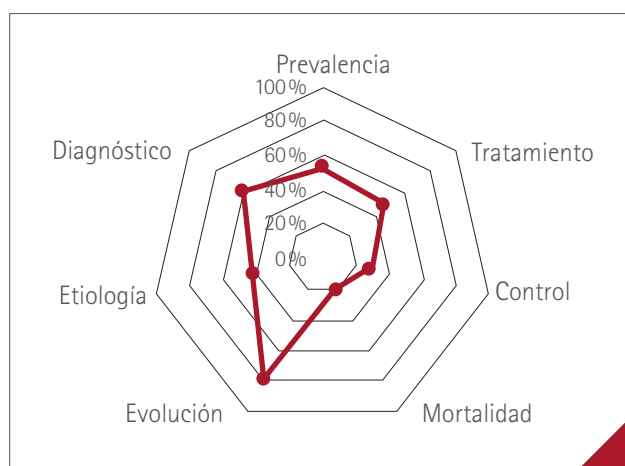


Figura 3 Respuestas correctas de los FC en relación con la temática a tratar

Pregunta multirrespuesta

La última pregunta es multirrespuesta en donde los FC revisan las distintas acciones que podrían implantarse en las farmacias en las que ejercen. El 62,19% de los encuestados marcaron todas las opciones. En la figura 4 se muestran los porcentajes de respuestas de cada pregunta.

Posibles mejoras a realizar desde AP

Parece que obtienen un mayor consenso y apoyo (revisando los datos de las respuestas marcadas como muy de acuerdo e imprescindibles) la comunicación médico/farmacéutico comunitario de forma directa, medidas higiénico-dietéticas relacionadas con el paciente asmático, el seguimiento de la técnica inhalada desde la farmacia comunitaria, integrar a la farmacia comunitaria en el sistema de salud y la notificación del FC al médico cuando el tratamiento de base no se retira por parte del paciente o si demanda más inhaladores "de rescate".

En la figura 5 se representan las respuestas dadas por los FC en función de las posibles mejoras a realizar desde AP con relación al paciente asmático.

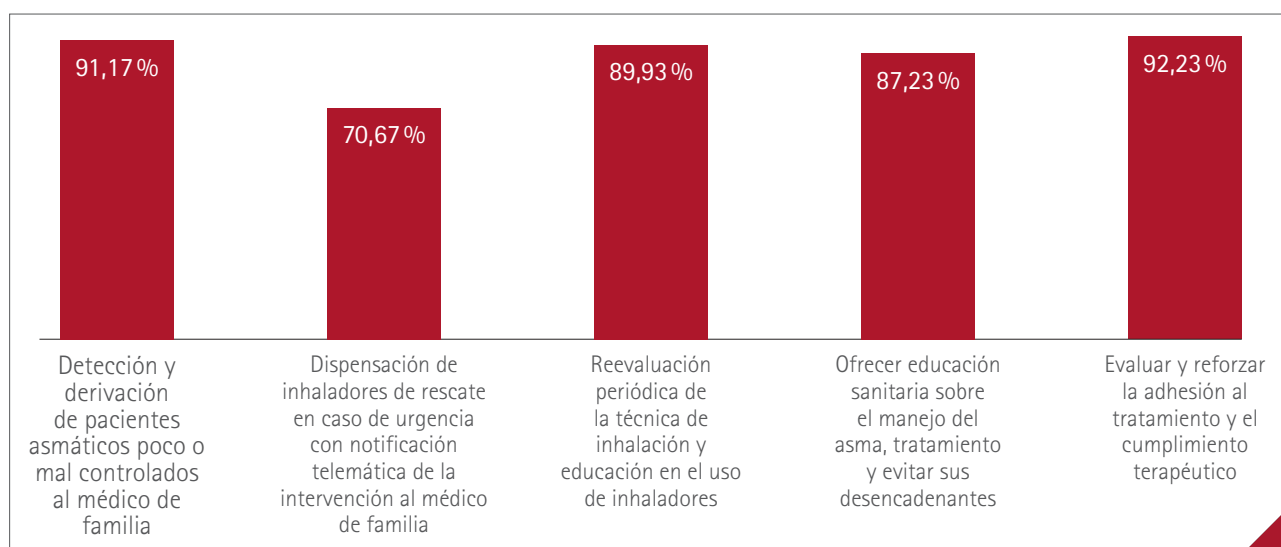


Figura 4 Porcentaje de respuestas afirmativas que los FC creen poder realizar en su farmacia comunitaria

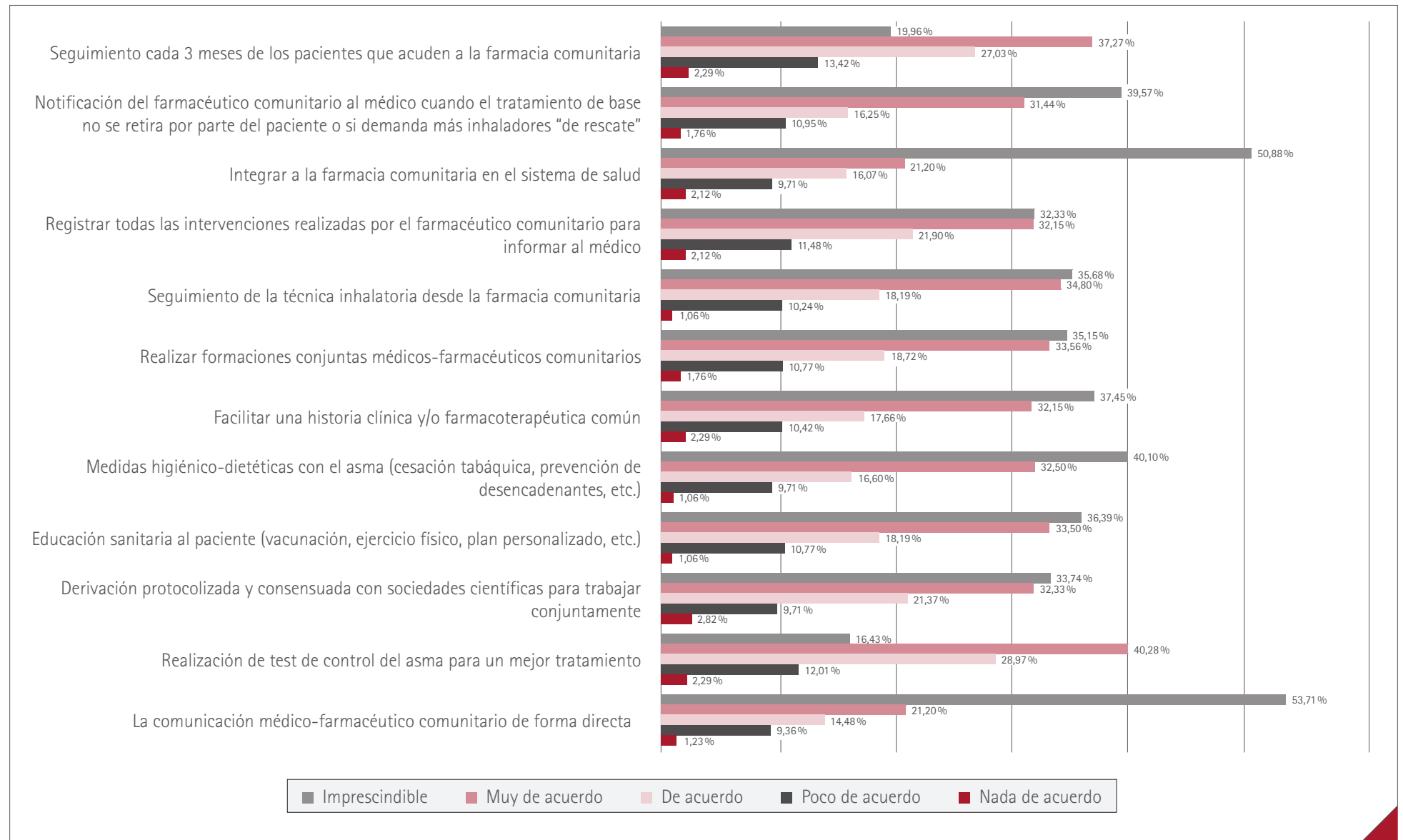


Figura 5 Resultados de los FC en cuanto a las posibles mejoras a realizar desde atención primaria por el FC

DISCUSIÓN

Una de las fortalezas del estudio es el elevado número de cuestionarios conseguidos entre los FC. Sin embargo, tan sólo un pequeño grupo de los FC han comentado su pertenencia a un grupo específico de respiratorio, no siendo suficiente para tener una muestra significativa. Además, la encuesta se pasó a los socios de SEFAC, por lo que tenemos un sesgo de FC socios de dicha sociedad.

Comparamos las respuestas dadas en función de la franja de edad de los encuestados y del tipo de farmacia realizando un análisis mediante el test Chi cuadrado de Pearson y no encontramos diferencias significativas salvo en la pregunta enfocada a la mortalidad por asma y las franjas de edad, aunque no son estadísticamente significativos.

La mayoría de los estudios realizados a este respecto están enfocados en analizar la percepción de los pacientes asmáticos en función a su patología, pero encontramos pocos que analicen los conocimientos de los FC en cuanto al asma (12,13). Existen dos estudios que realizaron cuestionarios a FC en Australia y Turquía respectivamente, aunque el número de FC colaboradores es muy pequeño. A pesar de ello, los resultados obtenidos en ambos estudios son comparables a los nuestros, necesitando más formación por parte de los FC.

A la vista de los resultados obtenidos podemos asegurar que los FC conocen la evolución de la patología asmática; sin embargo, los conocimientos sobre la mortalidad relacionada con el asma es una tarea pendiente. Entre otras, las causas de esta falta de conocimiento sobre la mortalidad relacionada con la patología asmática pueden ser debidas al infradiagnóstico de la enfermedad, el error diagnóstico o la percepción del propio paciente (14).

Al preguntar por la etiología del asma, un 40.46% de los encuestados responden correctamente, mientras que un 38.69% marcaron que el principal desencadenante de un ataque de asma es el humo del tabaco. Este dato nos hace reflexionar sobre si los FC saben diferenciar la patología asmática de la EPOC, o si realmente piensan que el humo del tabaco tiene mucha influencia en la progresión de la enfermedad asmática. A la vista de estos resultados, si no se conoce la causa de la enfermedad podríamos pensar que no se podrá hacer una derivación al médico por una posible sospecha de paciente asmático de forma correcta. Recordemos que aproximadamente el 50% de los pacientes asmáticos no están diagnosticados.

Para analizar los conocimientos sobre el control del asma se plantearon varias cuestiones. Tan sólo un pequeño porcentaje de los FC (16,78%) son conscientes del bajo porcentaje de pacientes asmáticos que, realmente, tienen su asma controlada, obteniendo una mayoría de respuestas de FC con una percepción mayor (27% obtuvo 165 respuestas y el 38% obtuvo 136 respuestas), y un gran número de farmacéuticos comunitarios no supieron contestarlo (107). La baja percepción de los FC coincide con otros estudios como

el CHAS (15) o el ACTIS (16) en donde se realizan estudios en AP y se pudieron observar los datos de pacientes mal controlados. Estos estudios concluyen que con el Test de Control del Asma (ACT), Cuestionario de Control del Asma (ACQ) y Morisky-Green, se puede evaluar el control de cada paciente, educándolo en su patología. La falta de percepción de control del asma que tiene el FC puede ser debida en gran medida a que los propios pacientes tienen una percepción errónea como se vio en el proyecto Symbitalks (17) y como se ha observado en otros estudios (18), en donde se valoraron las percepciones, actitudes y perspectivas del paciente asmático.

En cuanto al concepto de cuándo se considera que un paciente asmático está bien controlado, la respuesta mayoritariamente contestada era cuando no necesita usar su tratamiento de rescate, lo cual no es cierto, ya que consideramos que el paciente asmático tiene su patología controlada cuando no le limita ninguna actividad, respuesta contestada por el 29.33% de los FC. Cabe la posibilidad de que, si los FC no conocen correctamente los criterios de control, la percepción que tienen de los pacientes asmáticos controlados no sea la correcta, tal como revisamos en la pregunta anterior. En varios estudios (18,19) se puso de manifiesto el mal control de los pacientes asmáticos con el test de ACT y AQLQ, así como con preguntas directas como en el caso del cuestionario Asthma Insight and Management in Latino America (LA AIM) (18), destacando que los pacientes pensaban tener el asma bajo control.

Un dato importante a conocer para saber si un paciente asmático está bien controlado o se está agravando el asma es la frecuencia con la que necesita utilizar el inhalador de rescate. Un 45,23% de los encuestados responden de forma correcta que, a partir del uso de inhaladores de rescate de más de 2 veces a la semana, el paciente no está bien controlado. Un gran número de respuestas (32,51%) contestaron que cuando se requiere más de 5 veces a la semana. Este dato ha sido revisado y actualizado con las nuevas guías, por lo que podemos afirmar que los FC no están actualizados en referencia a las recomendaciones de las guías sobre el uso de la terapia de rescate. Existe un estudio reciente UMI-ASMA (20) en donde se recoge el exceso de terapia inhalada por parte de los pacientes asmáticos con una falsa situación de control de la enfermedad, y lo caracteriza como un área de mejora en donde poder incidir.

Para revisar los conocimientos del FC en cuanto al tratamiento del paciente asmático se preguntó por el porcentaje de pacientes que usan su tratamiento de mantenimiento a diario, y la percepción de la mayoría de los FC es que tan sólo el 25% de los pacientes realizan su tratamiento de mantenimiento a diario, cuando en realidad son el 50% de los pacientes. Esta percepción errónea por parte de los FC puede ser debida a una falta en el seguimiento farmacológico de los pacientes, siendo importante la intervención de la FC como se refleja en diversos estudios (21) en donde se

pone de manifiesto que la intervención del FC en el paciente asmático mejora la salud y la calidad de vida del mismo.

Cuando se preguntaba por la seguridad de los SABAs como eje del tratamiento del paciente asmático la gran mayoría de las respuestas fueron que no deberían ser usados (tan sólo para rescate), aunque no discierne mucho en los tipos de asma, ya que en casos leves o intermitentes podría usarse como monoterapia según las guías. Esta respuesta fue contestada bien sólo por el 40,64% de los FC.

Preguntábamos también por las afirmaciones sobre los SABAs y por cuál debería ser el fármaco usado como tratamiento de rescate, y la gran mayoría de los FC conocen bien estos fármacos. Sin embargo, cuando preguntábamos por el tratamiento de primera elección para el tratamiento de mantenimiento del asma no ocasional poco más de la mitad de los encuestados (51,41%) conocen que son los corticoides inhalados. Al igual que ocurre con los pacientes (18), al ser el primer escalón de tratamiento los SABA para el tratamiento del asma leve o moderado, se les puede considerar como la base funcional del tratamiento, lo cual es erróneo, ya que el asma es un proceso inflamatorio y debe tratarse con antiinflamatorios de forma basal.

En varias partes del cuestionario se hicieron preguntas relacionadas con la dispensación de inhaladores de rescate, y los FC saben que no se pueden dispensar sin receta médica y conocen este tipo de fármacos, aunque falta formación en cuanto a la seguridad de los mismos; pero sigue siendo uno de los fármacos más dispensados, ocupando el octavo puesto en el 2021 según la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) (22) del total de fármacos dispensados. El sobreuso de SABAs es hoy día una realidad y está provocando un agravamiento de la patología asmática, con pacientes muy mal controlados e incluso en ocasiones sin diagnóstico médico. Cuando se preguntaba sobre la posibilidad de realizar la dispensación de inhaladores de rescate en caso de urgencia con notificación telemática de la intervención al médico de atención primaria (MAP) como realizan otros países, un 70,67% de los FC contestaron poder implantarlo sin problema en las farmacias donde ejercen. Por último, entre una de las mejoras posibles a realizar desde AP una de las respuestas más consensuadas fue la notificación del FC al MAP cuando el tratamiento base no se está retirando o si se demandan más inhaladores de rescate.

Analizando la pregunta multirrespuesta sobre las actuaciones que se pueden llevar a cabo desde la farmacia comunitaria cabe destacar que todas son consideradas como necesarias y están bien valoradas por los FC, siendo viables todas las intervenciones desde la farmacia comunitaria y de gran utilidad y ayuda tanto para el paciente asmático como para la colaboración con el MAP.

En el último bloque de preguntas de la encuesta tenemos un cuadro para valorar las posibles mejoras que se puedan realizar en AP para mejorar la calidad de vida de los pacientes asmáticos. Todas las opciones se consideran

imprescindibles o están muy de acuerdo en ellas los FC y pueden ser de gran utilidad para el trabajo conjunto de los profesionales sanitarios que vemos a los pacientes asmáticos. Hay que destacar como las menos aceptadas la realización del test de control del asma para un mejor tratamiento y el seguimiento cada 3 meses de los pacientes que acuden a la farmacia comunitaria, con un 56,71% y 57,24% de respuestas dadas respectivamente. Como ya se ha visto en otros estudios (12,13) estos datos pueden ser debidos a la falta de tiempo de la que disponen los FC y por la falta de formación específica sobre el uso de inhaladores y la patología asmática, entre otros.

CONCLUSIONES

Tras el análisis obtenido del cuestionario podemos destacar la necesidad de formación específica en patología asmática en general y particularmente en aspectos como la mortalidad que provoca en dichos pacientes, así como en el control, etiología, tratamiento y diagnóstico.

Desde la farmacia comunitaria, a donde acuden los pacientes asiduamente, podemos realizar un seguimiento mucho más constante, derivando pacientes que puedan no estar diagnosticados o que estén mal controlados a su MAP, por lo que trabajando de forma conjunta y consensuada mediante protocolos resultaría más fácil conseguir revertir los datos de infradiagnóstico y mal control de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1211–59. doi:10.1016/S0140-6736(17)32154-2
2. CIBERES: Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias. [Internet] Sala de Prensa. [Acceso 13/05/2021] Disponible en: <https://www.ciberes.org/noticias/hemos-puesto-en-marcha-un-estudio-de-cohortes-de-pacientes-asmaticos-en-espana-que-permitira-investigar-sobre-esta-enfermedad-de-una-forma-mas-eficaz>
3. Flor X, Álvarez S, coordinadores. Guía Asma Grap 2020. Grupo de Respiratorio en Atención Primaria. [Acceso 15-2-2021]. Disponible en: <https://www.sociedadgrap.com/BIBLIOTECA>
4. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2019 [sede Web]. [Acceso 13-5-2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
5. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2020. [sede Web]. [Acceso 13-2-2021]. Disponible en: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf
6. Guía Española para el Manejo del Asma. (GEMA 5.1) [sede Web]. [Acceso 13-2-2021]. Disponible en: https://gemasma.com/sites/default/files/2021-05/GEMA_51_26052021.pdf
7. Martínez-Moratalla J, Almar E, Antó JM. Changes in asthma treatment in the Spanish Cohort of the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS) from 1991–2001: a perspective over time.

- Arch Bronconeumol. 2013 Mar;49(3):113-8. English, Spanish. Epub 2012 Sep 11. PMID: 22974768. Disponible en: <https://www.arch-bronconeumol.org/es-cambios-el-tratamiento-del-asma-articulo-S0300289612002475>
8. Calvo E, Trigueros JA, López A, Sánchez G. Control del asma en pacientes que acuden a consulta de atención primaria en España (estudio ACTIS). *Aten Primaria*. 2017 Dec;49(10):586-92. doi:10.1016/j.aprim.2016.12.005
 9. Olaguibel JM, Quirce S, Juliá B, Fernández C, Fortuna AM, Molina J, Plaza V; MAGIC Study Group. Measurement of asthma control according to Global Initiative for Asthma guidelines: a comparison with the Asthma Control Questionnaire. *Respir Res*. 2012 Jun 22;13(1):50. doi:10.1186/1465-9921-13-50
 10. Nwaru BI, Ekström M, Hasvold P, Wiklund F, Telg G, Janson C. Overuse of short-acting β 2-agonists in asthma is associated with increased risk of exacerbation and mortality: a nationwide cohort study of the global SABINA programme. *Eur Respir J*. 2020 Apr 16;55(4):1901872. doi:10.1183/13993003.01872-2019
 11. Memoria de sostenibilidad 2019. Portalfarma.com Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [sede Web]. [Acceso 13-5-2021]. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/2020-memoria-sostenibilidad-farmaceuticos-2019.aspx>
 12. Kritikos VS, Reddel HK, Bosnic-Anticevich SZ. Pharmacists' perceptions of their role in asthma management and barriers to the provision of asthma services. *Int J Pharm Pract*. 2010 Aug;18(4):209-16. doi:10.1211/ijpp.18.04.0005.x. PMID: 20636672.
 13. Dizdar EA, Civelek E, Sekerel BE. Community pharmacists' perception of asthma: a national survey in Turkey. *Pharm World Sci*. 2007 Jun;29(3):199-204. doi:10.1007/s11096-006-9071-1. Epub 2007 Jan 23. PMID: 17242857.
 14. Gómez Sáenz JT, Gérez Callejas MJ, Hidalgo Requena A, Ginel Mendoza L, González Aguilera J, Quintano Jiménez JA. Mortalidad por asma en España, 1990-2015. *Semergen*. 2019;45(7):449-57. doi:10.1016/j.semerg.2019.02.014
 15. Gonzalez Barcala FJ, de la Fuente-Cid R, Alvarez-Gil R, Tafalla M, Nuevo J, Caamaño-Isona F. Factors associated with asthma control in primary care patients: the CHAS study. *Arch bronconeumol*. 2010; 46:358-63. doi:10.1016/S1579-2129(10)70085-9
 16. Calvo E, Trigueros JA, López A, Sánchez G. Control del asma en pacientes que acuden a consulta de atención primaria en España (estudio ACTIS). *Aten Primaria*. 2017;49:586-92. doi:10.1016/j.aprim.2016.12.005
 17. Román Rodríguez M, Ocaña Rodríguez D, Mascarós Baleger E, Molina Paris J. Barreras para el control del paciente asmático en las consultas de atención primaria españolas. *Med Gen Fam*. 2020;8(5). doi:10.24038/mgyf.2019.058
 18. Maspero JF, Jardim JR, Aranda A, Tassinari P, Gonzalez-Diaz S, Sansores R, Moreno-Cantu JJ, Fish J. Insights, attitudes, and perceptions about asthma and its treatment: findings from a multinational survey of patients from Latin America. *World Allergy Organ J*. 2013; 6(1):19. doi:10.1186/1939-4551-6-19
 19. Cano Fuentes G, Dastis Bendala C, Morales Barroso I, Manzanares Torné ML, Fernandez Gregorio A, Martín Romana L. Ensayo clínico aleatorio para evaluar la eficacia de una intervención educativa desarrollada en atención primaria sobre asmáticos adultos. *Aten Primaria*. 2014 Mar;46(3):117-39. doi:10.1016/j.aprim.2013.04.005
 20. Simón Gutierrez R, Quijada Monzó A, Ortiz Jimenez MF. Descripción del uso de la medicación inhalada de rescate en una población asmática atendida en el ámbito de atención primaria. Estudio UMI-ASMA. *Med Gen Fam*. 2020;46(8):512-23. doi:10.1016/j.semerg.2020.07.009
 21. Mehuys E, Van Bortal L, De Bolle L, Van Tougelen I, Annemans L, Remon JP. Effectiveness of pharmacist intervention for asthma control improvement. *Eur Respir J*. 2008;31:790-9. doi:10.1183/09031936.00112007
 22. Federación Empresarial de Farmacéuticos de España (FEFE) [Sede web]. Observatorio del medicamento [Último acceso 03/10/2021]. Disponible en: <https://fepe.com/wp-content/uploads/2021/04/Obs.-Febrero-2021-.pdf>