



Medicina de Familia

SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Proyecto INCLIASMA fase II - Inercia clínica en asma en España



E. Trillo-Calvo^{a,e,*}, M. González-Bejar^{b,e}, A. Hidalgo^{c,e} y L. Richard^{d,e}

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Campo de Belchite, Belchite, Zaragoza, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Montesa, Madrid, España

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad de Gestión Clínica de Lucena, Lucena, Córdoba, España

^d Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Puerto Sur, El Puerto de Santa María, Cádiz, España

^e Grupo de trabajo nacional de respiratorio de SEMERGEN, España

Recibido el 21 de marzo de 2022; aceptado el 25 de junio de 2022

Disponible en Internet el 19 de septiembre de 2022

PALABRAS CLAVE

Asma;
Adherencia;
Control;
Diagnóstico;
Tratamiento;
Método Delphi;
Atención primaria

Resumen

Objetivos: El 80% de los pacientes con asma están mal controlados. A pesar de disponer de guías de práctica clínica (GPC) actualizadas, se sigue detectando un deficiente control y tratamiento del asma. El objetivo principal del estudio INCLIASMA fase II (INercia CLInica en ASMA) es analizar la realidad en el manejo del asma en las consultas de atención primaria (AP) españolas. Como objetivo secundario se planteó establecer una serie de recomendaciones clave en el manejo del paciente con asma, basadas en las conclusiones de los panelistas.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo, multicéntrico y no aleatorizado, que se desarrolló en dos rondas, siguiendo la metodología Delphi. Se elaboró un cuestionario *on line* específico para el proyecto de 41 ítems y dividido en 5 bloques (diagnóstico, control, adherencia, tratamiento y criterios de derivación) y se pidió a un grupo de médicos de AP expertos en asma que expresaran su nivel de acuerdo o desacuerdo con el conjunto de ítems del cuestionario. De los resultados se identificaron las principales controversias existentes en el manejo de asma en España y se elaboraron recomendaciones prácticas.

Resultados: Participaron 24 panelistas. Hubo un consenso final en el 92,68% (38/41) de la totalidad de los ítems recogidos en el cuestionario. Los panelistas concluyeron que se tarda en exceso en diagnosticar el asma, existiendo un porcentaje elevado de pacientes asmáticos sin un correcto tratamiento, y, por ende, sin un adecuado control. La falta de tiempo, la sobrecarga asistencial o la inercia terapéutica son algunos de los factores determinantes de esta situación.

Conclusiones: El estudio INCLIASMA fase II pone de relieve las controversias encontradas en la práctica clínica habitual en el manejo del asma, poniendo de manifiesto la necesidad continuada de formación y ofreciendo recomendaciones consensuadas que buscan mejorar el manejo de asma en nuestro país.

© 2022 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: etrillo@salud.aragon.es (E. Trillo-Calvo).

KEYWORDS

Asthma;
Adherence;
Control;
Diagnosis;
Treatment;
Delphi method;
Primary care

INCLIASMA phase II project – Clinical inertia in asthma in Spain**Abstract**

Objectives: Eighty percent of patients with asthma are poorly controlled. Despite the availability of updated clinical practice guidelines, poor asthma control and treatment continue to be detected. The main objective of the INCLIASMA phase II study (*INercia CLInica en ASMA*) is to analyze the reality of asthma management in Spanish primary care (PC) clinics. As a secondary objective, it was proposed to establish a series of key recommendations in the management of patients with asthma, based on the conclusions of the panelists.

Material and methods: Cross-sectional descriptive, multicenter and non-randomized study, which was developed in two rounds, following the Delphi methodology. A specific online questionnaire was developed for the project with 41 items and divided into 5 blocks (diagnosis, control, adherence, treatment and referral criteria) and a group of PC physicians who were experts in asthma were asked to express their level of agreement or disagreement with the set of items in the questionnaire. From the results, the main existing controversies in the management of asthma in Spain were identified and practical recommendations were elaborated.

Results: Twenty-four panelists participated. There was a final consensus in 92.68% (38/41) of all the items collected in the questionnaire. The panelists concluded that it takes too long to diagnose asthma, and there is a high percentage of asthmatic patients without proper treatment, and therefore, without adequate control. Lack of time, care overload or therapeutic inertia are some of the determining factors in this situation.

Conclusions: The INCLIASMA phase II study highlights the controversies found in routine clinical practice in asthma management, highlighting the continued need for training and offering consensus recommendations that seek to improve asthma management in our country.

© 2022 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El asma es una enfermedad con una alta prevalencia que limita la calidad de vida de los pacientes y con elevados costes en gasto sanitario. Los últimos datos disponibles apuntan a que afecta aproximadamente al 10% de los niños y al 5% de los adultos en este país¹. Una importante proporción de ellos son atendidos en atención primaria (AP) y, por lo tanto, el médico de AP se encuentra en una posición clave en el manejo habitual de estos pacientes². Un número sustancial de pacientes no tienen su asma bien controlada, una situación que sufriría hasta el 80% de la población asmática³.

La prevalencia del asma a nivel mundial se sitúa en torno al 15%, siendo responsable de unas 250.000 muertes anuales y consumiendo más de la mitad de los recursos sanitarios, estimando cifras de más de 1.500 millones de euros anuales⁴. Por tanto, cualquier iniciativa que ayude a mejorar el manejo de esta enfermedad es de gran utilidad.

Aunque disponemos de unas excelentes GPC, la realidad es un pobre control de la enfermedad. En estas GPC (Guía Española para el Manejo del Asma¹ [GEMA] y *Global Initiative for Asthma*⁵ [GINA]) inciden en que puede ser debido a diferentes factores: baja adherencia terapéutica, comorbilidades, falta de atención especializada y deficiencias en la educación del paciente⁶. Por tanto, el objetivo del tratamiento es controlar los síntomas, prevenir las exacerbaciones y evitar los efectos adversos¹.

Para reducir el impacto del asma es fundamental encontrar soluciones que mejoren el diagnóstico del asma,

aumenten el grado de control de la enfermedad instaurando tratamientos correctos y que faciliten una buena adherencia terapéutica, y de esta manera se mejore el manejo global de la enfermedad. Si este manejo sobrepasa el ámbito de la AP, es necesario establecer unos criterios de derivación claros.

Con este manuscrito se busca analizar la opinión de expertos de AP en asma, consensuadas mediante metodología Delphi, que se articulada en 5 bloques: diagnóstico, control, adherencia, tratamiento y criterios de derivación, de tal manera que refleje el manejo clínico del asma en la práctica clínica en AP. Como objetivo secundario, se plantea establecer una serie de recomendaciones clave en el manejo del paciente con asma, basado en las conclusiones de los panelistas.

Métodos**Diseño del estudio**

Estudio cualitativo, multicéntrico y no aleatorizado. Se eligió uno de los métodos formales de consenso, el método Delphi⁷, modificado por las recomendaciones RAND/UCLA⁸.

El proyecto se ha desarrollado en 3 fases (entre octubre de 2021 y febrero de 2022): I. Fase exploratoria (revisión bibliográfica de guías GEMA, GINA y literatura obtenida mediante búsqueda no sistemática en bases de datos de publicaciones indexadas) y propuesta de encuesta; II. Consenso mediante grupo focal virtual con discusión de los

resultados de la fase I, y III. Consenso Delphi basado en las conclusiones principales extraídas de las fases anteriores.

Para el desarrollo de la fase técnica de consenso profesional se convocó a 34 expertos que se encuentran englobados dentro del subgrupo de asma, perteneciente a su vez al grupo de trabajo nacional de respiratorio de SEMERGEN, para que expresaran su nivel de acuerdo/desacuerdo con el conjunto de ítems (cuestionario) propuesto por el comité científico. Finalmente, la participación fue de 24 panelistas.

Elaboración y evaluación del cuestionario

Desarrollado en dos oleadas, mediante el envío de dos cuestionarios y dos rondas que van forzando una opinión colectiva consensuada. La duración de cada oleada ha sido de 20 días, con recordatorio personalizado 7 días antes de la finalización del plazo de respuesta.

Primera circulación del cuestionario: adaptado a una versión *on line*, automatizando las respuestas incluidas en una base de datos normalizada y segura. Se busca una visión de la situación actual.

Segunda circulación del cuestionario: los datos de la primera circulación se analizaron estadísticamente. Se incluyeron las cuestiones en las que no se alcanzó consenso, junto con los resultados de la primera ronda. El objetivo, obtener el consenso. Se consideró que había consenso si más del 70% de los participantes estaban bastante o totalmente de acuerdo o bastante o totalmente en desacuerdo.

Las recomendaciones se votaron de forma anónima en primera ronda mediante el cuestionario *on line* (enlace remitido por correo electrónico). El cuestionario ha sido elaborado *ad hoc*, compuesto por 41 ítems, estructurándose en 5 bloques: bloque 1, diagnóstico (8 ítems); bloque 2, control (7 ítems); bloque 3, adherencia (7 ítems); bloque 4, tratamiento (15 ítems), y bloque 5, criterios de derivación (4 ítems) (Anexo 1).

Estos ítems se presentaron sobre escala ordinal tipo Likert de 9 puntos, siendo 1 el máximo desacuerdo y 9 el máximo acuerdo, pasando por los matices intermedios, con 3 áreas: 1-3 = «desacuerdo»; 4-6 = «ni acuerdo ni desacuerdo»; 7-9 = «acuerdo».

Análisis de datos

El análisis estadístico se ha realizado con el paquete estadístico SAS versión 9.1.3 Service pack 3. Se ha realizado un análisis descriptivo, utilizando frecuencias y porcentajes.

Siguiendo la metodología RAND/UCLA, el grado de adecuación de cada ítem se ha clasificado en función de la posición de la mediana de puntuaciones y el rango intercuartílico. También se analizaron otras medidas de tendencia central, mediana, máximo, mínimo, desviación típica y cuartiles. En todos los análisis se ha utilizado un nivel de significación del 0,05.

En función de la mediana, el ítem es: I. Apropiado, si la mediana se sitúa entre 7 y 9, sin desacuerdo; II. Incierto, si la mediana está comprendida entre 4 y 6, o cualquier mediana con desacuerdo, y III. Inapropiado, si la mediana se encuentra entre 1 y 3, sin desacuerdo.

Se estableció el consenso si al menos dos tercios de los panelistas votan en la región que contiene la mediana para

cada enunciado, del siguiente modo: a) acuerdo entre los panelistas si al menos dos tercios del panel (16) puntúan en la región de 3 puntos que contiene la mediana; b) desacuerdo si un tercio del panel vota en cada extremo de regiones de 3 puntos (8 panelistas en 1-3 y 8 panelistas en 7-9), y c) neutral, si no hay acuerdo o desacuerdo.

Los enunciados que no alcanzaron acuerdo o desacuerdo se sometieron a valoración en la segunda ronda de votación, enviando a los panelistas previamente un informe de resultados de la primera ronda.

El informe de resultados se presenta en forma de tablas que incluyen las preguntas, el grado de acuerdo o desacuerdo de los panelistas y el resultado final del consenso para cada ítem en ambas rondas.

Resultados

En el estudio participaron 24 panelistas, todos ellos médicos de familia. En la [tabla 1](#) se presentan las principales variables sociodemográficas y de ámbito laboral de los participantes en el estudio.

El perfil tipo del panelista es un varón de edad media, en torno a los 55 años, con amplia experiencia profesional y actualizado en asma, que desempeña su actividad en el medio urbano y con alta carga de trabajo (atendiendo a más de 150 pacientes semanales, de los cuales menos del 25% tendrían asma).

El cuestionario constaba de 41 ítems divididos en 5 bloques ([tabla 2](#)). En la primera ronda se alcanzó el consenso en 34 de los 41 ítems (82,93%): 29 en el acuerdo y 5 en el desacuerdo. En el bloque 1 (diagnóstico de asma) se alcanzó el consenso en 5 de los 8 ítems (62,5%), todos ellos en el acuerdo. En el bloque 2 (control del asma) se alcanzó el consenso en 6 de los 7 ítems (85,71%), todos en el acuerdo. En el bloque 3 (adherencia) se alcanzó el consenso en los 7 ítems (100%), 5 en el acuerdo y 2 en el desacuerdo. En el bloque 4 (tratamiento) se alcanzó el consenso en 13 de los 15 ítems (86,66%), 11 en el acuerdo y 2 en el desacuerdo. En el bloque 5 (criterios de derivación) se alcanzó el consenso en 3 ítems de los 4 ítems (75%), 2 en el acuerdo y 1 en el desacuerdo.

En la segunda ronda se incidió en los 7 ítems en los que no hubo consenso en la ronda previa. Participaron de nuevo los 24 panelistas (no hubo pérdidas), y se alcanzó el consenso en 4 de los 7 ítems (57,14%), 2 en el acuerdo y 2 en el desacuerdo. Por tanto, globalmente y al terminar las dos rondas de evaluación, hubo consenso en 38 de los 41 ítems (92,68%), 31 en el acuerdo y 7 en el desacuerdo. Los ítems más relevantes se resumen en un decálogo de recomendaciones ([tabla 3](#)).

Discusión

En el presente estudio, realizado con una metodología Delphi en la que 24 especialistas de medicina de familia con experiencia y formación en el abordaje del asma evalúan el grado de acuerdo en un cuestionario planteado por el comité científico del estudio, se observó un elevado nivel de concordancia, alcanzando el 92,68% (38/41) de los ítems. Esta cifra constata un elevado nivel de acuerdo con las recomendaciones propuestas, siendo muy similar a los niveles de

Tabla 1 Variables sociodemográficas y de ámbito laboral de los panelistas incluidos en el estudio

Género	
Femenino	37,50%
Masculino	62,50%
Edad (años)	
Promedio	55,29
Desviación estándar	9,48
Rango	28-69
Años de práctica profesional (incluido MIR)	
De 10 a 20 años	12,50%
Más de 20 años	87,50%
Formación en asma en los últimos 12 meses	
Sí	95,83%
No	4,17%
Distribución geográfica de los panelistas	
Almería	4,17%
Asturias	4,17%
Burgos	4,17%
Cáceres	8,33%
Cantabria	12,50%
Córdoba	16,67%
Madrid	20,83%
Málaga	4,17%
La Rioja	12,50%
Santa Cruz de Tenerife	4,17%
Toledo	4,17%
Zaragoza	4,17%
Medio de trabajo	
Centro rural (< 5.000 habitantes)	29,17%
Centro semiurbano (5.000-10.000 habitantes)	12,50%
Centro urbano (>10.000 habitantes)	58,33%
Pacientes atendidos el último mes	
Menos de 25	0,00%
De 25 a 75	4,17%
De 76 a 150	12,50%
Más de 150	83,33%
Pacientes atendidos en el último mes con asma	
Menos del 25%	100,00%
Entre el 25-50%	0,00%
Más del 50%	0,00%

consenso habituales en estudios tipo Delphi⁸⁻⁹. Esta aceptación externa acredita el trabajo previo de aglutinación y síntesis por los autores que redactaron las recomendaciones.

Cabe destacar que la mayoría de los ítems (34/41, el 82,93%) fueron consensuados en la primera ronda, y que las puntuaciones de las evaluaciones se situaron en niveles altos.

Los resultados refrendan las directrices de las principales GPC en asma. El elevado número de expertos, su prestigio en el campo de la AP y, más en concreto, en el área de respiratorio junto su origen multicéntrico, contribuyen a la credibilidad y a la aplicabilidad. Por tanto, puede considerarse una contribución de interés su difusión entre los médicos de AP españoles, ayudando a disminuir la variabilidad de la práctica clínica en las consultas de AP en el manejo de asma.

Respecto al *diagnóstico*, se observó un nivel de acuerdo superior al 95% en la necesidad de realizar una prueba

diagnóstica objetiva ante un caso sospechoso de asma, lo que refuerza la recomendación realizada también por la GPC¹. Una de las principales causas que dificultan realizar espirometría en AP es la falta de tiempo (71%), seguido de falta de medios (falta de espirómetro, falta de pico flujo, falta de personal, etc.). Esto supone una limitación para la realización de espirometría en AP, junto a la desmotivación o a la falta de formación¹⁰. En España su implantación es muy variable. Alrededor del 49,1% de los centros de AP disponen de espirómetros, pero solo el 29,9% cuentan con personal formado¹⁰. Esto favorece que los panelistas encuentren dificultades a la hora de diagnosticar asma y derivan, originando un gasto sanitario elevado, un infradiagnóstico, falta de cumplimiento terapéutico y falta de seguimiento¹¹.

Como alternativa a la espirometría, el 75% de los panelistas alcanzan acuerdo en segunda ronda para usar tandas de glucocorticoide inhalado (GCI) como diagnóstico y/o el uso de pico flujo con medición del flujo espiratorio máximo (FEM).

Respecto al *control*, se reafirma la necesidad de utilizar un conjunto de pruebas para evaluar el control, que debe evaluarse en cada visita médica¹, explorando los dominios de control actual y el riesgo futuro de exacerbaciones, la posible existencia de obstrucción fija al flujo aéreo, los efectos adversos del tratamiento y la adhesión terapéutica¹. El 96% de los panelistas coinciden en registrar síntomas, exacerbaciones y medicación de rescate en las visitas de seguimiento.

Para establecer el control del asma, los panelistas no tienen en cuenta el número de visitas por empeoramiento sintomático. Sin embargo, se ha consensado en establecer este control: a) por el número de veces que se usa la medicación de rescate; b) en función de la afectación laboral/escolar, ocio y del sueño; c) en función de la gravedad del asma clasificada según las necesidades de tratamiento de mantenimiento, y d) en función del resultado de aplicar el Test de Control del Asma (*Asthma Control Test* [ACT]).

En cada visita se debe valorar la ausencia o los mínimos síntomas diarios, la función pulmonar conservada, la ausencia de exacerbaciones frecuentes, la necesidad de medicación de rescate y la limitación de actividades¹. En este sentido, el ACT es un buen instrumento para evaluar síntomas^{1,5}. Una variación de 3 puntos se considera clínicamente relevante.

Existe acuerdo en la necesidad de realizar actividades de educación en la consulta y facilitar planes de acción personalizados por escrito. La educación del paciente asmático es un elemento básico del tratamiento, reduciendo el riesgo de exacerbación y aumentando su calidad de vida¹, siendo indispensable en el manejo integral del asma^{1,5}. Las intervenciones educativas realizadas en AP reducen visitas no programadas. Estas intervenciones deben incluir el autocuidado por síntomas o monitorización del FEM¹. Además, se consensó que el paciente debe participar en la elección del inhalador, proporcionando mayor control de la enfermedad¹².

En el *bloque de adherencia* se observó un consenso del 100% en los ítems que hacen referencia a la elección del inhalador y/o la posología para mejorar la adherencia, aspecto importante, ya que se ha observado que, a mayor número de dosis diarias, peor adherencia, y esto se

Tabla 2 Resultados de la encuesta de 41 ítems por bloques en primera ronda y segunda ronda

Ítem	Grado de acuerdo o desacuerdo %	Consensuado ^a
Bloque I - Diagnóstico		
1. Ante un paciente con síntomas compatibles con asma (tos, disnea, sibilancias, etc.) y/o historia familiar compatible, realizo de forma precoz (< 30 días) una prueba objetiva para <i>confirmar el diagnóstico de sospecha</i>	95,83%	Acuerdo en ronda 1
2. Ante un paciente con síntomas compatibles con asma (tos, disnea, sibilancias, etc.) y/o historia familiar compatible, pospongo la realización de una espirometría y prefiero ver cómo evolucionan los síntomas en los siguientes meses	50%	No consensuado. Pasa a ronda 2. Consenso en desacuerdo en ronda 2
3. En ocasiones me veo obligado a posponer la realización de una espirometría por falta de <i>tiempo</i> en mi consulta	70,83%	Acuerdo en ronda 1
4. En ocasiones me veo obligado a posponer la realización de una espirometría por falta de <i>medios</i> en mi consulta (falta de espirómetro, falta de personal, etc.)	70,83%	Acuerdo en ronda 1
5. Frecuentemente encuentro dificultades a la hora de diagnosticar asma y me veo en la obligación de derivar al paciente al hospital para realizar el diagnóstico	54,17%	No consensuado. Pasa a ronda 2. Consenso en desacuerdo en ronda 2
6. En el diagnóstico suelo usar		
• Espirometría simple	70%	Acuerdo en ronda 1
• Espirometría con prueba broncodilatadora	100%	Acuerdo en ronda 1
• Pico flujo	75%	Acuerdo en ronda 1
• Tandas de altas dosis de corticoides inhalados y/o sistémicos	37,50%	No consensuado. Pasa a ronda 2. Consenso en el acuerdo en ronda 2
7. Ante síntomas clínicos de sospecha de asma, con una exploración física y/o una espirometría inicial normales, se descarta de forma definitiva el diagnóstico de asma	91,67%	Acuerdo en ronda 1
8. El estudio alérgico que determina la existencia de sensibilización a aeroalérgenos y que influyen en el desarrollo del fenotipo de asma, es pertinente estudiarlo desde atención primaria	70%	Acuerdo en ronda 1
Bloque II - Control		
9. Habitualmente registro en cada visita de seguimiento los síntomas, exacerbaciones y uso de medicación de rescate	95,83%	Acuerdo en ronda 1
10. El control del asma lo establezco en función del número de veces que el paciente acude al centro de salud por empeoramiento de síntomas	62,50%	No consensuado. Pasa a ronda 2. No se alcanza consenso
11. El control del asma lo establezco en función del número de veces que el paciente usa su medicación de rescate por empeoramiento de síntomas	100%	Acuerdo en ronda 1
12. El control del asma lo establezco en función del número de aspectos afectados (ámbito laboral o escolar, ocio, sueño, síntomas molestos)	95,83%	Acuerdo en ronda 1
13. El control del asma lo establezco en función de la gravedad del asma del paciente	70,83%	Acuerdo en ronda 1
14. La gravedad del asma la clasifico en función de las necesidades de tratamiento de mantenimiento que se requieren para alcanzar el control de los síntomas		
15. El control del asma lo establezco en función de las puntuaciones en cuestionarios como el ACT (test de control del asma)	90,00%	Acuerdo en ronda 2
Bloque III - Adherencia		
16. Considero que la adherencia en asma en España es óptima	95,83%	Desacuerdo en ronda 1
17. En mi práctica clínica valoro la adherencia del paciente asmático: uso de cuestionario, revisión de RE, etc.	91,67%	Acuerdo en ronda 1

Tabla 2 (continuación)

Ítem	Grado de acuerdo o desacuerdo %	Consensuado ^a
18. A mayor gravedad del asma, los pacientes son más adherentes y cumplidores	70,00%	Acuerdo en ronda 1
19. A menor gravedad del asma, los pacientes son más adherentes y cumplidores	70,83%	Desacuerdo en ronda 1
20. A menor nivel socioeconómico de los pacientes asmáticos, peor adherencia	70,00%	Acuerdo en ronda 1
21. El tipo de dispositivo de inhalación y/o pauta de posología (cada 24h, cada 12h, cada 8h) puede condicionar su adherencia	100,00%	Acuerdo en ronda 1
22. En los pacientes con asma indago sobre el tabaquismo activo o pasivo	100,00%	Acuerdo en ronda 1
Bloque IV - Tratamiento		
23. En mi consulta realizo actividades encaminadas a educar a los pacientes asmáticos	91,67%	Acuerdo en ronda 1
24. La base del tratamiento del asma es el corticoide inhalado	100%	Acuerdo en ronda 1
25. La base del tratamiento del asma es una buena medicación de rescate (SABA)	87,50%	Desacuerdo en ronda 1
26. La participación del paciente en la elección del inhalador proporciona una mayor adhesión terapéutica y control de la enfermedad	95,83%	Acuerdo en ronda 1
27. En un asma intermitente, indico uso de medicación de rescate (SABA) a demanda para control de síntomas	57,17%	No consensuado. Pasa a ronda 2. No se alcanza consenso
28. En un asma intermitente, indico uso de terapia MART (corticoide inhalado + LABA)	75%	Acuerdo en ronda 1
29. En un asma persistente leve, indico uso de medicación de rescate (SABA) a demanda para control de síntomas	70%	Desacuerdo en ronda 1
30. En un asma persistente leve, indico uso de terapia MART (corticoide inhalado + LABA)	75%	Acuerdo en ronda 1
31. En un asma persistente moderada, utilizo la combinación de corticoide inhalado + LABA y voy duplicando dosis hasta conseguir el control y/o llegar al límite recogido en la ficha técnica	83,33%	Acuerdo en ronda 1
32. Lo más importante para mí es la elección del dispositivo de inhalación	87,50%	Acuerdo en ronda 1
33. Lo más importante para mí es la elección del/de los principio/os activo/os	87,50%	Acuerdo en ronda 1
34. Habitualmente siempre manejo los mismos dispositivos y/o moléculas porque me siento seguro y no me dan problemas	70,83%	Acuerdo en ronda 1
35. La elección del tratamiento en asma la realizo en función de mi experiencia clínica, puesto que la mayoría de los dispositivos y moléculas son similares	54,17%	No consensuado. Pasa a ronda 2. No se alcanza consenso
36. Realizo planes de acción personalizados por escrito para mejorar el control del asma	75%	Acuerdo en ronda 1
37. Realizo un seguimiento adecuado del paciente asmático desescalando el tratamiento instaurado una vez alcanzada la estabilidad clínica	75%	Acuerdo en ronda 1
Bloque V - Criterios de derivación		
38. Derivo a neumología a los pacientes con asma no controlada	79,17%	Acuerdo en ronda 1
39. Derivo a alergología a los pacientes con asma no controlada	62,50%	No consensuado. Pasa a ronda 2. Consenso en el acuerdo en ronda 2

(continuación)

Ítem	Grado de acuerdo o desacuerdo %	Consensuado ^a
40. No considero necesaria la derivación de mis pacientes asmáticos a atención hospitalaria	91,67%	Desacuerdo en ronda 1
41. Conozco los criterios de derivación en asma entre AP y atención hospitalaria	100%	Acuerdo en ronda 1

ACT: test de control del asma (*Asthma Control Test*); MART: tratamiento de mantenimiento y de rescate (*Maintenance And Reliever Therapy*); LABA: broncodilatadores de acción prolongada (*Long-Acting Beta2-Agonists*); SABA: broncodilatadores de acción corta (*Short-Acting Beta2 Agonists*).

^a Se alcanza consenso si el grado de acuerdo es $\geq 70\%$ (totalmente de acuerdo + parcialmente de acuerdo o totalmente en desacuerdo + parcialmente en desacuerdo).

Los resultados se presentan como número de médicos que responden y califican cada ítem. Tanto en la ronda 1 como en la ronda 2 participaron 24 panelistas.

Tabla 3 Decálogo de recomendaciones para un correcto manejo de asma

1. El diagnóstico del asma se debe realizar de manera precoz usando una prueba objetiva
2. Ante síntomas compatibles y alta sospecha de asma, una prueba negativa no excluye su diagnóstico
3. Se deben establecer cambios en la organización sanitaria que permitan incorporar la correcta asistencia a los pacientes con asma: gestión de tiempos, disponer de espirómetro y/o pico flujo, formación continuada para realizar correctamente las técnicas y vencer la inercia terapéutica
4. El control del asma puede ser llevado a cabo por los médicos de AP, excepto en el caso de asma grave no controlada, que corresponde al nivel hospitalario
5. El control de asma se debe establecer mediante la presencia de síntomas mediante el test de control del asma (ACT), valoración de la gravedad del asma, según necesidades de tratamiento (escalón de tratamiento) y cuantificando la necesidad de medicación de rescate
6. Las características a valorar para prescribir un tipo concreto de inhalador son: perfil de paciente (edad, hábitos, flujo aéreo) y la experiencia personal con el dispositivo tanto por parte del facultativo como por parte del paciente
7. Para fomentar la adherencia es necesario explorar la preferencia de los pacientes a la hora de proponer un dispositivo y la posología
8. El tratamiento de base en asma es el GCI, valorando la necesidad de otros tratamientos combinados
9. Una vez alcanzada la estabilidad clínica, es necesario realizar una desescalada del tratamiento para alcanzar la dosis mínima de GCI
10. La derivación hospitalaria está indicada en pacientes con un correcto manejo del asma que no permiten alcanzar un correcto control, o bien si existen dudas diagnósticas o comorbilidad que dificulta el manejo en AP

relaciona con el grado de control, las exacerbaciones y la mortalidad¹³.

Respecto al *tratamiento*, los panelistas mostraron un alto grado de concordancia en la utilización de GCI como tratamiento de base, utilizando los broncodilatadores de acción corta (*Short-Acting Beta2 Agonists* [SABA]) como medicación de rescate, tal y como recomiendan las GPC nacionales e internacionales. Además, el grado de concordancia en la utilización del tratamiento de mantenimiento y de rescate (*Maintenance And Reliever Therapy* [MART]) en pacientes con *asma intermitente* es elevado, a pesar de no estar registrada en la ficha técnica de los productos, pero sí está incluida en las GPC^{1,5}. Lo mismo sucede en el *asma persistente leve*. Tradicionalmente, en el asma intermitente se usaba SABA a demanda como tratamiento de rescate (máximo de 2 veces al mes)^{1,5}. Actualmente existe la posibilidad de utilizar la terapia MART como tratamiento único a demanda¹⁴, aunque no están consideradas en la ficha técnica de los medicamentos y faltan estudios que analicen su coste-beneficio¹. Por tanto, la estrategia más acertada es usar un GCI inhalado a dosis bajas administrado

a diario¹. No está indicado el uso exclusivo de SABA a demanda.

En el *asma persistente moderada* existe consenso en utilizar la combinación CI + broncodilatadores de acción prolongada (*Long-Acting Beta2-Agonists* [LABA]), aumentando dosis hasta alcanzar el control o el límite permitido, con dos formas de uso: a dosis fijas continuas con un SABA como rescate, o a dosis fijas de la misma combinación que se utiliza además como rescate (estrategia MART), en la que el LABA es formoterol. El tratamiento de elección es la combinación de un GCI a dosis bajas/medias + LABA inhalado administrados en un mismo dispositivo¹⁵.

Los entrevistados alcanzan acuerdo en que es tan importante la elección del dispositivo de inhalación como los principios activos, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, explicando las características del dispositivo y la técnica apropiada de inhalación. La elección del tratamiento se hace según dispositivos y/o moléculas con las que el médico se siente seguro, teniendo en cuenta que no todos son iguales. Siempre que farmacológicamente sea posible, se debería utilizar un único tipo de dispositivo¹⁵.

Se obtiene acuerdo en la desescalada del tratamiento, una vez alcanzada la estabilidad clínica. Si el asma ha estado controlada durante al menos 3 meses, el tratamiento de mantenimiento puede reducirse paulatinamente, con el fin de determinar las necesidades terapéuticas mínimas para mantener el control^{1,5}.

Respecto a la *derivación*, existe consenso para establecer el neumólogo como la opción preferida. Según el documento de consenso de criterios de derivación en asma¹⁶, se derivarán pacientes con sospecha de etiología alérgica, dificultades diagnósticas, posible tratamiento con inmunoterapia, comorbilidades que dificulten el manejo en AP, o baja o nula respuesta al tratamiento farmacológico instaurado¹⁶. La derivación puede estar condicionada atendiendo a la zona rural o urbana, a la falta de especialistas en la zona, a los tiempos de espera o a problemas de accesibilidad.

Respecto a las limitaciones del estudio, podemos mencionar que el cuestionario utilizado inicialmente no está validado, ni se obtiene de las recomendaciones clase I de las GPC, sino que viene establecido por el comité científico, lo que añade subjetividad al trabajo. Esta limitación se obvia por el hecho de que el panel de expertos sigue obteniendo como actividades prioritarias las avaladas en las GPC con un nivel de evidencia más alto.

Por el contrario, su fortaleza radica en que un grupo de expertos en asma que trabajan en AP establecen qué recomendaciones de las GPC se utilizan o deberían aplicarse a la práctica clínica, sumado al elevado número de participantes, su representatividad territorial y en el hecho de que no haya habido ninguna pérdida en segunda ronda.

En definitiva, el estudio demuestra excelentes niveles de acuerdo entre expertos de AP en asma, arrojando unas recomendaciones prácticas obtenidas a partir de cuestionario inicialmente planteado para mejorar el manejo de esta enfermedad crónica en nuestro país (tabla 3). El texto resultante supone el primer consenso elaborado íntegramente por médicos de AP para el manejo del asma hasta la fecha, y su difusión, por tanto, puede contribuir a incrementar el grado de conocimiento de estos.

Conclusiones

Ante los resultados obtenidos en el estudio INCLIASMA fase II, podemos concluir que las estrategias más importantes en el abordaje del asma en AP, por su mayor grado de acuerdo entre expertos, son:

- El diagnóstico del asma debe realizarse de forma precoz mediante una prueba objetiva como es la espirometría con prueba broncodilatadora.
- Es preciso efectuar cambios en gestión sanitaria, ofreciendo formación reglada y periódica, y poniendo a disposición espirómetros y dispositivos de pico flujo en los centros de salud. De esta forma se evitarían muchas de las derivaciones, favoreciendo la contención de gasto sanitario.
- El control de asma se debe establecer mediante el uso de medicación de rescate, en función de los aspectos de la vida afectados por la enfermedad, la gravedad del asma,

según necesidades de tratamiento para conseguir el control, y resultado del ACT.

- Es necesario realizar actividades de educación en la consulta y llevar a cabo planes de acción personalizados por escrito.
- El tratamiento de base en asma es el GCI, dejando el SABA para medicación de rescate.
- La estrategia MART puede plantearse como alternativa tanto en asma intermitente como en asma persistente leve y moderada.
- En el tratamiento del asma es tan importante la elección del dispositivo de inhalación como la de los principios activos.
- Debemos plantearnos desescalada del tratamiento, una vez alcanzada la estabilidad clínica.
- Por último, los criterios de derivación están definidos en aras de conseguir una comunicación entre AP y atención hospitalaria continua, fluida y rápida. Cuando todas las medidas instauradas para un correcto manejo de la patología no están siendo efectivas, hay dudas y/o problemas diagnósticos o comorbilidad que dificulta el manejo en AP, es preciso derivar al paciente para asistencia hospitalaria.

Frente a estos resultados, es fundamental detectar los posibles campos de mejora, que deberían ser subsanados mediante intervenciones puntuales o la elaboración de programas de formación específicos. Por ello se elabora un decálogo que ofrece aspectos clave para mejorar el manejo de los pacientes asmáticos desde las consultas de AP (tabla 3).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

El proyecto INCLIASMA fase II no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con la realización de este estudio.

Agradecimientos

Los autores agradecen su colaboración a todos los profesionales sanitarios de atención primaria y miembros del grupo nacional de respiratorio de SEMERGEN que han colaborado respondiendo a las preguntas del cuestionario.

Los autores agradecen el soporte técnico a la agencia de investigación de SEMERGEN.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.semerg.2022.101816](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2022.101816).

Bibliografía

- Comité Ejecutivo de la GEMA 5.2. Guía española para el manejo del Asma, 2021 [consultado 16 Jun 2022]. Disponible en: www.gemasma.com.
- Blanco Aparicio M, Delgado Romero J, Molina París J, Gómez Saenz JT, Gómez Ruiz F, Álvarez Gutiérrez FJ, et al. Referral criteria for asthma: Consensus document. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2019;29:422–30.
- Price D, Fletcher M, van der Molen T. Asthma control and management in 8,000 European patients: The REcognise Asthma and Link to Symptoms and Experience (REALISE) survey. *NPJ Prim-Care Respir Med*. 2014;24:14009.
- World Health Organization. Asthma. WHO website [consultado 16 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.
- Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2022 [consultado 16 Jun 2022]. Disponible en: www.ginasthma.com.
- Wu TD, Brigham EP, McCormack MC. Asthma in the primary care setting. *Med Clin North Am*. 2019;103:435–52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2018.12.004>. PMID: 30955512; PMCID: PMC6776421.
- Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: A systematic review. *PLoS One*. 2011;6:e20476.
- Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual: RAND Corporation. Santa Monica, California: RAND Corporation; 2001.
- Plaza V, Calle M, Molina J, Quirce S, Sanchis J, Viejo JL, et al. Validación externa de las recomendaciones del consenso multidisciplinar sobre terapia inhalada. *Arch Bronconeumol*. 2012;48:189–96.
- Molina J. Espirometría en atención primaria. Una necesidad inexcusable [Spirometry in primary care. An unavoidable necessity]. *Aten Primaria*. 2004;34:333–5.
- Papi A, Brightling C, Pedersen SE, Reddel HK. Asthma. *Lancet*. 2018;391:783–800, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33311-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33311-1). PMID: 29273246.
- Vincken W, Levy ML, Scullion J, Usmani OS, Dekhuijzen PNR, Corrigan CJ. Spacer devices for inhaled therapy: Why use them, and how? *ERJ Open Res*. 2018;4, <http://dx.doi.org/10.1183/23120541.00065-2018>, pii: 00065-2018.
- De Llano LP, Sanmartín AP, González-Barcala FJ, Mosteiro-Añón M, Abelaira DC, Quintas RD, et al. Assessing adherence to inhaled medication in asthma: Impact of once-daily versus twice-daily dosing frequency. The ATAUD study. *J Asthma*. 2018;55:933–8, <http://dx.doi.org/10.1080/02770903.2018.1426769>. PMID: 29461875.
- Beasley R, Holliday M, Reddel HK, Braithwaite I, Ebmeier S, Hancox RJ, et al., Novel START Study Team. Controlled trial of budesonide-formoterol as needed for mild asthma. *N Engl J Med*. 2019;380:2020–30.
- Barnes PJ, Nicolini G, Bizzi A, Spinola M, Singh D. Do inhaled corticosteroid/long-acting beta2-agonist fixed combinations provide superior clinical benefits compared with separate inhalers? A literature reappraisal. *Allergy Asthma Proc*. 2012;33:140–4.
- Carretero Gracia J.A., Rodríguez Fernández F., Gómez Sáenz J.T, et al. Criterios de derivación en asma: Actualización documento de consenso. *Open Respiratory Archives*. <https://doi.org/10.1016/j.opresp.2021.100131>.