

Reflexión sobre pacientes con asma grave en tratamiento biológico desde la Farmacia Hospitalaria

MONTERO PÉREZ O^{1,2,3}, VILLALBA MORENO AM⁴, SÁNCHEZ GÓMEZ E¹, PÉREZ GUERRERO C³

1 Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva (España)

2 Unidad de Asma. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva (España)

3 Departamento de Farmacología. Universidad de Sevilla. Sevilla (España)

4 Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital de Riotinto. Huelva (España)

Fecha de recepción: 18/01/2021 - Fecha de aceptación: 11/02/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-714X20220003000020>

Señor Director:

En los últimos años se han publicado diversos estudios sobre fármacos biológicos con indicación en asma grave que han supuesto un antes y un después en el tratamiento de esta patología. La mayoría de ellos, tienen como variable principal la disminución de exacerbaciones¹⁻³, así como la reducción de corticoesteroides orales basales⁴ o la función pulmonar⁵.

Para nuestros pacientes queremos fármacos que les permitan vivir más, y es por eso que medimos la disminución de exacerbaciones al instaurar un tratamiento de este tipo, pero además queremos que vivan con una mayor calidad de vida, y con el fin de valorar dicha mejora, usamos el cuestionario miniAQLQ⁶ en las visitas de estos pacientes a nuestra consulta monográfica de asma grave.

Hemos podido detectar que cambios manifiestos auto percibidos por nuestros pacientes en forma de gran mejoría de la patología desde el inicio de dichos tratamientos biológicos no se reflejan en el cuestionario miniAQLQ, y nos preguntamos cuál puede ser la causa de esta realidad.

Estos mismos pacientes responden también en cada una de sus visitas a la consulta de neumología, en muchos de los casos desde hace varios años, un cuestionario específico de adherencia llamado Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI)⁷ en el cual todos ellos obtienen una puntuación que oscila entre 48 y 50 puntos sobre un máximo de 50 puntos. Sin embargo, si calculamos esta misma adherencia por un método diferente, menos susceptible de la subjetividad del propio paciente, como es el registro de dispensación de la receta electrónica, encontramos un resultado que en la mayoría de los casos es manifiestamente inferior al obtenido en el TAI. Encontramos pacientes que incluso abandonan toda terapia inhalatoria de mantenimiento usando únicamente el inhalador de rescate, o en el peor de los casos, el corticosteroide oral.

El TAI es un test validado que puede ser muy útil para valorar la adherencia farmacológica a medicamentos inhalados, pero cuando el paciente conoce las respuestas que el profesional sanitario espera escuchar, puede perder su utilidad. En muchos casos, la ventaja auto percibida por el paciente de no tener que realizar ciclos de corticoides orales todos los meses, acudir cada cierto tiempo a urgencias por necesitar aerosolterapia o corticoides de rescate, o incluso cursar ingresos hospitalarios debido

al asma, es toda la mejoría que cree posible conseguir, sin embargo, el margen de beneficio puede ser mayor. Realmente estos pacientes pueden tener el pensamiento de que ya no necesitan terapia inhalatoria de mantenimiento puesto que el beneficio máximo al que pueden aspirar ya ha sido alcanzado.

Como farmacéuticos, tenemos la oportunidad desde las consultas de pacientes externos de innovar, de estimular a nuestros pacientes, de hacerles conscientes de la falta de adherencia mediante formación en la patología, y entonces, promover la adherencia a la terapia de mantenimiento explicándoles la utilidad del biológico como tratamiento añadido al resto de la terapia farmacológica para el asma.

La decisión de iniciar un tratamiento biológico en un paciente asmático es trascendental, y el farmacéutico debe formar parte del equipo multidisciplinar que estudie al paciente, sin embargo, una vez iniciado el tratamiento, nuestra labor no ha hecho nada más que empezar.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bleeker ER, FitzGerald JM, Chanez P, Papi A, Weinstein SF, Barker P, et al. SIROCCO study investigators. Efficacy and safety of benralizumab for patients with severe asthma uncontrolled with high-dosage inhaled corticosteroids and long-acting β 2agonists (SIROCCO): a randomised, multicentre, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2016;388(10056):2115-27.
2. Bjermer L, Lemiere C, Maspero J, Weiss S, Zangrilli J, Germinaro M. Reslizumab for Inadequately Controlled Asthma With Elevated Blood Eosinophil Levels: A Randomized Phase 3 Study. *Chest*. 2016;150(4):789-98.
3. Pavord ID, Korn S, Howarth P, Bleeker ER, Buhl R, Keene ON, et al. Mepolizumab for severe eosinophilic asthma (DREAM): a multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2012;380(9842):651-9.
4. Nair P, Wenzel S, Rabe KF, Bourdin A, Lugogo NL, Kuna P, et al. ZONDA Trial Investigators. Oral Glucocorticoid-Sparing Effect of Benralizumab in Severe Asthma. *N Engl J Med*. 2017;376(25):2448-58.
5. Carr WW, McDonald M, Meizlik P. Effect of intravenously administered reslizumab on spirometric lung age in patients with moderate-to-severe eosinophilic asthma. *Allergy Asthma Proc*. 2019;40(4):240-9.
6. Juniper EF, Guyatt GH, Cox FM, Ferrie PJ, King DR. Development and validation of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire. *European Respiratory Journal*. 1999;14:32-8.
7. Plaza V, Fernández-Rodríguez C, Melero C, Cosío BG, Entrenas LM, Pérez de Llano L, et al. Validation of the 'Test of the Adherence to Inhalers' (TAI) for asthma and COPD patients. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv*. 2016;29(2):142-52.