

## Educación del paciente con asma

A. López Viña y J.L. Pérez Santos\*

Sección de Neumología. \*Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.

Recientemente se han establecido directrices acerca del tratamiento del asma en adultos y niños<sup>1</sup>, pero estas recomendaciones tienen escaso valor si no se aplican o si los enfermos no cumplen el tratamiento.

Previamente al inicio de un plan destinado al cuidado del paciente con asma, habría que conocer cuál es la situación actual de la enfermedad en la práctica general de nuestro entorno de trabajo, identificando los siguientes aspectos: *a)* cuántos enfermos son diagnosticados de asma y cuáles son los criterios diagnósticos que se utilizan; *b)* cuáles son las características del tratamiento farmacológico y no farmacológico que estos enfermos reciben, y *c)* qué tipo de seguimiento se les proporciona. En aquellos lugares donde el diagnóstico se realiza de forma insuficiente o el tratamiento difiere considerablemente de las directrices actuales, los profesionales especializados en el cuidado del asma deberían desarrollar, junto con los Equipos de Atención Primaria local, un programa de fácil adaptación en la práctica general. Este programa tendría que incluir como objetivos la identificación precoz de los pacientes con asma, los planes adecuados de tratamiento continuo y el establecimiento de la organización y el seguimiento regular de estos enfermos.

Por desgracia, establecer un diagnóstico y tratamiento correcto no lleva necesariamente al control de la enfermedad y la causa más importante de que esto sea así es la falta de cumplimiento por parte de los pacientes<sup>2</sup>. La adherencia al tratamiento puede definirse como el punto hasta el cual el comportamiento de una persona (ya sea en cuanto a tomar la medicación, seguir dietas o introducir cambios en el estilo de vida personal) coincide con los consejos médicos<sup>3</sup>; esta definición presupone por tanto que las recomendaciones médicas son siempre correctas. Los índices de cumplimiento terapéutico de las enfermedades crónicas oscilan entre el 30-40 %<sup>4</sup>, y son inferiores (15 %) en aquellos pacientes que siguen medicación inhala-

da<sup>5</sup>. La falta de adherencia se relaciona con factores dependientes del paciente, de la propia enfermedad, del tratamiento y de la relación terapeuta-paciente<sup>6</sup>; pero, curiosamente, no se asocia a edad, sexo, nivel educacional, nivel económico o personalidad<sup>7</sup>. Por esta razón, es difícil predecir qué pacientes van a ser adherentes, y se hace necesario aplicar las estrategias para mejorar el cumplimiento a todos los enfermos.

Los profesionales sanitarios en general y los médicos en particular, rehúsan abordar el tema de la adherencia en el asma<sup>6</sup>, y es frecuente oír frases como estas: Los pacientes deben seguir mis consejos, si no lo hacen es su problema... ¿Quién tiene tiempo de preocuparse de estas cosas? Nadie nos paga para hacer prevención o educación... Dada la importancia de la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes y el escaso cumplimiento terapéutico que se ha demostrado, es necesario que los profesionales que tratan pacientes asmáticos aborden este problema. Admitiendo que la promoción de la adherencia disminuye el impacto de la enfermedad en la vida del enfermo, la educación del paciente establecida con la finalidad u objetivo de mejorar la adherencia debe ser un componente básico del cuidado sanitario de estos pacientes e incorporarse en el plan de tratamiento de los mismos<sup>8</sup>.

La educación del paciente consiste en una experiencia programada de aprendizaje en la que se utiliza una combinación de métodos de enseñanza, consejos y técnicas de modificación de conducta, y cuya pretensión es que el paciente participe de un modo activo en el cuidado de su salud<sup>9</sup>. Durante los últimos años se han puesto en marcha un conjunto de Programas de Educación<sup>10-12</sup>, el contenido esencial de la mayor parte de estos programas incluye: *a)* conocimiento básico del asma; y *b)* competencia en las habilidades específicas de autotratamiento.

### Conocimiento básico del asma

Se iniciará el diálogo con el paciente presentando un esquema o guión de aquello que se les va a decir: En qué consiste la enfermedad (inflamación); cómo se produce (desencadenantes); cómo se mide (flujo máximo espiratorio, FME); qué tratamiento es necesario

Correspondencia: Dr. A. López Viña.  
c/ Don Quijote, 24, 2.º izqda.  
33204 Gijón, Asturias.



(medidas ambientales y fármacos). Posteriormente se comentarán todas las dudas y preocupaciones del paciente, ya que si éstas no se abordan desde el punto de vista del enfermo, las expectativas no resueltas pueden desembocar en una falta de adherencia. Existen unos aspectos importantes a la hora de dar información: concisión, empleo de lenguaje coloquial, no exceder los 20 minutos, referirse siempre a las molestias del paciente en particular (a *sus* síntomas y a *su* tratamiento), emplear ilustraciones y analogías, repetir información importante, incluir al principio de la información aquello que interesa que recuerden y dejar para el final aquello que tienen que aplicar. En cuanto a la información sobre los medicamentos debe seguirse la siguiente secuencia: se explican los fármacos que el paciente recibe en ese momento; se detallan los beneficios con énfasis; se describen los efectos secundarios, intentando minimizar el temor a los mismos y aportando soluciones para el caso en que apareciesen; se comprueba la comprensión del paciente; se pregunta sobre posibles dificultades para hacer el tratamiento y sobre la posibilidad de olvido.

#### **Competencia en las habilidades específicas de autotratamiento**

Incluye lo siguiente: *a)* reconocimiento de desencadenantes y medidas para evitarlos; *b)* técnica correcta de utilización de inhaladores; *c)* autorregistros de síntomas, de FME y de medicación, y *d)* plan de identificación de crisis y cómo resolverlas. Es importante dejar elegir al paciente el método de inhalación que prefiera. Hacer prácticas en la consulta hasta que se comprueba que el paciente realiza correctamente todas las habilidades, que deben ser comprobadas y reforzadas en todas las visitas posteriores. Con la automonitorización de síntomas, fármacos y FME se enseña al paciente a recoger información, analizarla, detectar cambios y a determinar si estos cambios señalan una crisis. Posteriormente con la ayuda de una tarjeta de autocontrol se le enseña a tratarse precozmente en caso de deterioro.

El contenido básico de los programas de educación (conocimiento de la enfermedad y competencia en las habilidades específicas de autotratamiento) si bien son fundamentales en el programa, su éxito estará condicionado a la adherencia o cumplimiento del mismo, por lo cual se establecerá una estrategia para conocer el cumplimiento terapéutico y anticiparse a la falta de adherencia.

La relación del personal sanitario y de los pacientes debe ser de colaboración mutua, siendo preciso desde el inicio del programa el compromiso del paciente en relación con la obtención de los objetivos planteados, así como con el coste en tiempo y esfuerzo que ello le va a suponer. Debe ofrecerse a los pacientes posibilidades de elección y control en la toma de decisiones. Estimularlos a exponer sus expectativas, creencias y preocupaciones. La información tiene que acomodarse a la capacidad de cada paciente. El tratamiento debe ser simple con los horarios de administración de

medicamentos adaptados a la rutina diaria de cada uno. Los pacientes tienen que tener un plan completo para abordar los posibles efectos secundarios. Hay que preguntar en todas las visitas explícitamente sobre la adherencia. En caso de olvido se utilizan diferentes técnicas para reducirlo. Los autorregistros (FME, síntomas, medicación) deben utilizarse como técnicas de modificación de conducta (como avisadores, refuerzo, etc.).

¿Dónde deben aplicarse los Programas de Educación del Asma? Cualquier proyecto que pretenda la mejora global del cuidado de las personas con asma, debe dirigirse hacia donde más incide la carga asistencial generada por esta enfermedad: la Atención Primaria. Existen datos indicando que cerca de dos tercios de los pacientes con asma<sup>13</sup> y el 90 % de los niños con esta enfermedad<sup>14</sup> son tratados fundamentalmente por los médicos de familia, generalistas y pediatras. Por consiguiente, es en este campo donde deben realizarse los esfuerzos para mejorar el manejo de esta enfermedad<sup>15-17</sup> y la calidad de vida de las personas que la padecen. Los centros de salud constituyen un enclave idóneo para implantar este proyecto de mejora y es en este ámbito donde puede asentarse el desarrollo del proceso educativo que, para que resulte eficaz, debe ser visto como un ejercicio continuo que necesita ser reevaluado y reforzado constantemente. La puesta en marcha de los principios de educación exige una organización de trabajo que defina, entre otras variables, el papel a desempeñar por cada miembro del equipo sanitario. En este sentido, la enfermería es una pieza clave en la aplicación y evaluación de los objetivos educativos.

¿Son eficaces los programas de educación? En las directrices para el diagnóstico y tratamiento del asma publicadas<sup>1</sup>, la educación ocupa un lugar preferente, y expertos en el tema opinan que los programas de educación pueden mejorar la morbilidad de esta enfermedad. ¿Está esto avalado por estudios científicos? Hemos efectuado una revisión bibliográfica en el Medline desde enero de 1983 hasta noviembre de 1992, y se han seleccionado los estudios de eficacia de programas de educación que cumplan los criterios propuestos por Wilson-Pessano<sup>12</sup> (diseños aleatorizados y tamaños muestrales adecuados). Se encontraron cinco programas para adultos<sup>18-22</sup> y seis para niños<sup>23-28</sup>. En cuatro programas de adultos se demuestra una mejoría en conocimientos adquiridos o en el número de ingresos<sup>19-22</sup> y en uno se consigue mejorar la adherencia y el estado funcional<sup>18</sup>. Respecto a los programas de niños, en uno de ellos no hay ninguna mejoría<sup>24</sup>, en tres mejora el número de ingresos o algún parámetro psicológico<sup>25,27,28</sup> y en dos se consigue mejorar la adherencia<sup>23-26</sup>. En conclusión existen pocos estudios metodológicamente válidos y en ellos se demuestra que los efectos beneficiosos ya citados de los Programas de Educación se obtienen en aquellos que hacen educación individual e incluyen técnicas específicas para promover la adherencia<sup>18,23,26</sup>, no mejorando ningún parámetro de morbilidad en aquellos que se limitan a dar información.



En resumen, el asma es una enfermedad muy frecuente en la que se ha objetivado un mal cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes. Como solución a este problema, se han diseñado programas de educación con enseñanza individual basados en el conocimiento básico del asma y en la adquisición de habilidades específicas para su tratamiento. Pieza fundamental en los programas de educación es el establecimiento de una estrategia específica para promover la adherencia o cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. El papel del especialista debe ser impulsar estos programas y en conjunto con los profesionales de atención primaria adaptarlos a la práctica médica diaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. NHLBI. International Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma. *Eur Respir J* 1992; 5:601-641.
2. Horn CR, Clark TJH, Cochrane G. Compliance with inhaled therapy and morbidity from asthma. *Respir Med* 1990; 84:67-70.
3. Anonymous. Are you taking the medicine? *Lancet* 1990; 335:262-263.
4. Sackett DL, Snow JC. Magnitude of compliance and noncompliance. En: Hayness RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care* Baltimore. Johns Hopkins University Press, 1979; 11-22.
5. Rand CS, Wise RA, Nides M, Simmons MS, Bleecker ER, Kusek JW, Li VC, Tashkin DP. Metered-Dose inhaler adherence in a clinical trial. *Am Rev Respir Dis* 1992; 146:1.559-1.564.
6. Meichenbaum D, Turk DC. *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao, DDB Eds, 1991.
7. Mellins RB, Evans D, Zimmerman B, Clark NM. Patient compliance. Are we wasting our time and don't know it? *Am Rev Respir Dis* 1992; 146:1.376-1.377.
8. National Heart, Lung and Blood Institute: National asthma education program expert panel report: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1991; 88:425-534.
9. Bartlett EE. At last, a definition. *Patient Educ Counseling* 1985; 7:223-225.
10. Clark NM. Asthma self-management education: Research and implications for clinical practice. *Chest* 1989; 95:1.110-1.113.
11. Parker SR, Mellins RB, Sogu DD. NHLBI Workshop summary: Asthma education: A national strategy. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140:848-853.
12. Wilson-Pessano, Mellins RB. Workshop on asthma self-management: Summary of workshop discussion. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 80:487-491.
13. Weiss KB, Gergen PJ, Hodgson TA. An economic evaluation of asthma in the United States. *N Engl J Med* 1992; 326:826-866.
14. Charlton IH, Bain DJG. The care of children with asthma in general practice: Signs of progress? *Br J Gen Pract* 1991; 41:256.
15. Jones KP. Asthma-still a challenge for general practice. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39:254-256.
16. Anonymous. Management of asthma in the community. *Lancet* 1989; 2:199-200.
17. Jones KP. Asthma care in general practice-time for revolution? *Br J Gen Pract* 1991; 41:224-226.
18. Bailey WC, Richards JM, Brooks CM, Soong S, Windsor RA, Manzella BA. A Randomized Trial to Improve Self-Management Practices of Adults with Asthma. *Arch Intern Med* 1990; 150:1.164-1.168.
19. Hilton S, Sibbald B, Anderson HR, Freeling P. Controlled evaluation of the effects of patient education on asthma morbidity in general practice. *Lancet* 1986; 1:26-29.
20. Mayo PH, Richman J, Harris W. Results of a program to Reduce Admissions for Adult Asthma. *Ann Intern Med* 1990; 112:864-871.
21. Snyder SE, Winder JA, Creer TJ. Development and evaluation of an adult asthma self-management program: Wheezers Anonymous. *J Asthma* 1987; 24:153-158.
22. Bolton MB, Tilley BC, Kuder J, Reeves T, Schultz LR. The cost and effectiveness of an education program for adults who have asthma. *J Gen Intern Med* 1991; 6:401-407.
23. Lewis CE, Rachelefsky G, Lewis MA, de la Sota A, Kaplan M. A randomized trial of A.C.T. (asthma care training) for kids. *Pediatrics* 1989; 74:478-486.
24. Mitchell EA, Ferguson V, Norwood M. Asthma education by community child health nurses. *Arch Dis Child* 1986; 61:1.184-1.189.
25. Clark NM, Feldman CH, Evans D, Levison MS, Wasilewski Y, Mellins RB. The impact of health education on frequency and cost of health care use by low income children with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1986; 78:108-115.
26. Smith NA, Seale SP, Ley P, Shaw J, Bracs PU. Effects of intervention on medication compliance in children with asthma. *Med J Aust* 1986; 144:119-122.
27. Rubin DH, Bauman LJ, Lauby SL. The relationship between knowledge and reported behavior in childhood asthma. *J Dev Behav Pediatr* 1989; 10:307-312.
28. Perrin JM, MacLean WE Jr, Gortmaker SL, Asher KN. Improving the psychological status of children with asthma: a randomized controlled trial. *J Dev Behav Pediatr* 1992; 13:241-247.