

**Educación: un pilar importante en el tratamiento del paciente asmático**

**Education: an important support for the management of the asthmatic patient**

**Dr. Carlos Coronel Carbajal; Elizabeth Cutiño Cabrera; Milays Machado Galindo; Dalia Acosta Fernández**

Hospital Docente General Armando Enrique Cardoso. Guáimaro, Camagüey. Cuba.

**RESUMEN**

Se presenta un estudio observacional de 46 pacientes asmáticos, divididos en dos grupos, A y B. El grupo (A) recibió orientación educativa y el grupo B (22 pacientes) solo tratamiento farmacológico, con el objetivo de conocer el valor de la educación en el paciente asmático y sus familiares. Dicho estudio fue efectuado en el hospital Armando E. Cardoso en el período de un año. Como resultado se obtuvo menor número de ingresos y de crisis en el grupo A, así como un menor ausentismo escolar, disminución en la duración de las crisis, además una reducción de la asistencia al servicio de urgencias en dicho grupo en comparación con el grupo B. Se concluyó que la educación es un pilar importante en el manejo del paciente asmático.

**DeCS:** ASMA; EDUCACIÓN.

**ABSTRACT**

An explicative observational study of 46 asthmatic patients is presented. They were divided to two groups, A and B. The (A) group received educative counselling and the group (22 patients) only pharmacologic treatment with the aim of knowing the value of education in the asthmatic patient and his parents. The said study was carried out in Armando E. Cardoso Hospital during one year. The results were the

following , lower number of admissions and crises in the (A) group as well as a lower school absentism, decrease in the crisis duration, also reduction in the attendance to the emergency servicio in the said group, compared with the (B) Group Concluding, education is an important support in the management of the asthma patients.

**DeCS:** ASTHMA; EDUCATION.

## **INTRODUCCIÓN**

El asma bronquial es una enfermedad crónica muy frecuente en los niños y adolescentes (1). En los Estados Unidos se ha calculado que asisten al servicio de urgencias, por esta causa 1,8 millones de pacientes cada año, lo que presenta un gasto de 430 millones de dólares (2). El incremento de este padecimiento crónico ha motivado múltiples investigaciones en busca de tratamiento efectivo y se han ensayado múltiples medicamentos. Actualmente los esteroides son los más utilizados por su efecto inflamatorio (3, 5), aunque otros se mantienen, pues resuelven el broncoespasmo y en este grupo están los  $\beta_2$  agonistas (6, 9). También son de importancia los que previenen las crisis como son los Cromoglicato disódico y Nedocromil sódico (10, 12). Todas estas drogas resuelven la crisis o la previenen de cierto modo. Pero la educación al paciente es prioritaria en el manejo del asmático (13, 15). Puede tener tanto valor como el de cualquier droga, o aún mayor, pues se evita el uso excesivo de medicamentos antiasmáticos (5) y por lo tanto la aparición de sus conocidos y temidos efectos adversos (7, 9, 15, 16). La educación del paciente asmático acerca de su enfermedad es un aspecto esencial en el manejo de la misma y desdichadamente muchas veces es pasada por alto. Actualmente es inaceptable que un médico prescriba un tratamiento para el asma sin explicar al paciente lo que pretende lograr.

Es necesario que el paciente conozca los aspectos esenciales de la enfermedad y las bases generales de la terapéutica establecida. El tiempo invertido en las explicaciones al paciente le será recompensado al médico con una mejor aceptación del tratamiento por parte de éste. Así como un mejor control de la enfermedad (17).

Existen diversas experiencias en que la educación acerca de la enfermedad se ha extendido a grupos de asmáticos y sus familiares, con los que se han logrado resultados positivos que se traducen en la prevención de ataques agudos severos,

autotratamiento precoz, disminución de los días de ingresos en el hospital y la reducción del número de veces que tienen que acudir al hospital (18-19).

Nuestro principal objetivo es destacar la importancia de la educación al asmático y sus familiares.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio explicativo observacional de corte transversal a 46 pacientes asmáticos seleccionados al azar, a los que se ofreció un seguimiento por un año, en una consulta especializada, en el Hospital Docente "Armando E. Cardoso" de Güáimaro.

En el período comprendido entre mayo de 1998- mayo de 1999. La muestra se dividió en dos grupos A y B.

En el grupo A se hizo hincapié en la educación al paciente asmático y sus familiares, y en el grupo B, compuesto por 22 pacientes se insistió en el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Se confeccionó una historia individual y en cada consulta mensual se utilizaron las siguientes variables:

- a. Número de crisis
- b. Duración de las crisis
- c. Ausencia a la escuela
- d. Número de ingresos
- e. Asistencia al servicio de urgencias

Los resultados los exponemos en tablas, los datos fueron procesados de forma manual y con ayuda de una calculadora (Canon).

## **RESULTADOS**

Se estudiaron 46 niños en dos grupos A y B. En la Tabla 1 puede apreciarse la evolución comparativa de ambos grupos. Como se muestra, el número de crisis total del grupo A fue de 39 (1, 5 crisis por paciente), mientras que en el grupo B fue de 117 crisis al año (5, 3 por paciente).

**Tabla 1. Evolución comparativa de ambos grupos**

<b>Aspecto evaluativo</b>	<b>Grupo A</b>	<b>Promedio</b>	<b>Grupo B</b>	<b>Promedio</b>
<b>Número de crisis</b>	39 crisis	1,5 c/p	117 c	5,3 c/p
<b>Días de ausencia en la escuela</b>	57 días	2,3 d/p	160 d	7 d/p
<b>Número de ingresos</b>	22 ingresos	0,9 i/p	72 i	3,2 i/p
<b>Duración de las crisis</b>	88 días	3,3 d/p	131 d	5,9 d/p
<b>Asistencia al servicio de urgencias</b>	34 visitas	1,4 v/p	101v	4,5 v/p

**Fuente:** historia del paciente asmático

También se analizó la ausencia escolar, en el grupo A fue de 57 días (2, 3 días por paciente), mientras que el grupo B fue de 160 días (7 días por paciente). El número de ingresos también lo analizamos y encontramos un promedio de 0, 9 ingresos por paciente (22 ingresos) en el grupo A, en el B el promedio fue de 3, 2 ingresos por paciente (72 ingresos en total).

Fue motivo de análisis la duración del episodio o crisis en cada grupo, en el A la duración total fue de 88 días (promedio de 3, 3 días por paciente), en el grupo B los episodios duraron 131 días (promedio 5, 9 días por paciente). Otro aspecto evaluado en nuestro trabajo fue la asistencia al servicio de urgencias, los pacientes del grupo A asistieron en 34 ocasiones (1, 4 por paciente) y los del grupo B en 101 (4, 5 por cada paciente).

El asma, enfermedad respiratoria de evolución recurrente y distribución universal, ha motivado múltiples encuentros en aras de un tratamiento eficaz (20). Múltiples estudios y ensayos farmacológicos han sido publicados recientemente para demostrar la patogenia de esta afección crónica a quien se le atribuye ser un proceso inflamatorio crónico, producido por una serie de mediadores liberados por células activadas (21, 22).

De aquí que la mayoría de los trabajos editados correspondan a medidas farmacológicas y muy pocos se dedican a profundizar en las medidas educativas (13, 15).

La educación a familiares y pacientes asmáticos constituye un arma de mucho valor, pues como se muestra en nuestros resultados hay una notable diferencia entre los grupos comparados, donde uno recibió tratamiento farmacológico puro y

el otro grupo recibió orientación educativa encaminada a modificar el medio, reconocer los pródromos de la crisis, en fin orientaciones sobre un mejor conocimiento de la enfermedad (23).

Los resultados de esta investigación son alentadores, pues nos muestran como la educación es el pilar más importante en el tratamiento del paciente asmático y es arma a perfeccionar que tiene múltiples ventajas, tales como: la disminución de la asistencia a servicios médicos de urgencias, un menor gasto de fármacos, lo que por supuesto evita las acciones indeseables de las drogas antiasmáticas.

También este pilar tiene otras influencias positivas como la reducción del ausentismo escolar y laboral, ya que esta afección es la causante del mayor número de ausencias (24).

La duración del episodio también es menor en los pacientes con conocimientos de su enfermedad, ya que el tratamiento se efectúa precozmente y por lo tanto disminuye la severidad del proceso inflamatorio, responsable de la intensidad y duración del episodio asmático (15).

La reducción del número de ingresos es otro aspecto importante de la educación, también relacionado con el inicio de la terapéutica oportuna y una disminución en la exposición o agente desencadenante, ya sea específico o inespecífico (1, 25).

El número de crisis es otro punto en la evaluación de la severidad y evolución del paciente asmático, y como pudo apreciarse, los pacientes bien orientados tuvieron un número menor de crisis, lo que indica un mejor control de la enfermedad (1, 15). La orientación abarca desde las medidas preventivas hasta el uso correcto de inhaladores y debe incluir el reconocimiento de los pródromos y el inicio de un nuevo tratamiento efectivo. También es necesario explicar el carácter crónico de la enfermedad, y que una mejoría no significa curación sino control, por lo que no debe abandonar el tratamiento (17).

Los resultados de esta investigación no son más que un reflejo de la efectividad de la educación al paciente asmático, quienes incluso muestran un mejor crecimiento y desarrollo en comparación con los dependientes de la politerapia antiasmática, pero que además hay una mejor adaptación psicológica a la enfermedad en los pacientes bien orientados respecto a su enfermedad.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Bustos GJ, Saranz R. Asma Bronquial en niños y adolescentes: Actualización en Diagnóstico y Tratamiento. Arch Arg Pediatr. 1994;92:37-46.
2. Weiis KB, Hodson TA. An economic of asthma in the United States. N Engl Med. 1992;326:862-66.

3. Kerrebijin KF. Use of tropical corticosteroids in the treatment of childhood asthma. *Am Rev Respir Dis.* 1990;14(1):47
4. Brener M. Use of steroids and asthma. *Pediatr Am.* 1989;8(1):8.
5. Shapiro GG. Steroids and asthma. *Pediatrics.* 1995;96(2):347-48.
6. Canny C, Bohon D, Levinson H. Simpathomimetic drugs in acute asthma. *Am J Asthma Allergy Pediatrics.* 1989;2:165-70.
7. Spanger DL, Tinkelman DG. The side effects of beta-agonist in children. *Am J Asthma Allergy Pediatr.* 1988;2:172-5.
8. Reed C. Adrenergic bronchodilators: Pharmacology and toxicologic. *J Allergy Clin Immunol.* 1985;76:335-41.
9. Scalabrin DM, Naspitz ChK. Efficacy and side effects of salbutamol in acute asthma children comparison of oral route and two diferent nebulizer system. *J Asthma.* 1993;30:51-9.
10. Rainey DK. Evidence for the inflamatory activity of nedocromil sodium. *Clin Exp Allergy.* 1992;22:976-9.
11. Furukawa CT. Antiasthma agentes, cromolyn sodium and nedocromil sodium. *Inmunol Allergy Clin North.* 1990;10:503-14.
12. Edwards AM, Stevens MT. The clinical efficacy of inhaled nedocromil sodium in treatment of asthma. *Eur Respir J.* 1993; 6:35-41.
13. Mellins RB. Asthma education: a national strategy. *Am Rev Respir Dis.* 1989;140:577-78.
14. Mellins RB. Patient educations is Key to succesfull management of asthma. *J Respir Dis.* 1989;5(4):7-52.
15. Sterna JJJ, Serrano Sierra A. Tratamiento del asma. *Bol Med Hosp Inf Mex.* 1995;52(7):443-50.
16. Alvarez Sintes R, Rivero Martínez H. Xantinas del Asma ¿Ascenso o descenso?. *Rev Med Gen Integr.* 1995;11(4):342-53.
17. Almirall Collazo JJ. Asma Bronquial: Hechos y controversias. *Rev cub Med Gen Integr.* 1991;7(4):308-327.
18. Rinsgberg KC, Wicklund I, Wilhelmsen L. Education of adult patients at "Asthma Scholl; Effect on quality of life, knounlegde and need for nursing. *Eur Respir J.* 1990;3:33-37.
19. Hindi Alexander M, Cropp JA. Community and family program for children with asthma. *Ann allergy.* 1981;46:143-8.
20. Consenso Latinoamericano sobre diagnóstico y tratamiento del asma. *Rev Med Alerg inm.* 1994;44(1):3-23.
21. Bresllin AB. New developments in antiasthmatic drugs. *Med J Aust.* 1993;158:779.

23. Alvarez Sintés R, Peraza Fernández JL. Mediadores inflamatorios y asma bronquial. Rev Cub Med Gen Integral. 1995;11(2):176 -79.
24. National Asthma Education program. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda US dep of Health and Human Service, 1991. NIH publication No 3042.
25. Benedito Monleon MC, López Anbres JA, Botella Arbona C, Martorell Argones H. Personalidad y evolución del asma bronquial infantil. Rev Esp Pediatr. 1997;53(3):211-18.
26. González Pérez E, Rubio Calvo E. Tratamiento crónico del asma con antiinflamatorios inhalados. Ann Esp Pediatr. 1994;41(12):102-6.

*Dr. Carlos Coronel Carbajal.* Especialista de I Grado en Pediatría. Hospital Docente General Armando Enrique Cardoso. Guáimaro, Camagüey. Cuba.