
Educando en asma. Presentación

J.E. Blanco González

Pediatra. CS de El Casar de Talamanca. Guadalajara. España.

El asma es una de las enfermedades crónicas más importantes de la edad pediátrica, por epidemiología (alta prevalencia) y consumo de recursos asistenciales. Probablemente sea una de las que consume mayor cantidad de recursos en Atención Primaria (AP). Su prevalencia oscila en torno al 10% en la población pediátrica, y su mortalidad se ha reducido en los últimos años.

El impacto de la enfermedad asmática sobre la población infantil se puede valorar por aproximación a la situación clínica, funcional o de uso de recursos sanitarios. Podemos utilizar, a los efectos del taller y como acercamiento al problema a nivel nacional, este último grupo, concretamente el número de ingresos hospitalarios, que puede haber sido más influido por la accesibilidad proporcionada por la AP. En España se ha estado reduciendo el número de hospitalizaciones por dicho motivo¹, al igual que en los países de nuestro entorno²⁻⁵.

Los cambios producidos en la morbilidad y mortalidad de la enfermedad en las últimas décadas son sin duda en gran medida fruto de diferentes factores, interrelacionados entre sí de forma compleja, y entre los cuales se encuentra el establecimiento de programas y planes de atención al asma. En todos ellos, al igual que en las guías de práctica clínica, se considera la educación del paciente asmático, y la de su familia en el ámbito pediátrico, uno de los pilares de los mismos. Dichos planes se enfocan a mejorar el control clínico y terapéutico (autocontrol) de la enfermedad y la información de los pacientes y sus familias (educación), que incluya la facilitación de esquemas de actuación para poner en marcha por las propias familias o los pacientes ante la reagudización o empeoramiento de la enfermedad.

La atención de calidad al niño-adolescente con asma precisa varios factores: la capacitación de los profesionales implica-

Javier E Blanco González, jeblanco@sescam.jccm.es

El autor declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

dos, estructura y recursos para desarrollar el trabajo eficazmente y evaluar la satisfacción del paciente como medida del cumplimiento de sus expectativas⁶.

En España, los esfuerzos realizados en el ámbito de la educación del asmático en AP son notables. Se han utilizado estrategias de mejora basadas en cambios organizativos en la asistencia y de formación de los proveedores de la misma, especialmente en las que se derivan de un mejor uso de los fármacos inhalados. Sin embargo, aún hay margen de mejora, especialmente en las medidas educativas que se han mostrado eficaces. En el año 2001, el 90,4% de los pediatras de AP transmitía conocimientos sobre factores desencadenantes, el 81,7% sobre la técnica inhalatoria y solo un 41,2% entregaba un plan de acción escrito, un 40,2% entrenaba en el autocontrol y un 1,2% realizaba educación grupal⁶.

Bravata y cols.⁷ han realizado recientemente una revisión sistemática de la literatura sobre las intervenciones educativas que suponen mejoras en la calidad asistencial del asma pediátrica:

- Las intervenciones centradas en el autocontrol de la enfermedad logran reducir las tasas de días libres de síntomas (2,8% de mejoría –unos diez días al año–) y el absentismo mensual escolar (0,4% de mejoría

–un día al año–). Las intervenciones educativas que implican a padres/cuidadores están relacionadas con mejorías en los resultados clínicos (reducción del 1,2% en la tasa anual de hospitalizaciones).

- Las intervenciones orientadas a la formación de los profesionales responsables de la asistencia sanitaria (facilitando guías terapéuticas sobre el adecuado seguimiento y herramientas educativas para implantar entre los pacientes el autocontrol) suponen mejoras: en el uso de fármacos (incremento de uso de medicación inhalada), en los síntomas de asma y en el número de visitas a urgencias.
- Las intervenciones basadas en cambios organizativos de la asistencia pueden ser orientadas a la atención en clínicas con profesionales especializados en asma o a la atención en el ámbito escolar. Sus resultados mejoran el número de pacientes con tratamiento inhalado y el absentismo escolar por la enfermedad (aproximadamente 0,1 día al mes).
- Los estudios no objetivaron mejoría en la calidad de vida de los pacientes en los que las intervenciones educativas fueron individuales. Tampoco ninguna logró mejorar el número de

visitas urgentes a los dispositivos asistenciales.

- Las estrategias basadas en múltiples enfoques de mejora de la calidad asistencial tienen mejores resultados clínicos. Las intervenciones que incluyen múltiples sesiones educativas, con mayor duración en el seguimiento y con combinación de modalidades de instrucción son más efectivas.

Existen otras publicaciones que matizan estos resultados, como la efectividad de los programas educativos para reducir las visitas al Servicio de Urgencias, mostrando eficacia también en este ámbito^{8,9}.

Esperamos con este taller facilitar los cambios en la actitud y los conocimientos sobre las intervenciones educativas que se pueden realizar en el asma infantil desde una consulta en AP.

Bibliografía

1. Barcala FJ, Viñas JA, Cuadrado LV, Bourdin A, Dobaño JM, Takkouche B. Trends in hospital admissions due to asthma in north-west Spain from 1995 to 2007. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2010;38:254-8.

2. Bugalho de Almeida A, Covas A, Prates L, Fragoso E. Asthma hospital admission and mortality in mainland Portugal 2 000-2007. *Rev Port Pneumol*. 2009;15:367-83.

3. Pascal L, Fuhrman C, Durif L, Nicolau J, Charpin D, Dujols P *et al*. Trends in hospital admissions for asthma in France, 1998-2002. *Rev Mal Respir*. 2007;24:581-90.

4. Anderson HR, Gupta R, Strachan DP. 50 years of asthma: UK trends from 1955 to 2004. *Thorax*. 2007;62:85-90.

5. Engelsvold DH, Øymar K. Hospital admissions for acute asthma in children. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2003;123:3517-9.

6. Lora Espinosa A; GVR AEPap. Asistencia al niño y adolescente con asma en Atención Primaria. Situación actual y propuestas de mejora. *An Pediatr (Barc)*. 2003;58:449-55.

7. Bravata DM, Gienger AL, Holty J-EC, Sundaram V, Khazeni N, Wise PH *et al*. Quality Improvement Strategies for Children With Asthma: A Systematic Review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163:572-81.

8. Boyd M, Lasserson TJ, McKean MC, Gibson PG, Ducharme FM, Haby M. Intervenciones educativas para niños en posible visita al servicio de urgencias a causa del asma (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD001290. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

9. Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Intervenciones educativas para el asma infantil (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4*. Oxford: Update Software Ltd. Consultada el 13-Septiembre-2011. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).