EDITORIAL

LA EDUCACIÓN EN EL MANEJO DEL ASMA

Luis Manuel Entrenas Costa

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

En los últimos años hemos asistido a un cambio en la concepción del tratamiento del asma bronquial. A falta de novedades terapéuticas (excepto los antileucotrienos), sí podemos afirmar que hemos aprendido a reutilizar el arsenal disponible, especialmente los esteroides inhalados y los agonistas β-2, de tal modo que hemos pasado en poco tiempo de prescribir broncodilatadores a antiinflamatorios al reconocer el papel que desempeña la inflamación sobre el broncoespasmo, basta con comparar la definición de asma que se hace en el simposium CIBA[1] con la del Consenso de 1992[2].

Un segundo dato importante que viene a sumarse a la disponibilidad de un "tratamiento eficaz" es el aprendizaje de un "manejo eficaz". La concepción de un modelo escalonado para la clasificación, donde con muy pocos datos clínicos y funcionales puede situarse al paciente en un estadio determinado, y el hecho de que cada escalón lleve aparejado un tratamiento concreto facilita enormemente el manejo. Disponiendo de medicación y manejo eficaces podría pensarse que se lograría alcanzar el control de la enfermedad en la mayoría de los pacientes, pero los estudios que tratan de determinarlo apuntan justo en el sentido opuesto[3]. Es decir, parece existir un desfase entre el estado del conocimiento teórico de la enfermedad y su traslado práctico al paciente. Sin embargo, la explicación surge rápidamente. En algunos casos, los médicos no siguen las recomendaciones de lo que hoy se considera un tratamiento adecuado, pero la mayoría de las veces son los pacientes los que no obedecen las instrucciones del médico. Este hallazgo del fracaso por incumplimiento, en especial de las indicaciones terapéuticas, es común a la mayoría de las enfermedades crónicas muy prevalentes (diabetes, hipertensión...)[4], en las que pese a disponer de tratamiento y medidas eficaces no se consigue un buen control.

En los procesos agudos, el paciente puede ser considerado como un mero receptor pasivo de cuidados ya que su relación con la enfermedad finaliza en un periodo corto de tiempo. Sin embargo, en una enfermedad crónica como el asma, la vida del paciente se ve forzosamente modificada. Además, por el hecho de ser cambiante, el tratamiento debe adaptarse a las circunstancias del proceso, por lo que el mismo paciente pasa a convertirse en un agente activo. No le basta con saber "qué me pasa", sino que se transforma en una pieza más para lograr los objetivos del tratamiento, claramente especificados en las normativas: control sintomático, recobrar las funciones físicas y psicosociales, así como eliminar la interferencia que la enfermedad supone con las relaciones sociales y la calidad de vida. Para esto, el asmático debe aprender a manejar su tratamiento, no sólo para prevenir y controlar los síntomas, sino también para ser capaz de identificar y evitar las causas de los mismos, desarrollar y mantener una integración socio-familiar y poder comunicarse rápida y efectivamente con los elementos del sistema sanitario responsables de su salud.

Cumplir con las recomendaciones terapéuticas es sólo un medio para lograr el control de la enfermedad.

NEUMOSUR 2001; 13, 3: 153-155

Correspondencia:
Luis Manuel Entrenas Costa
Avda. de las Ollerías 1, portal 10, 4º-2
14001 Córdoba
957 490 275
lmentrenas@macom.es

La educación del asmático abarcaría todo el conjunto de actuaciones que, a la vez que mejoran el cumplimiento, logran controlar la enfermedad. Estas actuaciones podrán ser de índole meramente informativa (si conoce la enfermedad será más cumplidor) o de índole conductal, modificando comportamientos. Ambas combinadas y reiteradas en el tiempo han demostrado su eficacia[5].

En el caso particular del asma se complica más. Aunque algunas indicaciones de tipo general valen para todos los pacientes, no se pueden abarcar las distintas posibilidades de todos dada la variabilidad de la enfermedad, por lo que el objetivo será que al final del proceso educativo sean los propios pacientes capaces de desarrollar las estrategias necesarias para tomar sus propias decisiones y que éstas se sitúen siempre dentro de las guías de orientación proporcionadas por su médico.

Este proceso no es más que "educar al adulto". Sin embargo, los profesionales de la salud no hemos sido entrenados para ello y si queremos controlar el asma deberemos adquirir estas habilidades o contar con los profesionales que sí las tienen desarrolladas. En la mayoría de nuestros centros no pasamos de las actuaciones meramente informativas: qué es la enfermedad, cómo se utilizan los dispositivos... o incluso se han implantado programas de autocontrol basados en determinaciones de picos de flujo o manifestaciones clínicas. Pero como recientemente han demostrado J. Côté y cols., la simple prescripción de un plan de autocontrol no es capaz de disminuir la morbilidad[6]. Dar el siguiente paso, modificando el comportamiento del paciente e integrándolo como colaborador en el manejo de su enfermedad redundará en el futuro mejor control del asma, pese al rechazo inicial que pueda suscitar en la mayoría de nosotros el hecho de dar más responsabilidad e independencia al asmático lo que, además de suponer un reto cultural, será una nueva carga de trabajo.

En el presente número de Neumosur, JM Ignacio y cols.[7] nos presentan los resultados de un estudio prospectivo de los efectos que tiene la implantación de un programa educativo sobre la morbilidad y la función pulmonar en asmáticos. Aunque inicialmente la utilidad de estos programas fue muy discutida, en el momento actual parece aceptado que los que incluyen información general sobre la enfermedad y su tratamiento, uso de dispositivos inhalatorios, información sobre manejo domiciliario de agudizaciones (con control clínico o medición de pico de flujo) e instrucciones escritas individualizadas, son útiles para un mejor control de la enfermedad[8] como ya demostró este grupo[9]. Sin embargo, la utilidad de los mismos a largo plazo no ha sido estudiada ya que la mayoría de los trabajos publicados evalúan la eficacia en un plazo más o menos corto, demostrando una pérdida de la misma con el tiempo[10].

En este sentido, el trabajo de JM Ignacio puede aportar indicaciones importantes de cómo y cuando realizar este proceso continuo de la educación, ya que demuestra que con un refuerzo anual se mantiene a largo plazo la disminución de la morbilidad y la mejora de la función pulmonar que se logran en un primer momento.

A la vista de estos hallazgos, sólo cabe esperar que las futuras ediciones de los documentos de consenso internacional para el diagnóstico y tratamiento del asma incorporen ya capítulos específicamente dedicados a la educación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ciba Guest Symposium. Terminology, Definitions and Classifications of Chronic Pulmonary Emphysema and related conditions. Thorax 1959; 14: 286-302.
2. National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health. International Consensus Report on Diagnosis and Management of Asthma. NIH pub no. 92-3091. Bethesda, MD. U.S. Department of Health and Human Services, 1992.
3. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J 2000; 16: 802-807.
4. Tudor Hart J. Necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera. Aten Primaria 1984; 1: 109-115.
5. Merino J, Gil VF. Cumplimiento: un hallazgo y un desafío. Med Clin (Barc) 2001; 166 (supl 2): 1-3.
6. Côté J, Bowie DM, Robichaud P, Parent JG, Battisti L, Boulet LP. Evaluation of Two Different Educational Interventions for Adult Patients Consulting with an Acute Asthma Exacerbation. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1415-1419.
7. Ignacio García JM, Cabello Rueda F, Pinto Tenorio M, Chocrón Giráldez M, López-Cozar Gil AI, Ignacio García JM, Hita Iglesias C. El Impacto de la Educación en el Asma a largo plazo Neumosur 2001; 13: nº 3 págs. 171-181
8. Gibson PG, Cughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Bauman A, Hensley MI, et al. Self-management

education an regular practitioner review for adults with asthma. In: Cochrane Collaboration ed. Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software 1999.

9. Ignacio García JM, González Santos P. Asthma self-management education program by home monitoring of peak expiratory flow. Am J Respir Crit Care Med 1995; 151: 353-359.

10. D´sousa W, Slater T, Fox C, Fox B, Te Karu H, Gemmell T, et al. Asthma morbidity 6 yrs after an effective asthma self-management programme in a Maori community. Eur Respir J 2000; 15: 464-469.