



## Editorial

## Educación en asma

## Education in asthma

 Francisco-Javier González-Barcala<sup>a,b,c,d,\*</sup>, Nuria García-Couceiro<sup>c,d</sup> y David Facal<sup>d,e</sup>
<sup>a</sup> Departamento de Medicina, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

<sup>b</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), España

<sup>c</sup> Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

<sup>d</sup> Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España

<sup>e</sup> Departamento de Psicología Evolutiva e da Educación, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España


La educación es un aspecto integral en el desarrollo de los seres humanos, y debe de integrarse, también, en su experiencia como pacientes. La etimología de la palabra educar nos lleva a considerar 2 puntos de vista. Por una parte el *educere*, entendido como la extracción de la potencialidad del sujeto a educar. Al mismo tiempo se debe considerar el *educare*, vinculado con los significados de criar o alimentar, atendiendo a las influencias exteriores para formar al individuo. Esto implica considerar a educando, educador, la realidad previa de ambos y sus interacciones.

El asma es una enfermedad crónica, que afecta a todas las edades y cursa con agudizaciones que generan un importante impacto en los pacientes y la familia. Estas exacerbaciones condicionan frecuentes visitas médicas o a servicios de urgencias, ingresos hospitalarios, así como absentismo laboral o escolar, requiriendo incrementar el tratamiento habitual con el consiguiente impacto añadido de mayor coste económico y más efectos secundarios<sup>1,2</sup>.

El correcto diagnóstico y tratamiento nos llevaría al objetivo fundamental de un buen control de la enfermedad, permitiendo a los pacientes desarrollar con normalidad su vida diaria. Para ello son de gran ayuda las múltiples guías disponibles. Pero más allá de las guías está el mundo real; y en este los resultados son menos satisfactorios, pues la incidencia de ingresos hospitalarios, la mortalidad o el absentismo laboral continúan siendo elevados en nuestro entorno, como nos demuestran publicaciones recientes.

En España se han realizado diferentes programas de educación, con diferencias relevantes en cuanto a metodología de la intervención, población diana o tiempo de seguimiento, demostrando todos ellos algún impacto beneficioso en la evolución de la enfermedad<sup>2-4</sup>. El primero, en orden cronológico, se desarrolló en el área de un hospital general de Andalucía a finales del siglo pasado, con población de 14-65 años. Incluía un completo programa de educación en asma, con refuerzos a los 3, 6 y 12 meses, y anualmente hasta los 3 años. Los resultados mostraron una reducción en

número de ausencias escolares o al trabajo, visitas no programadas al médico, síntomas nocturnos y en la utilización de corticoides orales, además de mejorar la función pulmonar. Destacar la elevada tasa de cumplimiento, ya que solo se perdieron para el seguimiento el 3% de los pacientes<sup>2</sup>.

Entre los años 2005-06 se llevó a cabo un estudio multicéntrico prospectivo en las áreas sanitarias de 5 hospitales, incluyéndose pacientes entre 15 y 70 años, captados desde las consultas de atención primaria. Se realizó una breve intervención de 5 min en el momento del inicio del estudio, a los 3 y a los 6 meses. En el grupo de intervención se reducen las consultas al médico, tanto programadas como por exacerbaciones, y el absentismo laboral. En este caso, las pérdidas de pacientes para el seguimiento eran mayor, alrededor del 30%<sup>4</sup>.

Más recientemente, el área de asma de SEPAR realizó un estudio multicéntrico incluyendo población entre 18-70 años, con una breve intervención educativa repetida trimestralmente a lo largo de un año. Los pacientes procedían tanto de atención primaria como de servicios de neumología. Las pérdidas en el seguimiento fueron escasas, inferiores al 3%. La intervención demostró beneficios en el control del asma y la calidad de vida, así como reducción de la tasa de exacerbaciones<sup>5</sup>.

Otros estudios parecen sustentar el beneficio de intervenciones educativas en entornos asistenciales diferentes. Boulet et al. en Quebec demuestran beneficios, también en centros de atención primaria, superando de esta forma una de las principales barreras para su desarrollo, que es el desplazamiento a centros especializados<sup>1</sup>. En este estudio se hace una intervención educativa completa al inicio del programa con refuerzos posteriores a las 4-6 semanas, a los 4-6 meses y al año. Como principales resultados se observó disminución de las visitas no programadas al médico, del consumo de antibióticos y de corticoides orales, así como mejoría de la técnica de inhalación. Como punto en contra destaca la baja tasa de cumplimiento, ya que solo concluyen el estudio 124 pacientes (el 28% del total).

Otros trabajos sustentan la utilidad en pacientes de edad avanzada o de la utilización de un sistema de recuerdo audiovisual<sup>6,7</sup>. En los grupos de mayor edad es especialmente relevante adaptar el

\* Autor para correspondencia.

 Correo electrónico: [francisco.javier.gonzalez.barcala@sergas.es](mailto:francisco.javier.gonzalez.barcala@sergas.es)  
(F.-J. González-Barcala).

programa educacional a las características de los pacientes, dado el deterioro cognitivo y funcional inherente a la edad<sup>8</sup>.

Las guías de manejo del asma aconsejan implementar los programas de educación en el seguimiento de la enfermedad, existiendo documentos de consenso que identifican los aspectos a incluir en un programa de educación<sup>9</sup>. Así, los programas revisados centran sus objetivos en el control del asma y la adherencia al tratamiento, incluyéndose programas basados en el conocimiento general sobre la enfermedad, los planes de acción y el control de riesgos ambientales<sup>1–4</sup>, y otros más específicos sobre el uso de inhaladores<sup>5,6</sup>. Sin embargo, frente al consenso mayoritario, algunos autores reflejan inconsistencias en cuanto al beneficio obtenido<sup>10</sup>. Las principales discrepancias parecen relacionadas con la heterogeneidad de los propios programas, que además son en sí mismos complejos por las múltiples interacciones a considerar.

En conclusión, consideramos que los programas de educación en asma son útiles para el mejor manejo de estos pacientes. En el momento actual parece demostrada su eficacia en diferentes entornos clínicos o sociales, y con distintos tipos de intervenciones. Cuando se realizan intervenciones de calidad, los resultados conducen a mejorías significativas en el pronóstico de la enfermedad<sup>1–4</sup>. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de estudios muestran resultados favorables, los programas planificados de educación en asma se aplican en menos de un tercio de los pacientes<sup>9</sup>. Sería deseable abundar en la aplicación de este tipo de programas, y hacerlo a través de estudios que nos permitan conocer más sobre aspectos y componentes de los programas, en qué pacientes y entornos son más eficaces, con qué abordaje psicopedagógico (explicación verbal individual o grupal, demostración, práctica guiada, técnicas

de discusión y/o información escrita), y con qué duración y coste mínimos.

## Bibliografía

1. Boulet LP, Boulay MÈ, Gauthier G, Battisti L, Chabot V, Beaulieu MF, et al. Benefits of an asthma education program provided at primary care sites on asthma outcomes. *Respir Med*. 2015;109:991–1000.
2. Ignacio-García JM, Pinto-Tenorio M, Chocrón-Giráldez MJ, Cabello-Rueda F, López-Cozar Gil AI, Ignacio-García JM, et al. Benefits at 3 years of an asthma education programme coupled with regular reinforcement. *Eur Respir J*. 2002;20:1095–101.
3. Plaza V, Peiró M, Torrejón M, Fletcher M, López-Viña A, Ignacio JM, et al. A repeated short educational intervention improves asthma control and quality of life. *Eur Respir J*. 2015;46:1298–307.
4. Morell F, Ojanguren I, Cordovilla R, Urrutia I, Agüero R, Guerra J, et al. Two short interventions to reduce health care requirements in asthma patients. A multicentre controlled study (ASTHMACAP II). *Med Clin (Barc)*. 2014;142:348–54.
5. Foster JM, Usherwood T, Smith L, Sawyer SM, Xuan W, Rand CS, et al. Inhaler reminders improve adherence with controller treatment in primary care patients with asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;134:1260–8.
6. Crane MA, Jenkins CR, Goeman DP, Douglass JA. Inhaler device technique can be improved in older adults through tailored education: Findings from a randomized controlled trial. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2014;24:14034.
7. Lee MG, Cross KJ, Yang WY, Sutton BS, Jiroutek MR. Frequency of asthma education in primary care in the years 2007–2010. *J Asthma*. 2015 [Epub ahead of print].
8. Facal D, González-Barcala FJ. Age-related changes in respiratory function and daily living. A tentative model including psychosocial variables, respiratory diseases and cognition. *Curr Aging Sci*. 2016;9:71–6.
9. Gardner A, Kaplan B, Brown W, Krier-Morrow D, Rappaport S, Marcus L, et al. National standards for asthma self-management education. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2015;114:178–86.
10. Cabana MD, Coffman JM. Recent developments in asthma education. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2011;11:132–6.