

COLUMNA DE OPINIÓN

Esta columna de opinión de la Revista NEUMOLOGIA PEDIATRICA desarrolla una postura frente a diversas condiciones respiratorias de elevada importancia sanitaria en el medio.

Cada autor expondrá un problema, la evidencia publicada y finalmente una opinión o reflexión frente a la misma en sólo 1.000 palabras. Las opiniones vertidas en esta sección no repre-

sentan el pensamiento del cuerpo editorial de la Revista ni tampoco de la Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DEL ASMA EN NIÑOS

ADHERENCE TO ASTHMA TREATMENT IN CHILDREN

El asma bronquial es un importante problema de salud pública a nivel mundial. Se estima que 339 millones de personas padecen esta enfermedad y que es causa de 250.000 muertes anuales (1). El asma es la enfermedad crónica más frecuente en los niños y es una causa frecuente de consulta a Servicios de Urgencia y de hospitalización.

En nuestro país, la tasa de hospitalización en niños es de 7,8 por 10.000 habitantes y la de mortalidad de 0,37 por 100.000 habitantes (2,3).

El estándar de oro para el tratamiento del asma son los corticoides inhalados, ya que tienen una gran eficacia clínica, además de ser la única terapia que reduce la mortalidad (4,5).

En Chile, todos los pacientes tienen acceso garantizado a este tratamiento gracias al programa AUGE/GES (Acceso Universal a Garantías Explícitas/Garantías Explícitas en Salud), con lo que debiéramos esperar una muy buena evolución en nuestros pacientes. Sin embargo, esto no sucede en un grupo importante, debido a la falta de adherencia al tratamiento de mantención, estimada en 30 a 70% (6). En un estudio realizado en nuestro país en niños hospitalizados, pudimos observar que 52,5% estaba sin un tratamiento de mantención y en el grupo tratado se observó una mala adherencia en el 52,1% (7).

Se considera que una adherencia adecuada es cuando el paciente utiliza la medicación 80% o más de lo indicado. La falta de adherencia al tratamiento conduce a un mal control de la enfermedad, mayor riesgo de crisis, costos en salud y mortalidad. Lograr mejorar la adherencia es clave para evitar la serie de consecuencias negativas a las que conduce. Lo primero es cuantificar la adherencia para lo cual hay distintos métodos. El primero de ellos y el más utilizado es el reporte espontáneo de los padres, sin embargo, es el menos sensible ya que los padres tienden a sobrestimar la adherencia. Otro es evaluar los registros de farmacia, esta es una medición más objetiva,

sin embargo, solo refleja que el paciente retiró la medicación, pero no necesariamente que la utilizó. Otra alternativa es ver el peso del inhalador al entregarlo y luego en el control. Este es un método utilizado en investigación y tampoco es exacto, ya que el paciente puede vaciar el dispositivo sin que estemos seguros de que lo haya utilizado. Finalmente, el método más seguro y objetivo es el uso de monitores electrónicos (8). Estos se adosan al inhalador del paciente y con ellos podemos saber el día y la hora que el paciente utilizó el dispositivo, lamentablemente no están disponibles en Latinoamérica.

Para enfrentar a un paciente con mala adherencia al tratamiento tenemos que indagar más profundamente en su origen, y así realizar la intervención más adecuada. La mala adherencia puede ser no intencional o intencional (8).

En la no intencional el paciente quiere usar el tratamiento, pero no lo hace por barreras que van más allá de su control. Por ejemplo, por falta de entendimiento del régimen de tratamiento ya sea por una comunicación médico-paciente inadecuada o por barreras de lenguaje. Otras causas son: falta de acceso por problemas económicos, técnica inhalatoria incorrecta y el simple olvido. La falta de adherencia no intencional puede mejorar con actividades educativas. Esta debe hacerse en un lenguaje fácil de entender, evitando los tecnicismos y al mismo tiempo dejando espacio para que el paciente pueda aclarar todas sus dudas. Es muy importante que el médico sea empático, ya que de esta manera es más probable que se establezca una colaboración terapéutica y por lo tanto una mejor adherencia. Es fundamental además enseñar la técnica inhalatoria correcta para cada dispositivo. Esto es vital si queremos lograr una buena llegada de los medicamentos a la vía aérea. El olvido como causa de falta de adherencia es frecuente en los adolescentes. Para ayudarlos es útil el uso de alarmas o recordatorios en el celular (9).

La falta de adherencia intencional es más compleja de manejar, ya que en este caso el paciente o sus padres deciden deliberadamente no usar el tratamiento por distintos motivos, como falsas creencias (miedo a los efectos adversos o dependencia la medicación o la creencia que el tratamiento no es necesario durante los periodos sin crisis). Otro motivo es la inconveniencia con el régimen de tratamiento, ya sea el número de dosis o la frecuencia de administración, sobretodo si el paciente recibe más de un medicamento. También está el factor psicológico como la rebeldía en los adolescentes, la depresión y la ansiedad. Finalmente, otra causa es la negación del diagnóstico. En el caso de la falta de adherencia intencional el abordaje incluye nuevamente actividades educativas, pero además requiere de un manejo conductual con un equipo multidisciplinario que incluya al broncopulmonar, enfermera y psicólogo infantil. Es importante además tratar de simplificar el esquema terapéutico de manera que se adapte mejor al paciente y sus necesidades. Al respecto se ha demostrado que el uso de la medicación 1 vez al día mejora la adherencia (10).

Ciertamente, la educación en asma es un pilar fundamental del tratamiento, de igual importancia que la medicación. No se puede tener éxito en el manejo de una enfermedad crónica sin las actividades educativas, las cuales deben incluir información acerca de la enfermedad y enseñar la técnica inhalatoria correcta, al mismo tiempo que se deben derribar mitos o falsas creencias. Se debe además dar conocimientos acerca de identificación de desencadenantes específicos. También es importante enseñar técnicas de automonitoreo, sobre todo en adolescentes que tienden a subvalorar sus síntomas. Es muy importante el control médi-

Dra. Ana María Herrera
Clínica Santa María
Universidad de Los Andes
amherragana@gmail.com

co periódico y no solo cuando el niño esté con crisis. Esto nos permite la identificación de posibles problemas emocionales, de conducta o psicológicos, estimular la práctica de deporte y hábitos de vida saludables, sobretodo en adolescentes. Además, el control médico regular permite ajustar la terapia si es necesario y reforzar contenidos educativos. Finalmente, todo programa educativo debiera proveer al paciente de un plan de acción escrito, de manera que éste sepa que hacer frente al inicio de una crisis en domicilio.

Pienso que en Chile la educación en asma es aun una tarea pendiente, creo firmemente que debemos establecer actividades educativas formales y estandarizadas para todos los pacientes con asma a lo largo del país, lo que ciertamente, junto con el acceso garantizado a la medicación, hará que nuestros niños asmáticos alcancen el control de la enfermedad y logren una buena calidad de vida

Se declara no presentar conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. The Global Asthma Report 2018. [Internet] Auckland, New Zealand: Global Asthma Network, 2018, c2018 [cited 2022 Mar 09] Available in <http://globalasthmareport.org/>
2. Herrera AM, Cavada Ch Gabriel, Mañalich M Jaime. Hospitalizaciones por asma infantil en Chile: 2001-2014. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2017 [citado 2022 Abr 29] ; 88(5): 602-607. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000500005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000500005>.
3. Herrera Gana Ana María, Cavada Chacón Gabriel. Tasas Regionales de hospitalización y mortalidad por asma infantil en Chile. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2020 Ago [citado 2022 Abr 29] ; 91(4): 507-511. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000400507&lng=es. Epub 11Sep2020. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i4.1489>.
4. Barnes PJ. Efficacy of inhaled corticosteroids in asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 1998 Oct;102(4 Pt 1):531-8. doi: 10.1016/s0091-6749(98)70268-4. PMID: 9802359.
5. Suissa S, Ernst P, Benayoun S, Baltzan M, Cai B. Low-Dose Inhaled Corticosteroids and the Prevention of Death from Asthma. *N Engl J Med* 2000; 343:332-6
6. Desai M, Oppenheimer JJ. Medication adherence in the asthmatic child and adolescent. *Curr Allergy Asthma Rep* 2011;11:454-464
7. Herrera AM, Brand P, Cavada G, Koppmann A, Rivas M, Mackenney J, et al. Hospitalizations for asthma exacerbation in Chilean children: A multicenter observational study. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2018; 46(6): 533-38.
8. Klok T, Kaptein AA, Brand P. Non-adherence in children with asthma reviewed: The need for improvement of asthma care and medical education. *Pediatric Allergy and Immunology* 2015; 26:197-205
9. De Simoni A, Fleming L, Holliday L, Horne R, Priebe S, Bush A, et al. Electronic reminders and rewards to improve adherence to inhaled asthma treatment in adolescents: a non-randomised feasibility study in tertiary care. *BMJ Open* 2021 Oct 29;11(10):e053268
10. Drouin O, Smyrnova A, Bétinjané N, Ducharme FM. Adherence to inhaled corticosteroids prescribed once vs twice daily in children with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2022 Jan 22;S1081-1206(22)00022-9