

## **Modificaciones del conocimiento en pacientes asmáticos sobre el uso de los inhaladores**

**Objetivo.** Evaluar la eficacia de un modelo de intervención para modificar los conocimientos de los pacientes asmáticos en el uso de los inhaladores antiasmáticos.

**Diseño.** Se realizó un estudio de intervención comunitaria a través del cual controlamos la variable conocimiento sobre el uso de los inhaladores y evaluamos con posterioridad, después de 3 meses, la eficacia de la intervención.

**Emplazamiento.** Policlínica Armando García Aspurú. Santiago de Cuba. Cuba.

**Participantes.** Muestra aleatoria de 26 pacientes elegidos entre los casos con diagnóstico de asma bronquial y en tratamiento con inhaladores betaadrenérgicos y cronoglicato de sodio mayores de 15 años, que participaron en la actividad educativa, entre el 4 de mayo y el 4 de agosto de 2005.

**Mediciones principales.** Edad, tiempo de asmático, conocimiento del uso de inhaladores antes y después de la intervención educativa.

**Resultados.** Del total de 26 pacientes estudiados, el 29,9% tenía una edad de 25-35 años, el 19,2% se encontraba entre los 45 y 54 años, al igual que el grupo de 55-64 años de edad, y sólo un 7,7% tenía edades > 65 años. En la distribución por sexos se precisó que el 80,7% correspondía al sexo femenino y

**Palabras clave:** Uso de inhaladores. Conocimientos. Intervención educativa.

**TABLA 1. Distribución según conocimientos en el uso de los inhaladores antes y después de la intervención**

Conocimientos	Antes		Después	
	N	%	N	%
Inadecuados	22	84,5	3	11,4
Adecuados	4	15,3	23	88,4
Total	26	100	26	100
				p = 0,05

el 19,2% al masculino. En el 38,4% de los pacientes, el médico no les mostró en la consulta inicial la utilización de los inhaladores a pesar de prescribírselos, por lo que se vieron en la necesidad de buscar otras fuentes de conocimientos para aprender a utilizarlos. El 19,3% lo aprendió por sí solo, el 11,3% por otro médico y el 7,65 restante por un familiar. El 92,3% inició el asma antes de los 15 años y sólo un 7,7% la tuvo por primera vez después de los 16 años, lo cual nos mostró que estos pacientes llevan ya varios años en tratamiento de su enfermedad y con el uso de los inhaladores. Resultó importante el hecho de que la mayoría de los encuestados (84,5%) (tabla 1) presentaba conocimientos inadecuados en relación con la utilización de los inhaladores y sólo un 15,3% fue evaluado con conocimientos adecuados. Tras poner en práctica el proceso de intervención educativa, el 88,4% demostró conocer el uso correcto de los inhaladores y sólo un 11,4% continuó con un uso incorrecto de éstos.

**Discusión y conclusiones.** Varios factores han sido señalados como determinantes en la mortalidad por asma. Uno de ellos consiste en los errores en la evaluación clínica de los síntomas y signos, así como el tratamiento impuesto y el uso incorrecto de broncodilatadores y corticoides, que cada día cobran mayor interés<sup>1-4</sup>.

Las razones más comunes de fallo en la farmacoterapia del asma son la falta de cumplimiento con el programa terapéutico y la técnica inadecuada del uso del inhalador<sup>5,6</sup>. La enseñanza de los conocimientos técnicos del uso de los medicamentos es particularmente importante<sup>7-9</sup> y casi todos los antiasmáticos, incluidos los más usados, como betaadrenérgicos y el cromoglicato de sodio, se administran mediante inhalación con dosis medidas por inhaladores

(MDI) o por inhalador de polvo seco donde se necesitan enseñanzas y repeticiones de lo señalado.

A pesar de las recomendaciones disponibles acerca de las enseñanzas de estas técnicas, aún son muchos los pacientes susceptibles de estos tratamientos que no las reciben. Nuestros resultados son comparables con los de otros estudios<sup>7-9</sup> y resultaron eficaces en el cambio positivo de los conocimientos, pero debemos aumentar los procesos de enseñanza, especialmente en prevención primaria, para lo que es necesario hacer una mayor difusión de estas recomendaciones, tanto a los médicos de atención primaria como a los pacientes.

**José Rafael Labori Ruiz<sup>a</sup>  
y Teresa Araujo Heredia<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Departamento de Maestrías. Coordinación de la Maestría de Atención Primaria de Salud. Santiago de Cuba. Cuba.

<sup>b</sup>Medicina Interna. Medicina Familiar. Facultad de Medicina 2. Santiago de Cuba. Cuba.

1. Maddaleno M. La salud del adolescente y del joven. Publicación científica. OPS. Washington: 1995. 552.
2. Análisis de indicadores seleccionados de los objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud pública cubana hasta el año 2000. La Habana: Minsap; 1995.
3. Cates C. Chronic asthma. Clinical evidence. BMJ. 2001;323:976-9.
4. Kalister H. Treating children with asthma. A review of drug therapies. West J Med. 2001;174:415-20.
5. Fernández JB. Tratamiento con broncodilatadores en urgencias de pediatría: nebulización versus inhalación con cámara espaciadora. Arch Pediatr. 2003;74.
6. Benito J, Mintegui S, Sánchez J, Vázquez MA, Pijoan JI. Eficacia de la administración precoz de bromuro de ipratropio nebulizado en niños con crisis asmática. An Esp Ped. 2000;53:217-22.
7. Cockroft D. Tratamiento extrahospitalario del asma bronquial. Rev Clin Nov Am. 1990;3:871.
8. Bandera Jiménez D. Evaluación de la calidad de la atención médica al asmático adulto. Trabajo de Grado. Santiago de Cuba, 1993.
9. Rodríguez Baamonde M. Educación en asma. Una visión desde la pediatría de Atención Primaria. Bol Pediatr. 2003;43:201-9.