



### Mª Inés Hidalgo Vicario

Pediatra. Doctora en Medicina. Acreditada en Medicina de la Adolescencia. Directora de Adollescere. Centro de Salud Universitario Barrio del Pilar. DAN. SERMAS. Madrid.

## El adolescente con asma

**E**l asma es la enfermedad crónica más frecuente en la edad infanto-juvenil con un gran impacto en toda la población. En los países desarrollados constituye un problema de salud pública ya que disminuye la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias con elevados costes sanitarios y sociales. La adolescencia, debido a sus características peculiares, es una época de riesgo para un buen control del asma.

Diferentes parámetros muestran el importante impacto del asma en la población:

- *La prevalencia:* La Encuesta Nacional de Salud<sup>(1)</sup> publicada en 2014, ofrecía un porcentaje de asma, en los últimos 12 meses por diagnóstico médico en España, del 4,5% para los niños de edades entre 0 y 4 años, del 5,8% en los de cinco a nueve años y del 5,6% si tienen entre 10 y 15 años. En el estudio ISAAC fase III<sup>(2)</sup> se observaron importantes variaciones geográficas en la población infanto-juvenil, con una alta prevalencia en el área atlántica y otra zona de menor prevalencia en el área mediterránea e interior de la península. Hay grandes diferencias a nivel internacional y nuestro país se encuentra en el área de prevalencia media. En cuanto a la gravedad, el asma episódica es la más frecuente, y solo el 2-4% de los niños y adolescentes presentan asma persistente grave.
- *La morbilidad.* Se observan problemas emocionales y de conducta, con una menor adaptación escolar. Discapacidad, ya que uno de cada ocho niños con asma presenta limitación de sus actividades, sobre todo en el caso de los adolescentes con notorio absentismo escolar. Alteración en la dinámica familiar tanto en los aspectos físicos, emocionales y económicos. Igualmente se produce un aumento del uso de los servicios de salud: acuden 1,9 veces más a Atención Primaria, 2,2 veces más a los servicios de urgencias y tienen 3,5 veces más hospitalizaciones.
- Los factores implicados en *la mortalidad del asma* son el infratratamiento o el incumplimiento terapéutico, la etiopatogenia alérgica y los factores psicosociales. Según los datos del INE<sup>(1)</sup> la Tasa total de mortalidad es de 2,04/100.000 habitantes y la tasa pediátrica de 0,7/1.000.000. A nivel mundial según la OMS, la tasa de mortalidad es de 3,73/100.000 habitantes y la tasa pediátrica de 3,5/1.000.000.
- *La carga económica* tanto del asma como de las enfermedades asociadas es elevada, sobre todo en la población infantil y en los países desarrollados representando el 1-2% del gasto sanitario<sup>(3)</sup>.

Son muchos los adolescentes que tienen un mal control del asma, lo cual está directamente relacionado con una peor calidad de vida. El mal control del asma con frecuencia es atribuido a la falta de adherencia al tratamiento que puede explicarse por varias razones como: las características propias de la adolescencia; la falta de confianza del paciente en el tratamiento continuado de base o en establecer una buena relación con el profesional; a una alta tolerancia, durante esta edad, a los síntomas del asma; a la dificultad del adolescente para comprender la cronicidad del asma y a un pobre manejo de la técnica de inhalación.

Durante el desarrollo adolescente se producen cambios físicos, cognitivos y psicosociales, y el tratamiento del asma puede constituir un importante desafío según el estadio de desarrollo en que se encuentre el joven.

La adolescencia media (14-17 años) es un periodo muy vulnerable ya que los jóvenes tienden a separarse de los padres y a incluirse en el grupo de amigos de capital importancia para ellos. No quieren ser diferentes de sus compañeros y pueden negar, ocultar o ignorar los síntomas del asma así como de la necesidad de tomar medicación; este fenómeno es evidente en los adolescentes con enfermedades crónicas que tienen una menor adherencia al tratamiento. Además el pobre desarrollo del pensamiento abstracto, el sentimiento de omnipotencia e invulnerabilidad, la necesidad durante esta época de trasgredir las normas para así reafirmar su autonomía e identidad y la dificultad para considerar las consecuencias futuras, -ya que, a nivel cerebral maduran antes los circuitos de recompensa que los de la corteza prefrontal-, pueden afectar a su capacidad para considerar las consecuencias negativas del infratratamiento del asma.

Por otro lado es conocido que durante esta época, los adolescentes acuden menos a la consulta médica y en el caso del asma, generalmente, suelen acudir solo ante las exacerbaciones (crisis).

En este periodo debe cambiarse el cuidado del asma dirigido hasta entonces por los padres, al cuidado realizado por el propio joven; es preciso para ello que éste adquiera habilidades para su autocuidado, disminuyendo progresivamente el nivel de supervisión de los padres y del médico. En ocasiones se producen problemas entre el joven y sus padres ya que estos tratan de mantener el control y los jóvenes sienten que no les comprenden sus sentimientos. El pediatra de Atención Primaria puede dirigirlo comenzando con las

visitas de padres y adolescente para posteriormente excusar a los padres y estar en la visita más tiempo con el joven. Esta aproximación facilita el traspaso del cuidado de los padres al joven y provee confidencialidad para que el joven pueda consultar y hablar de otras conductas y problemas que tenga como, por ejemplo, el uso de tabaco y otras drogas, revisar la técnica inhalatoria y desarrollar un plan de acción del asma compatible con los objetivos personales diarios del joven.

Además en esta etapa, existe una considerable diferencia entre la percepción del concepto de control de asma por parte del paciente y la definición clínica médica. Algunos pacientes no reconocen la severidad de sus síntomas como la presencia de sibilancias y la obstrucción a la entrada del aire. Los adolescentes parecen tolerar bien los síntomas de asma, cuando un profesional lo encontraría inaceptable y asumen las exacerbaciones leves como algo “normal” o atribuyen, equivocadamente, sus síntomas a otras causas (como obesidad o no estar en forma).

Otros factores que contribuyen durante esta edad, al mal control del asma son: el desconocimiento de otras causas de los síntomas de asma, tales como alergias, desencadenantes (infecciones, irritantes, medicinas, ejercicio...) y un limitado conocimiento de las opciones de tratamiento incluyendo un correcto uso de la medicación, además tienen unas expectativas muy bajas de recibir un tratamiento apropiado o establecer una buena relación con el médico. En aquellos pacientes que no consiguen el control del asma, siempre debe considerarse la posibilidad de una mala técnica inhalatoria. El tratamiento adecuado del asma también compete con otras prioridades de los jóvenes como repartir su tiempo entre la escuela, los amigos, los deberes escolares, el deporte y otras actividades. Por otro lado los adolescentes tienen miedo a una dependencia al tratamiento del asma, y de los posibles efectos adversos que conllevan el uso de corticoides tanto sistémicos como inhalados.

El término calidad de vida, en general, incluye la capacidad del funcionamiento personal, la calidad en las relaciones sociales, y también el bienestar psicológico, la felicidad y la satisfacción en la vida. Más específicamente, la salud relacionada con la calidad de vida incluye la evaluación del nivel de funcionamiento del paciente y su satisfacción con ello. La OMS lo define como un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, no solo la ausencia de enfermedad o cualquier dolencia. En la literatura médica se usan indistintamente ambos términos. Es preciso tener en cuenta que los diferentes aspectos que se incluyen en la calidad de vida no pueden separarse ya que están relacionados entre sí. Ejemplo: la participación de un paciente asmático en actividades sociales (dominio social) está disminuida debido a su capacidad limitada en completar las actividades físicas (dominio físico), esto incrementa el aislamiento del adolescente lo cual conduce a un aumento del riesgo de depresión, ansiedad y baja autoestima (dominio psicológico).

Estudios realizados sobre calidad de vida en adolescentes<sup>(4)</sup> revelan que lo más importante para estos es tener muchos amigos, ser populares y pertenecer a un grupo; también se ha observado que una autoimagen positiva y la autoconfianza son factores predictores para tener una buena calidad de vida.

El pediatra de Atención Primaria tiene un papel crucial tanto en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del adolescente con asma para conseguir un buen control y una buena calidad de vida, es decir, que pueda vivir como si no tuviera asma y con las mínimas limitaciones; para ello es imprescindible una buena educación sobre el asma tanto al paciente como a la familia implicando al ámbito escolar. Educar en asma no es solo dar información, sino aumentar los conocimientos, habilidades así como modificar comportamientos y se debe realizar en cada contacto con el adolescente, tanto en los controles periódicos de salud, como de forma oportunista y en la visitas por enfermedad. Se hará de manera progresiva y adaptada a cada paciente y a su familia.

Los aspectos que se deben abordar son:

- Informar y educar sobre la enfermedad. El profesional debe aclarar las creencias erróneas de los jóvenes, concienciarles sobre su enfermedad, explicarles las razones de la medicación y eliminar sus preocupaciones.
- Enseñar cómo detectar precozmente las crisis o exacerbaciones ya que cuanto antes se trate, mejor será el pronóstico. El adolescente debe aprender a reconocer sus síntomas (tos nocturna, menor tolerancia al ejercicio, problemas con el sueño, aumento el uso de medicación de rescate...etc.).
- Explicar cómo usar las medidas ambientales y a evitar los alérgenos, así como el uso del tabaco.
- Fomentar hábitos de vida saludables en cuanto a realizar actividad física, una alimentación equilibrada y evitar la obesidad.
- Adquirir conocimientos y habilidades sobre la Inmunoterapia, el tratamiento preventivo antiinflamatorio y de rescate así como las técnicas correctas de inhalación.
- Igualmente el autocontrol para el manejo de sus síntomas con un plan de acción personalizado por escrito con revisiones periódicas.

Durante la adolescencia el joven adquiere un mejor conocimiento de su enfermedad y es responsabilidad del profesional identificar y reconocer las aptitudes, dificultades y el potencial de todos los implicados en el tratamiento del asma: el propio adolescente, la familia, los amigos y la escuela/universidad.

## Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadísticas de salud.: [en línea]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2006/p01/&file=pcaxis> [consultado el 24/07/2018].
2. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood ISAAC [en línea]. Disponible en: <http://isaac.auckland.ac.nz/> [consultado el 24/07/2018].
3. Blasco Bravo AJ, Pérez-Yarza EG, Lázaro y de Mercado P, Bonillo Perales A, Díaz Vazquez CA, Moreno Galdó A. Coste del asma en Pediatría en España: un modelo de evaluación de costes basado en la prevalencia. *An Pediatr (Barc)*. 2011;74:145-53.
4. Helseth S, Misvaer N. Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *J Clin Nurs*. 2010 May; 19 (9-10): 1454-1461.