

Educación: clave en el tratamiento del asma

En esta entrada nos proponemos hablar de un tema frecuente en niños, niñas y adolescentes, pero muchas veces incomprendido: el asma.

En primer lugar, debemos decir que las intervenciones educativas forman parte del tratamiento integral del asma. La educación sobre este tema tiene como finalidad el hecho de conseguir que todo el equipo de salud, el niño o adolescente, su entorno familiar y educativo puedan ser formados para conseguir una óptima calidad de vida y lograr el autocontrol de los síntomas en relación con el asma.

Hay que tener presente que **es importante educar** sobre este tema porque de esa forma se estará ayudando a **reducir la morbilidad, la mortalidad, los ingresos hospitalarios y las visitas a urgencias que puede terminar causando el asma.**

En ese marco, presentaremos a continuación algunos comentarios sobre la **inhaloterapia**, que cumple un rol fundamental en relación con el asma.

En primer lugar, debemos tener en cuenta que en el tratamiento del asma la vía inhalatoria se utiliza para la administración de la mayoría de los fármacos empleados. Una correcta ejecución de la técnica asegura una biodisponibilidad del fármaco en la vía aérea inferior y la eficacia terapéutica de los inhaladores

-Los dispositivos recomendados para generar aerosoles son:

- Inhaladores presurizados de dosis medida (IDM) + inhalocámara con máscara o boquilla.
- Inhaladores de polvo seco (DPI) unidosis o multidosis.
- Nebulizadores⁽¹⁾

Independientemente de la edad, en pediatría se recomienda siempre el uso de inhalocámaras con máscara o boquilla al prescribirse fármacos con cartucho presurizado o inhalador de dosis medida (IDM).

En niños mayores, de 4 años en adelante, colaboradores y que realicen bien la técnica, se recomienda el uso de boquilla, de modo que, al eliminar el espacio muerto de la mascarilla, aumenta la disponibilidad del fármaco y el depósito pulmonar⁽²⁾.

Las inhalocámaras permiten que las partículas del aerosol queden en suspensión en el interior de la cámara. Retienen las partículas grandes del fármaco que se depositarían en la orofaringe, disminuyendo así la absorción oral y gastrointestinal, su disponibilidad sistémica y consecuentemente los efectos secundarios locales y sistémicos.

-Características físicas de las inhalocamaras:

- Suelen tener una o dos válvulas unidireccionales.
- Tamaño: 150 a 300cc.
- Longitud: entre 14 y 28 cm. Con esta longitud se genera una distribución óptima de partículas (diámetro de masa media aerodinámico (DMMA) entre 1-5 μm).
- Material: hay metálicas y algunas de plástico más resistentes, fabricadas con material antiestático con menor carga electrostática.
- Las clásicas de plástico ejercen un efecto electrostático en sus paredes atrayendo las partículas del fármaco y disminuyendo su vida útil.

-Como alternativa para disminuir este efecto:

- Opción 1: Para disminuir la carga electrostática, lavarla con agua y detergente y dejarla secar al aire sin frotar.
- Opción 2: impregnarla con varias dosis de fármaco antes del primer uso.
- No es necesario cebarla en los usos sucesivos ni después de lavarla⁽²⁾.

-Técnica inhalatoria con inhalocamara y boquilla:

1. Acoplar las piezas de la inhalocamara.
2. Destapar el inhalador, agitar en posición vertical.
3. Colocar el inhalador en la inhalocamara.
4. Expulsar el aire de los pulmones (soplar).
5. Colocar la boquilla de la inhalocamara en la boca, cerrando bien los labios, apretar el inhalador solo una vez.
6. Tomar el aire en forma lenta, suave y profunda durante cinco segundos. Aguantar la respiración unos diez segundos y expulsar el aire lentamente.
7. Si precisa una nueva dosis volver a agitar y repetir el procedimiento en intervalos de un minuto entre cada dosis.
8. Retirar el inhalador de la cámara, taparlo y enjuagar la boca⁽²⁾.

-Técnica Inhalatoria con inhalocamara y máscara facial:

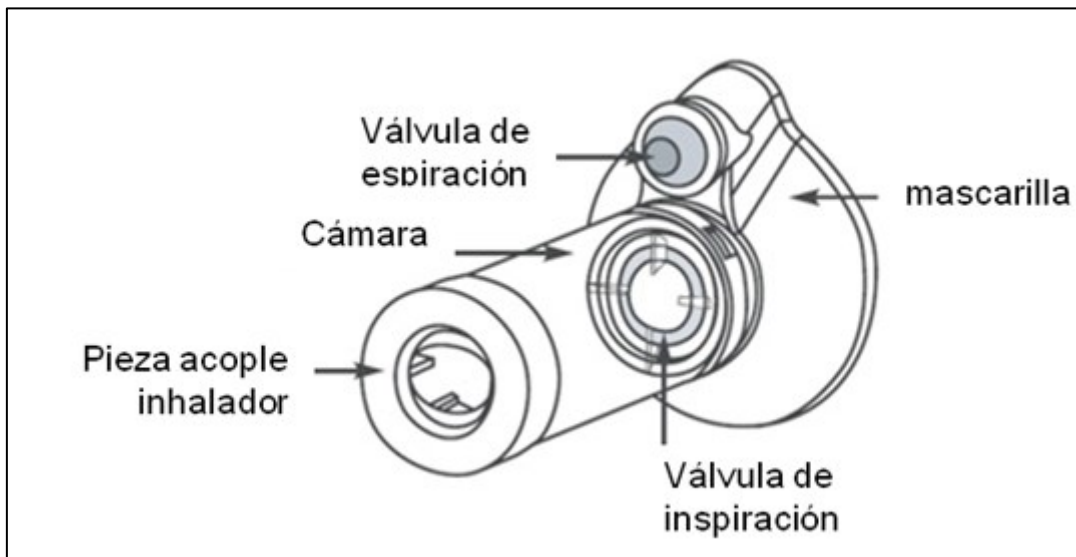
1. Posición del niño: sentado.
2. Retirar la tapa del inhalador y colocarlo en posición vertical.
3. Agitar vigorosamente el IDM.
4. Conectar el inhalador a la inhalocamara.
5. Colocar la mascarilla apretada alrededor de boca y nariz, con el inhalador en posición vertical.

6. Siguiendo el ritmo respiratorio del niño, efectuar el disparo al final de la espiración.
7. Permitir 5-6 inhalaciones.
8. Si es necesario un segundo puff, volver a agitar el inhalador⁽²⁾.

-Limpieza de las inhalocamaras:

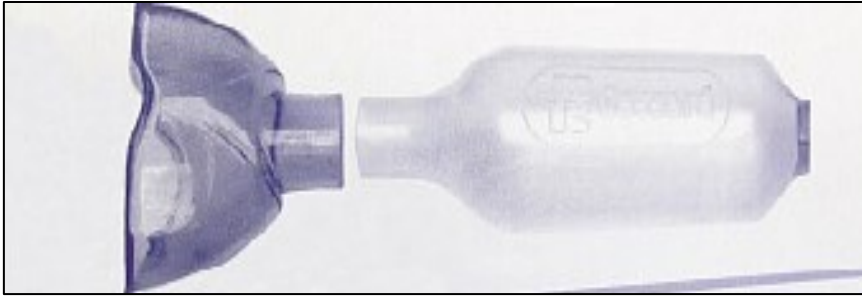
- Limpiarlas una vez por semana con agua tibia jabonosa.
- Enjuagarlas con agua y dejarlas secar al aire, sin frotar.
- Desechar si tienen fisuras.
- Las cámaras de plástico deberían cambiarse al menos cada 12 meses.
- Cepillado de dientes luego de usar el inhalador.

Inhalocámara con válvulas



Espaciador:

Lo que no se debe usar



Inhalocámara con válvula en malas condiciones:



Referencias bibliográficas:

1. Herrera AM, Abara S, Alvarez C, Astudillo C, Corrales R, Chala E, et al. Consenso chileno Ser- Sochinep para el manejo del asma severo en el niño. *Rev Chil Enferm Respir* 2016; 32(2):100-12.
2. Úbeda MI, Cortés O, Montón JL, Lora A, Praena M. Dispositivos de inhalación. *El Pediatra de Atención Primaria y los dispositivos de inhalación. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-X)* Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>. [Consulta: 29 octubre 2018].

Comité de Neumología – Sociedad Uruguaya de Pediatría