

Intervención educativa para población infanto-juvenil asmática

An educational intervention for the child and young asthmatic population

Autores: Dra. Maria Antonia Acevedo Veja*, Dra. Isabel María Telpez García**, Lic. Oslaida Pérez Andino***.

* Especialista de I Grado en Medicina General Integral, Profesor Asistente, Diplomado en Alergología. Filial Universitaria Municipal de Salud. Manatí. Las Tunas.

** Especialista de I Grado en Medicina General Integral, Profesor Asistente, Máster en Atención Integral a la Mujer. Policlínico con hospitalización “Mártires de Manatí”. Manatí. Las Tunas.

***Licenciada en Enfermería. Diplomado en Alergología. Técnica en Pediatría. Policlínico con hospitalización “Mártires de Manatí”. Manatí. Las Tunas.

Correspondencia a:

Dra. Maria Antonia Acevedo-Veja

Correo-e: lialien2004@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó una intervención educativa a la población infanto-juvenil asmática con edades entre ocho y once años en el policlínico de Manatí, Las Tunas, entre enero y julio de 2012, con el objetivo de evaluar la eficacia de la misma. La población de estudio estuvo formada por los 258 pacientes asmáticos de los 29 Consultorios de Médico de Familia (CMF) del área, y la muestra por los 50 seleccionados por muestreo aleatorio simple. La información se obtuvo mediante un cuestionario que fue aplicado antes y después de la intervención educativa y los datos fueron recogidos durante la consulta y de la historia clínica individual. Se concluyó que predominó el sexo masculino, con antecedentes de primera línea de asma bronquial, con factores desencadenantes tales como: infecciones respiratorias agudas, polvo y humedad, así como aquellos que presentan signos clínicos de reflujo y que tienen una mala

técnica de aplicación de spray. Se apreció un insuficiente nivel de conocimientos sobre la evaluación de severidad de la crisis, los factores desencadenantes, el manejo del spray y el tratamiento intercrisis, y las exacerbaciones.

Palabras claves: ASMA BRONQUIAL, NIÑOS, NIVEL DE CONOCIMIENTOS, INTERVENCIÓN EDUCATIVA, FACTORES DE RIESGO.

DESCRIPTORES:

ASTHMA

ASMA

PATIENT EDUCATION AS TOPIC

EDUCACIÓN DEL PACIENTE COMO ASUNTO

ABSTRACT

An educational intervention for the child and young asthmatic population from 8 to 11 years old was carried out from January to July, 2012, in the policlinic of Manatí municipality, with the objective to evaluate its effectiveness. The population of study was formed by the 258 asthmatic patients belonging to the 29 doctor's offices of the community, and the sample, by the 50 patients selected at random. The information was obtained by means of a questionnaire that was applied before and after the educational intervention, and the facts were collected during consultation and from the clinical charts. It was concluded that males with first line antecedents of bronchial asthma prevailed, also with triggering factors such as acute respiratory infections, dust and humidity, as well as those that show clinical signs of reflux and have a wrong technique of spray application. It was detected an insufficient level of knowledge about the estimation of the severity of the crisis, the triggering factors, the correct use of the spray and the inter-crisis and exacerbation treatment.

Key words: BRONCHIAL ASTHMA, CHILDREN, LEVEL OF KNOWLEDGE, EDUCATIONAL INTERVENTION, RISK FACTORS.

INTRODUCCIÓN

El Asma Bronquial (AB) es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia; sin embargo, a pesar de que su prevalencia está aumentando en todo el mundo y en la actualidad se dispone de potentes elementos terapéuticos para su manejo, sigue siendo una enfermedad

sub diagnosticada y sub tratada. Se sabe que entre el 50% y el 80% de los niños asmáticos inician sus síntomas antes de los cinco años de edad. Las Enfermedades Respiratorias Agudas Virales (IRA) son el factor desencadenante más importante del asma bronquial. (1, 2, 3) Los factores de riesgo mayores del AB son: historia de asma en los padres, dermatitis atópica y eczema en el niño, mientras que los factores de riesgo menores son: diagnóstico de rinitis, eosinofilia periférica del 4 % o mayor, sibilancias no relacionadas con infecciones respiratorias y sensibilización frente a alimentos. El AB presenta cuadros repetidos de aumento de la inflamación y de la Hiperactividad Bronquial (HRB) llamados crisis o episodios de exacerbación agudos que pueden ser reversibles, total o parcialmente, con un tratamiento precoz y adecuado o con mucha menos frecuencia, espontáneamente. Cada niño y adolescente con asma tienen sus propios factores desencadenantes. (4, 5)

El AB requiere una adecuada prevención primaria. Independientemente de la alta cobertura y calidad de la atención médica, se percibe un inadecuado seguimiento de las mismas en lo relacionado con la atención médica, poca educación de los pacientes y familiares, así como desconocimiento de factores desencadenantes ambientales y del tratamiento médico-farmacológico y el auto-manejo guiado, lo que repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

La educación es reconocida como un pilar básico en el tratamiento del asma infantil. A todos los niños con asma y sus familias se les debe ofertar en las consultas de atención primaria un programa educativo, progresivo, continuo, gradual e individualizado, que tendrá como fin conseguir el control de la enfermedad de la manera más autónoma posible por parte del niño y la familia. Ello implica no solo la transmisión de conocimientos, sino la adquisición de habilidades y la realización de modificaciones en el estilo de vida de las familias. (4, 5, 6) Se estima que 300 millones de personas en todo el mundo padecen actualmente de asma bronquial, y se pronostica que para el año 2025 esta cifra se multiplique entre 45 y 59 %, lo que representaría, aproximadamente, 100 millones más de personas en el planeta sufriendo la enfermedad. De manera global se reporta, cada año, un promedio de 250 000 muertes por esta enfermedad. (1, 7)

En el asma, el cumplimiento terapéutico es difícil de mantener o se hace irregular. Si a esto se añade la necesidad de actuar rápida y puntualmente en determinadas ocasiones como la exacerbación, los cambios ambientales y ante determinados hábitos inadecuados, resulta

evidente la necesidad de integrar todos estos conocimientos y actividades dentro de un programa de educación. El objetivo de la intervención educativa es desarrollar una estrategia educativa que le permita al niño y a la familia aceptar y conocer la enfermedad, y además que sepan cómo actuar en cada momento, es decir, conseguir el autocontrol que les permita una vida lo más parecida posible a la vida en ausencia de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una intervención educativa en el Policlínico Comunitario Docente “Mártires de Manatí”, del municipio de Manatí, Las Tunas; en el período comprendido entre enero y agosto de 2012, con el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención educativa sobre asma bronquial en población infanto-juvenil. El universo de estudio fueron los 258 pacientes pertenecientes a los 29 consultorios médicos del área de salud correspondiente al policlínico. La muestra objeto de estudio fue de 50 pacientes, seleccionados por muestreo aleatorio simple. Se consideraron los criterios de inclusión: niños y adolescentes entre ocho y once años de edad con un diagnóstico existente de asma, con el consentimiento previo de sus padres y que asistieron sistemáticamente a la consulta de alergia durante la intervención.

El estudio se efectuó en tres etapas: diagnóstica, intervención y evaluación.

Etapa 1. Diagnóstica: Se explicó el propósito científico de la investigación, los beneficios que reportaría para los participantes y se aseguró el carácter anónimo y confidencial de la información obtenida. Se confeccionó un cuestionario que incluyó los diferentes aspectos acordes con los objetivos propuestos. El mismo fue respondido de forma individual, asegurando la total confidencialidad de la información obtenida.

El cuestionario contempló las variables necesarias que dieron salida a los objetivos propuestos en la investigación

Etapa 2. Intervención: Para llevar a cabo el programa de capacitación se tuvieron en cuenta las bases psicopedagógicas de la educación para la salud.

- Reforzar la información básica acerca del asma, brindada a los padres y pacientes para mejorar su conocimiento al respecto.
- Recalcar la importancia del cumplimiento de la medicación de control prescrita a largo plazo.
- Insistir en el valor de evitar los factores desencadenantes.

- Proporcionar técnicas de autocuidado para ayudar a los pacientes a identificar y responder apropiadamente ante la exacerbación del asma.
- Facilitar métodos para ayudar a los pacientes a que respondan correctamente a las exacerbaciones.
- Optimizar la comunicación entre los pacientes y los médicos.

La metodología del programa de atención al niño asmático consistió en la realización de una intervención de forma individualizada durante la consulta (planificada previamente). La frecuencia se planificó según las necesidades individuales. La educación se escalonó de la siguiente forma:

1. Control médico: explicación a través de mensaje hablado, escrito y con apoyo visual sobre el concepto de asma como enfermedad controlable, la estimulación a realizar vida normal, el reconocimiento de la técnica de inhalación y el reconocimiento precoz de síntomas.
2. Control compartido: ampliación de conocimientos, consenso sobre tratamientos y estilos de vida y reconocimiento de la crisis asmática y su tratamiento precoz.
3. Autocontrol y control en familia: inicio en la toma de decisiones autónomas positivas para el asma.

Variables sociodemográficas: sexo, tipo de vivienda, polvo y humedad en la vivienda (estas variables se han recogido por inspección de las viviendas).

Variables clínicas: antecedentes familiares (maternos, paternos y/o de hermanos) de asma, tabaquismo en la madre o el padre.

Variables de resultados: todas ellas fueron recogidas seis meses antes de la introducción en el programa y a la finalización del periodo de estudio e incluyó: número de agudizaciones, cumplimiento de la medicación

Variables de utilización: medidas en los seis meses previos y posteriores a la inclusión en el programa y fueron: número de consultas por asma, número de urgencias por crisis de asma atendidas en atención primaria, número de urgencias hospitalarias por asma y número de ingresos hospitalarios por asma

Etapa 3. Evaluación: Para la evaluación de los cuestionarios en ambos momentos del estudio se consideraron dos criterios: conocimiento suficiente, si respondió adecuadamente el 60% o más de los incisos; y conocimiento insuficiente cuando la respuesta fue correcta en menos del 60 % de los incisos.

Los datos fueron almacenados y procesados en el paquete de programas SYSTAT, con una confiabilidad del 95% ($p < 0,05$). Las pruebas estadísticas se aplicaron a tablas de distribución de frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS

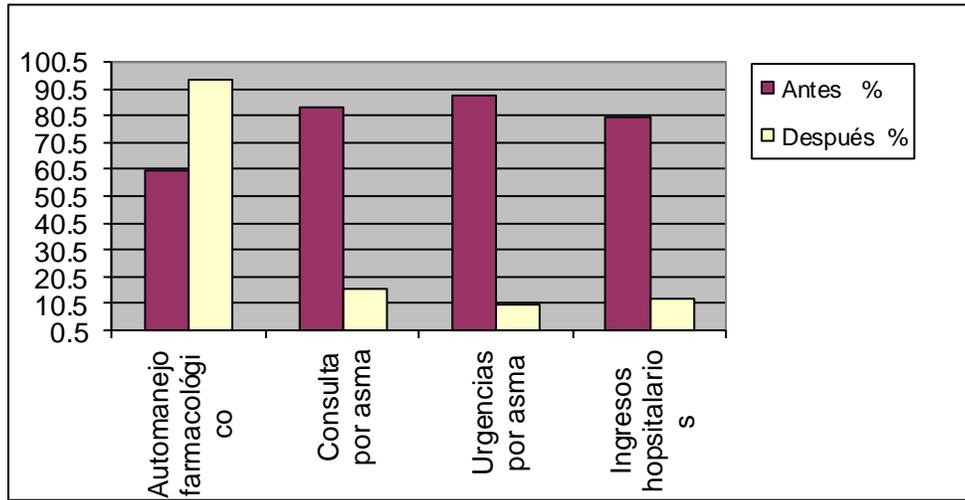
En la **tabla 1** se pueden apreciar las características epidemiológicas del grupo estudiado donde predominó el sexo masculino con 61,8 %, los que tienen asma bronquial en sus Antecedentes Patológicos Familiares (APF) de primera línea, con un 72,1%. Un 88,2% relaciona el inicio de las crisis con infecciones respiratorias, el 91,2% con el polvo, el 77,9% lo asocia con la humedad y un 4,3% tiene exposición pasiva al tabaquismo. Con signos clínicos de reflujo gastroesofágico se detectó el 76,0% y con mala técnica de aplicación del spray, el 95,6%.

TABLA 1. Características epidemiológicas

Factores de riesgo	No.	%
Sexo masculino	34	68.0
APF de primera línea asma bronquial	36	72.0
Crisis desencadenada por infecciones respiratorias	44	88,0
Crisis desencadenada por exposición al polvo	46	92.0
Crisis desencadenada por la humedad	39	78.0
Exposición pasiva al tabaquismo	2	4.0
Signos clínicos de reflujo gastroesofágico	38	76.0
Mala técnica de aplicación del spray	48	96.0

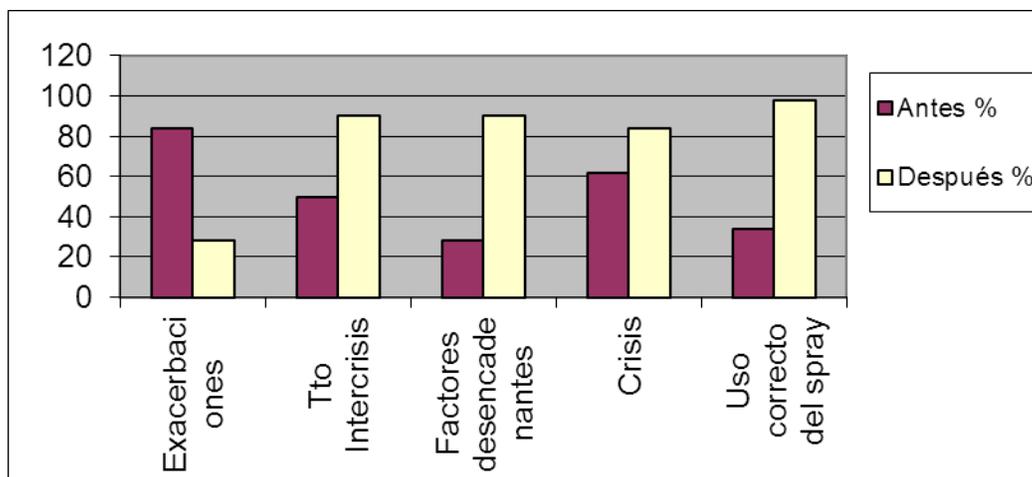
En el **gráfico 1** se evidencia el impacto de la intervención en relación con la disminución de agudizaciones después de la misma. El 84,0% de los pacientes tenía exacerbaciones mensuales y el 58,0% no cumplía de manera regular el tratamiento intercrisis. Después de la intervención solo el 28,0% de los pacientes presentó exacerbaciones y el 90% cumplió con el tratamiento intercrisis. Se pudo apreciar además, que antes de la intervención el 64,0% de los pacientes mostró conocimientos insuficientes sobre la crisis de asma bronquial, pero posterior a la estrategia educativa el 84,0% mostró que se incrementaron sus conocimientos en cuanto al reconocimiento de la crisis de asma.

GRÁFICO 1. Impacto de la intervención en relación con la disminución de agudizaciones después de la misma



El **gráfico 2** muestra el nivel de conocimiento sobre los factores desencadenantes de las crisis que tuvieron los niños antes y después de la intervención. Como puede apreciarse, antes de aplicar la intervención solo el 28,0% conocía suficientemente sobre los factores desencadenantes de las crisis y después alcanzó esta evaluación el 90,0%. Se puede observar que el 34,0% de los participantes en el estudio demostró un nivel de conocimiento insuficiente sobre la técnica de aplicación del spray, antes de la intervención y posteriormente logró incrementarse la suficiencia a un 94,0% de los pacientes. Sobre el nivel de conocimiento en relación con los fármacos empleados en el tratamiento de la crisis y su manejo, el 60,0% de los padres mostró conocimientos suficientes sobre el tema antes de la intervención y después de la estrategia se incrementó a un 94,0%. Además, disminuyeron el número de consultas por asma bronquial en un 68,0%, el número de urgencias en un 78% y el número de ingresos hospitalarios por asma en un 74,0%.

GRÁFICO 2. Nivel de conocimiento sobre los factores desencadenantes de las crisis que tuvieron los niños antes y después de la intervención



DISCUSIÓN

En estudios similares al nuestro, como los de Donaghy en Inglaterra y el grupo FUNDALER, se llega a la conclusión de que la información y la educación que poseen los pacientes comúnmente es insuficiente, si no se les hace partícipes de un programa específico que les prepare para manejar su enfermedad. (8) Entre los niños con asma hubo antecedentes familiares de atopia importantes, lo que constituye un factor de riesgo para desarrollar alergia. La herencia juega un papel importante en el desarrollo del asma y se estima que, si se tiene un padre atópico, el riesgo de padecer asma es de 20 a 40 %, y si ambos son atópicos, el riesgo aumenta al 50 %. Si tiene un hermano atópico, el riesgo es de 25 a 35 %.

En cuanto a los factores desencadenantes de la crisis, en un estudio realizado por Rodríguez en el consultorio 40 del policlínico “Joaquín de Agüero”, se señala que en la población asmática estudiada el polvo es el de mayor incidencia, con un 71,1 %, así como el frío y la humedad son de un 60,5 % y un 57,9 %, respectivamente. El kerosén (55,3 %) y el humo del tabaco (50 %) también incidieron notablemente en la aparición de las crisis. (9, 10) Los cambios climáticos, los alérgenos inhalados y las infecciones respiratorias constituyeron los factores desencadenantes más frecuentes, según informa Bousquet, (11) mientras otros estudios extranjeros señalan que las infecciones respiratorias constituyen el principal desencadenante en los primeros años de vida. (11, 12)

Se ha comprobado la asociación del asma con los cambios de tiempo. Dichos cambios se expresan mediante los contrastes de la densidad del oxígeno atmosférico que refleja la acción simultánea de la temperatura, la humedad y la presión atmosférica sobre el aparato

respiratorio, que ejerce un efecto deletéreo sobre él, a partir del hecho de que cada crisis de asma incrementa la inflamación y la obstrucción bronquial, con la consiguiente repercusión en la estructura alveolar, el intercambio gaseoso y la respiración celular. (13, 14)

Un estudio que aborda la relación entre los desencadenantes y el tipo de respuesta destaca que las infecciones respiratorias producen respuesta tardía, en tanto los alérgenos producen una respuesta inmediata. (14)

El conocimiento sobre los factores desencadenantes medioambientales que inducen la inflamación bronquial es fundamental, puesto que permite indicar las medidas específicas para evitarlos y de esta forma se logra una reducción de los síntomas secundarios a la disminución de la inflamación bronquial. También es esencial informar y educar al asmático y a su familia para que sean capaces de identificar “sus” desencadenantes medioambientales (específicos), sean estos alérgenos o irritantes. (14) Se evidenció que a pesar de habersele explicado la técnica de la vía inhalada a más del 72% de los pacientes, el 50% de ellos aplicaba mal la técnica. Se evaluó la técnica inhalatoria a 45 pacientes (47,97 %), los que fueron evaluados de regular o mal. Las mayores dificultades estuvieron en la pérdida de medicamento por la nariz y/o la boca y en no realizar la expiración forzada antes de la inhalación, considerando que la no mejoría o el empeoramiento se deben a la no atención que se le presta a su enfermedad respecto al no cumplimiento de las medidas higiénico-ambientales y el no mantenimiento de su tratamiento intercrisis. En un estudio realizado por Arias se obtuvieron resultados diferentes, puesto que los encuestados manifestaron conocimientos satisfactorios del manejo y tratamiento, encontrándose poco nivel de apego a tratamientos prolongados. (13, 14)

CONCLUSIONES

Predominó el sexo masculino, los que tienen APF de primera línea de asma bronquial, los factores de riesgo desencadenantes tales como las infecciones respiratorias, el polvo y la humedad, así como aquellos pacientes con signos clínicos de reflujo gastroesofágico y los que aplican de manera inadecuada la técnica de aplicación del spray. Antes de la realización del trabajo la mayoría de los pacientes o familiares encuestados carecían de conocimientos suficientes. La intervención educativa cumplió el objetivo porque incrementó significativamente el nivel de conocimientos sobre el reconocimiento de la crisis, de los

factores desencadenantes del asma bronquial, el manejo y la técnica de aplicación del spray, así como también disminuyó significativamente las exacerbaciones, la urgencia por asma al cuerpo de guardia y el ingreso hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rodríguez González, Edgar; González Pérez, Aniuska; Suárez Rodríguez, Mauricio J. Actualización de asma bronquial infantil. Rev electrón;35(1)ene.–mar. 2010. Disponible em URL: <http://www.ltu.sld.cu/revista/modules.php?name=News&file=article&sid=37>
2. García Miguel MJ, Méndez Echevarría A. Neumonía aguda. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J. Pediatría extrahospitalaria. 4ta ed. Barcelona: Editorial Ergón; 2008: p. 299-302.
3. Delgado Fernández MR. Síndrome Obstrutivo Bronquial en el niño menor de 2 años. Área de Salud Integral José Félix Rivas. Estado Cojedes, Venezuela. 2007-2008. Rev Méd Electrón [Internet]. 2012 Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 34(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol4%202012/tema03.htm>
4. Bello Osvaldo, Sehabiague Graciela, Benítez Pedro, López Ana, Lojo Rosa. Síndrome bronquial obstructivo del lactante. Manejo ambulatorio: Experiencia en la Unidad de Terapia Inhalatoria del Departamento de Emergencia Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Arch. Pediatr. Urug. [revista en la Internet]. 2001 Mar [citado 2012 Oct 10] ; 72(1): 12-17. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842001000100003&lng=es.
5. Álvarez Carmenate Marlene, Docando Díaz Niurka, Álvarez Águila Andrés, Dotres Martínez Carlos, Baños Torres Daysi, Sardiñas Arce María Elena. Comportamiento del asma bronquial en un área de salud del policlínico Cerro. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2012 Oct 10] ; 27(1): 50-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100006&lng=es.
6. Moneo Hernández I., Oliván Otal M.P., Forés Catalá M.D., Lambán Casamayor E.. Herramientas en la educación del niño asmático. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. [citado 2012 Oct 10]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000700012&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322009000700012>.

7. Vega Pazitková Tatiana de la, Pérez Martínez Víctor Tadeo, Alerm González Alina, Lecha Estela Luís. Estrategia de intervención para la monitorización y reducción de las crisis de asma bronquial aplicando un sistema de alerta temprana. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2012 Oct 23] ; 27(2): 131-142. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200001&lng=es.
8. Rodríguez-Orozco Alain R., Núñez Aguilar Élcida, Pérez Sánchez Adriana Guadalupe, Cruz Balandrán Jorge, Valencia Barajas Esther. Factores que determinan el mal pronóstico y la exacerbación del asma en niños que asisten a consulta de alergología pediátrica. *Rev Cubana Pediatr* [revista en la Internet]. 2007 Mar [citado 2012 Oct 16] ; 79(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000100003&lng=es.
9. Rodríguez Y, Oliva JA, Gil A, Hernández R. Asma bronquial: su caracterización en un consultorio. *Archivo Médico de Camagüey* 2007; 11 (3) Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2007/V11n3-2007/2206.htm>.
10. Venero SJ. Epidemiology of Asthma Mortality in Cuba and its Relation to Climate, 1989 to 2003. *Medicc Review*. Summer 2008; 10(3):24-9.
11. Bousquet J, Jeffery PK, Busse WW, Johnson M, Vignola AM. Asthma. From bronchoconstriction to airways inflammation and remodeling. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 164: 1720–1745.
12. Pawankar R, Baena-Cagnani CE, Bousquet J, Walter Canonica G, Cruz AA, Kaliner MA, et al. State of World Allergy Report 2008: Allergy and Chronic Respiratory Diseases. *World Allergy Organization (WAO) Journal*. 2008; Supplement 1:S4-S17.
13. Auais A, Adkins B, Napchan G, Piedimonte G. Immunomodulatory effects of sensory nerves during respiratory syncytial virus infection. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 2003; 285:105–113.
14. Arias Díaz Alejandro, Pernas Gómez Marta, Martín Georgina. Aplicación de un programa de entrenamiento para el automanejo del asma bronquial. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 1998 Ago [citado 2012 Oct 23] ; 14(4): 335-339. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000400006&lng=es.