

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO NORTE
PLACETAS, VILLA CLARA

ARTÍCULO ORIGINAL

PROPUESTA EDUCATIVA DIRIGIDA A PADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS PARA
MODIFICAR SUS ESTILOS DE VIDA

Por:

MSc. Dra. Dignorah Noraima Marrero Sánchez¹, MSc. Dr. Carlos Castellanos Oñate² y Lic. Michel Araujo García³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al Niño. Policlínico Docente Norte. Placetas, Villa Clara. Instructora. UCM-VC. e mail: bibplant@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Primaria de Salud y en Atención Integral al Niño. Policlínico Universitario Sur. Placetas, Villa Clara. Profesor Auxiliar. UCM-VC. e mail: carloso@ucm.vcl.sld.cu
3. Licenciado en Educación. Miembro de la Asociación de Pedagogos de Cuba. Asesor de Investigaciones. Policlínico Universitario Sur. Placetas, Villa Clara. Instructor. UCM-VC. e mail: bibplasu@capiro.vcl.sld.cu

Resumen

Objetivo: Elevar el nivel de conocimientos de familiares de niños asmáticos sobre el asma bronquial para tratar de modificar los estilos de vida insanos. **Métodos:** Se realizó un estudio de intervención de tipo cuasi-experimental (diseño antes-después) con enfoque de promoción de salud, en un consultorio médico, perteneciente al Policlínico Docente Norte del municipio Placetas, Villa Clara, entre marzo y diciembre del 2008. Se aplicaron distintas técnicas educativas en once sesiones de trabajo cada 15 días. A partir de un cuestionario, se evaluaron los conocimientos de los familiares sobre manifestaciones clínicas, aspectos epidemiológicos, medidas higiénicas-sanitarias y tratamiento de las crisis antes de la intervención y después de ella; se utilizó el consentimiento informado como principio bioético. Se excluyeron del estudio los padres de familias nucleares, cuyas características de trabajo no les permitían asistir a las actividades, o que padecieran alguna afección neuropsiquiátrica que les impidiera interactuar. **Resultados:** Luego de la intervención educativa, se elevó de forma significativa el nivel de conocimiento sobre los factores desencadenantes de las crisis asmáticas; el cumplimiento de las medidas de control higiénico ambiental ascendió a un 81,8 %, por lo que se produjeron cambios positivos en el estilo de vida de los niños. **Conclusiones.** Las técnicas educativas son eficaces para lograr que los familiares de los niños asmáticos amplíen sus conocimientos sobre la enfermedad y, de esta forma, se contribuye a modificar el estilo de vida de los niños.

Descriptores DeCS:

ASMA
PROMOCION DE LA SALUD
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICA
EN SALUD
ESTILO DE VIDA

Subject headings:

ASTHMA
HEALTH PROMOTION
HEALTH KNOWLEDGE, ATTITUDES,
PRACTICE
LIFE STYLE

Introducción

El asma bronquial es una enfermedad crónica no transmisible, cuya morbilidad ha aumentado en los últimos años. Constituye un importante problema de salud mundial al que Cuba no está ajena; la prevalencia es de 8,6 % en adultos y de 14 % en menores de 15 años¹, ligeramente superior en el sexo femenino y en individuos de zonas urbanas; se informan valores superiores a la media nacional en zonas marítimas e inferiores en zonas montañosas². Se estima que trescientos millones de personas en todo el mundo la padecen actualmente, y se pronostica que para el año 2025 esta cifra se multiplicará entre 45 % y 59 %, lo que representaría, aproximadamente, cien millones más de personas en el planeta que sufrirían la enfermedad. De manera global, se informa que cada año ocurren como promedio 250 000 muertes por esta afección³.

Desde el punto de vista económico, la carga financiera al año por asma varía, según los países, entre 300 y 1 300 USD por paciente, incluidos los costos por visitas a los servicios de urgencia durante las crisis, las visitas de control, el tratamiento de sostén y el ausentismo escolar y laboral, entre los más importantes; por ello, puede ubicarse entre las enfermedades crónicas de alto impacto financiero para cualquier sistema de salud y para la economía personal y familiar⁴, inversamente proporcional a los avances científicos alcanzados y frente a la multitud de nuevas modalidades terapéuticas, junto con un amplio desarrollo de protocolos, consensos y programas de educación⁵.

La educación debe comenzar en el momento del diagnóstico y debe estar integrada por la asistencia médica continuada, una comunicación abierta y con instrucciones precisas y por escrito. Esto puede mejorar el cumplimiento del plan terapéutico; cada visita a la consulta es una oportunidad para educar al paciente y a su familia⁶, con dos objetivos fundamentales: conseguir una óptima calidad de vida y una capacidad suficiente para tratar el asma de una forma autogestionada. Ello se puede conseguir mediante un proceso educativo que ha de ser individualizado, continuo, progresivo, dinámico y secuencial, centrado especialmente en la familia, ya que el niño, debido a su inmadurez intelectual, no puede identificar bien los síntomas y los riesgos⁷.

Preparar a la familia presupone desarrollar la conciencia y la motivación en los padres hacia las actividades y forma de comunicación, que deben primar en el hogar, como condición y premisa fundamental para educar y fomentar la salud, y para esto es importante una amplia preparación educativa⁸.

Métodos

Se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención para diseñar y aplicar una propuesta educativa que mejore el conocimiento que debe poseer el familiar del niño asmático sobre esta enfermedad, en un consultorio del médico de la familia perteneciente al Policlínico Docente Norte del municipio de Placetas, Villa Clara, entre marzo y diciembre de 2008; con ello se pretende demostrar que mediante técnicas educativas se puede aumentar el conocimiento de los familiares y modificar el estilo de vida de los niños asmáticos. De 38 familiares, se seleccionaron 22 que convivían con el niño; se excluyeron del estudio los padres cuyas características de trabajo no les permitían asistir a las actividades o que padecieran alguna afección neuropsiquiátrica que les impidiera interactuar.

En el primer contacto, se utilizó la técnica de la "lluvia de ideas" y, a partir de ahí, se confeccionó el cuestionario y las temáticas de las actividades educativas, que quedaron conformadas de la siguiente manera:

- Primera sesión: Presentación. Lluvia de ideas.
- Segunda sesión: Aplicación del cuestionario. Dinámica de grupo.
- Tercera sesión: Charla educativa sobre asma. Técnica de cierre.
- Cuarta sesión: Comentario de texto. Técnica de cierre.
- Quinta sesión: Sociodrama.
- Sexta sesión: Charla educativa sobre las medidas de control higiénico ambiental.
- Séptima sesión: Dinámica de grupo .Técnica de cierre

- Octava sesión: Técnica de la balanza. Técnica de cierre.
- Novena sesión: Técnica en la que interviene todo el grupo: Phillips 6/6.
- Décima sesión: Aplicación del cuestionario. Explicación breve de los parámetros para calificar.
- Oncena sesión: Integración, evaluación y cierre.

Para el análisis e interpretación de los resultados, se determinaron frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (porcentajes) en las distribuciones de frecuencia conformadas. Se emplearon pruebas de significación cuando se requirió. Se utilizó un nivel de significación de 5 % $n = 0,05$, y se determinó la existencia de diferencia significativa cuando $p < 0,05$. Se realizó una comparación horizontal (dos momentos) mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon, y se utilizó el paquete estadístico SPSS.

El conocimiento de los familiares de los niños asmáticos sobre esta enfermedad se evaluó como alto, medio y bajo, en dependencia de sus repuestas en el cuestionario; se exploraron sus conocimientos en relación con: pronóstico, factores desencadenantes, manifestaciones clínicas que caracterizan las crisis, tratamiento de base o preventivo y su periodicidad. Asimismo, se investigó el cumplimiento o no de las medidas de control higiénico ambiental de desalergización, y si era o no adecuado el estilo de vida de los niños asmáticos.

Resultados

Tras la aplicación de las técnicas educativas, el nivel de conocimiento sobre asma bronquial (valorado en alto, medio y bajo) mostró una mejoría sustancial, sobre todo en la categoría de alto (77,2 %); la diferencia fue altamente significativa ($p < 0,000$) (tabla 1); en la categoría de bajo existía un 59,0 % antes de la intervención, y descendió a un 9,0 % luego de esta.

Tabla 1 Nivel de conocimiento sobre el asma bronquial que poseen los familiares de los niños asmáticos antes de la intervención y después de ella.

Conocimiento de los familiares de niños asmáticos				
Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	3	13,6	17	77,2
Medio	6	27,2	3	13,6
Bajo	13	59,0	2	9,0
TOTAL	22	100	22	100

Fuente: Cuestionario.
($p < 0,000$)

Se evidenció un aumento significativo del conocimiento sobre los factores desencadenantes de las crisis asmáticas, y se observó que de un 63,6 % que reconocieron el humo del tabaco como agente desencadenante, luego ascendió al 100 % (tabla 2). Similar situación se observó en los demás factores desencadenantes (cambios meteorológicos, caspa de animales, medicamentos, infecciones virales, olores fuertes, polvo, entre otros). La cianosis distal y el tiraje subcostal, como manifestaciones clínicas del asma, fueron respondidas correctamente por un número mayor de familiares después de las intervenciones. Se produjeron cambios positivos en el estilo de vida de los niños asmáticos, probablemente inducidos por la mayor capacidad de los padres después del programa de actividades. De un 36,3 % de niños que dormían con más de dos personas, la cifra disminuyó a 18,1 %, y del 68,1 % de niños que dormían con mala ventilación al inicio, el número descendió a 27,2 %; esta diferencia fue altamente significativa ($p < 0,001$) (tabla 3). Se lograron mejores resultados en la elevación de los conocimientos de los familiares relativos a las medidas de control higiénico ambiental (tabla 4), pues el porcentaje de los que cumplían con las medidas se elevó de un 27,2 % a un 81,8 % luego de la intervención educativa, y descendió a 18,1 % los que no las cumplieron; la diferencia fue altamente significativa ($p < 0,001$).

Tabla 2 Conocimiento de los factores desencadenantes de las crisis de asma bronquial antes de la intervención educativa y posterior a ella.

Actividades educativas				
Factores desencadenantes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Clima	10	45,4	18	81,8
Estación del año	7	31,8	17	77,2
Cambios meteorológicos	11	50,0	20	90,9
Esfuerzos físicos	10	45,4	17	77,2
Tensión emocional	5	22,7	16	72,7
Traumatismo	2	9,0	9	40,9
Humo del tabaco	14	63,6	22	100
Polvo	12	54,5	21	95,4
Caspa de animales	7	31,8	16	72,7
Hongos	2	9,0	15	68,1
Alimentos	8	36,3	18	81,1
Olores fuertes	9	40,9	17	77,2
Medicamentos	7	31,8	20	90,9
Infecciones virales	13	59,0	19	86,3

Fuente: Cuestionario.

Tabla 3 Número de personas que duermen con el niño asmático y ventilación de su dormitorio antes de la intervención y después de ella.

Actividades educativas				
Cambios positivos en el estilo de vida	Antes		Después	
Personas que duermen con el niño	No.	%	No.	%
Ninguna(duerme solo)	5	22,7	8	36,3
Con una o dos	9	40,9	10	45,4
Con más de dos	8	36,3	4	18,1
Ventanas parcial o totalmente abiertas	7	31,8	16	72,7
Ventanas cerradas o no tienen	15	68,1	6	27,2

Fuente: Cuestionario.

Tabla 4 Cumplimiento de las medidas de control higiénico ambiental de desalergización antes de la intervención educativa y con posterioridad a ella.

Actividades educativas				
Cumplimiento de medidas	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Cumplen	6	27,2	18	81,8
No cumplen	16	72,7	4	18,1
TOTAL	22	100	22	100

Fuente: Cuestionario.
($p < 0,001$)

En el presente trabajo, se logró modificar positivamente el nivel de conocimientos que poseían los familiares y el estilo de vida de los niños asmáticos, luego de la intervención (tabla 5); en la categoría adecuado se encontraba el 81,8 %. Se logró modificar el hábito alimentario de los niños para evitar los alimentos que pudieran ser alergénicos, y existió una asociación entre el nivel de conocimiento del asma bronquial y el estilo de vida adecuado.

Tabla 5 Relación entre el nivel de conocimiento que poseen los familiares sobre el asma y el estilo de vida de los niños asmáticos después de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos de los familiares	Estilo de vida					
	Adecuado		Inadecuado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alto	16	88,8	1	25,0	17	77,2
Medio	2	11,1	1	25,0	3	13,6
Bajo	0	0	2	50,0	2	9,0
TOTAL	18	81,8	4	18,1	22	100

Fuente: Cuestionario.

Discusión

Díaz Vázquez⁹ coincide en reconocer que la educación asociada a una terapéutica adecuada mejora la calidad de vida del paciente asmático; esta debe ir dirigida a transmitir conocimientos apropiados, debe ser progresiva, considerar la capacidad de las personas y aportar apoyo y estrategias de ayuda para modificar los estilos de vida y el cumplimiento terapéutico.

El asma requiere un tratamiento mantenido, a veces durante años o, incluso, durante toda la vida. La única estrategia útil conocida para mejorar el cumplimiento terapéutico es la educación a los pacientes y sus familiares, los que necesitan conocimientos específicos para cumplir las indicaciones terapéuticas con el objetivo de disminuir las crisis y la mortalidad².

La intervención educativa logró que mejorara el conocimiento de los familiares de estos niños en aspectos como: la influencia del clima sobre el asma, los cambios meteorológicos, la estación del año, el polvo, el humo del tabaco, la tensión emocional, la caspa de animales, los hongos, ciertos alimentos, algunos medicamentos, los olores fuertes y las infecciones virales, aspectos poco reconocidos por la población, y en el presente trabajo se evidenció un aumento significativo del conocimiento sobre los factores desencadenantes de las crisis asmáticas.

Licea¹⁰ hace referencia al papel perjudicial del tabaquismo sobre los niños asmáticos, y entre los alérgenos comunes se encuentran el polen, los ácaros del polvo, el moho y la caspa de las mascotas; otros desencadenantes del asma son irritantes como el humo, la contaminación

ambiental, las emanaciones, los limpiadores químicos y los aerosoles. Los síntomas del asma pueden reducirse de manera sustancial, si se evita la exposición a alérgenos conocidos e irritantes respiratorios¹¹.

El asma periódicamente causa sibilancia, falta de aire, presión en el pecho y tos durante la noche o temprano en la mañana¹²; estos son los síntomas que más reconocen los pacientes y la familia, por lo que se debe elevar el nivel de conocimiento sobre la cianosis distal y el tiraje subcostal, entre otras manifestaciones menos conocidas, lo que se logró en nuestro estudio.

Se produjeron cambios positivos en el estilo de vida de los niños asmáticos referentes al hacinamiento y la deficiente ventilación de la habitación del niño, lo que coincide con lo informado en la literatura consultada¹³ donde se reconoce que el hacinamiento y los lugares cerrados son factores que propician la aparición del asma bronquial.

En esta investigación existió coincidencia con Cruz y Martín Mateo¹⁴ en que uno de los aspectos donde se lograron mejores resultados fue en la elevación de los conocimientos de los familiares sobre las medidas de control higiénico ambiental; ellos plantean que como la estancia de los niños transcurre la mayor parte del tiempo en sus hogares, es importante para mejorar su enfermedad que los familiares conozcan la necesidad de vivir en hogares ventilados y, por tanto, con menor exposición al polvo, propósito que se cumplió en este estudio.

Algunos autores¹⁵ reconocen que las medidas de control ambiental constituyen estrategias de prevención muy importantes, pues un adecuado control sobre los factores desencadenantes y la educación a los familiares sobre la atención al paciente asmático pueden reducir los síntomas, la necesidad de medicación y los niveles de hiperreactividad no específicos de las vías aéreas.

La educación debe orientarse a evitar la exposición de los pacientes a los factores de riesgo que exacerban las crisis; esta es fundamental para tener éxito en la atención médica de los niños asmáticos⁸, considerando que las medidas para la educación de la salud del ambiente familiar es indispensable para lograr un adecuado control de la enfermedad.

Summary

Objective: To raise the level of knowledge of relatives of children with asthma about bronchial asthma to try to change unhealthy lifestyles. **Methods:** A quasi-experimental intervention study was carried out (before-and-after design) with a focus on health promotion, in a medical office belonging to the "Policlínico Docente Norte" from Placetas municipality, Villa Clara, between March and December 2008. Different educational techniques were applied in eleven working sessions every 15 days. Taking a questionnaire as reference, knowledge of family members about clinical manifestations, epidemiological aspects, sanitary-hygienic measures, and crisis treatment before and after the intervention, was evaluated. Informed consent was used as a bioethical principle. In our study, parents from nuclear families whose works did not allowed them to attend the activities, or those who suffered from a neuropsychiatric disorder that prevented them from interacting, were not included. **Results:** After the educational intervention, the level of knowledge about the triggers of asthma attacks increased significantly; the enforcement of environmental hygiene control measures amounted to 81,8 %, so that positive changes on the lifestyle of children took place. **Conclusions:** Educational techniques are effective to achieve that families of asthmatic children increase their knowledge about the disease and, thus, they help to change the lifestyle of children.

Referencias bibliográficas

1. Zapata Martínez A. Fármacos que actúan sobre el sistema respiratorio. Enfermedades obstructivas de las vías respiratorias. Asma bronquial. En: Morón Rodríguez FJ. Farmacología Clínica. La Habana: ECIMED; 2008. p. 237-59.
2. Álvarez Sintés R. Afecciones Respiratorias. Asma. En: Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social. VII. La Habana: ECIMED; 2008. p. 26-48.
3. Venero SJ. Epidemiology of Asthma Mortality in Cuba and its Relation to Climate, 1989 to 2003. *Medic Review*. 2008;10(3):24-9.

4. Pawankar R, Baena-Cagnani CE, Bousquet J, Walter Canonica G, Cruz AA, Kaliner MA, *et al.* LanierL State of World Allergy Report 2008: Allergy and Chronic Respiratory Diseases. World Allergy Organization (WAO) Journal. 2008; (Suppl 1):S4-S17.
5. Zapata Martínez A, Vergel Rivera GM, Tarse Martínez MJ, Rivero Martínez N. El proceso de atención de enfermería y características farmacológicas de los medicamentos broncodilatadores. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007 Jun [citado Abr 04 2011]; 23(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000200012&lng=es
6. Hinojos-Gallardo LC, Tagle-Hernández JR, Garrido-Galindo C, Alejandre-García A. Características clínicas y epidemiológicas del paciente pediátrico con crisis asmática en urgencias. Neumol Cir Torax [Internet]. 2010 Ene-mar [citado 12 Ago 2010];69(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2010/nt101f.pdf>
7. Korta M J, Valverde Molina M, Praena Crespo J, Figuerola Mulet CR, Rodríguez Fernández-Oliva S, Rueda Esteban A, *et al.* La educación terapéutica en el asma. Anales de Pediatría [Internet]. 2007 Mayo [citado 10 Mar 2011];66(5):[aprox. 1 p.]. Disponible en:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B94RV-4TK32H0-8&_user=10&_coverDate=05%2F31%2F2007&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1705459711&_rerunOrigin=scholar.google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=f2e3d3b1cd5f5e11a14f11cfcea8c7f4&searchtype=a
8. Hinojos Gallardo LC, Figueroa Hurtado E, Miranda Guerra E, Martínez González I, Tagle Hernández JR, Silva Barragán M, *et al.* Factores implicados en la exacerbación del asma en niños. Rev Mex Pediatr [Internet] 2010 Ene-feb;[citado 28 Jun 2009];7(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a89e2798-440e-48c2-bb84-dd79bb937279%40sessionmgr15&vid=1&hid=15>
9. Díaz Vásquez CA. Asma infantil. Guías Clínicas [Internet]. 2007 Sept [citado 28 Jun 2008]; 7(35):[aprox. 2 p.]. Disponible en:
http://www.fisterra.com/guias2/asma_infantil.asp
10. Licea Díaz O. Usted puede vencer al asma. 3ra. ed. La Habana: Científico-Técnica; 2007.
11. Medline Plus [Internet]. Washington: University of Washington School of Medicine [Actualizado 28 Mar 2011; citado 9 Ene 2010]. Disponible en:
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/19381.htm
12. Riesgos Ambientales. Asma [Internet]. Atlanta: National Center for Environmental Health; 2010 [citado 3 Feb 2010]. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/asthma/es/pdfs/faqs.pdf>
13. Rodríguez Gavaldá R. Enfermedades alérgicas, asma y dermatitis atópica. Rev Policlínico Universitario Vedado [Internet]. 2006 [citado 26 Jun 2008];1(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://www.sld.cu/sitios/pdvedado/temas.php?idv=10578>
14. Gómez M. Epidemiología del asma en Argentina. Archivos de alergia e inmunología clínica [Internet]. 2006 Jul [citado 10 Ago 2010];37(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en
http://www.archivos.alergia.org.ar/material/22006/2006_02_03_revision.pdf
15. De la Vega Pazitková T, Pérez Martínez VT, Bezos Martínez L. Factores de riesgo de asma bronquial en niños y su relación con la severidad de las manifestaciones clínicas. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 Jun [citado 4 Abr 2011];26(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200002&lng=es

Recibido: 2 de febrero de 2011
Aprobado: 4 de mayo de 2011