

POLICLÍNICO DOCENTE NORTE
PLACETAS, VILLA CLARA

PROMOCIÓN DE SALUD A FAMILIARES DE NIÑOS ASMÁTICOS

Por:

Dra. Mayda L Cárdenas Bienes¹, Dr. Mario B. Díaz Cabrera¹, Dr. Erick J. Eirin Rey¹, Dra. Beatriz González Cáceres¹, Dra. Marila Suárez González¹ y Dr. Jesús Eirin Rey²

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
2. Residente de 2do. año de Medicina General Integral.

Resumen

Introducción: La función esencial del médico de la familia es la prevención de las enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables mediante la divulgación de información sobre conductas de riesgo destinadas a transformar las condiciones generales de vida de la población, ampliar conocimientos y mejorar la salud. **Objetivos:** El presente estudio se propuso elevar el nivel de conocimiento de los familiares de 41 niños asmáticos sobre el asma bronquial, y por esa vía tratar de modificar el estilo de vida de los niños para lograr un mejor control de esta enfermedad. **Métodos:** Se realizó un estudio de intervención que consiste en la aplicación de distintas técnicas educativas en once sesiones cada 15 días y con dos horas de duración. Para ello se recogieron en una encuesta los conocimientos de los familiares sobre manifestaciones clínicas, aspectos epidemiológicos, medidas higiénico-sanitarias y tratamiento de las crisis antes de la intervención y después de la misma. **Resultados:** Se elevó el nivel de conocimiento sobre manifestaciones clínicas, aspectos epidemiológicos, medidas higiénico-sanitarias, tratamiento de las crisis y sobre el asma bronquial en general (85,4 %) y se lograron estilos de vida adecuados (87,8 %) con el empleo del modelo de intervención. **Conclusiones:** Las técnicas educativas aplicadas son eficaces para lograr que los familiares de niños asmáticos amplíen sus conocimientos sobre esta enfermedad y para modificar el estilo de vida de estos pacientes.

Descriptor DeCS:

PROMOCION DE LA SALUD
ASMA/ prevención & control
EDUCACION EN SALUD

Subject headings:

HEALTH PROMOTION
ASTHMA/prevention & control
HEALTH EDUCATION

Introducción

Desde tiempos remotos el asma bronquial ha constituido un azote para la humanidad. Fue Trosseau quien en la primera mitad del siglo XIX señaló el primer diagnóstico registrado acerca de la morbilidad por esta enfermedad, en el cual expresó: "El asma no es mortal". Pocos aspectos del asma generan más discrepancias que la definición de la misma. Actualmente se define como una entidad crónica inflamatoria que se caracteriza por hiperreactividad bronquial de origen multifactorial, que ocasiona tos y disnea de grado variable y de carácter reversible, como resultado de una reducción de la luz bronquial provocada por espasmo de la musculatura, edema e hipersecreción de moco.

En investigaciones realizadas, Zenea Capote¹ ha informado una prevalencia en la población total de 8,2 % (8,5 % en área urbana y 7,5 en la rural) con valores superiores en zonas marítimas e inferiores en zonas montañosas. Esto demuestra la influencia de los factores ambientales en la génesis del asma bronquial, los cuales en algunos casos son susceptibles de corrección mediante la labor educativa del médico de la familia. La genialidad de la concepción de la atención primaria radica en el reconocimiento de la familia como institución social fundamental, lo que implica mayores posibilidades para desarrollar acciones de salud e influir en la conducta del paciente, al transmitirle información sobre conductas de riesgo, o bien contribuyendo a transformar las condiciones generales de vida y a fomentar hábitos y comportamientos individuales y colectivos que conduzcan a mejorar la salud^{2,3}.

Disminuir la frecuencia de las crisis del paciente asmático, coadyuvar a un mejor control de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, fueron los aspectos que nos motivaron a aplicar un sistema de técnicas educativas con carácter participativo, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento de los familiares de estos niños y modificar el estilo de vida de los pacientes.

Métodos

Se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención educativa, antes de su realización y después de la misma, en tres consultorios del médico de familia pertenecientes al Policlínico Docente Norte del municipio de Placetas, en el período comprendido entre enero y diciembre de 1999, para demostrar que con técnicas educativas se puede aumentar el conocimiento de los familiares y modificar el estilo de vida de los niños asmáticos. De 52 integrantes de familias nucleares de niños asmáticos de 1 a 14 años de edad, se seleccionaron 41 familiares que convivían con el niño, con disposición y condiciones para participar; fueron excluidos aquellos cuyas condiciones de trabajo no les permitían asistir a nuestras actividades.

Para la recogida de los datos se utilizaron las historias clínicas familiares e individuales. Luego de seleccionados se realizó un primer contacto, donde se recogieron los aspectos de mayor interés para ellos sobre la enfermedad; se empleó la técnica "Lluvia de ideas", y de acuerdo con sus planteamientos se preparó el programa de actividades educativas⁴ y se confeccionó la encuesta (Anexo). El conjunto de técnicas queda conformado de la forma siguiente:

Primera sesión	1 Técnica de presentación 2 Lluvia de ideas
Segunda sesión	1 Aplicación del cuestionario 2 Dinámica de grupo
Tercera sesión	1 Charla educativa sobre asma bronquial 2 Técnica de cierre
Cuarta sesión	1 Comentario de texto 2 Técnica de cierre
Quinta sesión	1 Sociodrama
Sexta sesión	1 Charla educativa sobre medidas de control higiénico-ambiental 2 Técnica de cierre
Séptima sesión	1 Dinámica de grupo 2 Técnica de cierre
Octava sesión	1 Técnica de la balanza 2 Técnica de cierre
Novena sesión	1 Técnica de 6'6 (Phillips 6'6)
Décima sesión	1 Aplicación del cuestionario 2 Explicación breve de los indicadores para evaluar
Oncena sesión	1 Integración, evaluación y cierre

Para aplicar las técnicas, se dividió al grupo de familiares en dos subgrupos, con vistas a desarrollar mejor las actividades docentes. Las sesiones se efectuaron quincenalmente con dos horas de duración y un receso de diez minutos.

El cuestionario incluyó los aspectos más importantes que el familiar del niño asmático debe conocer sobre la enfermedad y el cumplimiento de las medidas de control higiénico-ambiental, y fue aplicado al inicio y al final de las actividades.

Para el análisis e interpretación de los resultados se empleó el método porcentual y las pruebas estadísticas de probabilidad exacta de Fisher, donde un valor de p menor que 0,001 indica la existencia de una relación altamente significativa, y la prueba de hipótesis para la diferencia de proporciones mostró como resultado el estadígrafo z y su significación asociada p , donde un valor de p inferior a 0,05 indica una diferencia significativa entre las variables, y un valor menor que 0,01 una diferencia altamente significativa. Para la aplicación de las pruebas se utilizó el paquete de programas estadísticos Microstat ejecutado en una microcomputadora 486 IBM compatible.

El conocimiento de los familiares de niños asmáticos sobre la enfermedad se evaluó de la siguiente forma:

1. Nivel de conocimiento de los factores desencadenantes:
 - ❖ Alto: Cuando el familiar identifica 12 factores o más.
 - ❖ Medio: Cuando identifica entre 7 y 11 factores.
 - ❖ Bajo: Cuando identifican menos de 7 factores.

2. Nivel de conocimiento sobre manifestaciones clínicas que caracterizan las crisis:
 - ❖ Alto: Identifica los incisos b, e, g, d, i, h, o cuatro de ellos.
 - ❖ Medio: Identifica de uno a tres de estos incisos.
 - ❖ Bajo: Identifica los otros incisos y ninguno de los anteriores.

3. Nivel de conocimiento del tratamiento de base o preventivo y su periodicidad:
 - ❖ Alto: Identifica cuatro o cinco de estos tratamientos, el control ambiental y la sistematicidad
 - ❖ Medio: Identifica dos o tres de estos tratamientos, el control ambiental y la sistematicidad.
 - ❖ Bajo: Identifica el tratamiento sólo en crisis o uno de los mismos, y no la sistematicidad.

4. Nivel de conocimiento que poseen los familiares sobre la enfermedad (pronóstico, factores desencadenantes, manifestaciones clínicas que caracterizan las crisis de asma, tratamiento de base o preventivo y periodicidad del mismo):
 - ❖ Alto: Evaluados cuatro aspectos como alto.
Evaluados tres aspectos como alto y uno como medio.
 - ❖ Medio: Evaluados tres aspectos como medio.
Evaluados dos aspectos como alto y dos como medio.
Evaluados tres aspectos como alto y uno como bajo.
Evaluados dos aspectos como alto, uno como medio y uno bajo.
 - ❖ Bajo: Evaluados como bajo dos o más aspectos.

5. Cumplimiento de las medidas de control higiénico-ambiental de desalergización:

- ❖ Cumple: Ausencia de objetos que acumulen o generen alérgenos, limpieza con paño húmedo o frazadas, no uso de desinfectantes o aromatizantes, no animales domésticos y no fumadores.
- ❖ No cumple: Presencia de objetos que acumulen o generen alérgenos, limpieza con plumero, escobas o ambos, uso de sustancias olorosas, presencia de animales domésticos y fumadores.

6. Estilo de vida de los niños asmáticos:

- ❖ Adecuado: Duerme solo o hasta con dos personas, con las ventanas totalmente abiertas, y cumple con las medidas de control higiénico-ambiental de desalergización, que incluye alimentos.
- ❖ Inadecuado: Duerme con tres o más personas, con ventanas cerradas, no cumple las medidas de control higiénico-ambiental de desalergización, e incluso de los alimentos.

Se identifica como estilo de vida a la forma regular y estable en que el sujeto estructura los sistemas de actividades, hábitos, comunicación y enfrentamiento en las diferentes áreas de la vida cotidiana a partir de la dinámica emergida de las configuraciones psicológicas^{3,5}. Las variables que se relacionan con el mismo fueron: el número de personas que duermen en el cuarto, la ventilación, objetos que acumulen o generen alérgenos, utensilios de limpieza, animales domésticos, presencia de fumadores y alérgenos alimentarios.

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 (85,4 %); después de la intervención educativa, la diferencia fue altamente significativa ($p < 0,01$) (tabla 1). Asimismo, aumentó significativamente el conocimiento de los familiares sobre los factores desencadenantes de las crisis asmáticas (tabla 2).

Tabla 1 Nivel de conocimiento sobre asma bronquial que poseen los familiares de los niños antes de la intervención educativa y después de la misma.

	Nivel de conocimiento			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Alto	4	9,8	35	85,4
Medio	9	21,9	4	9,8
Bajo	28	68,3	2	4,9
TOTAL	41	100	41	100

$p < 0,01$

Fuente: Encuesta

Tabla 2 Conocimiento de los factores desencadenantes de las crisis de asma bronquial antes de la intervención educativa y después de la misma.

Factores desencadenantes	Actividades educativas			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Clima	31	75,6	38	92,7
Estación del año	22	53,7	31	75,6
Cambios meteorológicos	36	87,8	41	100,0
Esfuerzo físico	14	34,1	25	61,0
Tensión emocional**	6	14,6	22	53,7
Traumatismos**	3	7,3	19	46,3
Humo del tabaco*	24	58,5	39	95,1
Polvo	32	78,1	40	97,6
Caspa de animales**	5	12,2	30	73,2
Hongos**	2	4,9	28	68,3
Alimentos**	10	24,4	33	80,5
Olores fuertes**	16	39,0	35	85,4
Medicamentos**	8	19,5	24	58,5
Infecciones virales**	11	26,8	32	78,1

**p < 0,01 *p < 0,05

Fuente: Encuesta

La cianosis distal y el tiraje subcostal, como manifestaciones clínicas del asma bronquial, fueron respondidas correctamente por un mayor número de familiares después de la intervención (Anexo).

También se produjeron cambios positivos en el estilo de vida de los niños, probablemente inducidos por la mayor capacitación de los padres después del programa de actividades. De 29,3 % niños que dormían con más de dos personas, la cifra disminuyó a 12,2 %, y del 65,9 % de niños que dormían con mala ventilación al inicio, el número disminuyó a sólo 7,3 %; esta última diferencia fue altamente significativa ($p < 0,01$) (tabla 3).

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

Personas que duermen con el niño	Actividades educativas			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Ninguna (duerme solo)	4	9,7	8	19,5
Con una o dos	25	61,0	28	68,3
Con más de dos	12	29,3	5	12,2
Ventanas parcial o totalmente abiertas	14	34,1	38	92,7
Cerradas o no tiene ventanas	27	65,9	3	7,3

p < 0,05

Fuente: Encuesta.

Con respecto al cumplimiento de las medidas de control higiénico-sanitario y ambiental de desalergización antes de la intervención, sólo las cumplían 8 (19,5 %), y ascendió después a 36 (87,8 %) ($p < 0,01$). Es interesante observar que sólo cinco personas permanecen sin cumplir estas medidas (tabla 4). Asimismo, un mayor número de niños se adhirieron a la dieta libre de alérgenos alimentarios (90,2 %).

Tabla 4 Cumplimiento de las medidas de control higiénico-ambiental de desalergización antes de la intervención educativa y después de la misma.

Cumplimiento	Actividades educativas			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Cumple	8	19,5	36	87,8
No cumple	33	80,5	5	12,2
TOTAL	41	100,0	41	100,0

p < 0,01
Fuente: Encuesta.

En la tabla 5 se observa que el estilo de vida que predominó después de la intervención fue el adecuado (87,8 %) (p < 0,01); existió una asociación altamente significativa entre el nivel alto de conocimiento del asma bronquial y el estilo de vida adecuado (p < 0,001).

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

Nivel de conocimiento	Estilo de vida					
	Adecuado		Inadecuado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alto	34	94,4	1	20,0	35	85,4
Medio	2	5,6	2	40,0	4	9,8
Bajo	0	0	2	40,0	2	4,9
TOTAL	36	87,8	5	12,2	41	100,0

p < 0,001
Fuente: Encuesta.

Discusión

Cruz y Martín Mateo⁶ coinciden en señalar la eficacia de los programas educativos en el control del asma bronquial. Estos autores enfatizan sobre la importancia de que la familia conozca el carácter crónico de la enfermedad y las medidas encaminadas a mejorarla. La intervención educativa logró que mejorara el conocimiento de los familiares de estos niños en aspectos tales como: la influencia del clima sobre el asma, la estación del año, los cambios meteorológicos, el polvo y el humo del tabaco, la tensión emocional, caspa de los animales, los hongos, ciertos alimentos, los olores fuertes, algunos medicamentos y las infecciones virales, muchos de cuyos aspectos son poco conocidos por la población.

Lorente Romo⁷ sugiere aumentar los conocimientos sobre los factores ambientales más estrechamente relacionados con el asma –como alérgenos domésticos y extradomiciliarios–, la contaminación (sobre todo por humo del tabaco), alérgenos alimentarios y afecciones virales, entre otros, para evitar la sensibilización alérgica.

Pat⁸ plantea que las intervenciones ambientales más prometedoras en el momento actual son las dirigidas a evitar la exposición intradomiciliaria de alérgenos y el hábito de fumar de los padres; después se hace necesario ampliar los conocimientos de los familiares para lograr un mejor control de la enfermedad.

En la bibliografía consultada se señala la disnea espiratoria, la polipnea y la tos como los síntomas más frecuentemente encontrados en los niños y, por lo tanto, son los más conocidos por sus familiares⁹. De ahí la necesidad de ampliar los conocimientos sobre otras manifestaciones menos conocidas presentes en las crisis, así como diferenciarlas de las manifestaciones que las preceden.

En concordancia con nuestros resultados Korovina y Subehenke¹⁰ plantean que la educación de la familia acerca del tratamiento del asma puede resultar beneficiosa, sobre todo en lo que se refiere a las medidas de control ambiental, del conocimiento de los medicamentos que se emplean en el período intercrisis y la fisioterapia respiratoria.

Según Páez Pinto¹¹ el cumplimiento del tratamiento preventivo, con la periodicidad requerida por parte de los familiares de los niños asmáticos, modifica favorablemente la evolución de estos pacientes al permitir el control de los factores que influyen en la exacerbación de la enfermedad.

En nuestro trabajo, uno de los aspectos en que se lograron mejores resultados fue, precisamente, en el incremento de los conocimientos de los familiares relativos a las medidas de control higiénico-ambiental.

El aumento del nivel de conocimiento de los familiares en nuestra investigación, coincide con un estudio de intervención realizado en 1998 en Rusia para mejorar el diagnóstico, tratamiento y prevención del asma, en el cual se obtuvieron mejorías significativas al cabo de un año y reducción de las visitas al médico¹². Por otra parte, Steigman¹³ plantea la importancia del contacto del médico con los familiares de los niños asmáticos y la importancia de la educación en el control de esta enfermedad, lo cual fue corroborado en el presente trabajo.

Existe relación entre el hacinamiento y el asma bronquial. Se ha comprobado que a mayor número de personas que duermen con el niño, la posibilidad de adquirir infecciones respiratorias se incrementa¹⁴. En nuestro estudio se logró disminuir el número de niños que dormían con más de dos personas. Al mismo tiempo, mejoró la ventilación en un número significativo de hogares.

Cruz y Martín Mateo⁶ plantearon que, como la estancia de los niños transcurre la mayor parte del tiempo en sus hogares, es importante para la mejoría de su enfermedad que los familiares conozcan la necesidad de vivir en hogares bien ventilados y, por tanto, con menor exposición al polvo, propósito que se cumplió en nuestro estudio en la gran mayoría de los casos.

Paul y Klettke¹⁵ coinciden en la importancia del cumplimiento de las medidas de control higiénico-ambiental de desalergización para prevenir las crisis de asma, y orientan eliminar de la habitación de los asmáticos objetivos que puedan acumular diversos alérgenos y realizar la limpieza del hogar con frazadas y paños húmedos. Asimismo, la prevalencia del asma es mayor en hijos de padres fumadores, por lo que cobra especial interés recomendar el abandono de tan nocivo hábito¹⁶.

Según se observó en este estudio, se logró modificar el hábito alimentario de los niños después de la intervención, en el sentido de evitar los alimentos que pudieran ser alérgenos. Varios estudios han demostrado que la ingestión de algunos alimentos, como cítricos, tomate, chocolate y maní, entre otros, pueden influir negativamente en el asma. Por lo tanto, posee gran importancia el conocimiento de estos alérgenos para restringir su ingestión o limitarla, en aras de prevenir las crisis.

Hay autores que señalan que un estilo de vida insalubre en la niñez es uno de los factores más importantes involucrados en la génesis del asma bronquial, y que se puede modificar si se trabaja activamente con la comunidad¹⁷, aspecto que se logró satisfactoriamente con nuestras actividades educativas.

Villavicencio y Porro¹⁸ plantean que la labor educativa para formar o modificar estilos de vida que protejan la salud hay que desarrollarla con la familia, y para eso es necesario cuidar y fortalecer la unidad, autoridad y el prestigio de la misma; además, expresan que la relación médico-paciente es esencial para lograr su participación decisiva en el establecimiento de hábitos y costumbres saludables.

Se concluye que las intervenciones educativas son eficaces para aumentar el conocimiento de los familiares sobre el asma bronquial y lograr un estilo de vida más saludable en los niños.

Summary

Introduction: The main function of the doctor of 120 families is the prevention of diseases and promotion of healthy way of life by means of the promotion of information about risky behaviors devoted to transforming the general living conditions of the population, increasing Knowledge and improving health. **Objectives:** The current study attempted to increase the level of Knowledge within the relatives of 41 asthmatic children, about bronchial asthma. By means of this, the study also tried to change the children's lifestyle in order to have a better control of the disease. **Methods:** An intervention study was made based on the application of different educational techniques in 11 sessions every 15 days and a duration of 2 hours. The Knowledge of the relatives on clinical manifestations, epidemiological aspects, hygienic-sanitary measures as well as the treatment of the crisis before and after intervention; were gathered in a survey in order to achieve the goal. **Results:** There was an increase in the level of Knowledge about clinical manifestations, epidemiological aspects, hygienic-sanitary measures, treatment of the crisis and bronchial asthma in general (84,5 per cent). Adequate lifestyles were achieved (87,8 per cent) using intervention models. **Conclusions:** The educational techniques applied are effective to make the relatives of asthmatic children increase their Knowledge about the disease and to change the lifestyle of these patients.

Referencias bibliográficas

1. Zenea Capote A. Vivir con el asma. Rev Avances Médicos de Cuba 1997;(9):18-20.
2. Cerguera MT. Promoción de la Salud: evolución y nuevos rumbos. Bol Of Sanit Panam 1996;120(4):342-347.
3. Núñez D, Villavicencio Porro F. Modo de vida. Psiquis y Salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
4. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Sacasa J, Fernández Mirabal JE. Educación para la Salud. Medicina General Integral Vol1. 2ª ed. La Habana: Pueblo y Educación; 1987.
5. González Rey F. Personalidades, Modo de Vida y Salud. La Habana: Centro "Félix Varela"; 1994.
6. Cruz M, Martín Mateos MA. Pronóstico del Asma Bronquial Infantil. Rev Cubana Pediatr 1988;60(6):1040-1053.
7. Lorente F, Romo A, Laffond E, Dari LI. Medidas preventivas de las enfermedades alérgicas. Allergol Immunopathol Madr 1998;(3):101-13.
8. Pat J, Bjorksten B. Primary and Secondary prevention of allergic Asthma. Eur Respir J Suppt 1998;27:28s-34s.
9. Villa Asensi JR. La tos en el asma. Medicina y Humanidades (Barcelona) 1996;S 1 (1173):69.
10. Korovina OV, Subehenke SA. The principles of the organization of individualized treatment for bronchial asthma patients. Ter Arkh 1996;63(12):117-122.
11. Páez Pinto JM. Tratamientos no farmacológicos de las enfermedades alérgicas. Rev Esp Alergol Inmunol Clin 1998;13(1):Extraordinario:15-20.
12. Maslennikova GH, Morosova ME, Salman NV, Kulikov SM, Agarov RG. Asthma education program in Russia: educating patients. National Research. Center for Preventive Medicine. Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. Patient Educ-Couns 1998;33 (2):113-27.
13. Steingman DM. Is it "urban" or is it "asthma"? The Lancet 1996;348 (9021):143-4.
14. Strachan DP, Carey IM. Home environment and severe asthma in children: a population-based case- control study. BMJ 1995;311(7012):1053-56.

15. Paul K, Klettke U, Wahm U. The combined influence of immunotherapy and mite allergen reduction and bronchial hyperresponsiveness in mite sensitive asthmatic children. *Eur J Pediatr* 1998;157(2):109-13.
16. Brand PL, Duevirman EJ. Coughing and wheezing children: improvement after parents stop smoking. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142(15):825-7.
17. Cserhati E. Is it possible to prevent asthma? *Acta Microbiol Immunol Hung* 1998;45(1): 135-42.
18. Núñez D, Villavicencio Porro F. Modo de vida. *Psiquis y Salud, Relación Médico-Paciente*. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.

Anexo: Cuestionario.

A continuación se aplicará una encuesta que contiene una serie de preguntas relacionadas con la enfermedad del niño asmático. Su sinceridad en las respuestas será de inestimable valor. Muchas gracias.

Datos generales

- Vínculo familiar con el niño: _____
- Edad del familiar: _____
- Grado de escolaridad del familiar: _____
- Edad del niño: _____
- Sexo del niño: ____ Masculino ____ Femenino

Datos del tema:

1. El asma bronquial es una enfermedad: (marca con una x)

- Curable con tratamiento.
 Incurable que mejora con tratamiento.

2. Los factores desencadenantes del asma bronquial pueden ser: (marca con una X)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Clima | <input type="checkbox"/> Polvo |
| <input type="checkbox"/> Estación del año | <input type="checkbox"/> Caspa de animales |
| <input type="checkbox"/> Cambios meteorológicos | <input type="checkbox"/> Hongos |
| <input type="checkbox"/> Esfuerzo físico | <input type="checkbox"/> Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Tensión emocional | <input type="checkbox"/> Olores fuertes |
| <input type="checkbox"/> Traumatismos (golpes) | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Humo del tabaco | <input type="checkbox"/> Infecciones virales |

3. Las manifestaciones clínicas que caracterizan las crisis de asma son: (marca con una X).

- | | |
|--|--|
| a) <input type="checkbox"/> Obstrucción nasal | h) <input type="checkbox"/> Fiebre |
| b) <input type="checkbox"/> Respiración rápida | i) <input type="checkbox"/> Tiraje subcostal (hundimiento de la piel entre las costillas al ritmo de la respiración) |
| c) <input type="checkbox"/> Estornudo | j) <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| d) <input type="checkbox"/> Secreción nasal | |
| e) <input type="checkbox"/> Falta de aire | |
| f) <input type="checkbox"/> Prurito óculo-nasal (picazón en los ojos y la nariz) | k) <input type="checkbox"/> Tos |
| g) <input type="checkbox"/> Cianosis distal (coloración morada en las uñas) | |

4. El tratamiento para prevenir las crisis de asma se realiza con: (marca con una X)

- a) Ejercicios respiratorios
- b) Vacunas
- c) Cromoglicato disódico (Intal)
- d) Medidas de control higiénico-ambiental
- e) Antihistamínicos

5. El tratamiento preventivo debe hacerse: (marca con una X)

- Sistemáticamente
 Sólo durante las crisis (cuando está fatigado)

6. El niño duerme en su cuarto: (marca con una X)

- Solo
- Con una persona
- Con dos personas
- Con tres o más personas

7. El niño duerme con las ventanas: (marca con una X)

- Parcialmente abiertas
- Totalmente abiertas
- Cerradas
- No tiene ventanas

8. El cuarto del niño tiene: (marca con una X)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cortinas | <input type="checkbox"/> Juguetes de trapo o peluche |
| <input type="checkbox"/> Alfombras | <input type="checkbox"/> Ropa colgada detrás de las puertas |
| <input type="checkbox"/> Plantas | <input type="checkbox"/> Colchón y almohadas sin forrar con nailon |
| <input type="checkbox"/> Flores | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Libros o revistas | |

9. Para la limpieza de la casa, en presencia del niño, usas: (marca con una X)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Plumeros | <input type="checkbox"/> Frazada |
| <input type="checkbox"/> Escobas | <input type="checkbox"/> Desinfectantes |
| <input type="checkbox"/> Paño húmedo | <input type="checkbox"/> Aromatizantes |

10. Presencia de animales domésticos en la casa: (marca con una X)

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gato | <input type="checkbox"/> Otros | ¿ Cuáles ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Perro | <input type="checkbox"/> Aves | <input type="checkbox"/> Ninguno |

11. ¿ Quién fuma dentro de la casa ? : (marca con una X)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Uno de los padres | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Madre y padre | <input type="checkbox"/> No hay fumadores |
| <input type="checkbox"/> Hermanos | |
| <input type="checkbox"/> Abuelos | |

12. En la alimentación habitual de su niño, usas: (marca con una X)

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cereales | <input type="checkbox"/> Tomate | <input type="checkbox"/> Enlatados |
| <input type="checkbox"/> Leche | <input type="checkbox"/> Mariscos | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Chocolate | <input type="checkbox"/> Cítricos | ¿ Cuáles ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Queso | <input type="checkbox"/> Maní | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Confituras | | |