

ARTÍCULO ORIGINAL

Intervención educativa sobre asma bronquial en padres de niños con esta enfermedad en Anzoátegui, Venezuela

Educational intervention on bronchial asthma in parents of asthmatic children in Anzoátegui, Venezuela

Julia Quintana Madrigal, Víctor Manuel Méndez Torres, Yordanka Méndez Torres, Jorge Álvarez Mera, Betty Quinto

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi-experimental, prospectivo de corte transversal, con el objetivo de implementar una intervención educativa sobre asma bronquial en padres de niños asmáticos del consultorio "23 de Enero", municipio Pedro María Freites estado Anzoátegui, Venezuela, en el período entre mayo a diciembre de 2016. El universo lo constituyeron todos los casos con diagnóstico de asma bronquial en edades de 2 a 6 años. La muestra se seleccionó por un representante del niño que cumpliera los criterios de selección y quedó representada por 46 padres previo consentimiento informado, se aplicó una encuesta antes y después de la intervención. En los resultados prevaleció el nivel de severidad moderada persistente y el sexo femenino más afectado. El nivel de conocimiento sobre el cuidado del niño ante el síntoma fue inadecuado, tenían conocimientos adecuados sobre la conducta a seguir ante la crisis, sobre tratamiento y estilos de vida saludables fue inadecuado. Estos mejoraron favorablemente después de la intervención educativa.

Palabras clave: asma bronquial; padres; crisis; intervención

ABSTRACT

A prospective, quasi-experimental, cross-sectional study was carried out with the objective of implementing an educational intervention. Bronchial Asthma in Parents of Asthmatic Children of the Clinic January 23, Pedro María Freites Municipality of Anzoátegui, Venezuela, from May to December of 2016. The universe was constituted by all the cases with diagnosis of Bronchial Asthma in ages of 2 to 6 years. The sample was selected by a representative of the child who met the selection criteria and was represented by 46 parents with prior consent and applied a pre- and post-intervention survey. In the results, the level of persistent moderate severity and the most affected female gender prevailed. The level of knowledge about the child's care of the symptom was inadequate, had adequate knowledge about the behavior to follow the crisis and about healthy treatments and lifestyles was inadequate. These improved favorably after the educational intervention.

Keywords: bronchial asthma; parents; crisis; intervention

INTRODUCCIÓN

El pensamiento hipocrático se aplicó para interpretar las condiciones ambientales de la vida humana y se puede considerar, pues, una de las raíces más remotas de la ecología humana, junto con las obras naturalistas de Aristóteles.^{1,2} Vieira S, Sten R, Ferraro A, pone de manifiesto las diferencias y las dificultades para llegar a consensuar acuerdos globales sobre los problemas que afectan tanto a los países ricos como a los pobres y que hoy en día todavía persisten.³

En general, se define la contaminación como la alteración de las propiedades de un medio por incorporación generalmente causada por la acción directa o indirecta del ser humano de partículas, compuestos gaseosos, perturbaciones, materiales o radiaciones que introducen modificaciones en la estructura y la función de los ecosistemas afectados.⁴

Barreda publicó un estudio realizado en Finlandia que demuestra que las condiciones ambientales en el trabajo empeoran los síntomas de los pacientes con asma clínicamente estable.⁵ Simpson A refleja en sus investigaciones que las infecciones virales son "adyuvante" de la

respuesta inflamatoria y promueven el desarrollo del daño de las vías aéreas al intensificarla.⁵

Los alérgenos ambientales son una causa importante de reactividad de las vías aéreas. Se ha demostrado que el hogar es la fuente de los más agresivos alérgenos que desencadenan la crisis.⁶

El asma inducida por el ejercicio físico es una expresión de hiperreactividad de las vías aéreas, no una forma especial de asma, para algunos casos este es el único desencadenante en el cual la obstrucción de la vía aérea se resuelve espontáneamente después de 30 a 40 min de realizada la actividad física, lo que puede ocurrir en cualquier condición climática, pero se incrementa al respirar aire frío. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC: Kit de presentación sobre el asma para profesionales de la salud.⁷

Durante el año 2016 en Cantaura, municipio Pedro María Freites, estado Anzoátegui, Venezuela, existe una fuerte contaminación ambiental, debido a las refinerías cercanas que contaminan la atmósfera, lo que ha repercutido en el análisis de la situación de salud con incremento de enfermedades dermatológicas y pudo detectar la existencia de un elevado índice en el reingreso de niños asmáticos en edad preescolar comprendida entre los 2 a 6 años de edad.

MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi-experimental, de desarrollo, prospectivo de corte transversal en el tiempo, con el objetivo de implementar una intervención educativa sobre asma bronquial en padres de niños asmáticos del consultorio 23 de enero, perteneciente al ASIC Cantarua, municipio Pedro María Freites del estado Anzoátegui, en el período comprendido entre mayo a diciembre de 2016.

El universo lo constituyeron todos los casos dispenzarizados en el consultorio como con diagnóstico de asma bronquial en edades de 2 a 6 años de representado por 69 niños.

La muestra se seleccionó por un representante del niño asmático a participar en el estudio que cumpliera los criterios de selección: padres de niños con mayor número de crisis entre 3 y 4 mensuales. que dieran consentimiento a participar en el estudio, que vivan en situaciones

económicas desfavorables y quedó representada por 46 padres lo que representó el 66 % del universo.

Se elaboró una encuesta y se aplicó de manera anónima, los conocimientos se clasificaron en adecuado, inadecuado, y medianamente adecuado.

Se elaboró el programa de la intervención educativa con 4 temas:

Tema No. 1. Asma Bronquial, concepto, causa

Tema No. 2. Conducta a seguir ante la crisis

Tema No. 3. Tratamientos y estilos de vida saludables para prevenir el asma

Tema No.4. Evaluación de la intervención

Se impartieron los mismos en un período de dos semanas con frecuencia de dos veces por semana, posterior a ello se procedió a aplicar de nuevo la encuesta inicial.

Se estudiaron las variables: conocimiento factores que inciden en la aparición de la crisis, cuidado del niño cuando presenta tos, conducta a seguir ante la crisis, tratamientos, estilos de vida saludables y factores que inciden en la aparición de la crisis.

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura disponible referente al tema a través de los sistemas Google, Medline, Wikipedia, Lilacs y Localizador de Información en Salud (LIS).

Los datos se procesaron en computador Pentium con microprocesador i3, distribuidos en base de datos Microsoft Office Excel. Los resultados se reflejan cuantitativamente en tablas.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestra el nivel de conocimiento sobre el cuidado del niño ante el síntoma tos, antes de la intervención prevaleció un desconocimiento o conocimiento inadecuado en el 50 %, medianamente adecuado el 32.6 % y solo tenía conocimientos adecuados el 17.4 % de los casos.

El fenómeno de no poder llegar a todos los padres con un conocimiento adecuado, puede ser resultado de varias consecuencias, la primera de

ellas, el nivel cultural y luego coeficiente intelectual que no se tuvieron en cuenta como criterios de selección.

Tabla 1. Conocimientos de los padres sobre el cuidado del niño ante el síntoma principal (tos) (padres)

Conocimientos (N=46)	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	8	17.4	41	89.1
Inadecuado	23	50.0	-	-
Medianamente adecuado	15	32.6	5	10.9
Total	46	100	46	100.0

Fuente: encuesta.

En la Tabla 2 se muestra el conocimiento de los padres o tutores que participaron en el estudio. Antes de la intervención el 63 % de los casos tenían conocimientos adecuados sobre la conducta a seguir ante la crisis de asma bronquial del menor, el 24 % tuvo un conocimiento medianamente adecuado. La relación entre el insuficiente conocimiento de la aparición del principal síntoma y el cuidado para evitar exageración de la crisis está enfocado a que lo primero que realizan los padres es acudir a consulta con el médico, prefieren que sean los facultativos quienes tomen decisiones en las crisis de sus hijos

Tabla 2. Conocimientos sobre la conducta a seguir ante la crisis asmática del niño

Conducta (N=46)	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuada	29	63.0	46	100.0
Inadecuada	6	13.0	-	-
Medianamente adecuada	11	24.0	-	-
Total	46	100.0	46	100.0

Fuente: encuesta.

La Tabla 3 expone el nivel de conocimiento y práctica, de los padres hacia sus hijos, sobre los tratamientos y estilos de vida saludables dirigidos a prevenir el asma bronquial. Sobre ello, antes de la

intervención el 67.4 % de la muestra tenía un conocimiento inadecuado los cuales consideraban que mantenerlo en casa encerrado sin salir evitaba la crisis y se oponían a que el niño debía realizar actividades deportivas para el fortalecimiento de los pulmones, así como un criterio muy generalizado es el uso del inhalador broncodilatador para prevenir las crisis y suministrar los medicamentos al niño por vía oral para evitar las crisis de asma severa.

Estos criterios mejoraron favorablemente después de la intervención educativa a punto que de los 46 niños se encuentran vinculados a las actividades de Barrio Adentro Deportivo 41 niños, impacto que la autora adjudica a la intervención educativa.

Tabla 3. Conocimientos o prácticas de tratamientos y estilos de vida saludables dirigidos a prevenir el asma bronquial

Conocimientos (N=46)	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuados	9	19.6	44	95.7
Inadecuados	31	67.4	-	-
Medianamente adecuados	6	13.0	2	4.3
Total	46	100.0	46	100.0

Fuente: encuesta.

DISCUSIÓN

En un estudio de Orellana Meneses Alcides Geovanis, et al, sobre Las afecciones pulmonares recurrentes en niños, de los pacientes incluidos como casos, 11 (17.5 %) ya tenían diagnóstico de alguna enfermedad relacionada con las APR al momento de la inclusión, entre los cuales predominaron 7 con asma bronquial (11.1 %).⁸

En una investigación realizada, cuyos resultados han sido publicados recientemente⁹, se concluyó que existe una representación social sobre la prevención de enfermedades en los profesionales de la salud, que varía según la profesión que ejerzan dichos profesionales: medicina, enfermería, psicología. Aunque prácticamente todos los profesionales de la salud comprenden esas complejidades y la interrelación de los

componentes físicos, mentales, sociales e individuales en la determinación de la salud, existen incongruencias entre este saber y sus prácticas asistenciales cotidianas. Dichas inconsistencias se atribuyen a la históricamente débil sustentación científica de la relación mente-cuerpo y su vinculación al proceso salud-enfermedad.^{9,10}

Existen experiencias más recientes que exploran otros aportes de la psicología a la prevención. Es el caso de la inclusión del modelo de inteligencia emocional en la prevención del consumo de drogas en poblaciones básicamente juveniles.¹¹⁻¹³

La gravedad del asma se valora a partir del número de crisis anuales y de la presencia de síntomas clínicos en el período intercrítico, y se clasifica de menor a mayor gravedad en: episódica ocasional, episódica frecuente, persistente moderada y persistente grave. El tratamiento óptimo del niño menor de 3 años con asma bronquial depende de la coordinación adecuada entre el pediatra de asistencia primaria y el pediatra de asistencia especializada. Dado que en este grupo de edad conviven todos los fenotipos de asma, que hemos descrito anteriormente, conviene encuadrar lo antes posible al niño en uno de ellos con fines terapéuticos.¹⁴

El asma pediátrica tiene fuertes repercusiones en las dimensiones funcional, emocional y social del paciente y su familia. En el caso del paciente, éste vive con limitaciones en sus actividades cotidianas, deportivas y recreativas, mostrando un alto ausentismo escolar, visitas de urgencia y hospitalizaciones, que modifican las rutinas diarias de su familia.¹⁵

Algunos estudios plantean que alrededor del 70 % inician los síntomas en los primeros 3 años de vida,¹⁵ es por ello que es de suma importancia la toma de medidas que eviten los ambientes alérgenos en niños con ascendencia que tienen antecedentes patológicos personales de asma bronquial.¹⁶ Por otro lado, puede que los ambientes sanos y limpios eviten coinfección en el asma bronquial con otros agentes como toxocariosis, nemátodo ascárido, la cual prevaleció en niños asmáticos por encima de los no asmáticos, lo cual dificulta la recuperación del paciente.¹⁷

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento identificado antes de la intervención sobre el cuidado del niño ante el síntoma tos, fue inadecuado. Los mayores porcentajes de la muestra tenían conocimientos adecuados sobre la conducta a seguir ante la crisis de asma bronquial del menor y el nivel de conocimiento y práctica, de los padres hacia sus hijos, sobre los tratamientos y estilos de vida saludables dirigidos a prevenir el asma bronquial fue inadecuado. Estos conocimientos mejoraron favorablemente después de la intervención educativa.

RECOMENDACIONES

Generalizar la experiencia educativa al resto de padres de niños con diagnóstico de asma bronquial pertenecientes al Consultorio Popular 23 de enero y a otras áreas de salud donde el asma bronquial sea una prioridad a educar en estilos de vida saludables para lograr mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oller Legrá E, Acosta Pérez Y, Baquero Suárez JM. Tratamiento y seguimiento de adultos con asma bronquial en las clínicas de la capital de Namibia. MEDISAN [Internet]. 2011 [citado 5 sep 2017]; 15(3):356-362. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n3/san13311.pdf>
2. Vieira S, Sten R, Ferraro A, Archanjo A, Pastro L. Los contaminantes atmosféricos urbanos son factores de riesgo significativos para el asma y la neumonía en niños: influencia del lugar de medición de los contaminantes. Arch Bronconeumol [Internet]. 2012 [citado 1 Dic 2016];48(11):[aprox 8p.]. Disponible en: <http://http://www.elsevier.es/es/revistas/archivos-bronconeumologia-6/los-contaminantes-atmosfericos-urbanos-son-factores-riesgo-90156714-originales-2012>
3. Rodríguez Méndez M, Echemendía Tocabens B. La prevención en salud: posibilidad y realidad. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2011 [citado 1 Dic 2016]; 49 (1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/index>
4. Beydon N, Davis SD, Lombardi E, Allen JL, Arets H, Aurora P, et al. On behalf of the American Thoracic Society/European Respiratory Society Working Group on Infant and Young Children Pulmonary

- Function Testing. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Pulmonary Function Testing in Preschool Children. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175:1304-45.
5. Simpson A, Soderstrom L, Ahlstedt S, Murray CS, Woodcock A, Custovic A. IgE antibody quantification and the probability of wheeze in preschool children. *J Allergy Clin Immunol*. 2005;116:744-9.
 6. Vega JM, Badia X, Badiola C, López-Viña A, Olaguíbel JM, Picado C, et al. Covalair Investigator Group. Validation of the Spanish versión of the Asthma Control Test (ACT). *J Asthma*. 2007; 44:867-72.
 7. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades [Internet]. Kit de presentación sobre el asma para profesionales de la salud. [citado Feb 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/asthma/spanish/speakit/prevention.htm>
 8. Rodríguez M. Representación social de la prevención de enfermedades en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2009;25(3):55-6.
 9. Orellana Meneses GA, González Oliva M, Carpio Muñoz E. Las afecciones pulmonares recurrentes en niños. *Rev Cubana Ped* [Internet]. 2015 [citado 5 sept 2017]; 87(4):[aprox. 27 p.]. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/6/5>
 10. Arango Y. Referentes sociohistóricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. *Rev Cubana Salud Púb* [Internet]. 2008 [citado 12 Ago 2009];34(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100017&lng=es&nrm=iso
 11. Castell-Florit P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Rev Cubana Salud Púb* [Internet]. 2007 [citado 28 ago 2015];33(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009&lng=es&nrm=iso
 12. Arce S. Inmunología clínica y estrés. En: *Busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo*. La Habana: ECIMED; 2007 [citado 28 ago 2009]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/inmunologia_clinica/indice_p.htm
 13. Fernández B, Jorge V, Bejar E. Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología* [Internet]. 2009 [citado 12 ago 2009];6(1):243-56. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=3&sid=e1ce3fc0-6471-4e64-b991-b5ad6fec9b24%40sessionmgr11>

14. Ibero Iborra M. Diagnóstico del asma en el niño menor de 3 años. Signos guía y criterios de derivación. Ann Ped Contin [Internet]. 2011 [citado 5 sept 2017]; 9(3): 141-4. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/diagnostico-del-asma-el-nino/articulo/80000614/>
15. Brunner N, Farana AL, Romero Delfino M. Presentacion del asma infantil segun sexo y edad de inicio en la ciudad de resistencia. Rev Posg VIa Cát Med [Internet]. 2004 dic. [citado 5 sep 2017];(140):5. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista140/asma.pdf>
16. López MÁ, Bojanich MV, Jacobacci JM, Sercic C, Michelini A, Alonso JM. Toxocara canis y asma bronquial. Medicina (Buenos_Aires) [Internet]. 2009, [citado 5 sep 2017]; 69: 75-78 . Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v70n1/v70n1a14.pdf>
17. Bazán Riveró GE. Evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil en población mexicana [Tesis]. España: Departamento de psicología clínica y de la salud; 2009. [citado 20 jul 2017]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5496/gebr1de1.pdf;jsessionid=A7DD94C425D3C7013E4132BE566571AE?sequence=1>

Recibido: 6 de julio de 2017

Aprobado: 5 de septiembre de 2017

Dra. Julia Quintana Madrigal. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Asistente. Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones". Guantánamo. Cuba.
Email: juliaqm@infomed.sld.cu