

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MISION MÉDICA CUBANA
DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS
LOS FLORES DE CATIA**



TÍTULO:

***Intervención educativa para la prevención de las crisis de
Asma Bronquial en pacientes del consultorio médico popular
La Redoma.***

Autor:

Dra. Yanisleidy Carrero Valdivia.

Residente 2do Año MGI.

Caracas 2013

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MISION MÉDICA CUBANA
DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS
AREA DE SALUD LOS FLORES DE CATIA**

TÍTULO:

Intervención educativa para la prevención de las crisis de Asma Bronquial en pacientes del Consultorio médico popular La Redoma.

Autor:

Dra. Yanisleidy Carrero Valdivia.
Residente 2do Año MGI.

Tutor:

Dra. Yaimara Beltrán Figueredo
Especialista de Primer Grado en MGI.

Asesor:

Dr. Modesto Vázquez Basabe
Especialista de Primer Grado en MGI.

**TESIS DE INVESTIGACION PARA OPTAR POR EL
TITULO DE ESPECIALISTA EN PRIMER GRADO EN
MEDICINA GENERAL INTEGRAL.**

Caracas 2013

Hacer es el único modo eficaz de responder. Solo empujan el ejemplo y el éxito.

José

Martí.

Cuando un sueño se convierte en realidad nos damos cuenta que valió la pena soñar.

Por ese logro este trabajo está dedicado:

A mi hijo por ser la fuente de inspiración y motivación de mi vida.

A mi esposo por su apoyo y ayuda constante.

RESUMEN

Se realizó un programa de intervención educativa en la población correspondiente al consultorio médico popular (CMP) La Redoma, perteneciente al área de salud “Los Flores de Catia” en el período de Septiembre 2011 a Septiembre 2013, con el objetivo de incrementar el nivel de conocimiento relacionado con el tratamiento preventivo de las crisis de asma bronquial mediante la aplicación de un programa de intervención educativa. El universo estuvo constituido por 191 pacientes asmáticos, seleccionando a 60 de ellos como muestra representativa, a los que se les aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento preventivo de las crisis de Asma Bronquial antes de la intervención y luego en un segundo momento evaluar su impacto al final de la misma. Los datos se recogieron y determinaron según la clasificación de las variables. Se realizaron las distribuciones de frecuencia en valores absolutos y porcentajes, se calcularon la media y la desviación estándar en cada momento para su comparación. Se trabajó con un nivel de significación de 0.05; se estimó el intervalo de confianza para tener la certeza de que la media de la población se encuentra con una probabilidad del 95% en el intervalo calculado. Con la intervención, los pacientes asmáticos elevaron el nivel de conocimientos sobre cómo prevenir las crisis de asma bronquial.

INDICE

No:	Pág.
1- Introducción.....	
1	
2- Objetivos.....	8
3- Material y métodos.....	9
4- Análisis y discusión de los resultados.....	
.17	
5- Conclusiones.....	2
3	
6- Recomendaciones.....	2
4	
7- Referencias	
Bibliográficas.....	25
8- Anexos.....	
28	

INTRODUCCION

El asma es un importante problema de salud que afecta, aproximadamente, a 300 millones de personas de todas las edades en el mundo. Cuando esta enfermedad crónica no se controla, puede dañar la vida cotidiana y, en ocasiones, suele ser fatal (1)

El asma es una enfermedad frecuente crónica y no transmisible, de difícil tratamiento, a pesar de los avances medicamentosos de los últimos años. La compleja fisiopatología del asma bronquial implica la presencia en el paciente factores genéticos de atopia, una disfunción de los mecanismos inmunopatológicos de regulación celular, con la intervención de citocinas, interleucinas y moléculas de adhesión (2)

El asma bronquial es la más común de las afecciones crónicas entre adultos y niños en el mundo desarrollado. Se conoce que entre un 5 y un 15 % de la población mundial la padece y crece a razón de un 50% cada 10 o 15 años, causando unas 2000 muertes al año en países desarrollados. (3) Se ha reportado un aumento de la prevalencia del asma a nivel mundial.

En Estados Unidos la prevalencia, según los últimos datos de finales de 2009, está entre el 5.8 y 7.2 por ciento. Sin embargo, todavía se cree que existe un grado importante de infradiagnóstico y de retraso en el mismo. Esto se deduce de estudios en población escolar infantil con asma y en sus familiares hasta la tercera generación; cuando esta población se investiga de forma intencionada se obtienen diagnósticos extras de asma que, de otra forma, no hubieran acudido al sistema sanitario. De hecho, entre los factores de riesgo de padecer asma, están los antecedentes familiares de asma o atopia, existiendo en este subgrupo una prevalencia de asma que dobla las cifras con respecto a la población general. (3)

Se estima que a nivel mundial la enfermedad podría estar afectando entre 100-150 millones de personas y ocasionar una mortalidad directa anual de 2 millones de personas (4)

En países como Brasil, Puerto Rico y México se encontró que la prevalencia del asma ha ido incrementando en la última década, otros revelan que la mortalidad del asma, medida a través de las defunciones que ocurren en los pacientes hospitalizados, ha tenido un incremento, particularmente entre los niños. Los datos comunicados de prevalencia de asma, según estudios hechos en diferentes ciudades de México, arrojan información que va desde 2.7 hasta 21.8%, variando notablemente de una región a otra. (5)

Para determinar su prevalencia, se han utilizado numerosas metodologías, entre las que se destaca el International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC), aunque a sus resultados se le atribuyen algunas inconsistencias. Partiendo de los datos de la primera fase del ISAAC, en el estudio de Fabré Ortiz et al, efectuado en los municipios de Playa y Marianao (La Habana) en el 2003, se estimaron las prevalencias de asma mediante 5 criterios de diagnóstico clínico (6)

La prevalencia estimada de asma bronquial en Cuba es de 8,2%. Se describe con una tendencia anual al aumento, fundamentalmente en los grupos de edades de 5 - 9 años y los de 10 - 14 años, encontrándose las provincias occidentales de Cuba, entre ellas, Pinar del Río, de las de mayor incidencia del país (7)

En Venezuela, en el año 2009 la segunda causa de atención a pacientes fue por crisis de asma bronquial. Las estadísticas señalan que casi una tercera parte de la población venezolana padece de alergias que afectan su calidad de vida.

Aproximadamente unos ocho millones de habitantes tienen una o más enfermedades alérgicas. De esa amplia población afectada, cerca de un 25% sufre de asma bronquial. El Estado Yaracuy, para el año 2008, ocupaba el segundo lugar, con una tasa de morbilidad de 5.435,0 por 100.000 habitantes (8)

En el estado Caracas, análisis realizados acerca de esta enfermedad reportan una prevalencia de un 3.2%, reportada como la tercera enfermedad crónica no transmisible en este estado e influenciada por los problemas socio-ambientales provocados por el deslave ocurrido en 2008 (9)

De acuerdo a los datos aportados por Landaeta- Jiménez, se encontró que el asma es una enfermedad que no discrimina por estrato social, pero sin embargo, los porcentajes de morbilidad para este caso, experimentaron un incremento al descender de estrato y en consecuencia, los niños más pobres resultaron con una prevalencia más alta en todas las edades (10)

Entre los factores descritos como responsables del incremento de la morbilidad estarían el aumento de la severidad, el número de pacientes tratados con dosis insuficientes de antiinflamatorios, el abuso de broncodilatadores, la no monitorización de la función pulmonar por parte del paciente y el retraso en acudir a los servicios médicos en caso de exacerbación. Todo esto la ubica como la más común de las afecciones crónicas entre adultos y niños en el mundo desarrollado y se conoce que más del 5% de la población de las sociedades industrializadas la padecen (11)

Las exacerbaciones agudas del asma puede ser potencialmente mortales; la mortalidad anual estimada es de 250.000 en todo el mundo y la mayoría de estas muertes se pueden prevenir (12)

Esto hace pensar que la insuficiente educación de pacientes y familiares sobre la enfermedad es aún un eslabón muy débil, que unido al también insuficiente tratamiento intercrisis, hacen del asmático un paciente vulnerable

El asma es una enfermedad que tiende a la cronicidad por lo tanto necesita de un tratamiento continuo, y para su administración requiere de hábitos que el paciente debe aprender, el cual se cumple solamente en un 30-40% de los casos siendo aún menor en aquellos que requieren medicación inhalada (15-30%). Se ha demostrado mediante diferentes estudios que la causa principal del aumento de la morbi-mortalidad en pacientes con asma, es debido a la falta de cumplimiento del tratamiento intercrisis, para ello deberemos de insistir en generar conocimientos que facilitarán la adherencia al tratamiento (13)

De esta forma queda establecida el asma como problema de salud importante en la comunidad; entonces, la estrategia a fin de evitar o disminuir la mortalidad por la enfermedad ha de estar dirigida a integrar promoción y prevención como puntos resolutivos de partida. La Sociedad Latinoamericana de Alergia e Inmunología ha reconocido un programa orientado a la educación de los pacientes para desarrollar una actitud de cooperación en el manejo del asma, tanto en períodos de crisis como fuera de estos (14)

Múltiples publicaciones documentan que un buen conocimiento de la patología y sus determinantes, así como la forma en que se puede evitar la crisis contribuye sin dudas a soportar mejor el padecimiento, y en muchos casos hasta llevar una vida normal, lo que permite alcanzar habilidades y confianza para tratar su asma.

Donaghy en Inglaterra llega a la conclusión de que la información y la educación que poseen estos pacientes comúnmente son insuficientes si no se les hace partícipe de un programa específico que los prepare para manejar la enfermedad (15)

Publicaciones sobre estudios de intervención educativa en pacientes asmáticos realizados en España demuestran la importancia de este tipo de investigación. Se describen en ellas resultados favorables con respecto a la eficiencia de las intervenciones educativas relacionadas con la prevención de las crisis de asma y su automanejo en asmáticos adultos y niños (16)

En un estudio de intervención educativa con pacientes asmáticos realizado en una localidad cubana se encontró que los mismos tenían bajo nivel de conocimiento acerca de su enfermedad, la prevención de sus crisis y el automanejo; con la aplicación de un programa de educación lograron elevar el nivel de conocimiento en este grupo de pacientes así como algunas habilidades en el automanejo del asma bronquial (17)

Los medicamentos cuando se usan de forma adecuada, impactan positivamente en la salud de las personas, caso contrario pueden representar un riesgo para el usuario y la sociedad toda. Su uso racional requiere que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y con el mayor beneficio posible (18)

La elección de broncodilatadores constituye un reto para el clínico quien con frecuencia no conoce los aspectos farmacológicos que permiten elegir el uso de uno u otro broncodilatador como: vida media del fármaco, efectos adversos más frecuentes, contraindicaciones e interacciones medicamentosas más frecuentes. Por otro lado tampoco se presta la debida atención a los riesgos que implica la administración de broncodilatadores en pacientes que padecen otras enfermedades crónicas.

Dentro del grupo de fármacos broncodilatadores empleados para aliviar los síntomas y agonistas de la actividad simpática no selectivo se encuentran (epinefrina) y selectivo (salmeterol y salbutamol) agonista selectivo de los receptores B₂ adrenérgicos localizados en el aparato bronquial y de probada

eficacia para el control de los síntomas. Este se presenta en aerosol para el uso tópico por la vía inhalada

La Organización Mundial de la Salud (OMS) emite estudios de utilización de medicamentos con el objetivo de lograr una práctica terapéutica racional y mejorar el nivel de conocimiento para aumentar la capacidad de toma de decisiones sobre el uso de fármacos por los facultativos en este grupo especial de personas.

La efectividad de la educación sanitaria al paciente con asma ha sido demostrada en numerosos ensayos clínicos controlados y otros estudios prospectivos, se ha comprobado en varios estudios la efectividad de este tipo de investigaciones para la adquisición de habilidades por parte de los pacientes con respecto a las técnicas de uso de los dispositivos inhaladores y ha sido objeto de revisiones recientes de la colaboración Cochrane (19-22)

Los medicamentos controladores se emplean para enfrentar el edema de las mucosas y la hiperreactividad bronquial presente y lograr su control a largo plazo. Para alcanzar los objetivos terapéuticos estos medicamentos que también denominados preventivos por la intención de su indicación o antiinflamatorios, si se emplean tempranamente son muy efectivos en prevenir la obstrucción del flujo aéreo mantenido y en el orden práctico, facilita un menor empleo de broncodilatadores (23)

Serían insuficientes o incompletos los resultados esperados si no reciben el apoyo de medidas de carácter preventivo, si el paciente no cumple el tratamiento y con la técnica adecuada, si no es educado él y su familia en los aspectos básicos de esta enfermedad.

En todos estos estudios se pone de manifiesto que las intervenciones educativas que incluyen un plan de automanejo escrito y revisiones periódicas parecen disminuir los

ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias o las visitas no programadas al médico de familia.

En nuestra comunidad esta enfermedad constituye la segunda causa de consultas médicas dentro del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles por lo que consideramos de vital importancia este trabajo, además, nos encontramos en un medio inseguro donde la accesibilidad de los pacientes a los centros de atención médica en horarios nocturnos (mayor frecuencia de episodios agudos), está limitada.

Con la aplicación de un programa educativo que enseñe a los pacientes asmáticos cómo prevenir las crisis de su enfermedad, disminuirá la frecuencia y gravedad de las mismas en el sector estudiado, proporcionándoles de esta manera mejor calidad de vida a este grupo de pacientes y a sus familiares.

El problema científico: ¿Qué modificaciones en los conocimientos tienen los pacientes asmáticos después de la intervención educativa del CMP La Redoma, del ASIC Flores de Catia, sobre el tratamiento preventivo de las crisis de Asma Bronquial?

Hipótesis: Si se aplica un programa educativo en los pacientes asmáticos del CMP La Redoma, se lograrán modificar los conocimientos que tienen los mismos sobre el tratamiento preventivo de las crisis de Asma Bronquial, y aumentará su calidad de vida.

Objeto de Estudio: Pacientes asmáticos, dispensarizados, perteneciente al CMP La Redoma.

Objetivos.

General:

Incrementar el nivel de conocimientos relacionado con el tratamiento preventivo de las crisis agudas de Asma Bronquial con la utilización de un programa de intervención educativa en la muestra seleccionada en el periodo comprendido de septiembre de 2011 a septiembre de 2013.

Específicos:

1. Identificar el nivel de conocimientos de los pacientes asmáticos en estudio antes de la intervención educativa.
2. Determinar el nivel de conocimientos sobre el tratamiento preventivo de las crisis de Asma Bronquial antes de la intervención.
3. Evaluar los conocimientos adquirido por los pacientes asmáticos, acerca del tratamiento preventivo de las crisis de Asma Bronquial, después de concluido el programa de intervención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del Estudio:

Descripción de la investigación

Se realizó un estudio tipo intervención educativa en la población correspondiente al CMP La Redoma, del ASIC Flores de Catia en el período Septiembre 2011 a Septiembre del 2013, con el objetivo de modificar conocimientos relacionado con el tratamiento preventivo de las crisis de Asma Bronquial, en pacientes asmáticos dispensarizados.

Aspectos de Ética y Bioética:

A todos los pacientes seleccionados para participar en el estudio se les solicitó el consentimiento informado, luego de expuestos los beneficios, importancia y relevancia de la investigación. (Anexo1)

Universo y Muestra.

El universo estuvo constituido por 191 pacientes dispensarizados con Asma Bronquial, y de ellos se seleccionaron 60 pacientes por muestreo aleatorio simple que conformaron la muestra. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

➤ Criterios de inclusión:

- Pacientes asmáticos que pertenezcan al CMP La Redoma.
- Existencia de fácil comunicación entre el autor, los pacientes y los tutores.
- Se incluyeron las madres de los menores de 14 años por lo que no se excluyó ningún caso.

• Criterios de exclusión:

Aquellos que no cumplan con los requisitos anteriores.

➤ **Criterios de Salida.**

Pacientes que salgan del estudio por encontrarse fuera del área.

Métodos de investigación.

Para la realización de la investigación la misma se dividió en 3 etapas:

- 1.- Diagnóstica
- 2.- De intervención
- 3.- Evaluativa.

Etapa diagnóstica.

Para darle salida al objetivo No. 1 se realizó una anamnesis y el examen físico a los 60 pacientes seleccionados para la investigación, métodos que recogieron los siguientes aspectos:

1. Grupos etáreos

- 1-4
- 5-9
- 10-14
- 15-19
- 20-24
- 25-29
- 30-34
- 35-39
- 40-44
- 45-49
- 50-54
- 55-59
- 60-64
- 65 y más

2. Sexo: Masculino y Femenino.

3. Determinación del nivel conocimiento del asma bronquial sobre:

- a) Tratamiento preventivo.
- b) Factores desencadenantes.
- c) Tipos de medicamentos intercrisis.
- d) Manifestaciones y complicaciones.

Para darle salida objetivo No. 2 se diseñó un programa de intervención educativa, el cual se estructuró de la siguiente manera:

1. Se realizó un diagnóstico para evaluar los conocimientos de los asmáticos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos antes y después de realizada la intervención:

- a) Si conoce sobre su enfermedad y en que consiste..
- b) Importancia del control de los factores de riesgo para el asma.
- c) Criterios que se deben tener en cuenta para decir que un paciente presenta una crisis de Asma Bronquial.
- d) Tipos de medicamentos intercrisis y la importancia del uso de los mismos.

2. Se aplicó una escala de opinión sobre el resultado de la intervención en la muestra estudiada.(Anexo 4)

Bien (80 a 100 puntos)

Regular (50 a 79 puntos)

Mal (Menos de 50 puntos)

Etapa de intervención.

Esta etapa se desarrolló a través de un programa educativo. Para facilitar la aplicación del programa fue dividida la muestra de pacientes en cuatro grupos seleccionados aleatoriamente (dos grupos de pacientes menores 14 años con

sus tutores y dos grupos mayores de 14 años), se les llamó a estos grupos A; B; C y D. Quedando constituidos de la siguiente forma:

Grupo A (menores de 14 años con sus tutores): 15

Grupo B (menores de 14 años con sus tutores): 15

Grupo C (mayores de 14 años): 15

Grupo D (mayores de 14 años): 15

A los que durante 6 sesiones, con una frecuencia semanal y una duración variable se les impartió el contenido de los diferentes temas.

Programa Educativo.

Se realizó un programa de capacitación a la muestra escogida de pacientes asmáticos, correspondiente al CMP La Redoma en los temas relacionados con Asma Bronquial y el tratamiento preventivo de las crisis. .

Etapas evaluativa.

Un mes después de finalizada la intervención se aplicó nuevamente la encuesta y se procedió a valorar las modificaciones producidas.

Técnicas y Procedimientos.

a.) De recolección de la información:

Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica individual, examen físico de estos pacientes, y la aplicación de la encuesta que incluyó variables generales y otras que midieron el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa, la misma fue validada por los criterios de dos

especialistas en MGI. Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos confeccionada mediante el programa Excel del Office XP.

b.) Del procesamiento de la información:

El procesamiento de la información incluyó el cálculo de medidas de resumen para variables cualitativas, frecuencias absolutas y porcentajes.

c.) De la elaboración y síntesis de los datos:

La redacción del informe final, las tablas se confeccionaron mediante el programa Word del Office 2010. Se realizó una descripción de cada resultado, comparándose con los hallados por otros autores sobre la base del análisis inductivo, permitiendo dar cumplimiento a los objetivos propuestos, así como emitir conclusiones y recomendaciones.

Definición y operacionalización de las variables:

1. Variable: Grupos etáreos.

Clasificación: Cuantitativa continua.

Definición: Se consignara la edad en años cumplidos.

Escala:

- 1-4 años
- 5-9 años
- 10-14 años
- 15-19 años
- 20-24 años
- 25-29 años
- 30-34 años
- 35-39 años
- 40-44 años
- 45-49 años
- 50-54 años
- 55-59 años
- 60-64 años
- 65 y mas

Indicador: Frecuencia absoluta (N^{ro}) y relativa (%).

2. Variable: Sexo.

Clasificación: Cualitativa nominal dicotómica.

Definición: Según sexo biológico reconocido.

Escala:

- Masculino.
- Femenino.

Indicador: Frecuencia absoluta (N^{ro}) y relativa (%).

3. Variable: Nivel de conocimiento acerca del tratamiento preventivo de las crisis de Asma Bronquial.

Clasificación: Cualitativa nominal politómica.

Definición: Determinada por el nivel de conocimiento acerca del tratamiento preventivo de las crisis de Asma Bronquial.

Escala:

- Bien(80 a 100 puntos)
- Regular (50 a 79 puntos)
- Mal (Menos de 50 puntos)

Indicador: Frecuencia absoluta (N^{ro}) y relativa (%).

4. Variable: Nivel de conocimiento acerca de los factores desencadenantes de una crisis de Asma Bronquial.

Clasificación: Cualitativa nominal politómica.

Definición: Determinada por el nivel de conocimiento acerca de los factores desencadenantes de una crisis de Asma Bronquial.

Escala:

- Bien(80 a 100 puntos)
- Regular (50 a 79 puntos)
- Mal (Menos de 50 puntos)

Indicador: Frecuencia absoluta (N^{ro}) y relativa (%).

5. Variable: Nivel de conocimientos acerca de los tipos de medicamentos intercrisis.

Clasificación: Cualitativa nominal politómica.

Definición: Determinada por el nivel de conocimientos acerca de los tipos de medicamentos intercrisis.

Escala:

Bien(80 a 100 puntos)
Regular (50 a 79 puntos)
Mal (Menos de 50 puntos)

Indicador: Frecuencia absoluta (N^{ro}) y relativa (%).

6. Variable: Nivel de conocimiento acerca de las manifestaciones y complicaciones de una crisis aguda de Asma Bronquial..

Clasificación: Cualitativa nominal politómica.

Definición: Determinada por el nivel de conocimiento acerca de las manifestaciones y complicaciones de una crisis aguda de Asma Bronquial.

Escala:

- Bien(80 a 100 puntos)
- Regular (50 a 79 puntos)
- Mal (Menos de 50 puntos)

Indicador: Frecuencia absoluta (N^{ro}) y relativa (%).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de los pacientes asmáticos según la edad. CMP: LA REDOMA .Septiembre 2011-Septiembre 2013.

Grupos de edades	No	%
1-4	3	5
5-9	19	32
10-14	8	13
15-19	6	10
20-24	1	1.7
25-29	2	3.3
30-34	3	5
35-39	4	6.6
40-44	2	3.3
45-49	3	5
50-54	4	6.6
55-59	2	3.3
60-64	2	3.3
65 y mas	1	1.7
Total	60	100

Fuente: Historia clínica individual.

En la tabla 1 se aprecia la distribución de los pacientes según edad. Existió un predominio de Asma bronquial en los pacientes con edades comprendidas entre 5 y 9 años representado por un 32% seguido del grupo de edad de 10 a 14 años con un 13 %, lo cual coincide con el estudio ISAAC (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood) el cual es la principal fuente de información mundial sobre prevalencia del asma en niños y adolescentes, realizado en Cuba en el año 2010. Se describieron las siguientes prevalencias; Ciudad de La Habana, en 1803 niños de 6 y 7 años 31,6 % y en 3024 adolescentes de 13 y 14 años 17,6%. La muestra representativa para Cuba, de 7008 escolares de 13 y 14 años exhibió valores de 13%. Álvarez Sintés

(Cuba) también encontró resultados similares a los nuestros prevaleciendo los grupos de edades de 5 a 14 años. (24,25)

Tabla 2.- Distribución de la muestra según el sexo de los pacientes.

Sexo	No	%
Masculino	23	38.3
Femenino	37	61.7
Total	60	100

Fuente: Historia clínica individual

En la tabla 2 se observa que el mayor número de pacientes son del sexo femenino, arrojando la investigación que en la población estudiada la prevalencia en el sexo femenino supera en un 23.4 % al sexo masculino.

En un estudio realizado por Cordero Blanco (Venezuela) recogió que el mayor por ciento de la muestra seleccionada correspondió al sexo femenino, coincidiendo con el estudio. (9)

Tabla 3 .Distribución de la muestra acerca del conocimiento del Tratamiento preventivo.

EVOLUCIÓN	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	8	13	39	65
Regular	12	20	11	18.3
Mal	40	66.7	10	16.7
Total	60	100	60	100

Fuente: Encuesta.

Antes de efectuar la intervención educativa, la mayoría de las pacientes presentaron niveles de conocimientos que oscilaban en más del 50.0% entre regular y mal, mientras que al evaluar ese mismo comportamiento en el segundo momento después de la intervención el 65 % de los pacientes ya tenían conocimientos que se calificaban como buenos. Los cambios en el nivel de información son de gran valor pues influyen en el componente cognoscitivo de la actividad que es el más difícil de modificar por ser muy complejo y estable. Pensamos que la estrategia constituyó un paso importante para llegar al cambio de comportamiento.

Estos resultados son similares a los encontrados por Salevin. N, Kohan, y otros en su estudio sobre la educación del asmático y su familia, pues las respuestas coincidieron con niveles de conocimientos insuficientes antes de la intervención, que luego se manifestó en un incremento de más del 83.3 % con un predominio de conocimientos suficientes después de la intervención. (14)

Tabla 4. Distribución de la muestra según conocimientos sobre factores desencadenantes.

EVOLUCIÓN	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	6	10	41	68.3
Regular	21	35	12	20
Mal	33	55	7	11.7
Total	60	100	60	100

Fuente: Encuesta.

Cuando se realiza el análisis del nivel de conocimiento sobre factores predisponentes y desencadenantes antes de la intervención educativa, observamos que la mayoría tiene conocimientos insuficientes con un 55.0 %. Después de aplicada la intervención educativa, el predominio de los conocimientos adecuados se hace evidente con 41 pacientes para un 68.3 %.

Resultados como estos son similares a los encontrados por Latorre José L, Cayguara L. donde coincidió que antes de la intervención los conocimientos acerca de los factores de riesgos eran regulares y malos, sin embargo después de realizar la intervención educativa llegaron a alcanzar resultados de buenos. (7)

Tabla 5 .Distribución de la muestra según el conocimiento de los tipos de medicamentos intercrisis.

EVOLUCIÓN	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	5	8.3	54	90
Regular	14	23.3	4	6.7
Mal	41	68.3	2	3.3
Total	60	100	60	100

Fuente: Encuesta.

En esta tabla se muestra como se comportó el conocimiento de los tipos de medicamentos usados en intercrisis antes y después de efectuar la intervención, observamos como en el momento inicial predominó la falta de conocimiento con un 91.6%, a predominio del mal con un 68.3 %, mientras que en el momento final del estudio se logró aumentar el nivel de conocimiento en los pacientes representado por el 90.0% que lograron incorporar los conocimientos adquiridos durante la estrategia de intervención educativa.

Estos resultados coinciden con los encontrados por Cote J, Cartier A, Robichaud P, Boutin H, Malo JL, Rouleau M, en el Manual sobre el programa de educación a pacientes asmáticos basadas en la influencia del automanejo y plan de tratamiento óptimos del asma bronquial, cuyos resultados arrojaron que existía un desconocimiento acerca de que medicamentos usar en la intercrisis y posterior a la intervención aun quedó un 3.3 % que continua engrosando estas categorías. (19)

Tabla 6. Evaluación del conocimiento sobre manifestaciones y complicaciones de gravedad del asma.

EVOLUCIÓN	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bien	11	18.3	43	71.7
Regular	22	36.7	12	20
Mal	27	45	5	8.3
Total	60	100	60	100

Fuente: Encuesta.

Cuando se realiza el análisis del nivel de conocimiento sobre las manifestaciones y complicaciones de la gravedad del asma bronquial antes de

la intervención educativa, observamos que en la mayoría prevalecía una falta total de conocimiento con un 45.0 %, mientras un 36.7 % tenía alguna idea acerca del tema. Después de aplicada la intervención educativa, se logró un grado mayor de discernimiento evidenciándose con 43 pacientes para un 71.7 %.

Resultados como estos son similares a los encontrados por Guanche Garcell H. en su estudio acerca de la Morbilidad y letalidad por asma bronquial, donde coincidió que antes de la intervención la noción acerca del tema eran regulares y malos, sin embargo después de realizar la intervención educativa llegaron a alcanzar resultados relevantes lográndose aumentar el nivel de conocimiento en los pacientes y así poder disminuir la letalidad de esta enfermedad. (12)

CONCLUSIONES

Antes de efectuar la intervención educativa sobre la prevención de las crisis de Asma Bronquial los niveles de conocimientos de dichos pacientes eran considerados bajos, donde predominaron las edades de 5 a 14 años, prevaleciendo el sexo femenino. Los pacientes no tenían mucho conocimiento acerca del tratamiento preventivo del asma bronquial, no conocían los factores desencadenantes, la noción acerca de los tipos de medicamentos era muy pobre, además desconocían las posibles manifestaciones y complicaciones que puede ocasionar un ataque agudo de esta enfermedad.

Una vez aplicado el programa de intervención educativa se logró elevar el nivel de conocimientos en todos los acápite estudiados después de la intervención.

RECOMENDACIONES

Que se realicen otros estudios con el fin de incrementar el nivel de conocimiento de los pacientes asmáticos.

Que los estudios que se realicen no se limiten a caracterizar, sino que se implementen estudios de intervención con el fin de lograr un mayor impacto sobre un problema de salud determinado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua LA, et al. Medicina general integral. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008: T II. p. 26-56.
2. Quintero Pérez William, Rivera Hernández Juana María, Arteaga Prado Yanín, Fernández González José Luis, Peláez Yañez Luis Alexis. Agudizaciones de asma bronquial, relación con niveles de conocimientos y acceso a la asistencia médica. Rev Ciencias Médicas [Serie Internet]. 2011 [citado 2 Mayo 2014]; 15(4): [aprox.1.p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400009&lng=es
3. Pan American Health Organization. Health in the Americas. Washintong,DC: PAHO; 2002
4. González Ungo Eddy Llobany, Peña Abraham Migdalia de las Mercedes, Romero Díaz Carlos, Valladares Hernández Martha. Propuesta de estrategia preventiva para el asma bronquial: estudio de gemelos. Rev Ciencias Médicas [Serie en Internet]. 2010 [citado 2 Mayo 2014] ; 14(1): [aprox.1.p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100021&lng=es
5. Barraza Villarreal A, Sanin Aguirre LH, Tellez Rojo MM. Prevalence of asthma and other allergic diseases in school children in Ciudad Juárez, Chihuahua. Salud Pública Mex 2007; 43(5): 433-443.
6. Sagaró del Campo Nelsa, Sánchez Silot Caridad. Asma bronquial en la población infantil de 5 a 14 años de un área de salud de Santiago de Cuba. Rev Medisan [Serie Internet]. 2013 [citado 2 Mayo 2014]; 17(4): [aprox.1.p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_4_13/HTML/san09413.htm

7. 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 de Med Gen Integ [Serie en Internet]. 2010[citado 2 Mayo 2014]; 26(2): [aprox.1.p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_26_2_10/mgi02210.htm
8. XVIII Congreso Venezolano de Asma Bronquial. Caracas: Editorial Medito, CA; 2008:256-318.
9. Cordero Blanco. Asma Bronquial y su comportamiento en una localidad venezolana. Arch. Medic. Fam. Vol. 3, No. 1- 2009.
10. Landaeta-Jiménez, López-Blanco M, Espinosa I. Asma bronquial y situación socioeconómica en Venezuela. Rev Venez Alergia, Asma e Inmunol 2007; 1(1): 5-10.
11. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Asma Bronquial. Ciudad Habana, 2008.
12. Saharan Sunil, Lodha Rakesh, Kabra Sushil K. Manejo del Status asmático en el niño. Revista india de Pediatría [Serie en Internet] 2010 [Citado 2 Mayo 2014] [aprox.1.p]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/asma/>
13. Rodríguez Anselmo M. Situación actual y futuro del asma bronquial en Cuba .Rev Med Gener Integ [Serie en Internet] 2006. [Citado 2 Mayo 2014]; 22(3) : [aprox.1.p]. Disponible en: <http://www.respirar.org/forolatino/cuba.htm>
14. Salevin. N, Kohan M. La educación del asmático y su familia. Soc. Latinoamericana Alergia e Inmunol Clin 2009; 25(5): 254-7.
15. Donaghy D. The asthma specialist and patient education. Prof. Nurse (2009); 11(3): 160-2.
16. C. A. Díaz Vázquez. Educación sanitaria a padres y niños con asma. Centro de Salud de Moreda. Asturias. Terapéutica en APS. Rev Centro de Salud, nov 2007: 551-555
17. Bertort, R. A. Fonseca V. Intervención educativa en asmáticos adultos. Rev Cent Salud; 2007.
18. Noda Espinosa Amarilys De la Caridad, Rivero León Alberto, López Reyes Celia María, Hernández Irsa Jaime, Gómez Hernández Félix.

Salbutamol Spray, su interacción medicamentosa en pacientes asmáticos con enfermedades crónicas no transmisibles asociadas. MediCiego [Serie en Internet]. 2012 [citado 2 Mayo 2014]; 18(No. Esp.): [aprox.1.p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noespc_2012/articulos/t-8.html

19. Cote J, Cartier A, Robichaud P, Boutin H, Malo JL, Rouleau M, et al. Influence on asthma morbidity of asthma education programs based on self-management plans following treatment optimization. *Am J Respir Crit Care Med* 2008; 155: 1509-14.
20. Calvo C, Albañil R, Sánchez M. Educación grupal para niños asmáticos: Nuestra experiencia. *An Esp Pediatr* ; 2000 : 353-58.
21. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, Bauman A, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2007. Oxford: Update Software.
22. Gascón Jiménez JA, Dueñas Herrero R. Efectividad de una intervención educativa para el uso correcto de los sistemas inhaladores en pacientes asmáticos. *Córdoba. Medicina de Familia (And)*. 2008; 1 (2): 132-136.
23. Villavicencio Negrin José .A. Medicamentos en el asma. Medicamentos controladores. En José .A Negrin Villavicencio. *Asma bronquial. Aspectos básicos para un tratamiento integral*. 2da ed. La Habana: ECIMED; 2012. 121-122. Disponible: http://www.bvs.sld.cu/libros/asma_bronquial_2ed/indice_p.htm

ANEXO - 1

Consentimiento informado

Yo _____ me comprometo a participar en la investigación realizada y a permanecer en el área durante la realización de la misma y para que así conste.

Fecha

Firma

ANEXO - 2

Su participación en esta investigación será muy útil para su vida. Necesitamos que responda cada una de las preguntas cuidadosamente después de leerlas y pensar cuál es la mejor respuesta y cuál es su criterio personal (marcar la respuesta con una X)

Encuesta para medir conocimiento sobre las crisis agudas de asma bronquial (Antes y después)

Datos generales

Nombres _____ y _____ Apellidos _____

Edad actual (años cumplidos): ____

Sexo: Masculino ____ Femenino ____

1. ¿Presenta síntomas?:

Una vez por semana: SI ___ NO ___

Más de dos veces por semana: SI ___ NO ___

Diarios: SI ___ NO ___

Continuos: SI ___ NO ___

Nocturnos menos de dos veces al mes: SI ___ NO ___

Nocturno más de dos veces al mes: SI ___ NO ___

Nocturnos una vez por semana: SI ___ NO ___

Nocturnos diarios: SI ___ NO ___

2. ¿Qué conoce de su enfermedad?

2.1 Es una enfermedad crónica: SI ___ NO ___

2.2 Puede prevenirse: SI ___ NO ___

2.3 Debe acudir al médico ante una crisis: SI ___ NO ___

2.4 Puede llevar a la muerte: SI ___ NO ___

3. ¿Conoce qué factores pueden desencadenarle una crisis de asma?

Polvo: SI ___ NO ___

Cambios de temperatura: SI ___ NO ___ Frío: SI ___ NO ___ Calor: SI ___ NO ___

Pelos de animales: SI ___ NO ___
Sustancias tóxicas: SI ___ NO ___
Ejercicio físico: SI ___ NO ___

4. ¿Conoce alguna(s) medidas que pueda utilizar para evitar las crisis de asma?:

SI ___ NO ___ Si es afirmativa la pregunta anterior, diga:

Forrar colchones y almohadas: SI ___ NO ___
Evitar uso de talco y perfumes: SI ___ NO ___
Evitar contacto con kerosén u otras sustancias: SI ___ NO ___
Eliminar cortinas y alfombras: SI ___ NO ___
Baldear la casa al menos 1 vez por semana: SI ___ NO ___
No fumar: SI ___ NO ___
No tener animales dentro de la casa: SI ___ NO ___
Acumular libros: SI ___ NO ___
Abandonar lugar donde inició la crisis: SI ___ NO ___

5. ¿Qué tratamiento usas en la intercrisis?:

Antihistamínicos..... ¿Cuáles?.....

Teofilina. SI ___ NO ___
Cromolin, Nedocromin SI ___ NO ___
Esteroides inhalados SI ___ NO ___
Broncodilatadores SI ___ NO ___
Esteroides sistémicos SI ___ NO ___
Inmunoterapia SI ___ NO ___

6. ¿Usa algún inhalador como tratamiento? SI ___ NO ___

¿Cuántas veces se lo aplica durante el día? (en crisis como promedio):

1-2 veces ___ 3-4 veces ___ 5-8 veces ___ 9 o más ___

ANEXO - 3

Encuesta realizada para medir satisfacción después de aplicado el programa capacitante.

1. Ud. se siente satisfecha después de recibir el programa capacitante:

SI -----

NO -----

ANEXO 4 ESCALA DE CALIFICACION DE LA ENCUESTA

Se le asignó un valor de 20 puntos a las preguntas 4 y 5, y un valor de 15 puntos de la 1 a la 3 y a la pregunta 6, para complementar los 100 puntos de la encuesta.

La escala de clasificación del nivel de conocimiento fue la siguiente:

- Bien(80 a 100 puntos)
- Regular (50 a 79 puntos)
- Mal (Menos de 50 puntos)

ANEXO - 5

Se realizó un programa de capacitación a la muestra escogida de pacientes asmáticos, correspondiente al CMP La Redoma en los temas relacionados con Asma Bronquial y el tratamiento preventivo de las crisis. .

Temas de capacitación para los pacientes con Asma Bronquial.

1ª Sesión Educativa: Concepto de Asma Bronquial y clasificación.

Objetivos:

- Conocer qué es el asma bronquial.
- Conocer los signos y síntomas del asma bronquial.
- Conocer la clasificación de la enfermedad.

Actividades:

- Realizar una "lluvia de ideas", con las opiniones que tienen los usuarios a cerca del asma.

Temporalización:

1 hora de duración.

Contenidos Educativos:

1. – Instrucción a cerca del asma:

El asma es una enfermedad crónica, que requiere atención para toda la vida, que afecta al aparato respiratorio. En ella se produce una inflamación de los bronquios que llevan el aire a los pulmones, debido a la irritación que produce ciertos estímulos como el polen, la contaminación, el humo, las emociones, la risa, el ejercicio, algunas medicinas etc.

Esta inflamación hace que los conductos sean más sensibles y respondan con una contracción provocando un mayor estrechamiento. Este bloqueo del paso del aire que puede ser más o menos importante dependiendo de la sensibilidad del individuo, de la intensidad del estímulo o de cómo se encuentre antes del "contacto", hace que la persona con asma tenga ahogo, tos, sensación de presión en el pecho y pitos al respirar es importante que el asma esté bien controlada para intentar eliminar o reducir el número y la intensidad de las crisis y seguir una vida lo más normal posible.

2.- Clasificación del Asma Bronquial:

- Asma Leve: La inflamación es ligera y la dificultad de la respiración es pequeña, los ataques con pitos no son frecuentes y se deben a los factores desencadenantes (como ejercicio o exposición al aire frío).

El asma leve, casi nunca va a necesitar ir a urgencias ni ser ingresado por un ataque agudo. Pero se puede agravar (infecciones virales o exposición a alérgenos).

- Asma Moderada: La inflamación es más importante, los síntomas están presentes a lo largo del día, síntomas se agravan con un catarro o con el tiempo.

La necesidad de acudir al Servicio de Urgencias y la hospitalización se necesita pocas veces. Con el tratamiento para prevenir los síntomas se debe de tomar a diario.

- Asma Grave: Las vías aéreas están muy inflamadas e irritables, los síntomas son frecuentes y empeoran con los factores desencadenantes como el ejercicio, el aire frío, el polvo y los humos. Es frecuente despertarse por la noche con tos y pitos, por la mañana tos y expectoración. Riesgo de elevado de crisis asmáticas. Necesidad de tomar medicación antiinflamatoria y broncodilatadora.

Clima a crear en la sesión:

- Mantener una actitud empática, tranquila.
- Dar todo el tiempo necesario.
- Favorecer el que el paciente realice preguntas.
- Establecer un clima de confianza facilitando la participación del paciente.

2ª Sesión Educativa: Carácter crónico del Asma Bronquial; necesidad de convivencia con el problema.

Objetivos:

- Identificar el asma como una enfermedad crónica.
- Abordar aspectos relacionados con la esfera psicológica que ayuden a comprender la convivencia con la enfermedad.

Actividades:

- Realizar una "lluvia de ideas", con las opiniones que tienen los usuarios a cerca del asma.

Temporalización:

1 hora de duración

Contenidos Educativos:

1. Carácter crónico del Asma Bronquial:

El Asma Bronquial se encuentra clasificada dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles por no ser contagiosa y por persistencia en el paciente que la padece durante toda su vida. Como la mayoría de las enfermedades tiene un fundamento genético y es muy importante que los pacientes conozcan que una vez que se le diagnostica la enfermedad, la padecerá de por vida, lo más importante es que el paciente sea consciente de ello y sea disciplinado y responsable con el cumplimiento del tratamiento indicado.

2. Aspectos psicológicos a manejar en el paciente con asma:

Aquellos pacientes que tienen riesgo de morir por asma presentan un perfil psicológico y emocional, y una conducta diferente del resto. Esta diferencia pasa por no reconocer la severidad de su enfermedad, no cumplir adecuadamente los tratamientos, mala relación médico paciente y también en el contexto familiar. Entonces podemos decir que hay un claro componente emocional. Si estos pacientes entran en planes de autoayuda, que en alergia tienden a llamarse de automanejo, con un apoyo psicológico el riesgo disminuye. Ellos comienzan a manejar su enfermedad de otra manera gracias a este apoyo psicológico."

- 1. No subestimar al paciente- familiar.
- 2. No sobreprotegerlo.
- 3. Permitir su participación en todas las actividades.
- 4. Darle apoyo emocional (aliento) durante la etapa intercrisis y en las crisis.
- 5. Elevar su autoestima.
- 6. Vincular al paciente a terapias de grupos con otros pacientes asmáticos.

Clima a crear en la sesión:

- Se atenderán las preguntas del paciente.
- Dar todo el tiempo necesario.
- Establecer un clima de confianza.
- Reforzar positivamente los logros obtenidos.

3ª.- Sesión educativa: Factores desencadenantes de las crisis de asma bronquial.

Objetivos:

- Conocer los distintos factores desencadenantes del ASMA.
- Adquirir hábitos de prevención de los factores desencadenantes.

Actividades:

- Realizar una "lluvia de ideas", con las opiniones que tienen los usuarios acerca de los factores que predisponen a la aparición de las crisis.

Temporalización:

1 hora de duración.

Contenidos Educativos:

1.- Factores desencadenantes:

- 1º - Infecciones víricas.
- 2º - Alérgenos inhalados: pólenes, ácaros y animales domésticos.
- 3º - Exposición a irritantes inespecíficos: tabaco, humos, olores de pinturas, perfumes, barnices, spray de limpieza ambientaladores e insecticidas.
- 4º - Emociones: risas, llanto, miedo, nerviosismo y estrés.
- 5º - Medicamentos: aspirina, AINES, betabloqueantes y otros.
- 6º - Cambio de tiempo: frío, calor, tormentas, lluvias.
- 7º - Ejercicio físico.

Clima a crear en la sesión:

- Se atenderán las preguntas del paciente.
- Dar todo el tiempo necesario.
- Establecer un clima de confianza.
- Reforzar positivamente los logros obtenidos.

4ª.Sesión educativa: Medidas de control higiénico-ambientales. Desalergización.

Objetivos:

- Conocer las medidas higiénico- ambientales principales para prevenir las crisis de asma.
- Adquirir hábitos que contribuyan a la desalergización del medio.

Actividades:

- Realizar una "lluvia de ideas", con las opiniones que tienen los usuarios acerca de las medidas higiénico- ambientales posibles para evitar las crisis.

Temporalización:

1 hora de duración.

Contenidos Educativos:

1.- Medidas preventivas de los desencadenantes:

- Polvo de la casa: ácaros:

Los materiales que están hechos muchos objetos atraen poderosamente al polvo, elemento donde se encuentran los ácaros, este constituye uno de los alérgenos.

Se pueden tomar medidas sencillas que pueden disminuir el número de ácaros en el polvo:

1º - Limpiar el polvo con un paño húmedo o con la aspiradora. El paciente no entrará a la habitación durante la limpieza.

2º - Limpiar los filtros, rejillas de calefacción y aire acondicionado al menos una vez al mes.

3º - Evitar las alfombras, moquetas y sillas tapizadas.

4º - Evitar juguetes de peluche o felpas, procurar que sean de madera o material antialérgico.

5º - Las cortinas deberán de ser de algodón lavable o de plástico.

6º - Evitar edredones o almohadas de pluma o lana y emplear almohadas de gomaespuma y edredones de tejido acrílico.

7º - Sabanas o pijamas de lino o tergal.

8º - No guardar mantas o tejido de lana en el armario.

9º - La ropa de cama se lavará con agua a 60 °C.

10º - Reducir la humedad al menos un 50%.

11º - No utilizar zapatillas o guantes de piel forrados.

· Polen:

1º - Durante la época de polinización evitar cortar el césped y salir al campo y jardines.

2º - Mantener cerradas ventanas y puertas.

3º - Evitar tener plantas que florezcan.

4º - No montar en moto, bicicleta y en el coche hacerlo con las ventanillas cerradas.

5º - Evitar las salidas a la calle en las horas de máxima polinización y utilizar gafas de sol y mascarilla.

6º - Antes de acostarse humedecer el ambiente de la habitación.

· Animales domésticos:

1º - Mantener los animales fuera de casa.

2º - Lavar a perros y a gatos una vez a la semana.

3º - Evitar acercarse a ellos.

· Hongos:

1º - Evitar las manchas de humedad en la casa.

2º - Airear y limpiar con lejía la cocina y el cuarto de baño.

3º - Guardar la ropa limpia asegurándose que está seca.

4º - Dejar los zapatos o zapatillas de deporte fuera de la habitación.

· Exposición a irritantes inespecíficos:

1º - No fumar y evitar fumar en los lugares donde se encuentre el asmático.

2º - No utilizar desodorantes ambientales ni insecticida en aerosol.

3º - Evitar toallitas perfumadas y perfumes.

4º - No usar polvo de talco.

5º - Evitar la presencia del asmático en los lugares donde existan pinturas, barnices y disolventes.

6º - No utilizar productos de limpieza que desprendan un gran olor como amoníaco o agua fuerte,

7º - Evitar presencia de humos y utilizar extractores de humos.

· Infecciones:

1º - Vacunaciones.

2º - Medidas higiénicas.

3º - Evitar el contacto con personas infectadas.

· Ejercicio físico:

La actividad física regular mejora en algunos casos la capacidad de ejercicio, los síntomas, el número de crisis y el absentismo escolar. Aporta al individuo una mayor autonomía social y psíquica y en sujetos con una gran limitación de la actividad y/o después de una crisis aguda, los fisioterapeutas respiratorios pueden tutelar un entrenamiento cuidadoso de suave intensidad que facilite la reanudación progresiva de las actividades cotidianas. (1)

Se basa en el enfriamiento de las vías aéreas, resultado de la hiperventilación, que es seguido de un suplemento de calor hacia la mucosa cuando cesa el esfuerzo físico. Es decir, la severidad de la crisis de asma es proporcional a lo fría y seca que esté la mucosa, unido a lo drástico del cambio de temperatura en el aire inhalado al parar. Cuando un asmático hace un ejercicio en un ambiente frío la respuesta de será más intensa cuanto más caliente es el aire que recibe en el momento de cesar el ejercicio. De ahí la importancia de nunca parar de repente, sino de una forma pausada, permitiendo una recuperación de la temperatura inicial de las vías aéreas de forma progresiva.

1. Tomar la medicación antes de la actividad física

2. Realizar un calentamiento prolongado y progresivo

3. El ejercicio debe procurar ser a intervalos

4. Si es posible, son más beneficiosos los deportes en ambientes cálidos y húmedos.

5. Cuando sea posible procurar respirar por la nariz.

6. Llevar siempre la medicación de rescate en la bolsa de deporte; y si lo usa el medidor de flujo espiratorio.
7. No cometer imprudencias estando sólo o en situaciones de riesgo.
8. Evitar realizar una actividad física intensa cuando el asma basal no está controlado.
9. Evitar hacer un ejercicio intenso si se tiene una infección respiratoria.
10. No realizar ejercicio intenso cuando se está con sibilancias o tos intensa.
11. Evitar cuando sea posible ambiente frío y seco (o usar mascarilla).
12. Evitar ejercicios prolongados o de mucha intensidad si no se ha conseguido una buena condición física o no se conocen los límites personales del ejercicio.
13. Evitar el ejercicio en ambientes contaminados o cargados de humo.

Clima a crear en la sesión:

- Mantener una actitud empática, tranquila.
- Dar todo el tiempo necesario.
- Favorecer el que el paciente realice preguntas.
- Establecer un clima de confianza facilitando la participación del paciente.

5ª.- Sesión educativa: Orientaciones acerca de la terapia intercrisis.

Objetivos:

- Identificar los dos tipos de medicación utilizada.
- Conocer los efectos positivos y negativos de la medicación.
- Tomar conciencia de la necesidad de tomar la medicación aunque se encuentre bien.
- Conocer las ventajas e inconvenientes de la medicación oral y de los inhaladores.

Actividades:

- Se usará como dinámica de grupo el estudio de casos donde a cada grupo se le dará un caso práctico para que evalúen si la persona sigue el tratamiento de forma correcta.
- Realizar grupos de discusión de casos opinando acerca de cuál es la mejor medicación para el asma.

Temporalización:

1 hora de duración.

Contenidos Educativos:

1.- Información sobre el tratamiento:

Para que el paciente lleve a cabo la correcta utilización del tratamiento deberá de distinguir entre medicamentos que alivian y los que reducen la inflamación. Sabrá que tendrá que tomar la medicación diariamente aunque se encuentre bien. Conocerá cuales son los efectos secundarios y sus soluciones para reducir la ansiedad del paciente. Se le informará cuales son las directrices para seguir el tratamiento. Incidir sobre los efectos positivos de la medicación. También deberemos de comprobar la comprensión del paciente.

2.- Medicación Preventiva: Antiinflamatorios.

Estos medicamentos ayudan a prevenir o reducir la inflamación y la congestión de las vías aéreas. Por ello, disminuyen la hipersensibilidad y ayudan a prevenir ataques. Sin embargo, no detendrán un ataque ya empezado. Existen dos tipos de antiinflamatorios:

2.1.- Corticoesteroides:

Protegen las vías aéreas contra irritantes y alérgenos. Existen dos vías de administración: Inhalados, son de uso más común que deben de administrarse regularmente para que resulten eficaces. Los orales en forma de pastillas o jarabes, administradas durante unos días si las vías aéreas están muy congestionadas.

2.1.1.- Los corticoesteroides inhalados:

Han sido el gran avance del tratamiento del asma, ya que al ser introducidos por vías respiratorias se necesitan dosis menores y producen menos efectos secundarios. Para producir sus efectos se necesitan ser tomados regularmente, por la mañana y por la tarde. El máximo rendimiento se obtendrá al cabo de semanas, muchas personas creen que no son eficaces por este motivo. Es conveniente limpiarse para eliminar restos después de la inhalación.

A las dosis convencionales se toleran bien; los efectos adversos suelen ser: candidiasis orofaríngea (infección por hongos), disfonía (dificultad para hablar) por atrofia de la musculatura laríngea, tos irritativa, etc. Estos efectos son menos frecuentes con dosis bajas, o usando cámaras espaciadoras. Por su absorción pueden producir osteoporosis y disminución del crecimiento.

La Budesonida conocida como Pulmicort.

La Beclometasona conocida como Becotide, Becloforte, Beclo-asma.

La Fluticasona conocida como Flixotide, Flusona, Inalacor, Trialona.

2.1.2.- Los corticoesteroides orales:

En forma de pastillas o jarabes, administradas durante unos días si las vías aéreas están muy congestionadas. El problema de esta medicación es su uso prolongado, porque produce efectos secundarios. Estos son menores si lo tomamos los comprimidos por la mañana después del desayuno.

Efectos secundarios como aumento de peso, retención de líquido, hinchazón de la cara y exceso de pelo. En niños puede alterar el crecimiento. Y altas dosis pueden producir diabetes.

2.2.- No esteroides:

Protegen las vías aéreas contra los alérgenos. Ayudan a prevenir los ataques causados por el ejercicio físico. Siempre se administran por inhalación.

Cromoglicato: Conocido como Intal o Frenal

Nedocromil: Conocido como Tilad, Ildor, Brionil, o Cetimil

6ª.- Sesión educativa: Uso de los Inhaladores:

Objetivos:

- Conocer los diferentes tipos de Inhaladores, así como sus ventajas e inconvenientes.
- Adquirir las habilidades en la administración de medicación.
- Demostrar las habilidades en la administración de medicación.

Actividades:

- El paciente practicará la técnica de inhalación sin cámara.
- El paciente practicará la técnica de inhalación con cámara.

Temporalización:

1 hora.

Contenidos Educativos:

1- Ventajas de los inhaladores:

Los medicamentos inhalados son introducidos directamente en las vías respiratorias, actúan con mayor rapidez. También es posible utilizar pequeñas dosis, y los efectos secundarios son mínimos. Los inhaladores son fáciles de llevar. Y el efecto es superior al de los comprimidos, porque son capaces de alcanzar ciertas células de la mucosa de las vías aéreas. Suelen ser tratamientos más baratos.

2- Inconvenientes de los inhaladores:

El principal es que los niños y personas mayores tienen dificultad para utilizarlos. Los nuevos tipos de inhaladores han sido desarrollados para ser más fáciles de utilizar.

Otra desventaja es que no tiene efecto retardado, como los comprimidos. Pero ya existen inhaladores de larga duración.

3- Uso del Inhalador sin cámara:

- 1º.- Quitar la tapa y agitar el aerosol.
- 2º.- Echar el aire por la nariz y por la boca.
- 3º.- Sujetar el aerosol en posición vertical y con la boquilla en la parte de abajo.

4º.- Colocar la boca alrededor de la boquilla y apretar fuertemente los labios, comenzando a tomar todo el aire que se pueda de forma lenta por la boca.

5º.- Nada más comenzar a tomar el aire, pulsar el aerosol una sola vez y continuar tomando aire.

6º.- Contener la respiración todo el tiempo que se pueda (en torno a los 10 segundos).

7º.- Echar el aire por la boca lentamente.

8º.- Si tiene que hacer otra inhalación esperar al menos 30 segundos.

4- Uso del Inhalador con cámara:

1º.- Unir las dos partes de la cámara haciendo coincidir la parte saliente de un lado con la ranura del otro.

2º.- Quitar la tapa y agitar el aerosol.

3º.- Meter la boquilla del aerosol en la zona existente para tal fin, en el lado de la cámara de inhalación.

4º.- Colocar la boca alrededor de la boquilla de la cámara de inhalación, mantener esta en posición horizontal.

5º - Echar un poco de aire y pulsar el aerosol. A continuación tomar todo el aire que se pueda lentamente.

6º - Contener la respiración todo el tiempo que se pueda (en torno a 10 segundos)

7º - Echar el aire por la boca lentamente.

8º - Si tiene que hacer alguna otra inhalación esperar al menos treinta segundos.

Clima a crear en la sesión:

- Se atenderán las preguntas del paciente.
- Dar todo el tiempo necesario.
- Establecer un clima de confianza.
- Reforzar positivamente los logros obtenidos.