



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA
SALUD PARA EL CONTROL DEL ASMA
INFANTIL**

Alumno: LOPEZ COBOS, ALONSO

Tutor: FRANCISCO F CONTRERAS CASTELLANO

Dpto: ENFERMERIA

Mayo, 2017



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA
SALUD PARA EL CONTROL DEL ASMA
INFANTIL**

Alumno/a: LOPEZ COBOS, ALONSO

Tutor/a: FRANCISCO F CONTRERAS CASTELLANO

Dpto: ENFERMERIA

Firma

Mayo,2017

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA EL CONTROL ASMA INFANTIL



RESPIRA CON NOSOTROS

**Programa dirigido a niños con asma de 6 a 10 años y sus
padres.**

**SI ESTAS INTERESADO INFORMATE EN TU ENFERMERA O
PEDIATRA**

LOGO

LOGO



RESPIRA CON NOSOTROS

INDICE

1.RESUMEN	.....	6
2. INTRODUCCIÓN	.....	8
2.1 Diagnóstico	.....	12
2.2 Clasificación	.....	13
2.3 Tratamiento	.....	14
3. Análisis de la situación y determinación de las educativas	.....	15
4. Justificación del Programa	.....	19
5. Definición de objetivos	.....	24
6. Contenidos educativos	.....	26
7. Estrategias de Captación	.....	26
8. Estrategias de intervención	.....	27
9. Determinación de actividades y metodología	.....	28
10. Previsión de recursos	.....	31
11. Diseño de la evaluación	.....	32
12. Organización de las intervenciones o actividades	.....	35
13. Bibliografía	.....	38
14. Anexos	.....	41

1.RESUMEN:

El asma infantil es una enfermedad crónica de alta prevalencia. Actualmente la prevalencia media es del 10% de la población infantil. La tendencia en los últimos años ha sido ascendente, por lo que ha ido aumentando. Los principales factores de riesgo están bien identificados, ambiente, tabaco, estrés, ejercicio, humedad, ...,etc y el control sobre estos mejora considerablemente el control de la enfermedad. Otro aspecto importante en el asma infantil es la adecuación del tratamiento y su correcta utilización, dificultad que tiene por la técnica de aplicación del tratamiento que requiera y instrucción mas detallada. El coste familiar y social es alto y sobre todo por la poca adherencia al tratamiento que existe. Hay un alto nivel de evidencia que avalan estos tipos de intervenciones, así como las experiencias en la puesta en marcha de estos programas es buena por lo que nos anima a poner en práctica este tipo de intervenciones . La población a la que dirigida esta intervención son los niños de 6 a 10 años del municipio de Bailén y sus padres por el papel tan importante que tiene en la adherencia al tratamiento. La intervención educativa está dirigida a concienciar y enseñar estrategias para el cambio de conducta, la conducta de riesgo analizada mediante el modelo PRECEDE ha sido “uso correcto de inhaladores” y a partir de los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores establecemos nuestro diagnostico educativo. Proponemos un programa educativo con 5 sesiones, la primera sólo dirigida a los padres y las cuatro restantes tanto a padres y niños. La intervención educativa será realizada por un enfermero con un frecuencia semanal en horario de tarde y también tendremos la colaboración del resto del personal de enfermería del centros de salud y la unidad de pediatría. Se iniciaría en el ultimo trimestre de 2017, iniciando nuevos grupos una vez haya finalizado cada grupo.

Palabras clave: Asma infantil, inhaladores, educación para la salud , prevención y promoción de la salud y programa.

Abstract:

Childhood asthma is a chronic disease of high prevalence. Currently the average prevalence is 10% of the child population. The trend in recent years has been increasing, so it has been increasing. The main risk factors are well identified,

environment, tobacco, stress, exercise, humidity, ..., etc. and control over these greatly improves disease control. Another important aspect in children's asthma is the adequacy of treatment and its correct use, difficulty that has the technique of application of the treatment that requires and more detailed instruction. The family and social cost is high and above all because of the lack of adherence to the treatment that exists. There is a high level of evidence that supports these types of interventions, as well as the experiences in the implementation of these programs is good reason why it encourages us to put into practice this type of interventions. The population to which this intervention is directed are children aged 6 to 10 years of the municipality of Bailén and their parents for the important role they play in adherence to treatment. The educational intervention is aimed at raising awareness and teaching strategies for behavior change, risk behavior analyzed through the PRECEDE model has been "correct use of inhalers" and from the predisposing factors, facilitators and reinforcers we establish our educational diagnosis. We propose an educational program with 5 sessions, the first only addressed to the parents and the remaining four to both parents and children. The educational intervention will be performed by a nurse with a weekly frequency in the afternoon and we will also have the collaboration of the rest of the nursing staff of the health centers and the unit of pediatrics. It would start in the last quarter of 2017, starting new groups once each group has finished.

Keywords: Childhood asthma, inhalers, health education, prevention and health promotion, and health program

2. INTRODUCCION

El asma es uno de los principales problemas de salud y en el niño se presenta con una frecuencia elevada, consiste en una enfermedad crónica de las vías respiratorias distales que se produce como consecuencia de la compleja interacción entre la inflamación , la obstrucción variable del flujo de aire y la hiperreactividad bronquial¹. Es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia en los países desarrollados^{2,3,4}, aumentando su número e importancia , siendo su prevalencia global superior a los de los adulto^{1,2,3,4}.

Las causas son múltiples, una de las que más destaca es que está presente en niños que padecen de atopía. La manifestación de este problema se produce en ocasiones por la aparición de las crisis asmáticas, siendo estas provocadas por múltiples desencadenantes entre los que destaca las infecciones virales (principalmente infecciones de las vías respiratorias), alérgenos (tanto internos como externos), ejercicio físico, el humo del tabaco y la contaminación ambiental (la mala calidad del aire)³.

Atendiendo a la causa que la produce , otra de las definiciones de asma en infancia y adolescencia es “crisis repetidas de obstrucción de las vías espiratorias y síntomas intermitentes de mayor reactividad de dichas vías a factores desencadenantes como el ejercicio físico, la exposición a alérgenos e infecciones virales”^{5,6}. Como vemos en esta definición, una de las dificultades que presenta el asma , es que es una enfermedad dinámica y variable con evolución diferentes, debido a esta variabilidad³.

Existen por tanto distintos determinantes para aparición del asma que tienen distinto origen como son:

➤ Factores Genéticos:

Existen algunas diferencias de género, analizando la prevalencia e incidencia por sexos existen variaciones. En los primeros años es más frecuente en niños que niñas, igualándose progresivamente hasta cambiar

en la adolescencia afectando más a chicas que a chicos sobre todo chicas con obesidad y pubertad precoz³, desconociéndose con certeza estas diferencias

➤ Factores ambientales, alérgenos:

Tanto la presencia de alérgenos en el exterior del hogar como en el interior del hogar. La exposición a este factor durante la lactancia se relaciona con una sensibilización precoz y la combinación de esta sensibilización y la mayor exposición del niño a alérgenos perennes en su hogar se asocia a la aparición de crisis de asma y mala función pulmonar⁴. Elementos importantes y variables a tener en cuenta son las características del alérgeno, la presencia de estacionalidad (presencia del mismo en un periodo de tiempo), la ubicación geográfica y el ambiente donde se localice el alérgeno (interior o exterior).

➤ Historia de infecciones del niño:

Tras la revisión sobre este determinante, no se han encontrado estudios concluyentes de que la exposición a ciertos virus y gérmenes se relacionen con el asma.

Sin embargo, son las infecciones virales respiratorias el principal desencadenante individual que se presenta con más frecuencia en el asma en la infancia.

➤ El humo del tabaco:

La exposición al humo del tabaco es uno de los principales desencadenantes de la aparición de las crisis asmáticas, tanto por el consumo por parte del individuo como por la exposición indirecta a este humo (fumador pasivo), siendo esta exposición la más usual para el niño. El humo del tabaco aumenta la inflamación de las vías respiratorias inferiores y

superiores. Otro aspecto importante con respecto al tabaco es que el tabaquismo materno durante la gestación altera el crecimiento de los pulmones del feto², siendo por tanto, los niños más vulnerables a este proceso.

La prohibición de fumar en los lugares públicos ha sido una de las medidas que han conseguido disminuir la exposición al humo del tabaco en los niños.

➤ La presencia de contaminantes:

Uno de los principales contaminantes, aunque no exclusivo, es la contaminación atmosférica, teniendo su origen en las sociedades desarrolladas en el tráfico (las emisiones de los vehículos a motor) y la industria (los vertidos incontrolados de las emisiones de las fábricas al aire) siendo la toxicidad de estas emisiones muy elevadas. Este factor hace que la variabilidad del asma sea muy elevada como hemos expuesto con anterioridad, ya que esta contaminación difiere de unos lugares a otros.

➤ La alimentación:

En cuanto a la alimentación cabe destacar la lactancia materna que actúa como factor protector, siendo por tanto este factor protector frente al asma otras de las ventajas de la lactancia materna.

La presencia de obesidad y sobrepeso, actúa en sentido contrario, convirtiéndose por tanto en factor de riesgo.

No existen, estudios concluyentes, pero parece indicar que algunas alergias alimentarias podrían actuar como factor de riesgo para la aparición de las crisis asmáticas.

➤ El contacto con irritantes:

El uso de productos de limpieza en el hogar, la utilización de perfumes, la presencia de polvo, la utilización de cloro en las piscinas, etc, son factores desencadenantes de las crisis asmáticas.

➤ El ejercicio físico:

La actividad física es uno de los factores que desencadenan los síntomas asmáticos, pero aún así al ser esencial para el desarrollo saludable del niño, debe favorecerse sobre todo el ejercicio físico aerobio evitando la inflamación de las vías aéreas.

➤ El Clima:

La influencia del clima sobre el asma es importante, la aparición de crisis asmáticas se dan con más frecuencia en presencia de temperaturas extremas (frío o calor) y en ambientes muy húmedos.

➤ El estrés y aspectos psicológicos:

Tanto las situaciones de estrés como las características de la personalidad, estos factores inciden tanto en las manifestaciones alérgicas como en las respuestas del propio niño a un mismo estímulo estresante. Los niños asmáticos pueden sentirse marginados en el aspecto social por diversas cuestiones, molestos por la medicación y miedo a la aparición de la crisis⁷, resultando un problema importante en la escuela llevando incluso a ausencias prolongadas en las aulas influyendo de este modo en su rendimiento escolar. Las principales manifestaciones son:

- Ansiedad incluso con ataques de pánico.
- Depresión.
- Trastornos del comportamiento.

Todos estos determinantes que hemos expuesto tienen mucha importancia tanto en la aparición de los síntomas como en el control del asma, y en estos determinantes es necesario la participación de las familias, centros educativos, amigos, etc., ya que el niño debe tener apoyo en todos los ámbitos sociales en los que desarrolla su actividad diaria. Debemos

contar con ellos para favorecer su adaptación y el buen control de la enfermedad.

2.1 DIAGNOSTICO DE ASMA

El diagnóstico de asma es primordial para la pronta instauración del tratamiento para limitar la frecuencia y la exacerbación de las crisis asmáticas, impedir el deterioro de la función pulmonar, prevenir la muerte por asma y mantener la calidad de vida del niño o adolescente¹⁸.

Para establecer el diagnostico de asma tenemos 2 tipos de diagnostico, uno el diagnostico clínico y otro el diagnóstico funcional.

El diagnostico clínico se establece tras el análisis de los síntomas que generalmente se manifiesta por (tabla 1):

- Sibilantes
- Disnea
- Tos con predominio nocturno o al levantarse
- Sensación de opresión torácica^{8,9}

Síntoma	Características	Examen físico
Sibilancias	Presentes en todos los pacientes mal controlados durante la noche o durante las crisis	Ausentes cuando el paciente está controlado o en caso de obstrucción muy severa
Tos	Puede aparecer o agudizarse en la noche o durante las crisis	Presente en las agudizaciones, durante las actividades físicas o ejercicio
Disnea	Se presenta durante las crisis o asociada a esfuerzos físicos en caso de asma no controlado	Presente durante las crisis
Expectoración	Densa, adherente, difícil de expulsar	Puede aparecer o incrementarse durante las crisis
Opresión torácica	Subjetivo, se relaciona con la gravedad de los otros síntomas	Subjetivo, se relaciona con la gravedad de los otros síntomas

Tabla 1 : Características clínicas del asma. Ortega Martell, J.A; Fernandez Vega M

El diagnóstico funcional , que se establece junto con la clínica del paciente, son los dos pilares básicos. Para este diagnóstico funcional la prueba empleada es la espirometría^{8,9,10,11}, aunque como dificultad , nos encontramos que el desarrollo de la técnica está indicada en niños a partir de 5 años, para su realización el profesional debe de estar bien entrenado para que los resultados sean válidos, ya

que es una técnica que tiene mucha dificultad de realización para el niño o adolescente⁹.

Existen distintos métodos para realizar la espirometría siendo el aconsejado la espirometría con broncodilatación que consiste en realizar una espirometría basal, aplicar al niño o adolescente una dosis de broncodilatador y valorar la respuesta. Si esta es superior al 12% en relación a al valor basal se considera positiva. Aunque en niños con prueba negativa, no se excluye el diagnóstico de asma^{8,9}.

Existen otros estudios complementarios para el diagnóstico de asma aunque estos, no están indicados de forma rutinaria, nos son útiles para establecer de forma concreta el diagnóstico diferencial con otras patologías frecuentes en el niño, estas pruebas complementarias es el estudio radiológico (radiografía de tórax y senos principalmente), el estudio analítico de inmunoglobulinas (IgE principalmente) y las pruebas cutáneas de alergia (Prick test), entre otras. Estas pruebas complementarias nos son útiles , sobre todo, para establecer el diagnóstico de certeza del asma⁹.

2.2 CLASIFICACION:

Tan importante como establecer un buen diagnóstico para el inicio del tratamiento, es establecer una adecuada clasificación del estadio que se encuentra el niño. Es difícil establecer una clasificación en el niño, existen diferentes clasificaciones, siendo una de las más empleadas la aportada por la Global Initiative for Asthma (GINA) que lo clasifica en 4 estadios⁴:

- Asma episódica ocasional
- Asma episódica frecuente
- Asma persistente moderada
- Asma persistente grave

En esta clasificación se valoran las exacerbaciones (tanto diurnas como nocturnas), los síntomas que presenta durante el ejercicio (aparición de sibilancias y características de las mismas) y la función pulmonar medida con la espirometría (tabla 2)

Grados de gravedad clínica del asma en el niño. Clasificación clínica			
	Exacerbaciones	Síntomas con ejercicio	Función pulmonar
Episódica ocasional	Infrecuentes 1 cada 4 o 6 semanas	Sibilancias leves ocasionales tras ejercicio intenso	FEV ₁ 80% Variabilidad PEF < 20%
Episódica frecuente	Frecuentes > 1 cada 4 o 6 semanas	Sibilancias > una vez a la semana tras ejercicio moderado	FEV ₁ 80% Variabilidad PEF < 20% Prueba ejercicio positiva
Persistente moderada	Frecuente. Síntomas frecuentes intercrisis que afectan a la actividad normal diaria y el sueño	Sibilancias > una vez a la semana tras ejercicio mínimo	FEV ₁ > 70-80% Variabilidad PEF > 20 ≥ 30%
Persistente grave	Frecuentes. Síntomas continuos. Ritmo de actividad habitual y sueño muy alterados	Sibilancias frecuentes ante esfuerzo mínimo	FEV ₁ < 70% Variabilidad PEF > 30%

Tabla 2: Grados de gravedad Clínica del asma en el niño. Clasificación clínica. Guía española para el manejo del asma (GEMA).

2.3 TRATAMIENTO:

Con el tratamiento lo que se pretende es intentar mantener el control de la enfermedad lo mas precoz posible, prevenir las exacerbaciones y la obstrucción crónica al flujo aéreo. Este se instaura de forma individualizada, bajo una supervisión exhaustiva, junto con medidas de control ambiental y de educación para el asma.

Los fármacos para tratar el asma se clasifican en dos modalidades, los control y los de alivio o rescate. Las recomendaciones de la Guía Española para el Manejo de Asma (GEMA)

Los fármacos de control son de administración diaria durante largos periodos e incluyen glucocorticoides inhalados (GCI) o sistémicos, antagonistas de los receptores de los leucotrienos (ARLT), agonistas β_2 adrenérgicos de acción larga (LABA), tiotropio y anticuerpos monoclonales anti-IgE (omalizumab).

Los fármacos de alivio rescate, son utilizados a demanda para prevenir o tratar la broncoconstricción de forma rápida y son, los agonistas β_2 adrenérgicos de acción corta (SABA) inhalados (estos son de elección) y los anticolinérgicos inhalados (bromuro de ipratropio)¹²

La instauración del tratamiento debe realizarse por escalones terapéuticos (tabla 3). La GEMA recomienda la instauración atendiendo a la sintomatología y la valoración del pediatra y estado de control que tiene el niño tiene sobre la

enfermedad. Modificándose este tratamiento dependiendo de esta valoración (tabla 4) .

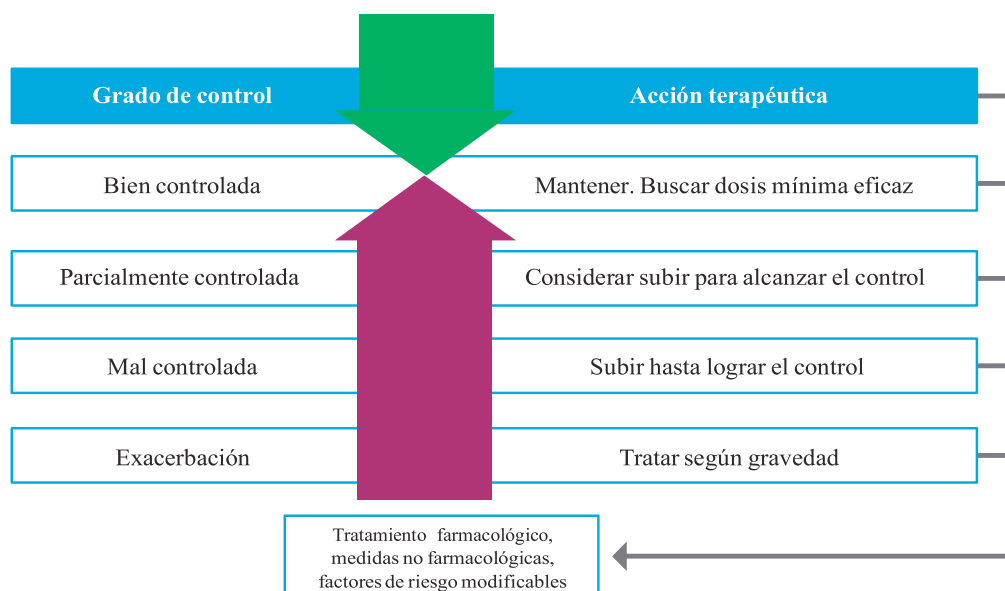


Tabla 3: Escalones terapéuticos en el tratamiento del ASMA. Guía española para el manejo del asma (GEMA).

En todos los grados se añadirá, como medicación de rescate administrada a demanda, un AA-β ₂ de corta duración ^a	
Episódica ocasional	1. AA-β ₂ de corta duración ^a inhalado (a demanda)
Episódica frecuente	1. Glucocorticoide inhalado ^b (< 200 µg/día)
Persistente moderada	2. Considerar en algunos casos cambiar por antagonista de los receptores de leucotrienos ^c
	1. Glucocorticoide inhalado ^b (200-400 µg/día) junto con AA-β ₂ de larga duración ^d inhalado
Persistente grave	2. Considerar en algunos casos añadir antagonista de los receptores de leucotrienos ^c (para disminuir la cantidad de glucocorticoides inhalados)
	1. Glucocorticoide inhalado ^b (400-800 µg/día) junto con AA-β ₂ de larga duración ^d inhalado
	2. Considerar en algunos casos añadir:
	–Antagonista de los receptores de leucotrienos ^c (si no hay respuesta al tratamiento anterior y para disminuir la cantidad de glucocorticoides inhalados)
	–Teofilina de liberación retardada (si no hay respuesta al tratamiento anterior)
	3. Añadir glucocorticoide oral ^e (< 10 mg/día), si el control clínico es insuficiente, valorando riesgo-beneficio)

^aSalbutamol, terbutalina; ^bbudesonida, beclometasona, fluticasona (mitad de las dosis de budesonida), ciclesonida (mitad de las dosis de budesonida); ^cmontelukast; ^dsal-meterol, formoterol; ^eprednisona, metilprednisolona, deflazacort.

Tabla 4: tratamiento de mantenimiento del asma en el niño. Guía española para el manejo del asma (GEMA).

3. ANALISIS DE LA SITUACION. DETERMINACION DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS

La población a la que va dirigida el programa es a los niños de 6 a 10 años del municipio de Norte de Jaén.

Los problemas de salud están relacionados con el diagnóstico precoz y el diagnóstico diferencial para la instauración temprana del tratamiento, con el objetivo de un buen control del proceso asmático en el niño.

Los principales factores de riesgo de esta población son:

- La exposición a alérgenos tanto internos (hogar, colegio, etc,..) del entorno del niño como son los ácaros, productos de limpieza, uso de perfumes y resto de irritantes; y externos siendo principalmente la contaminación y la polinización destacando en esta las gramíneas y especialmente el olivo al ser el principal cultivo de la zona.
- El tabaquismo pasivo, por la exposición al humo del tabaco de los fumadores, aunque la ley antitabaco de 2006 y posterior modificación del 2011 como expone el estudio de Hauri et al, la prohibición de fumar en espacios públicos suponen un ahorro de costes directos e indirectos traducidos en costes económicos y años de vida perdida¹³.
- Las crisis asmáticas: Las descompensaciones en el control del tratamiento, siendo una de las causas de este problema la aplicación inadecuada del tratamiento y la falta de adherencia al mismo, entendiendo como adherencia al tratamiento el grado en que el empleo de la medicación por parte del paciente se corresponde con el régimen prescrito¹⁴.

Las características demográficas de la población infantil de entre 6 y 10 años del padrón municipal de 2016 es de 826 según fuentes del INE, dado la que la prevalencia es aproximadamente la población diana estimada será de unos 90 niños. El grado de escolarización del municipio es del 100%.

La estructura socioeconómica destacamos el paro tan elevado 28,49% (abril 2017 INE), la renta per cápita media es de 15458 €. El número de afiliados a la SS es de 3988 en el régimen general, 2335 en autónomo, 424 en el agrario y 28 en el hogar (Marzo 2017. INE).

Existe en el municipio una Zona con Necesidades de Transformación Social, pero no se tendría en cuenta en la planificación de la intervención con el objetivo de conseguir la integración de los niños.

Algunos aspectos culturales es la preocupación por la salud y sobre todo de los menores. Son participativos y muestran interés por su salud. El nivel de instrucción es medio predominando la clase media.

Como necesidades sentidas señalamos la buena colaboración de las profesionales sanitarias y las asociaciones de padres y madres (AMPAs) de los centros educativos. Son estas asociaciones las que nos solicitan actividades de promoción de la salud y prevención. Referido a este problema de salud, existe una especial sensibilización por las manifestaciones clínicas de la enfermedad, siendo numerosas las consultas de pediatría al servicio de urgencias por este motivo. Siendo por tanto una necesidad sentida tanto para los padres como para los niños en control y manejo de la enfermedad.

DETERMINACION DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS

Para determinar las necesidades educativas vamos a utilizar el modelo PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Causes, Educational, Diagnosis y Evaluation) diseñado por Green y Kreuter¹⁵

Al aplicar el modelo PRECEDE queremos ver que factores predisponentes, que factores facilitadores y factores reforzadores condicionan la conducta humana y de esta forma poder establecer nuestro diagnóstico educativo.

Los factores predisponentes están relacionados con elementos que motivan la conducta humana, entran en juego elementos como la información, las actitudes, los valores, las creencias, los modelos, aspectos culturales, etc.

Los factores facilitadores son aquellos que hacen posible esa conducta relacionados con las habilidades (inteligencia, motoras, etc) así como con los recursos disponibles para poder llevar a cabo la conducta de análisis.

Los factores reforzadores, al contrario que los dos anteriores se producen después de la conducta y tiene relación que todos aquellos elementos que consiguen que se siga realizando la conducta, está relacionado con el bienestar que

nos proporciona, los premios o castigos que nos proporciona, que en definitiva consiguen que mantengamos o modifiquemos la conducta en estudio.

Cada uno de estos factores puede actuar a favor o en contra de la conducta.

Con la bibliografía consultada y con entrevistas algunos niños y padres de la población diana, la conducta que vamos a analizar es “el uso correcto de inhaladores y prevención de la crisis asmáticas”

Factores Predisponentes:

A favor:

- Sensibilizados con el problema

En contra:

- No tienen toda la información sobre el asma y la medicación
- Se ven como enfermos y por eso a veces abandonan el tratamiento
- Cuando no hay crisis creen que han superado la enfermedad
- Prefieren el uso del rescate que el tratamiento de mantenimiento

Factores facilitadores:

A favor:

- Capacidad adecuada de aprendizaje
- Mucha variedad de fármacos
- La efectividad del tratamiento
- Subvencionado por la seguridad social
- Fácil transporte.

En contra:

- Técnica complicada
- Distintos dispositivos

Factores reforzadores

A favor:

- Mejoría
- Disminución de crisis

En contra:

- Siempre tienen que ir con la medicación
- A veces le restringen los juegos y el ejercicio
- Se sienten marginados.

Tras analizar la conducta problema y aplicar el modelo PRECEDE obtenemos nuestro diagnóstico educativo, que será sobre el centraremos nuestra intervención.

4. JUSTIFICACIÓN :

La prevalencia de asma infantil varía enormemente entre los distintos países del mundo. Según los datos de la fase I del International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC), en 1994, la prevalencia de sibilancias en el año anterior en niños de 13-14 años de edad varió entre un 1,6% en Akola (India) y un 36,7% en Escocia (Reino Unido)¹³. En España las cifras oscilaron entre el 5,5% en Pamplona y el 15,4% en Cádiz. En Europa la cifra más baja se produjo en Tirana (Albania), con un 2,6%; en la Europa comunitaria, en Atenas se registró una prevalencia del 3,7%⁸.

El estudio ISAAC pone de manifiesto que los países con mayor prevalencia de asma infantil en Europa fueron Finlandia, Alemania, Irlanda, el Reino Unido y Rumania, y los de menos prevalencia Albania, Bélgica, Georgia, Estonia, Italia, Lituania, España y Suecia^{12,16}.

Los estudios de prevalencia apuntan que son más altas las prevalencias en países industrializados y en zonas costeras. Existe una baja incidencia en países subdesarrollados posiblemente por infradiagnóstico.

La OMS cifra en 3 millones de años de vida perdida y 15 millones de años de vida ajustados por incapacidad¹⁷.

Otro dato relevante es que si bien los tratamientos actuales posibilitan el control del asma en hasta un 90% de los casos, en la práctica menos del 50% de los pacientes la tiene controlada. Esto da lugar a que el 70% del coste anual que el Sistema Nacional de Salud destina cada año al tratamiento del asma se emplea en el manejo de asma mal controlada^{18,19,20}.

Coste sanitario, familiar y social:

La elevada prevalencia y el carácter crónico del asma ocasiona que resulte una enfermedad cara para la sociedad, especialmente supone el 1% y el 2% del total de recursos destinados a Salud Pública¹⁷.

El coste del asma en España en niños en 2008 fue de 532 millones de € de los cuales el 60% son costes directos y el 40% restante se deben a costes indirectos¹⁷ (tabla 5).

Variable	Gravedad del asma				Total
	Episódica ocasional	Episódica frecuente	Persistente moderada	Persistente grave	
Costes totales					
<i>Costes directos</i>	58.273.109	90.199.362	125.590.626	45.322.131	319.385.228
Médicos	56.379.911	87.705.038	123.233.417	42.151.482	309.469.847
Atención primaria	32.730.578	31.543.592	25.512.800	6.128.978	95.915.948
Atención especializada	2.110.576	3.743.691	15.646.378	5.268.409	26.769.054
Urgencias	0	14.209.921	15.569.610	4.936.379	34.715.910
Hospitalización	0	0	25.694.712	8.887.162	34.581.874
Pruebas diagnósticas	13.089.801	14.373.745	11.829.690	4.445.026	43.738.262
Medicamentos	8.448.956	23.834.088	24.389.734	8.813.474	65.486.252
Terapias físicas	0	0	4.590.493	3.672.053	8.262.546
No médicos	1.893.199	2.494.324	2.357.209	3.170.649	9.915.380
Transporte	1.893.199	2.494.324	2.357.209	3.170.649	9.915.380
<i>Costes indirectos</i>	37.545.873	53.214.611	97.177.501	24.533.640	212.471.626
Visita a médicos	18.535.305	20.340.720	23.637.771	6.521.108	69.034.903
Cuidar en hospital	0	0	37.520.271	7.630.669	45.150.940
Cuidar en domicilio	19.010.569	32.873.891	36.019.460	10.381.863	98.285.783
<i>Coste social</i>	95.818.983	143.413.973	222.768.127	69.855.771	531.856.854
Costes por niño					
<i>Costes directos</i>	245	658	1.673	3.491	690
<i>Costes indirectos</i>	158	388	1.294	1.889	459
<i>Coste social</i>	403	1.046	2.967	5.380	1.149

Tabla 5: Coste en € del manejo del Asma en España 2008. Bravo AB et al.

Para disminuir estos costes debería realizarse intervenciones tanto en prevención como en el manejo de la enfermedad.

TENDENCIA DEL PROBLEMA.

La prevalencia de asma infantil ha ido aumentando en la última década^{3,9,10,11,17,18}, posiblemente antes estaba infradiagnosticada y es en estos últimos años cuando se ha diagnosticado de forma más exhaustiva este problema. Además, como expuesto anteriormente alrededor del 50% está mal tratado sobre todo por la adherencia al tratamiento o mala utilización del mismo^{14,21,22}.

La relación del problema de salud está relacionado con algunos comportamientos como el cuidado del entorno y uso adecuado de la medicación y el tabaquismo pasivo.

Como podemos observar estos comportamientos, son factores de riesgo, si actuamos en estos 3 factores de riesgo modificables podemos controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Las experiencias de estos programas ponen de manifiesto la necesidad de incluir la educación para la salud en el manejo y tratamiento del asma infantil.

Estos programas se centran principalmente en la adherencia al tratamiento y en evitar factores de riesgo que produzcan inflamación de las vías aéreas y desencadenantes algunas acciones son:

- ✓ Evitar la exposición al polen no saliendo al campo en época de polinización
- ✓ Reducir la cantidad de polvo en casa, sobre todo en el dormitorio (fundar hermético a colchón y almohada, lavar la ropa de cama a 60º, no utilizar almohadas de plumas, humedecer el ambiente, limpiar con aspiradora y no uso de alfombras).
- ✓ Evitar sustancias químicas irritantes.
- ✓ Evitar ejercicio físico intenso en crisis, mantener buena forma física.

- ✓ Uso adecuado de la medicación , sobre todo, uso correcto de los inhaladores.
- ✓ Controlas estados emocionales como ira, miedo y ansiedad²².

En una intervención educativa realizada en el Puerto de Santamaría obtuvieron resultados satisfactorios en el control del asma²³

- Se aumentó la adherencia al tratamiento
- Se mejoró en el manejo y uso de los inhaladores

Con diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,018$ (tabla 6), disminuyendo el número de consultas en Atención primaria.

Variables	Media desviación típica al inicio	Media desviación típica al final	Significación estadística
Consultas a demanda totales	7,50 ± 5,78	6,53 5,39	P < 0,001
Consultas a demanda por asma	3,36 2,08	2,15 2,83	P < 0,01
Número de urgencias en atención primaria por asma	0,57 0,72	0,34 0,73	P < 0,001

Tabla 5: Consultas por asma en atención primaria. Gallardo Muñoz et al.

En el estudio de Batanero et al. Se pone de manifiesto que un buen conocimiento de la enfermedad y de los inhaladores mejoran el cumplimiento terapéutico^{14,21}.

En el estudio de Ducret et al. ponen de manifiesto los buenos resultados de las escuelas de pacientes de asma^{24,14}.

En el estudio de Bazán et al , los resultados obtenidos fueron:

- Disminución de las visitas
- Aumento del nivel de conocimientos de los padres
- Disminución de los factores de riesgo²⁵.

En todas estas experiencias vemos los buenos resultados obtenidos en las intervenciones de Educación para la Salud en este grupo de población. Como expresan la mayoría de estas intervenciones, los beneficios obtenidos tanto en el control de los síntomas como en las apariciones de las crisis. Los contenidos

educativos van dirigidos , en la mayoría de los programas a los niños ya que cuanto mejor conozcan su enfermedad, mejor manejarán el tratamiento.

EVIDENCIAS DISPONIBLES:

Existen diferentes estrategias de intervención para abordar problemas crónicos entre ellos la educación terapéutica es un componente esencial en este tipo de problemas, entre ellos el asma, tanto para el niño como los padres.

Existen evidencias de su uso que nos anima a su aplicación. Analizando distintas Guías de Práctica Clínica observamos que todas coinciden en la recomendación de estas actividades y programas.

La Guía SIGN recomienda que se debería ofrecer una educación de automanejo enfocada a las necesidades individuales del paciente , sobre todo en pacientes con asma severa ya que disminuye el número de hospitalizaciones y visitas a urgencias¹¹.

La guía GEMA recomienda que los pacientes con asma deben de seguir un programa de educación formal¹². (evidencia moderada)

La Guía de Práctica Clínica sobre el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad realizada por Osakidetza, recomienda ofrecer a los niños un programa educativo¹².

La GINA recomienda la necesidad de la educación para la salud como herramienta necesaria en el manejo de asma⁴.

Observamos que las principales guías nacionales e internacionales ven necesario realizar este tipo de intervenciones explícitamente aplicando la educación para la salud. Además hacen referencia específica también de la necesidad de la utilización adecuada y de la adherencia al tratamiento como elemento de éxito en el control del asma infantil y disminución de los episodios de descompensación de los pacientes.

En resumen, viendo la magnitud del problema, junto con la evolución que está aumentando y observando los niveles de evidencia de las principales guías de práctica clínica, además de las experiencias de estos programas de educación para la salud dirigidos a niños entre 6 y 10 años, decidimos intervenir en nuestra población diana que son niños asma de la localidad de Bailén así como sus padres.

5. DEFINICIÓN OBJETIVOS:

Para marcarnos los objetivos estos los vamos a dividir en 2 tipos de objetivos, los objetivos generales, derivados de la justificación del programa educativo y , los objetivos específicos derivados de los objetivos generales con el fin de conseguir el objetivo general.

Los objetivos específicos los dividimos en tres tipos:

- Objetivos de conocimientos: que elementos tenemos que conocer para manejar el asma
- Objetivos de habilidades: Que destrezas tienen que adquirir o con que recursos contar.
- Objetivos de Actitudes: que disposición para la acción han de tener.

A continuación describimos el objetivo general.

Objetivo general:

“Mejorar el control del asma por parte de los niños y su familia y disminuir el número de crisis asmáticas y complicaciones asociadas”.

Objetivos Específicos:

De conocimientos:

- El 80 % de los participantes conocerán que es el asma y sus determinantes (niños y padres)
- El 100% de la asistentes identificarán los signos de alarma del asma.
- El 80% del grupo comprenderán las principales medidas preventivas de descompensaciones del asma.
- El 100% de los participantes conocerán la medicación del asma.
- El 100% de los niños conocerán los distintos dispositivos inhalatorios y sus técnicas.
- El 80% de los niños entenderán los beneficios de la actividad física.

De habilidades:

- El 100% de los niños tomarán correctamente la medicación.
- El 100% del grupo demostrarán la correcta utilización de los dispositivos.
- El 100% de los participantes actuarán correctamente ante una crisis asmática.
- El 60% de los niños incorporarán la actividad física.

De actitudes:

- El 80% de los asistentes mostrarán interés por las sesiones.
- El 80% de los participantes tomarán conciencia de la enfermedad.

Con estos objetivos pretendemos conseguir un mejor control de la enfermedad en el niño y aumentar por tanto su calidad de vida. Esto lo podemos conseguir con los siguientes contenidos educativos.

6. CONTENIDOS EDUCATIVOS:

Los contenidos educativos son toda la información que se debe de transmitir a los usuarios a través de cualquier método o medio con el propósito de conseguir los objetivos específicos²⁶.

Para conseguir los objetivos específicos del programa, incluimos los siguientes contenidos educativos:

- ¿ Qué es el asma, factores de riesgo y clasificación?
- Signos y síntomas de alarma del asma y crisis asmáticas.
- El asma y los determinantes
- Principales desencadenantes de las crisis asmáticas.
- El tratamiento del asma y adherencia al tratamiento del niño.
- Los inhaladores, tipos y utilización de los mismos.
- Concepto de cronicidad.

La introducción de estos contenidos se harán conociendo al niño, aplicaremos el aprendizaje significativo (trabajar a partir de lo aprendido por el paciente), favoreceremos el aprendizaje autónomo y potenciaremos nuevas conductas que impliquen seguridad para el niño y darle herramientas de juicio para la toma de decisiones.

7. ESTRATEGIAS DE CAPTACIÓN

Para la identificación de la población diana solicitaremos la colaboración de los profesionales del centro de Salud de Bailén. El proceso asma infantil está incluido dentro de la cartera de servicios de servicios de Atención Primaria, este proceso se viene desarrollando en el centro de salud desde el año 2003³, por lo que utilizaremos los datos de cobertura del proceso para la captación de los niños. Se solicitarán listados de pacientes incluidos en el proceso asma infantil y se seleccionará los niños entre 6 y 10 años. Una vez identificados se le enviará una carta a los padres (Anexo 1) donde se le informará del programa y se le invitará para que asista junto con su hijo. También informaremos a los pediatras,

profesionales de DCCUs y enfermeros para la captación activa de aquellos niños asmáticos que acudan a consulta. Así mismo se realizará una captación comunitaria con la colocación de carteles informativos en el centro de salud, colegios de la localidad. Informaremos a las AMPAs de la localidad mediante una entrevista con el equipo directivo para solicitar su colaboración en la captación.

Por lo que utilizaremos distintas estrategias de captación

- Individual a través de las cartas a los padres y la colaboración de los profesionales sanitarios
- Grupal con las intervenciones en las AMPAs
- Comunitaria con los carteles distribuidos en lugares públicos de alta frecuentación de los niños y los padres.

Creemos que esta forma conseguiremos despertar la atención de los padres para que puedan asistir a las sesiones del programa.

8. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Por estrategia de intervención entendemos “ un proceso metodológico que puede comprender varias actividades de aprendizaje, uso específico de medios masivos u otros medios para la difusión de información o para llevar a cabo la intervención”²⁷.

Utilizaremos 4 tipos de estrategias de intervención:

Grupal: Será la principal estrategia de intervención, trabajaremos con grupos con problemas comunes, como ventajas conseguimos la socialización de sus experiencias y efecto terapéutico del grupo. La asistencia a las sesiones nos garantiza la motivación para el aprendizaje. Se utilizará en 5 sesiones grupales

Familiar: Pretendemos conseguir la implicación del entorno familiar para conseguir conductas favorecedoras de salud. Tiene especial importancia en esta etapa (la etapa infantil) la aportación de la familia, con sus creencias, cultura,

valores, etc., en la configuración de la conducta del niño. Se utilizará después de las sesiones grupales.

Comunitaria: Centraremos algunas actividades dirigidas al entorno físico (control de alérgenos, irritantes, ...) y social (tabaquismo pasivo) del niño. Después de la 3ª sesión con implantación de algunas medidas de control del medio.

Individual: Lo utilizaremos como recurso en el caso de individualización y adaptación al aprendizaje del niño. Aprendizaje centrado en la persona. Esta sesión es opcional dependiendo del grado de consecución de objetivos por parte de cada niño.

9. DETERMINACION DE ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA EDUCATIVA

Los medios que vamos a utilizar van a ser preferentemente directos y bidireccionales, los asistentes y el educador están presentes en el mismo entorno y se favorecerá la participación activa de todos los asistentes estimulando su participación en las distintas técnicas educativa.

Los medios será tanto el lenguaje verbal como no verbal con las intervenciones del educador, el escrito (folletos y cartel) y el visual se proyectarán en algunas sesiones videos y presentaciones.

Las actividades será variadas y adaptadas al grupo de edad al que van dirigidas, en nuestro caso son niños de 6 a 10 años y se adaptarán dependiendo del grupo que se conforme en cada momento. El grupo será de unos 8-10 niños con sus padres.

Las técnicas grupales que vamos a emplear son las siguientes:

- Sesión 1:
Técnica de presentación²⁸.
“presenta a tu comañero”

Pretendemos eliminar barreras entre los participantes para disminuir tensiones y fomentar la participación, todos conocerán el nombre de los integrantes y algunos aspectos personales. Esta técnica será su primera participación en el grupo.

Temores y esperanzas²⁸:

Conoceremos en el grupo sus motivaciones, esperanza y deseos así como sus miedos. Corregiremos ideas erróneas y disminuirémos ansiedades.

Le pasaremos un folio donde en 10 minutos cada participante escribirá sus dudas, inquietudes, miedos, etc... Pasados estos 10 minutos se hará una puesta en común para terminar con una discusión. El coordinador analizará los aspectos mas repetidos.

- Sesión 2

Charla coloquio²⁶ :

Le aportaremos información fiable y se motivarán para ciertos comportamientos y aclarar algunas dudas.

Se expondrá una presentación breve de unos 15 minutos (anexo 2) para posteriormente establecer un coloquio donde afianzar los conocimientos y corregir errores.

- Sesión 3

Tormenta de ideas²⁸:

Aportar ideas y soluciones novedosas, abordar el problema sin críticas, favorecer la imaginación creadora y dar alguna opción de salud y ventajas de esta.

Para ello partimos de una pregunta “ ¿ qué elementos influyen, tanto en la casa como fuera de la casa, para que aparezcan las crisis de asma? ¿ y qué medidas podemos adoptar para solucionarlas?

Todos los participantes por orden aportarán ideas, que se recogerán en la pizarra durante un tiempo. Después se analizarán y se verán si son viables para su aplicación.

Controlaremos en todo momento la crítica. Se estimulará para que aporten el mayor número de ideas (mejor cantidad que calidad).

- Role playing:

Mostraremos nuevos comportamientos que se asimilará y criticará por parte del grupo, identificarse con los problemas y dar alternativas de conducta, comparar con otras situaciones, fomentar actitudes y habilidades, dar ejemplos de acción y dar Feed-Back.

Simularemos varias situaciones de crisis asmática y la actuación ante las mismos. No se puede intervenir durante la representación y posteriormente favoreceremos los comentarios y discusión por todos.

Se repetirán las representaciones hasta que se consiga la intervención adecuada ante las crisis.

Al final se le entregará folio con las instrucciones de actuación.

Sesión 4:

Demostración:

Mostraremos la técnica de los distintos inhaladores, describiremos la técnica correcta paso a paso y argumentando por qué se hace. Conoceremos los distintos dispositivos de administración de tratamiento y posteriormente cada uno de los niños realizará cada una de las técnicas hasta que las realice de forma correcta. Utilizaremos dispositivos placebos y entregaremos la guía de uso de inhaladores de la Comunidad de Madrid²⁹

Sesión 5

Foro:

Procederemos al visionado de distintos videos extraídos de YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=Cfp8La55BEY>

<https://www.youtube.com/watch?v=M9AIFSeJy0w>, relacionados con el ejercicio físico para después realizar la discusión a través de un foro.

Incentivaremos la participación de todos los participantes para terminar con una conclusiones

Hemos seleccionado metodología variada para retener la atención del grupo y favorecer la participación de todos los participantes.

Contamos con la preparación del educador que anteriormente ha probado las distintas técnicas viendo su eficacia, y mejorando su destreza al ponerlas en práctica.

En la medida de lo posible nos ajustaremos a estas técnicas, pero en el caso de que la elección no sea la idónea se podrá sustituir por otra técnica que pueda cumplir con los objetivos marcados.

10.. PREVISION DE LOS RECURSOS

Los recursos los vamos a analizar desde tres perspectivas, humanos, materiales y financieros.

Humanos:

Será realizado por un enfermero educador que será a su vez coordinador del programa, se contará con la colaboración del personal sanitario del Centro de salud de Bailén para la captación y posterior seguimiento tras el programa, con el seguimiento en consulta de enfermería y pediatría.

Materiales:

Se realizará en el aula de Educación Sanitaria del Centro de Salud de Bailén, ubicada en la calle Ramón López s/n,:

- sala amplia, luminosa, cómoda y ventilada,
- sillas,
- equipo informático,
- proyector,
- pizarra,
- folios,
- bolígrafos,
- altavoces,
- Dispositivos inhalatorios placebos, etc...

que el propio centro de salud lo pondrá a nuestra disposición ya que es de interés para la población a la que atiende

Financieros:

Nos acogeremos a la convocatoria pública de la consejería de salud para realización de actividades de prevención y promoción de la salud.

Colaboración del Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén que nos cederá las instalaciones y los equipos didácticos necesarios.

Subvención por parte del ayuntamiento de 200 euros para los gastos no previstos que puedan surgir.

Creemos que podemos contar con los recursos necesarios porque muchos de ellos están disponibles.

11. DISEÑO DE LA EVALUACION

Para evaluar utilizaremos la metodología propuesta por Donabedian donde nos propone evaluar tres aspectos, la estructura, proceso y resultados.

Evaluación de estructura:

Evaluaremos los recursos humanos y materiales, evaluaremos la metodología empleada, las características del educador, empatía, capacidad de dinamización, etc. Respecto a los materiales se evaluará, las características, utilidad, calidad, adecuación. Y de las instalaciones el espacio, comodidad, etc.

Evaluación del proceso:

Evaluaremos la adecuación de las técnicas y distintas actividades realizadas, si han sido útiles o no para la consecución de los objetivos, número de actividades y sesiones, preparación de las mismas, etc.

Para evaluar estos elementos del programa utilizaremos una encuesta para los padres (anexo 3) y a los niños con entrevista y observación.

Evaluación de los resultados:

Realizaremos valoración a corto plazo para medir la consecución de los objetivos específicos (conocimientos, habilidades y actitudes) y otra a largo plazo para medir el objetivo general.

Para realizar esta evaluación vamos a utilizar distintos elementos de medida. Para esta evaluación se desarrollarán distintos instrumentos de medida que nos serán útiles para medir los distintos indicadores de los objetivos marcados.

Los aspectos a medir son los descritos anteriormente, y los indicadores son los criterios concretos que nos son válidos para medir la consecución de los

objetivos. Tras el análisis de los datos necesarios para los indicadores, mostramos un tabla resumen con los datos de la evaluación

Ev. de la estructura	Características del docente	% de personas satisfechas con el docente	Nº de personas satisfechas con el docente/ nº de participantes	Al final de la 5ª sesión se pasará cuestionario de valoración de la estructura y el proceso a los padres (anexo 3)
	Lugar de celebración	Nº de personas que puntúan con 4 ó 5 las instalaciones	Puntuación en la pregunta 15 del cuestionario	
Ev. del proceso	Valoración de la metodología y las técnicas realizadas	Nº de personas que superan la media de la valoración del proceso	Puntuación media de las preguntas 6,7,8,9,10,11	A los niños e valorará con entrevista y con observación
Ev. de los resultados	Objetivo general: “Mejorar el control del asma por parte de los niños y su familia y disminuir el número de crisis asmáticas y complicaciones asociadas”.	Disminuir nº de niños con crisis asmáticas que acuden a los servicios de urgencias	Nº de niños con crisis asmática que acude a urgencias 2018/Nº de niños que acuden a urgencias en 2017.	Se utilizarán datos del servicio de urgencias de urgencias de Bailen y Hospital San Agustín.
	El 80 % de los participantes conocerán que es el asma y sus determinantes (niños y padres)	Nº de padres con conocimientos correctos sobre asma	Nº total de padres con conocimientos por encima de 12 preguntas acertadas/nº de padres que responden al test	Test de conocimientos para padres (anexo 4) se entregará en la sesión 5
	- El 100% de la asistentes identificarán los signos de alarma del asma.	Nº de padres y niños que identifican signos de alarma	El 100% de los asistentes identificaran los signos de alarma	Entrevista y observación. Parrilla de evaluación (anexo 5)
	- El 80% del grupo comprenderán las principales medidas preventivas de descompensaciones del asma.	Nº de asistentes que conocen medidas preventivas	Nº de asistentes que conocen las medidas preventivas/ nº de asistentes	
	- El 100% de los participantes conocerán la medicación del asma.	Nº de asistentes que conocen medicación	El 100% los conocerá	
	El 100% de los niños			Hoja de

	conocerán los distintos dispositivos inhalatorios y sus técnicas.	Nº de asistentes que conocen dispositivos de inhalación	El 100% los conocerá	evaluación (anexo 6)
Ev. de los resultados	El 80% de los niños entenderán los beneficios de la actividad física	Nº de asistentes que conocen beneficios	Nº de asistentes que conocen beneficios/ nº de asistentes	Entrevista y observación. Parrilla de evaluación (anexo 5)
	- El 100% de los niños tomarán correctamente la medicación. -	Nº de asistentes con adherencia al tratamiento	Nº de asistentes que toman la medicación correcta/ nº de asistentes	Entrevista y observación. Parrilla de evaluación (anexo 5)
	- El 100% del grupo demostrarán la correcta utilización de los dispositivos.	Nº de asistentes usan correctamente los inhaladores	El total realiza técnica correcta	Cuestionario de evaluación usos de dispositivos de inhalación (anexo 6)
	- El 100% de los participantes actuarán correctamente ante una crisis asmática.	Nº de padres que actúan correctamente ante la crisis	Nº de padres que actúan correctamente ante la crisis/ nº de asistentes	Cuestionario de evaluación (anexo 7). Sesión 3
	- El 60% de los niños incorporarán la actividad física.	Nº de asistentes que realizan actividad física	Nº de asistentes realizan actividad física/ nº de asistentes	Entrevista y observación. Parrilla de evaluación (anexo 5)
	- El 80% de los asistentes mostrarán interés por las sesiones.	Nº de participantes que acuden a 4 o más sesiones	Nº de participantes con asistencia a 4 o más sesiones/total de asistentes	Ficha de control de asistencia
	- El 80% de los participantes tomarán conciencia de la enfermedad.	Nº de asistentes que participan activamente en el programa	Nº total de participantes que se interesan por su enfermedad/ nº total de asistentes	Entrevista y observación. Parrilla de evaluación (anexo 5)

Fuente:. Elaboración propia.

La evaluación de los niños será preferentemente por entrevista y observación.

12. ORGANIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES O ACTIVIDADES.

Para el programa resumen hemos diseñado un tríptico donde explicamos brevemente en que consiste el programa (anexo 8)

El cronograma del programa lo haremos de acuerdo al siguiente tabla:

	septiembre	octubre				
semana		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Carta a los padres y captación por pediatra y enfermera						
Sesión 1						
Sesión 2						
Sesión 3						
Sesión 4						
Sesión 5						

Tabla : Elaboración propia

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

Todas las sesiones serán realizadas por la enfermera y la estrategia es grupal. Las sesiones serán semanales a las 19:00 y de una hora de duración.

La primera sesión solo dirigida a los padres y el resto (de 2 a 5) para padres niños.

Sesión 1:

Dirigida sólo a los padres

Objetivos:

- El 80 % de los participantes conocerán que es el asma y sus determinantes (padres)
- El 80% de los asistentes mostrarán interés por las sesiones (padres)

La metodología, será primero una técnica de presentación²⁷ (ya descrita) donde se realizará la técnica de presentar a tu compañero, el primero en presentarnos seremos nosotros el tiempo empleado por esta técnica será de unos 20 minutos. Posteriormente realizaremos la técnica de temores y esperanzas²⁷, otros 20 minutos para esta técnica y por último 10 minutos para las conclusiones y dudas Se entregará folleto informativo de las sesiones, tríptico (anexo 8).

Sesión 2:

Objetivos:

- El 80 % de los participantes conocerán que es el asma y sus determinantes.
- El 80% de los asistentes mostrarán interés por las sesiones.

Abordaremos los mismos objetivos, aunque esta vez dirigidos a los niños con distintos contenidos.

Realizaremos una charla coloquio²⁶, para ello nos apoyaremos en una sesión de power point (anexo 2) de unos 20 minutos, posteriormente dedicaremos otros 20 minutos al coloquio y los otros 20 minutos para el resumen y na evaluación de los conocimientos (anexo 4).

Sesión 3:

Esta sesión es grupal y comunitaria

Objetivos:

- El 80% del grupo comprenderán las principales medidas preventivas de descompensaciones del asma.
- El 100% de los participantes actuarán correctamente ante una crisis asmática.

Comenzaremos con una tormenta de ideas²⁷, partimos de una pregunta “ ¿qué elementos influyen, tanto en la casa como fuera de la casa, para que aparezcan las crisis de asma? ¿ y qué medidas podemos adoptar para solucionarlas?, tendrá una duración de 20 minutos y después realizaremos un role playing²⁷ donde escenificarán alguna acciones ante una crisis, unos 30 minutos.

Al concluir esta sesión intentaremos implementar algunas medidas comunitarias para control de riesgo de crisis asmática, los últimos 10 minutos

Sesión 4:

Objetivos:

- El 100% de los participantes conocerán la medicación del asma.
- El 100% de los niños conocerán los distintos dispositivos inhalatorios y sus técnicas.
- El 100% del grupo demostrarán la correcta utilización de los dispositivos.

La duración de esta sesión será de aproximadamente una 90 minutos.

La técnica empleada es la demostración²⁷, todos los miembros observaran la demostración y posteriormente la realizarán todos sin equivocarse.

La evaluación será por observación (anexo 6)

Se entregará guía de comunidad de Madrid sobre uso de inhaladores²⁸.

Sesión 5:

Objetivos

- El 80% de los niños entenderán los beneficios de la actividad física.
- El 60% de los niños incorporarán la actividad física.

La técnica empleada será el foro, con el visionado previo de unos videos relacionados con el ejercicio físico, posteriormente se establecerá un foro de discusión remarcando los beneficios que tiene el ejercicio físico.

Terminaremos haciendo un repaso del curso y cumplimentando la encuesta de estructura y proceso, y el cuestionario de conocimientos.

Así mismo, informaremos de los resultados del objetivo general como de los específicos.

Facilitaremos intervenciones familiares para aquellos que la necesiten.

Conflicto de intereses:

El autor declara que no existe conflicto de intereses para el desarrollo del programa.

13 BIBLIOGRAFIA

- ¹ Asensi Monzó, MT, Castillo Laita JA, Esteller Carceller M. Diagnóstico del asma. El Pediatra de Atención Primaria y el Diagnóstico de Asma. Documentos técnicos del GVR (publicación DTGVR-6) [consultado 10/4/2017].
Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>
- ² Escriche X, Rodriguez M, Gallego L, Alvarez I, Juntareny, J, Fraga, MM et al. ¿Siguen utilizando incorrectamente los inhaladores nuestros pacientes asmáticos?. 2003; 32(5):269-275. Aten Primaria 2003;32(5):269-75.
- ³ Consejería de Salud de Andalucía, Grupo de trabajo del proceso asistencial integrado de Asma infantil. Proceso Asistencial Integrado Asma Infantil. Consejería de Salud Junta de Andalucía 2003.
- ⁴ Global Strategy for Asthma management and prevention 2006. The Global Initiative for Asthma. 2009; Available at: <http://www.ginasthma.com>. Accessed 4/19, 2017.
- ⁵ Illis Von M, Lan S, Niggemam B, Graber C, Wahn V. Perennial Allergen sensitization early in life and chronic asthma in children: a birth cohort study. Lancet 2006;368:763 - 770.
- ⁶ Maestre B, Ruiz W, Rubiol T. Aspectos psicológicos del asma infantil. Revista pediatria de atención primaria 2005;7(Suplemento 2).
- ⁷ Moral VP, Gutiérrez FÁ, Clarà PC, Barroso NC, Viña AL, Rosselló ML, et al. Guía española para el manejo del asma. Arch Bronconeumol 2003;39(Supl 5):3-42
- ⁸ Juliá B J, Murcia G J. Tratamiento de fondo del asma en el niño mayor de cuatro años y adolescente. FAPap Monogr 2015;1:46-47.
- ⁹ Martell JAO, Vega MF. Diagnóstico de asma. Neumología y Cirugía de Tórax 2009;68(S2):116-122.
- ¹⁰ British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline. 2011.
- ¹¹ Grupo de trabajo para Guía española para manejo de Asma. Guia Española para el Manejo de Asma (GEMA). 2016; Available at: <http://genasma.com>. Accessed 5/2, 2017.
- ¹² Fernández Rodríguez M, Orejón de Luna G. La ley antitabaco en espacios públicos se relaciona con la disminución de ingresos por asma infantil. Pediatría Atención Primaria 2013;15(60):371-374.
- ¹³ Batanero R,A; Arranz A, S; Parejo R, LM; Vaquero L,M; Enriquez J,M; Alvarez L,S. Enfermería y la adherencia al tratamiento en el asma. REVISTA DE PATología RESPIRATORIA 2014;17(3).

-
- ¹⁴Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. Health Education Today and de PRECEDE Framework. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Palo Alto: Mayfiel; 1980.
- ¹⁵ Laita JC, Fernández JDB, Montaner AE, Benítez MF, de la Rubia, S García et al. Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría. An Pediatr (Barcelona) 2007;67(3):253-273.
- ¹⁶ Bravo AB, Pérez-Yarza E, Lázaro P, Perales AB, Vazquez CD, Galdó AM. Coste del asma en pediatría en España: un modelo de evaluación de costes basado en la prevalencia. An Pediatr (Barcelona) 2011;74(3):145-153.
- ¹⁷ Grupo de trabajo para Guía española para manejo de Asma infantil. Guía de Práctica Clínica sobre Asma Infantil. Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. OSTEBA.2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- ¹⁸ Gallardo Muñoz P, González Marchante A, Juncal Otero I, Toledo R, Lahoz Rallo B. Intervención educativa con niños asmáticos en atención primaria. Med Fam (And) 2004;5(3):140-146.
- ¹⁹ Bacharier B, Boner A, Carlsen H, Eigenmann P, Frischer T, Götz M, et al. Diagnóstico y tratamiento del asma en los niños y adolescentes: informe de consenso del PRACTALL. Allergy 2008;63(1):5-34.
- ²⁰ Sanz AB, Figuero CR, Martínez LL, Serrano MG, González EM, Cumani MP, et al. Prevalencia de asma bronquial, rinitis alérgica y dermatitis atópica en adolescentes de 13-14 años de Cantabria. Bol Pediatr 2004;44:9-19.
- ²¹ Dueñas F R, Brines E, M. Programa de educación para la salud para pacientes asmáticos. Available at: [http:// www.nemosurenfermeria.org](http://www.nemosurenfermeria.org). Accessed 5/13, 2017.
- ²² Gallardo Muñoz P, González Marchante A, Juncal Otero I, Toledo R, Lahoz Rallo B. Intervención educativa con niños asmáticos en atención primaria. Med Fam (And) 2004;5(3):140-146.
- ²³ Ducret CB, Verga M, Stoky-Hess A, Verga J, Gehri M. Impact d'une école de l'asthme sur la consommation en soins et la qualité de vie des enfants âgés de 4 à 12ans et de leurs parents. Archives de Pédiatrie 2013;20(11):1201-1205.
- ²⁴Bazán Riverón GE, Paredes Rivera MP, Osorio Guzmán M. Taller multidisciplinario dirigido a pacientes pediátricos con asma y sus padres, basado en la Guía Internacional para el Manejo del Asma (GINA). Avances en Psicología Latinoamericana 2007;25(1):111-117.

²⁵ Del Pino C R, Martinez R J. Manual para la elaboración y defensa del trabajo fin de grado en ciencias de la salud. 1st ed. BARCELONA: ELSEVIER; 2016.

²⁶ Frías Osuna A, Palomino Moral, PA. Programación de las actividades de educación para la salud. En : Frias Osuna, A editor. Salud Pública y educación para la salud. Barcelona: Masson; 2000. P.409-19

²⁷ Sáez Cárdenas S, Marqués Molias F, Colell Brunet R. Educación para la salud. Técnicas par el trabajo con grupos pequeños.Lleida:Milenio;2006

²⁸ Dirección general de Atención primaria. Guía de uso de medicamentos inhalados. Servicio madrileño de Salud. Madrid. 2011

14. ANEXOS

Anexo 1

Carta a las/os Madres/padres

Estimada/o madre/padre,

Me pongo en contacto con usted desde el centro de salud de Bailén para informarles del programa de educación para la salud de asma infantil. Consiste en un programa impulsado por el equipo de enfermería con el fin de enseñar a los niños y padres para el correcto manejo de las crisis de asma . Como saben el asma es una de las enfermedades crónicas más prevalentes de la infancia.

Desde el Centro de Salud queremos impulsar una guía de actuación que permita de manera sencilla y eficaz de actuar en caso de que un niño sufra una crisis de asma.

Nos gustaría reunirnos con ustedes para informar de los objetivos del programa. La duración de la sesión seria de 60 minutos aproximadamente. El horario de la reunión tendría que ser el día a las 19:00 en el centro de Salud de Bailén.

Esperamos su respuesta vía mail o teléfono.

epsasmainfantil@gmail.com

Telf: 6__ __ __

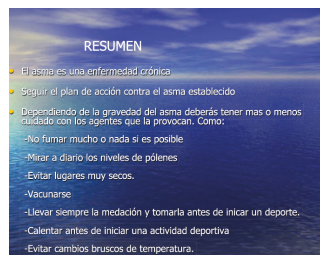
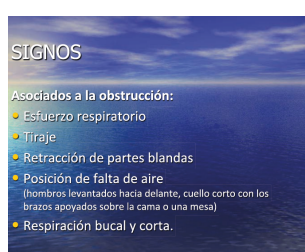
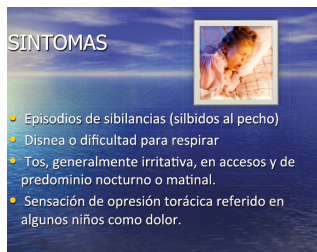
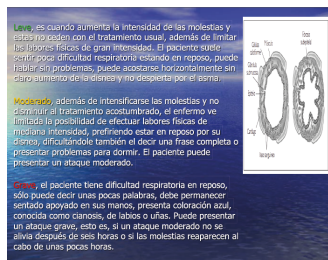
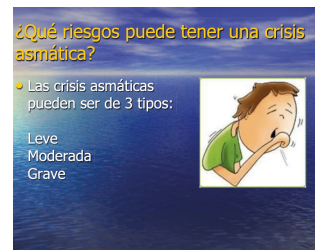
Gracias de antemano por su colaboración. Atentamente,

Equipo enfermera del programa de asma del Centro de Salud de Bailén

Fdo:

ANEXO 2

DIASPOSITIVAS SESION POWER POINT



Programa de Educación para la Salud en asma infantil**Fechas de celebración: Tercer trimestre de 2017**

Su opinión sobre el curso que ha realizado nos permitirá mejorar las actividades de formación en el futuro. Por favor, conteste a todas las preguntas. Gracias

Por favor, indique la valoración que le merecen los siguientes aspectos del curso:

OBJETIVOS

Muy alta *Muy baja*

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

1.- Claridad en los objetivos del curso.

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

2.- Consecución de los objetivos iniciales.

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

3.- Satisfacción de las expectativas personales

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

DIRECCIÓN/SECRETARÍA

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

4.- Director del curso.

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

5.- Profesionales del curso.

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

CONTENIDOS / METODOLOGÍA

Muy alta *Muy baja*

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

6.- Selección de contenidos.

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

7.- Profundidad en el tratamiento de los contenidos .

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

8.- Metodología práctica.

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

9.- Calidad en la presentación de los contenidos.

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

10.- Utilización de recursos.

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

11.- El material del curso le ha resultado útil.

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

PONENCIAS

12.- ¿Qué ponencias le han gustado más y por qué?

13.- ¿Cuáles menos y por qué?

14.- Otras observaciones:

ORGANIZACIÓN

Muy alta

Muy baja

5 4 3 2 1

15.- Instalaciones del centro

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

16.- Apoyo y disponibilidad dispensados por el personal

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

17.- La duración del curso ha sido

Corto ☐ Adecuado ☐ Largo ☐

18.- El horario del curso ha sido

Denso ☐ Adecuado ☐

ADAPTACIÓN

Muy alta

Muy baja

5 4 3 2 1

19.- Soluciones aportadas para resolver los problemas de aprendizaje de su materia.

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

20.- ¿Aconsejaría este curso a alguien con sus mismas necesidades?

Sí ☐

No ☐

GENERAL

21.- ¿Qué aspecto le ha gustado más y por qué?

22.- ¿Qué le ha gustado menos y por qué?

VALORACIÓN GLOBAL

Muy alta

Muy baja

5

4

3

2

1

23.- Valoración del curso en su conjunto

5. ☐ 4. ☐ 3. ☐ 2. ☐ 1. ☐

Muchas gracias

ANEXO 4

TEST PARA EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE ASMA DEL PACIENTE Y CUIDADOR

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Si usted o su hijo padece de asma le será útil conocer algunas cosas acerca de esta enfermedad.

Si hay algo que no entienda, no dude en decirlo.

1. **El asma se produce por unade los bronquios.**

El asma es una enfermedad crónica producida por una inflamación temporal de los bronquios que los estrecha y está originada por numerosas causas o factores desencadenantes.

2. **Los niños que la padecen tiene unagenética familiar.**

Existe una predisposición genética familiar y las influencias o causas ambientales en la casa, escuela, trabajo, o en la calle originan su aparición.

3. **Los factores que causan los síntomas se llaman**

Los factores desencadenantes de los síntomas son muy variados y no son iguales en todos los pacientes. Entre los más frecuentes están:

- Las infecciones respiratorias.
- Los alérgenos (pólenes, ácaros, mascotas, mohos, medicamentos como la Aspirina y determinados alimentos).
- Irritantes (humo del tabaco, olores fuertes).
- Psicológicos (ansiedad, llorar, gritar, reír).
- Otros factores (frio, humedad, ejercicio, etc).

4. **La disminución en la exposición a los factores desencadenantes previenen la aparición de una..... de asma.**

La prevención de una crisis de asma se basa en la reducción de situaciones, sustancias o factores desencadenantes que han sido reconocidos como capaces de provocarla.

5. **Los síntomas del asma más frecuentes son: disnea,, tos, y opresión en el pecho de predominio nocturno o al levantarse y que, habitualmente, se presentan de forma recurrente.**

6. **Los síntomas que aparecen en una crisis de asma son debidos alde los bronquios cuando se inflaman.**

La crisis de asma es un empeoramiento de los síntomas con aumento de tos y/o dificultad respiratoria, y/o pitos, y/u opresión en el pecho, debido a un estrechamiento o espasmo de los bronquios al inflamarse.

7. **La crisis puede desaparecer espontáneamente o con la prescrita.**

La crisis asmática puede desaparecer espontáneamente o con la medicación y puede durar desde minutos u horas a días, o ser permanente.

8. **Ante una asfixia severa, dificultad para hablar, caminar, labios azulados, tiraje de músculos accesorios para respirar, o pérdida de conciencia y no respuesta a la medicación deberá acudir siempre al.....**

Los síntomas descritos corresponden a una crisis severa y deberá acudir siempre a su médico o al servicio de urgencias.

9. **Los medicamentos que alivian los síntomas se llaman y los que la controlan.....**

Los medicamentos utilizados para el control del asma son los aliviadores de los síntomas o broncodilatadores que disminuyen el espasmo bronquial, y los que actúan sobre la inflamación llamados antiinflamatorios.

10. **La mejoría de los síntomas es más eficaz cuando el medicamento se utiliza por la vía.....**

El medicamento inhalado produce una mejoría mas rápida, y menos efectos secundarios que si se toma por vía oral.

11. **Para conseguir una buena calidad de vida es necesario controlar los factores desencadenantes, el cumplimiento de laprescrita y el conocimiento de cómo cuidarse.**

La educación en autocuidados, el control de los factores desencadenantes y el cumplimiento del tratamiento prescrito son la base para un buen control de asma y, por consiguiente, para llevar una vida con la mejor calidad posible.

12. **Uno de los objetivos del tratamiento del asma es controlar los síntomas:**

Verdadero: ☐ Falso: ☐

Los objetivos del tratamiento son: controlar los síntomas crónicos, prevenir crisis, mantener una buena función pulmonar, mantener niveles normales de actividad física, incluido el ejercicio, evitar efectos adversos de la medicación, lograr un crecimiento y desarrollo adecuados.

13. **Conocer cómo autocontrolar el asma supone el más alto nivel de**

El autocontrol del asma supone el más alto nivel de autonomía, ya que implica tomar decisiones pactadas con los profesionales sanitarios.

14. **El autocontrol del asma requiere que el paciente y/o familia reconozcan los síntomas dey/o, utilizar adecuadamente la medicación y que se le enseñe qué hacer, según la situación que se presente en cada momento.**

El autocontrol del asma requiere que se reconozcan los síntomas de alarma o crisis, y/o la función pulmonar, utilizar adecuadamente la medicación, saber qué hacer, según la situación que se presente en cada momento.

15. **El medidor de flujo espiratorio máximo es un aparato que sirve para valorar la**

El medidor de flujo máximo espiratorio es un aparato que mide la fuerza con la que el paciente expulsa el aire de los pulmones tras una inspiración máxima, valorando la función pulmonar. Es una herramienta de trabajo que ayuda a diseñar el mejor plan para controlar el asma.

NO OLVIDES ACLARAR LAS DUDAS QUE TE HAYAN SURGIDO

FUENTE: Consejería de Salud de Andalucía, Grupo de trabajo del proceso asistencial integrado de Asma infantil. Proceso Asistencial Integrado Asma Infantil. Consejería de Salud Junta de Andalucía 2003

ANEXO 5

PARRILLA DE VALORACIÓN

[illegible]

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

ANEXO 6

DOCUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE INHALACIÓN

NOMBRE: _____ **Edad:** _____ **Historia clínica:** _____

El niño-adolescente estará sentado con la espalda recta o de pie para permitir la máxima expansión torácica.

La técnica será variable en función de la edad y de la necesidad de mascarilla:

Los niños mayores de 7 años realizan una técnica similar al adulto, inspirando el aire de forma lenta y profunda y manteniendo el aire en los pulmones el máximo tiempo posible (ideal hasta 10 segundos).

Los menores de 7 años deberán inspirar y espirar lo más despacio posible el número de veces resultante de (volumen de la cámara/peso del niño * 10), observando que la válvula de la cámara se mueve.

Los menores de 3 años deben utilizar cámara con mascarilla

• EVALUACIÓN DE TÉCNICA DE INHALACIÓN CON CÁMARA

Tipo de cámara:

FECHA						
AGITA EL INHALADOR y lo conecta a la cámara en posición vertical						
EXPULSA TODO EL AIRE (niños mayores)						
PULSA UNA VEZ el inhalador						
SELLA LOS LABIOS o coloca mascarilla facial						
INSPIRA LENTO Y PROFUNDO (> 7 años)						
RETIENE EL AIRE en seg* (> de 7 años)						
SOPLA LENTAMENTE mejor por la nariz						
INSPIRA y espira el nº de veces adecuado						
CEPILLA LOS DIENTES, lava la cara en < 3 años						
ESPERA 60 seg., si necesita otra/s dosis						
LIMPIA LA CÁMARA 2-3 veces/mes, la seca al aire						
MIRA LA CADUCIDAD DEL CARTUCHO MDI						

* Anotar **Si** o **No** según corresponda en ítem descritos.

OBSERVACIONES:

FUENTE: Consejería de Salud de Andalucía, Grupo de trabajo del proceso asistencial integrado de Asma infantil. Proceso Asistencial Integrado Asma Infantil. Consejería de Salud Junta de Andalucía 2003

• EVALUACIÓN DE TÉCNICA DE DISPOSITIVOS DE POLVO SECO

NOMBRE: _____ **Edad:** _____ **Historia clínica:** _____

El niño-adolescente estará de pie o sentado para facilitar la expansión torácica.

-TURBUHALER-

FECHA						
COLOCA EN POSICION VERTICAL						
SE OYE CLICK DE CARGA						
EXPULSA EL AIRE TRAS INSPIRACIÓN LENTA Y PROFUNDA						
SUJETA EL INHALADOR SIN INTERFERIR ENTRADAS DE AIRE						
SELLA LOS LABIOS EN LA BOQUILLA						
INSPIRA RÁPIDO Y PROFUNDO						
RETIRA LA BOQUILLA DE LA BOCA						
ESPIRA CON LOS LABIOS FRUNCIDOS O POR LA NARIZ						
ESPERA 60 seg. HASTA LA SIGUIENTE DOSIS						
SE ENJUAGA LA BOCA						
CONOCE EL INDICADOR DE DOSIS						
LIMPIA LA BOQUILLA						
MIRA LA CADUCIDAD DEL MEDICAMENTO						

* Anotar **Si** o **No** según corresponda en ítem descritos.

OBSERVACIONES: _____

-ACCUHALER-

FECHA						
BAJA LA PALANCA DE DOSIS						
EXPULSA TODO EL AIRE						
SELLA LOS LABIOS						
INSPIRA RÁPIDO Y PROFUNDO						
RETIRA LA BOQUILLA						
EXPULSA EL AIRE CON LABIOS FRUNCIDOS O POR LA NARIZ						
ESPERA 30-60 seg. HASTA LA SIGUIENTE DOSIS						
SE ENJUAGA LA BOCA						
LIMPIA LA BOQUILLA						
MIRA EL CONTADOR DE DOSIS Y LA CADUCIDAD						

* Anotar **Si** o **No** según corresponda en ítem descritos.

OBSERVACIONES: _____

FUENTE: Consejería de Salud de Andalucía, Grupo de trabajo del proceso asistencial integrado de Asma infantil. Proceso Asistencial Integrado Asma Infantil. Consejería de Salud Junta de Andalucía 2003

Anexo 7

Actuación ante la crisis



Fuente: Manejo del asma en los centros educativos. Elizalde Bieras I

DOCUMENTO INFORMATIVO A PADRES O CUIDADORES SOBRE CÓMO TRATAR UNA CRISIS DE ASMA EN EL DOMICILIO

Las crisis de asma son episodios de empeoramiento repentino o progresivo de los síntomas: aumento de tos, pitos y dificultad para respirar (a veces, se observa movimiento de los músculos accesorios con hundimiento de los espacios entre o debajo de las costillas).

Si su hijo realiza medición de FEM, este será inferior a.....

Ante esta situación les damos algunas orientaciones:

1. Estar tranquilos y relajados.
2. La posición más cómoda para respirar es sentado.
3. Observar bien los síntomas del niño.
4. Iniciar la toma de medicación en domicilio.
5. Es muy importante hacerlo pronto.
6. Nunca esperar "a ver si se pasa".
7. No es necesario usar la dosis máxima de medicación. Suspenderla si hay mejoría.
8. Mantener la observación del niño durante una hora y valorar su respuesta.

Uso de la medicación:

Salbutamol o terbutalina.....con cámara:..... 4 inhalaciones separadas por 1 minuto, repetir la misma dosis cada 20 minutos, hasta un máximo de 12 inhalaciones. 3 ciclos por hora. En casos muy graves se puede aumentar.

Otros: Terbutalina (Turbuhaler): 2 cada 20 minutos. 3 ciclos por hora.

Antiinflamatorios:

Valorar la respuesta al tratamiento:

- Si mejora en 1 hora y la mejoría se mantiene 4 horas, continuar con salbutamol (2 inhalaciones cada 4 horas). Acudir a su pediatra en 24-48 h.
- No mejora o mejora inicialmente pero vuelve a recaer: acudir al médico con urgencia.

Anexo 8
Tryptico

El programa consta de 5 sesiones:

1ª conocimientos sobre asma

2ª Como controlas tu asma

3ª Te ayudamos a prevenir tus crisis

4ª ¿Estas utilizando bien tu tratamiento?

5ª Ponte las pilas, hoy hacemos deporte



SI EESTAS INTERESADO, PONTE
EN CONTACO CON TU ENFERMERA O PEDITARA
DE TU CENTRO DE SALUD

TELEFONO DE CONTACTO

6__ __ __

O BIEN EN EL SIGUIENTE CORREO

epsasmainfantil@gmail.com

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA
SALUD PARA EL CONTROL DEL ASMA INFANTIL



RESPIRA CON NOSOTROS

ORGANIZADO CENTRO DE SALUD

DE BAILEN

C/ RAMÓN LÓPEZ S/N

OCTUBRE DE 2017

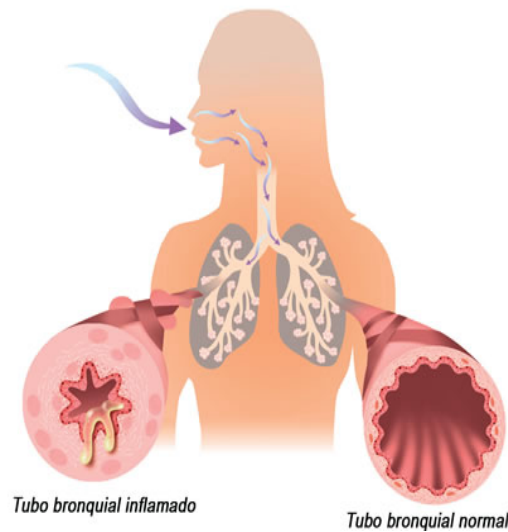
El asma es un proceso crónico en el que se produce una obstrucción de las vías respiratorias por una respuesta inflamatoria.

El asma infantil afecta aproximadamente al 10% de la población infantil.

Es una enfermedad que responde muy al tratamiento, si se realiza correctamente, aunque en algunas fases pueden aparecer crisis asmáticas, que requieren de otra actuación.

Con este programa pretendemos tener mayor control sobre el asma y disminuir el número de crisis para el niño, disminuyendo así los días de enfermedad, la pérdida de días de clase y aumentar la calidad de vida del niño.

La ayuda de los padres en este proceso es importante, por lo que te pedimos tu ayuda



Se clasifica: en

Asma episódica ocasional

Asma episódica frecuente

Asma persistente moderada

Asma persistente grave

Factores desencadenantes del asma



Los principales síntomas son:

Tos

Sibilancias

Disnea, o dificultad respiratoria

Opresión torácica

