

Taller multidisciplinario dirigido a pacientes pediátricos con asma y sus padres, basado en la Guía Internacional para el Manejo del Asma (GINA)

GEORGINA E. BAZÁN RIVERÓN*,
MIRNA PATRICIA PAREDES RIVERA Y
MARICELA OSORIO GUZMÁN
Universidad Autónoma Nacional de México

Abstract

The purpose of this study is to improve the quality of life of patients with asthma doing a workshop based on the International Guide for the Handling of the Asthma (GINA). A group of 10 patients with ages from 1,5 to 6 years and his parents participated in this study, which was transverse with a pretest-posttest design with a witness group. The multidisciplinary workshop for children with asthma and their parents deals with topics like: adhesion, support treatment, and crisis assistance.

The duration of this revision was five hours. The results, regarding the statistician t of Student, show that both the witness and experimental groups are homogeneous in the pretest; likewise, it was proven that in the experimental group the change between the pretest and posttest is significant for the indicators: not programmed visits $t = 0,000206037$, parents knowledge $t = 0,000727699$, crisis $t = 0,000135318$ and risk factors $t = 0,000003192$ (for all cases $p < 0,01$).

The behavior of the witness group is also analyzed this way and it is demonstrated that it does not have significant changes. However, significant differences are found in the comparison between the posttest of the witness and the experimental group. The conclusions are focused on the benefits of the multidisciplinary intervention and the efficiency of the workshop based on GINA.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de pacientes con asma, mediante un taller basado en la Guía Internacional para el Manejo del Asma (GINA). Participó un grupo de 10 pacientes con edades entre 1,5 y 6 años con sus padres; el estudio fue transversal, con un diseño preprueba-posprueba, e incluyó un grupo testigo. El taller multidisciplinario para padres e hijos con asma trató temas de adherencia, tratamiento de sostén y asistencia en crisis; su duración fue de cinco horas.

Los resultados muestran mediante el estadístico t de Student que los grupos testigo y experimental en la preprueba son homogéneos; así mismo, en el grupo experimental se comprobó que el cambio entre la pre y posprueba es significativo para los indicadores: visitas no programadas $t = 0,000206037$, conocimiento de padres $t = 0,000727699$, crisis $t = 0,000135318$ y factores de riesgo $t = 0,000003192$ (para todos los casos $p < 0,01$).

Se analizó también el comportamiento del grupo testigo y se observa que no tiene cambios significativos; en relación con la comparación de la posprueba entre el grupo testigo y el experimental, se aprecian diferencias significativas. Las conclusiones se centran en los beneficios de la intervención multidisciplinaria y la eficiencia del taller basado en la GINA.

* Correspondencia: Georgina E. Bazán Riverón. Carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala. Dirección: Av. De los Barrios # 1, Colonia Los Reyes, Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México. Teléfono: 562 31401. Fax: 539 07604. Correo electrónico: gebrmx@hotmail.com.

Key words: asthma, multidisciplinary intervention, health psychology.

Palabras clave: asma, intervención multidisciplinaria, psicología de la salud.

¿Qué es GINA?

En 1992, se crea el GINA (Global Initiative for Asthma), con la finalidad de establecer un modelo de clasificación basado en la severidad de la enfermedad y de tratamiento escalonado en cuatro pasos. En este sentido las guías para el manejo del asma se convierten en instrumentos útiles para optimizar la labor diagnóstica y el tratamiento en el cuidado del paciente, además de tener un papel importante en la educación de los profesionales de la salud, representando un esfuerzo por uniformar los criterios de diagnóstico y manejo de la enfermedad (Segura & cols., 2001).

Su mensaje puede resumirse diciendo que para el control del asma son necesarios tres pilares fundamentales: un diagnóstico correcto, un tratamiento adecuado e individualizado y la educación al paciente asmático de forma progresiva y continuada (ver Pérez, 2001b).

Definición de asma dada por GINA

Por consenso de los especialistas a nivel mundial, se define asma como una enfermedad crónica inflamatoria con episodios de obstrucción reversible de las vías aéreas y diversos grados de hiperreactividad (ver Pérez, 2001a).

Incidencia mundial

- El asma afecta a 300 millones de personas en el mundo.
- En cuanto a la mortalidad, más de 180 mil personas mueren cada año a causa de esta enfermedad (ver Galán & Martínez, 1994).

Incidencia en América Central y México

- Solo en América Central y del Sur 40 millones de personas tienen asma.
- El asma afecta a todos los grupos de edades, pero se desarrolla más frecuentemente en la niñez, mostrando una incidencia creciente (Martínez, 1995; Castro Rodríguez *et ál.*, 2000).
- En México cerca del 10% de la población la padece, del cual 40% es menor de 15 años.

- En México la prevalencia hasta 1997 era relativamente baja, sin embargo, en este año 120.000 personas fueron diagnosticadas.
- Se estima que más de 4.000 personas mueren de asma cada año en México (ver INEGI, 2001).

Justificación

- Un paciente con inadecuado control del asma tiene un alto ausentismo laboral o escolar, o presenta un rendimiento por debajo de su nivel óptimo, y es incapaz de participar en actividades deportivas o de esparcimiento (ver Lara Pérez, 2002).
- El paciente asmático con un adecuado tratamiento de sostén y educación puede llevar una vida normal (Martín Olmedo, 2000).

Actualmente cualquier intento por educar al paciente asmático debe derivarse de la Guía Internacional para el Manejo del Asma (GINA), y el asma se debe atender dirigiendo esfuerzos a áreas medulares de este padecimiento, proporcionando a quien la padece la posibilidad de un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y las habilidades para manejar la enfermedad, desde una perspectiva multidisciplinaria.

Objetivo

Mejorar la calidad de vida de pacientes con asma mediante un programa de educación basado en la GINA.

Método

Variable independiente

Intervención. Información sobre introducción a la enfermedad, definición del padecimiento, esquemas de tratamiento, prevención, asma y vida social, asma y deporte (ver antecedentes de instrumentos sobre conocimiento de la enfermedad en Baeza-Bacab & Rebolledo Fernández, 1998).

Variables dependientes

- Número de visitas no programadas con el neumólogo.
- Frecuencia de aparición de crisis registrada.
- Disminución de factores de riesgo.
- Nivel de conocimientos de los padres.
- Adherencia al tratamiento.
- Ausentismo escolar.

Sujetos

Participaron 10 pacientes con asma, con edades entre 1,5 y 6 años, y sus padres. También se siguió a un grupo testigo de 10 pacientes y sus padres en mismo rango de edad. Se aplicó la medición pre y posprueba para ambos grupos.

Se revisaron las historias clínicas con seis meses de antelación, a la fecha de la intervención, para obtener las visitas no programadas y examinar la información de crisis y factores de riesgo. Se aplicó un cuestionario de 10 reactivos sobre el conocimiento de los padres acerca del asma. Los datos de adherencia terapéutica y ausentismo escolar se capturaron mediante entrevista.

Ambiente

Se trabajó en la sala de rehabilitación pulmonar del Centro de Atención y Actualización Pulmonar (CAAP).

Instrumentos de evaluación

- Programa *clinical@40* para registro de visitas no programadas y número de crisis.
- Instrumento que evalúa adherencia.
- Inventario de modificación de factores de riesgo.

Diseño

Se empleó un diseño pre-posprueba con grupo testigo.

Procedimiento

Etapa 1. Se seleccionó la muestra mediante el programa *clinical@40*, el cual almacena el registro de los pacientes. Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Rango de edad entre 1,5 y 6 años.
- Aquellos que han asistido de manera no programada a consultas con el neumólogo en los últimos seis meses.
- Presencia de más de cuatro crisis en el mismo período.
- Baja adherencia.
- Resistencia al cambio de estilo de vida y evitación de factores de riesgo.

Etapa 2. Se convocó al taller para padres e hijos con una duración de cinco horas, el cual trató los siguientes tópicos: introducción a la enfermedad, adherencia al tratamiento, tratamiento de sostén, prevención de crisis, factores de riesgo.

Etapa 3. Evaluación inicial del conocimiento de los padres y registro en el programa *clinical@40* en relación con los indicadores mencionados.

Etapa 4. Se implementaron las estrategias de intervención del taller vivencial:

- Instrucción.
- Dinámicas grupales y por díadas (padre-hijo).
- Modelamiento mediante un personaje infantil ficticio.

Etapa 5. Comparación del conocimiento de los padres y el registro del programa *clinical@40* a seis meses de la aplicación.

Plan de análisis de resultados

Se aplicará la prueba *t* para medidas independientes con el fin de identificar si el tratamiento tuvo algún efecto sobre el grupo experimental, así mismo se harán comparaciones en relación con las variables seleccionadas en la preprueba-posprueba, mediante la prueba *t* de Student para medidas relacionadas e independientes, además de la estadística descriptiva pertinente.

Resultados

Los estadísticos mostrados en las tablas 1 a 4 muestran medidas de tendencia central y de dispersión en los cuatro indicadores manejados: 1. Visitas no programadas. 2. Conocimiento de los padres. 3. Frecuencia de crisis. 4. Disminución de factores

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de la categoría visitas no programadas en la preprueba y posprueba para los dos grupos: experimental y testigo

Visitas no programadas				
Grupos				
Estadísticos	Preprueba		Posprueba	
	Experimental	Testigo	Experimental	Testigo
Media	14	13,5	9,4	12,8
Desviación	3,590109871	2,592724864	2,366431913	3,675746334
Varianza	12,88888889	6,722222222	5,6	13,51111111

Fuente: Autores

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de la categoría conocimiento de los padres, en la preprueba y posprueba, para los dos grupos: experimental y testigo

Conocimiento de padres				
Grupos				
Estadísticos	Preprueba		Posprueba	
	Experimental	Testigo	Experimental	Testigo
Media	45,5	51	73,5	48,5
Desviación	15,5366949	15,5991453	11,7968922	10,8140855
Varianza	241,388889	243,333333	139,166667	116,944444

Fuente: Autores

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de la categoría crisis, en la preprueba y posprueba, para los dos grupos: experimental y testigo

Crisis				
Grupo				
Estadísticos	Preprueba		Posprueba	
	Experimental	Testigo	Experimental	Testigo
Media	7,5	6,6	3,1	6
Desviación	1,64991582	2,17050941	1,197219	3,64005494
Varianza	2,72222222	4,71111111	1,43333333	13,25

Fuente: Autores

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de la categoría factores de riesgo, en la preprueba y posprueba, en ambos grupos: experimental y testigo

Factores de riesgo				
Grupos				
Estadísticos	Preprueba		Posprueba	
	Experimental	Testigo	Experimental	Testigo
Media	9,5	8,2	3,1	7,1
Desviación	1,3540064	1,8135294	1,197219	2,84604989
Varianza	1,83333333	3,28888889	1,43333333	8,1

Fuente: Autor

Tabla 5

Prueba t de Student aplicada al grupo experimental en preprueba y posprueba de las cuatro categorías

Prueba t de Student pre y posprueba en grupo experimental (* = p < 0,01)				
Categorías	Visitas no programadas	Conocimiento de padres	Crisis	Factores de riesgo
Valor prueba t	0,000206037*	0,000727699*	0,000135318*	0,000003192*

Fuente: Autores

Tabla 6

Prueba t de Student aplicada al grupo testigo en preprueba y posprueba de las cuatro categorías

Prueba t de Student pre y posprueba en grupo experimental (* = p < 0,05)				
	Visitas no programadas	Conocimiento de padres	Crisis	Factores de riesgo
Valor prueba t	0,321635756	0,320359319	0,149744949	0,02855459*

Fuente: Autores

Tabla 7

Prueba t de Student entre el grupo control y el grupo experimental en condiciones de posprueba

Contraste de grupo testigo y experimental (* = p < 0,05; ** = p < 0,01)		
Categorías	Preprueba	Posprueba
Visitas	0,725212201	0,024265394*
Conocimiento	0,439823064	0,000105736**
Crisis	0,310358295	0,028899771*
Factores de riesgo	0,085999286	0,000677126**

Fuente: Autores

de riesgo; todos los cuales fundamentan la homogeneidad de los grupos testigo y experimental en la preprueba.

En relación con la posprueba, se observan diferencias considerables entre ambos grupos mediante el estadístico *t*. Los datos sobre adherencia terapéutica y ausentismo escolar mostraron inconsistencias, por lo cual no se presentan en este estudio, ya que deberán ser cotejados y puestos a prueba nuevamente.

Mediante el estadístico *t* de Student se observa:

- Que en la comparación entre preprueba y posprueba del grupo experimental, los cuatro indicadores muestran diferencias significativas (tabla 5).
- Que en la comparación entre preprueba y posprueba del grupo testigo, tres de los indicadores no muestran diferencias; solo en el indicador factores de riesgo se observan valores significativos (tabla 6).

- Que los grupos testigo y experimental son homogéneos en la preprueba, y en la contrastación de la posprueba las diferencias sí son estadísticamente significativas (tabla 7).

Discusión

Mediante el empleo del estadístico *t*:

- Se corrobora la homogeneidad de los grupos testigo y experimental en la preprueba.
- Se comprueba la efectividad del taller aplicado, pues las diferencias de la posprueba entre ambos grupos son significativas estadística y clínicamente, lo cual fue evaluado por el grupo multidisciplinario con alta confiabilidad entre observadores: superior al 80%.
- Los resultados muestran que la intervención fue exitosa, lo cual se atribuye al trabajo multidisciplinario entre pediatras-neumólogos y psicólogos.

Conclusiones

- Mediante el análisis descriptivo se observa para las visitas no programadas que hubo una ligera disminución en el grupo experimental.
- Para el nivel de conocimiento de los padres, hubo un aumento en el grupo experimental.
- En relación con el promedio de ocurrencia de las crisis, disminuye en más de la mitad en el grupo experimental. Lo anterior, a diferencia del grupo testigo, pues hubo un ligero descenso en el número de crisis registrado a seis meses del taller, pero se atribuye a los solos efectos del tratamiento farmacológico, pues durante la consulta los pacientes muestran un deficiente cambio comportamental; es más, se identificó que la medida de los padres para disminuir las crisis radica en el aislamiento de los niños de las actividades cotidianas (no van a la escuela, no salen a jugar; sin embargo no se modifican hábitos de tabaquismo en la familia o no se retiran de la casa alergenos como peluches, cortinas, tapetes y mascotas), ignorando los aspectos del tratamiento de sostén que incluyen eliminación de factores de riesgo.
- En cuanto al promedio de los factores de riesgo, este disminuye considerablemente en el grupo experimental, como ya se mencionó en el punto anterior.
- Finalmente, la fundamentación y el trabajo multidisciplinario que respaldan el taller se ven reflejados en los importantes cambios evaluados como significativos, tanto estadísticamente como clínicamente, por todos los miembros del equipo de trabajo.

Referencias

- Baeza-Bacab, M. A. & Rebolledo-Fernández C. A. (1998). Elaboración de un cuestionario para evaluar el conocimiento sobre el asma infantil en estudiantes de medicina. *Revista Alergia México*, 45(2), 49-53.
- Castro-Rodríguez, J. A., Holberg, C. J., Wright, A. L. & Martínez, F. D. (2000). A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 162, 1403-1406.
- Galán, I. & Martínez, M. (1994). Encuesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública*, 20.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México) (2001). Daños a la salud, 2000. *Boletín de Información Estadística*, 20(II).
- Lara Pérez, E. A. (2002). Clínica del asma ¿en realidad es útil? *Alergias, Asma e Inmunología Pediátricas*, 11(2), 41-47.
- Martínez, F. D. (1995). Asthma and wheezing in the first six years of life. *New England Journal of Medicine*, 332, 133-138.
- Martín Olmedo, P. J. (2000). El papel del médico de familia en el control del asma. *Medicina de Familia*, 1(1), 59-67.
- Pérez, M. J. (2001a). Educación para la prevención de la morbilidad y mortalidad del asma. *Revista Alergia México*, 48(5), 124-125.
- Pérez, M. J. (2001b). Terapia combinada en asma. *Revista Alergia México*, 48(4), 101-102.
- Segura, M. N., Del Rivero, L., Olvera, J., Espínola, R. G., Villagrán, R. G., Vázquez, N. L., Torres Salazar, A. B. & Salas, R. M. (2001). El uso de las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento del asma (GINA) en la práctica clínica de los médicos familiares. *Revista Alergia México*, 48(6), 159-162.

Fecha de recepción: febrero de 2006

Fecha de aceptación: mayo de 2007