



Influencia del conocimiento de los padres acerca del asma en el control del niño asmático

Carlos Coronel-Carvajal^{1,*}

¹ *MsC y Especialista II grado en Pediatría. Profesor de Pediatría. Hospital General Universitario "Armando Cardoso", Camagüey, Cuba.*

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la influencia del conocimiento de los padres acerca del asma en el control de niños asmáticos. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hospital "Dr. Osio de Cua", estado de Miranda, República de Venezuela, entre agosto de 2013 y mayo de 2015. El universo estuvo formado por 273 padres de niños menores de 12 años que acudieron al Servicio de Urgencias Pediátricas con una historia clínica de asma; la muestra la conformaron 189. La información se obtuvo mediante un cuestionario. **Resultados:** Veinticinco punto cuatro por ciento de los padres conocieron suficiente sobre el asma, 12.2% sobre los factores desencadenantes de las crisis y 35.4% sobre las manifestaciones. El conocimiento fue insuficiente sobre las medidas preventivas de las crisis en 62.4% de los padres, en el 83.6% sobre los fármacos para su prevención y en 57.1% sobre el tratamiento de éstas. De forma global, 28.4% de los participantes mostraron conocimientos suficientes sobre el asma bronquial. El 88.7% de los hijos de padres con conocimiento suficiente sobre la enfermedad estaban controlados y 61% de quienes tenían insuficiente no estaban controlados. En el 92.2% de los controlados, sus padres mostraron conocimientos suficientes y en el 100% de los no controlados, sus padres tenían conocimientos insuficientes. **Conclusiones:** La mayoría de los padres mostró conocimientos insuficientes sobre el asma y sus hijos asmáticos estaban mal controlados.

Palabras clave: Asma, niños, control del asma.

ABSTRACT

Objective: To assess the influence of parental knowledge about asthma on the control of asthmatic children. **Material and methods:** An observational, descriptive and transversal study was conducted at the "Osio de Cua" Hospital, Miranda state, Venezuela, between August 2013 and May 2015. The universe consisted of 273 parents of children less than 12 years of age who went to the pediatric emergency department with a clinical history of asthma; the sample consisted of 189. The information was obtained through a questionnaire. **Results:** 25.4% parents knew enough about asthma, 12.2% about the triggers of asthmatic crisis and 35.4% about manifestations. Knowledge on crisis prevention measures was insufficient in 62.4% of parents; in 83.6%, on drugs for crisis prevention, and in 57.1%, on their treatment. Overall, 28.4% of participants showed sufficient knowledge about asthma. 88.7% of the children of parents with sufficient knowledge about the disease were controlled and 61% of those with insufficient knowledge were uncontrolled. In 92.2% of those controlled patients, their parents showed sufficient knowledge, and all of those not controlled their parents had with insufficient knowledge. **Conclusions:** Most parents showed insufficient knowledge about asthma and their asthmatic children were poorly controlled.

Key words: Asthma, children, asthma control.

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas respiratorias que está presente en el 4-5% de la población adulta y en un 10% de los menores de 15 años. El asma es una enfermedad cuya prevalencia ha aumentado significativamente

* Correspondencia: CCC, camilo06@nauta.cu

Conflictos de intereses: El autor declara que no tiene.

Citar como: Coronel-Carvajal C. Influencia del conocimiento de los padres acerca del asma en el control del niño asmático. Rev Mex Pediatr 2017; 84(6):222-229.

[Influence of parental knowledge about asthma on the control of the asthmatic child]

en todo el mundo. Determina impacto económico en los pacientes, sistemas sanitarios y sociedad. Produce deterioro de la calidad de vida relacionada con salud en niños y adolescentes, y se asocia con limitación de las actividades diarias, físicas y lúdicas. Interfiere con el sueño y el rendimiento académico, y condiciona ausentismo escolar y laboral (de los padres).¹

En Estados Unidos de Norteamérica, la prevalencia del asma bronquial en personas menores de 18 años es de 6.1%; es la principal causa de ingreso hospitalario en niños y es la primera enfermedad crónica que produce ausentismo en la escuela primaria.² En España afecta al 8% de la población infantil.³ En Latinoamérica, la prevalencia de asma es alta y ha venido aumentando, en países como Brasil, Costa Rica y Perú, donde la enfermedad en niños de 13 y 14 años varía entre el 20 y 30%. La prevalencia en México y Argentina se sitúa entre 5% y 10%, y en Uruguay, Panamá y Paraguay, entre 15% y 20%. En Chile fluctúa entre 7.3 y 16.5%.⁴ En Cuba, la prevalencia de asma es de 91.5 por cada 1,000 habitantes, y en el menor de 19 años es de 110.2 por cada 1,000 habitantes.⁵

En el caso de Venezuela, se diagnostican unos 700 mil casos de asma por año. La prevalencia en adolescentes es de 16%, y en el grupo escolar es de 20%. Representa la cuarta causa de consulta ambulatoria.⁶

El objetivo del tratamiento del asma consiste en alcanzar y mantener el control clínico de la enfermedad, lo que se logra con un plan de educación, control ambiental y tratamiento preventivo de la inflamación.⁷

La falta de información en padres de niños asmáticos ha sido demostrada como un factor que incide en el pobre control del asma. En padres de asmáticos mal controlados, se ha encontrado poca aceptación al diagnóstico de asma, dificultad en el reconocimiento de los síntomas de inicio en las crisis, alta resistencia a la terapia inhalada, subvaloración de la necesidad de la terapia de mantenimiento y de la reducción de factores ambientales favorecedores de la inflamación bronquial.⁸

Este estudio se realizó con el objetivo de evaluar el conocimiento de los padres de niños asmáticos acerca del asma y su influencia en el control de la enfermedad de sus hijos.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hospital “Dr. Osio de Cua”, en el estado de Miranda, República de Venezuela, durante el periodo comprendido entre agosto de 2013 y mayo de 2015.

El universo de estudio estuvo compuesto por 273 padres y/o representantes de niños menores de 12 años que acudieron a la consulta de pediatría con historia de asma.

Se consideraron elegibles para este estudio los 189 padres de pacientes menores de 12 años con un diagnóstico médico de asma, y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: aceptación verbal y firmada a participar en el estudio, y ser capaces de entender y completar el cuestionario. Se excluyeron padres que no tuvieran dominio de la lectura y/o escritura, o cuyos hijos no tuvieran confirmado el diagnóstico de asma.

Para la obtención y recolección de la información, se aplicó un cuestionario (*Anexo 1*) elaborado por el propio autor, compuesto por dos partes: la primera sobre el grado de conocimientos del asma y la segunda sobre el control de la enfermedad. Se estableció una calificación cualitativa del conocimiento sobre cada aspecto de la enfermedad y de forma global en *suficiente* e *insuficiente*. De acuerdo a la opción de respuesta marcada, se evaluó el conocimiento de cada aspecto en *suficiente* (cuando seleccionó la opción correcta en cada pregunta) e *insuficiente* (cuando no se cumplió). De forma global, se consideró que el padre/madre tuvo conocimiento suficiente sobre el asma bronquial cuando en cinco o más de los seis aspectos evaluados obtuvo la calificación de *suficiente*.

El nivel de control de los síntomas del asma bronquial se evaluó en las cuatro semanas previas a la consulta mediante los parámetros recomendados por *Global Initiative for Asthma* (GINA),⁹ considerando cuatro preguntas:

1. ¿Síntomas asmáticos diurnos más de dos veces por semana?
2. ¿Algún despertar nocturno o tos nocturna debidos al asma?
3. ¿Alguna limitación de la actividad debida al asma?
4. ¿Necesidad de usar medicación sintomática más de dos veces por semana?
 - **Ninguno** de ellos: bien controlado.
 - **1 o 2:** parcialmente controlado.
 - **3 o 4:** no controlado.

Análisis estadístico. Los datos se presentan como frecuencia simple y porcentajes.

RESULTADOS

En el *cuadro 1* se aprecia que 48 (25.4%) conocieron suficiente sobre el asma, 23 (12.2%) sobre los factores

desencadenantes de las crisis y 67 (35.4%) sobre las manifestaciones de la crisis de asma; 118 (62.4%) padres mostraron conocimientos insuficientes sobre las medidas preventivas de las crisis de asma, 158 (83.6%) sobre los fármacos para su prevención y 108 (57.1%) sobre los fármacos utilizados para el tratamiento de las exacerbaciones. De forma global, 53 (28.4%) padres de asmáticos mostraron conocimientos suficientes sobre la enfermedad.

En el cuadro 2 se presenta el grado de control de los niños asmáticos según el grado de conocimientos de sus padres; como se observa, 47 (88.7%) niños de los 53 padres que mostraron conocimientos suficientes sobre la enfermedad se encontraban controlados y seis (11.3%), parcialmente controlados. De los 136 evaluados con insuficiente conocimiento, 83 (61%) se encontraban no controlados, 49 (36.1%), parcialmente controlados y solo cuatro (2.9%), controlados. De los 51 controlados, 47 (92.2%) padres tenían conocimientos suficientes sobre el asma; sin embargo, los padres de los 83 (100%) enfermos no controlados y 49 (89.1%) de los parcialmente controlados tenían conocimientos insuficientes.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se pudo comprobar que la mayor parte de los padres desconocían que el asma de su hijo es una enfermedad crónica y la atribuían a causas infecciosas. Resultado similar obtuvo Curbelo⁸ en un estudio que concluyó señalando a la educación es un componente esencial del tratamiento de la enfermedad que se les debe brindar a todos los familiares y pacientes. Según Henríquez,¹⁰ al incrementar los conocimientos de los padres sobre el asma desaparecieron los mitos sobre la enfermedad y mejoró la adherencia al tratamiento.

Un artículo destaca que parte del tratamiento del asma se apoya en proporcionar la educación necesaria al paciente y familiares.¹¹ Este planteamiento concuerda con García Luzardo¹² al señalar que el aumento del grado de entendimiento sobre la enfermedad es beneficioso, ya que conduce a la adquisición de habilidades y promueve la participación de la familia en el manejo de la enfermedad, lo que favorece el cumplimiento terapéutico.

Cuadro 1. Conocimiento de los padres (N = 189) acerca de los aspectos evaluados. Hospital “Dr. Osio de Cua”, municipio Urdaneta, estado Miranda. Agosto 2013-mayo 2015.

| Conocimiento | Suficiente n/% | Insuficiente n/% |
|--|-------------------|---------------------|
| Asma | 48/25.4 | 141/74.6 |
| Factores desencadenantes de las crisis | 23/12.2 | 166/87.8 |
| Manifestaciones de las crisis | 67/35.4 | 122/64.6 |
| Medidas preventivas | 71/37.6 | 118/62.4 |
| Fármacos empleados en la prevención de las crisis | 31/16.4 | 158/83.6 |
| Fármacos empleados en el tratamiento de las crisis | 81/42.9 | 108/57.1 |

Fuente: Cuestionario.

Cuadro 2. Control de la enfermedad según conocimiento del asma.

| Conocimiento | Controlado n/% | Parcialmente controlado n/% | No controlado n/% | Total |
|--------------|-------------------|--------------------------------|----------------------|---------|
| Suficiente | 47/88.7 | 6/11.3 | — | 53 |
| Insuficiente | 4/2.9 | 49/36.1 | 83/61.0 | 136 |
| Total | 51 | 55 | 83 | 189/100 |

Fuente: Cuestionario.

Respecto al conocimiento de los factores desencadenantes de la crisis de asma, el resultado encontrado en la presente investigación es similar al reporte de Cabello,¹³ al detectar que solo un escaso porcentaje pudo identificar factores desencadenantes de las crisis.

En los niños pequeños, las infecciones respiratorias constituyen el principal desencadenante de las exacerbaciones.¹⁴ Alimentos como leche, huevo, pescado, preservantes de alimentos y frutas secas son con frecuencia identificados como causantes de las exacerbaciones del asma. También algunos medicamentos, como la aspirina y otros agentes inflamatorios no esteroideos.¹⁵

El conocimiento sobre los factores desencadenantes de la crisis es de suma importancia para evitar su exposición y la aparición de exacerbaciones. De la Vega¹⁶ destaca que el asma se caracteriza por aumento de la hiperreactividad bronquial frente a distintos estímulos (humos, irritantes, frío, niebla, ejercicio, factores psicoemocionales y estrés) que desencadenan las exacerbaciones. La exposición al humo de tabaco se ha asociado a mayor número y severidad de las crisis, mayor uso de broncodilatadores y de hospitalizaciones.¹⁷

En cuanto al conocimiento de las manifestaciones de las crisis, el porcentaje encontrado es inferior al de un trabajo que señala que una quinta parte de la casuística conoce los síntomas principales de una crisis de asma.¹³ Este resultado concuerda con el informe de un estudio donde menos del 40% de los padres encuestados supo contestar síntomas del asma, confundiendo los síntomas de las infecciones de las vías respiratorias superiores con las crisis asmáticas.¹² Al respecto, un artículo plantea que si un paciente o sus cuidadores desconocen cuáles son los síntomas iniciales de una exacerbación, tampoco usarán adecuadamente el tratamiento, con el consiguiente riesgo de progresión.⁸

Una investigación sobre el componente educativo en el abordaje integral del asma señala que saber identificar una crisis de asma es uno de los aspectos más importantes en el manejo de la enfermedad. Cuanto más precozmente se trate, mejor será el pronóstico.¹⁸

Según Asensi Monzó,¹⁹ el control del asma se logra a través de un adecuado plan de educación, control ambiental y tratamiento preventivo. De este modo, el conocimiento por los padres de las medidas encaminadas a evitar o reducir al máximo la exposición a los agentes desencadenantes, es indispensable para el control de los síntomas de los niños.²⁰

Acerca de los fármacos empleados en la prevención de las crisis, el resultado del presente estudio muestra

similitud con el reporte de Cabello,¹³ quien informa que menos de la mitad de la serie estudiada conoce los medicamentos para evitar las exacerbaciones; sin embargo, Praena²¹ señala cifras inferiores en su trabajo.

El desconocimiento de la terapia farmacológica de mantenimiento conduce a que se traten únicamente los síntomas y no a la prevención; en otras palabras, sólo usan medicamentos broncodilatadores de acción corta, ignorando aspectos preventivos y fármacos profilácticos.⁸

Las medidas farmacológicas en el asma están dirigidas a controlar la inflamación crónica y mejorar la función pulmonar. Estos objetivos no se alcanzan en muchos pacientes por el escaso cumplimiento de los esquemas terapéuticos prescritos.²⁰

Educar en el tratamiento de las agudizaciones abre una ventana de oportunidad para fomentar el automejoramiento.¹⁸ En el tratamiento de la crisis de asma se recomienda el uso de agonistas β_2 adrenérgicos inhalados de acción corta, de forma precoz y repetida. En las moderadas-graves, se deben asociar oxígeno, bromuro de ipratropio y corticoides sistémicos de forma precoz.²²

El tratamiento del asma debe estar orientado al control de la misma; se inicia y se ajusta de acuerdo a un ciclo continuo hasta obtener su control, en común acuerdo con el paciente y/o sus padres.²³ El control de la enfermedad mejora la calidad de vida del asmático y disminuye la carga económica por hospitalizaciones, consultas no programadas en la atención primaria en salud y servicios de urgencia, uso de medicamentos, exámenes diagnósticos y procedimientos, así como por ausentismo laboral y escolar.²⁴

En conclusión, este estudio mostró que los padres de niños asmáticos tienen conocimiento insuficiente sobre el asma, los factores desencadenantes y las manifestaciones de la crisis de asma. Además de conocimiento insuficiente sobre medidas preventivas y fármacos para la prevención y tratamiento de las exacerbaciones. La mayoría de los niños asmáticos no estaban controlados y sus padres poseían conocimientos insuficientes sobre el asma.

REFERENCIAS

1. Aguirre PO, Álvarez CM, González OE, Dotres MC, Balado SR, Sardiñas AM. Calidad de vida en el adolescente asmático. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2010; 26(4): 636-646.
2. García-Marcos L, Mallol J, Solé D, Brand PL; EISL Study Group. International study of wheezing in infants: risk factors in affluent and non-affluent countries during the first year of life. *Pediatr Allergy Immunol.* 2010; 21(5): 878-888.
3. Executive Committee GEMA 2009. Spanish guideline on the management of asthma. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2010; 20(Suppl. 1): 1-59.

4. Neffen H, Fritscher C, Schacht FC. Asthma control in Latin America. The asthma in sights and reality in Latin America. *Allergy*. 2009; 64(3): 478-483.
5. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública de Cuba. *Anuario estadístico de salud*. [Internet]. 2014. [Citado 13 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
6. Sociedad Venezolana de Alergia, Asma e Inmunología. [Internet]. Caracas. [Citado 2015 mayo 25]. Disponible en. <http://www.svaai.org.ve>
7. Herrera AM, León A, Ubilla C, Pérez MA, Lozano J. Utilidad de la educación en asma bronquial infantil: experiencia piloto. *Rev Chil Enf Respir*. 2014; 30: 197-202.
8. Curbelo N, Pinchak C, Gutiérrez S. Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos. *Arch Pediatr Urug*. 2010; 81(4): 225-230.
9. Global Initiative for Asthma - GINA [Internet]. Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2014 [cited 2014 June 25]. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. [Updated 2014 May 16; cited 2015 June 25]. Available from: <http://www.ginasthma.org/GuidelineItem.asp?I1=2&I2=1&intId=1561>
10. Henríquez MT, Ceruti E. Educación en niños asmáticos controlados en Hospital Roberto del Río. Impacto en conocimientos, adherencia y control de la enfermedad. *Rev Chil Enferm Resp*. 2013; 29(2): 70-74.
11. Callén Blecua MT, Asensi Monzó MT, Rodríguez Fernández-Oliva CR. Manejo integral del asma en atención primaria. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2012*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 379-88.
12. García-Luzardo MR, Aguilar-Hernández AJ, Rodríguez N, Pavlonic S. Conocimiento acerca del asma de los padres de niños asmáticos que acuden al servicio de urgencias. *Acta Esp Ped*. 2012; 70(5): 196-203.
13. Cabello L, Oceja E, García L, Cabero M, Pérez E, Gómez I. Evaluación sobre de los conocimientos paternos sobre el asma. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013; 15: 117.
14. Coronel CC. Crisis de asma según factores desencadenantes. *Rev Mex Pediatr*. 2006; 73(3): 107-111.
15. Gutiérrez-Delgado RI, Barraza-Villarreal A, Escamilla-Núñez MC, Solano-González M, Moreno-Macías H, Romieu I. Consumo de alimentos y asma en niños escolares de Cuernavaca. *Salud Pública Méx*. 2009; 51(3): 202-211.
16. De la Vega Pazitková T, Pérez MV, Alerm GA, Lecha EL. El asma bronquial y su asociación con los cambios de tiempo. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2010; 26(4): 665-672.
17. Coronel CC. Comportamiento del asmático que convive con fumadores. *Rev Esp Pediatr*. 2003; 59(5): 339-342.
18. Fasciglione MP, Castañeiras CE. El componente educativo en el abordaje integral del asma bronquial. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(2): 252-259.
19. Asensi Monzó M, Sánchez Medina M. Claves de educación en asma: casos clínicos interactivos. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010; 12(Supl. 19): s201-s213.
20. Sotos-Quirós ME. Tratamiento práctico del asma basado en el control de la enfermedad: actualización de guías GINA. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 68: 317-319.
21. Praena M, Fernández JC, Aquino N, Murillo A, Sánchez A, Gálvez J et al. Situación de los conocimientos, las actitudes y la calidad de vida en asma de adolescentes y profesorado. Necesidad de educar en los centros de enseñanza. *An Pediatr*. 2012; 77 (4): 236-246.
22. Ortiz-Alvarez O, Mikrogianakis A; Canadian Paediatric Society. Acute Care Committee. Managing the paediatric patient with an acute asthma exacerbation. *Paediatr Child Health*. 2012; 17(5): 251-262.
23. Soto-Ramos M, Gochicoa-Rangel L, Hinojos-Gallardo LC, Hernández-Saldaña R, Baquera-Arteaga M. Evaluación multidimensional del control en el paciente con asma. Aplicaciones clínicas en la toma de decisiones para el tratamiento. *Neumol Cir Torax*. 2013; 72(1): 52-61.
24. Velástegui C, Pérez-Canto P, Zárate V, Arenas D, Salinas P, Moreno G y col. Impacto del asma en escolares de dos centros de salud primaria. *Rev Med Chile*. 2010; 138: 205-212.

ANEXO 1. CUESTIONARIO.

Estimado paciente: El siguiente cuestionario es para recabar datos con el propósito de realizar una investigación científica titulada **“Influencia del conocimiento de los padres acerca del asma en el control del niño asmático”**.

Su respuesta sincera servirá de gran apoyo al trabajo de investigación.

I. Este grupo de preguntas tiene como objetivo explorar su nivel de conocimiento sobre el asma bronquial. Marque con V las que crea correctas y F las que considere falsas.

1. El asma bronquial es una enfermedad:

- a. Crónica ____
- b. Infecciosa ____
- c. Alérgica ____
- d. Controlable ____
- e. Inflamatoria ____

Forma de evaluación:

Si marcó verdaderas (V) las opciones a, c, d y e, y falsa (F) la opción b, fue evaluado de suficiente, y si lo hizo diferente, fue evaluado de insuficiente.

2. Los factores desencadenantes de las crisis de asma son:

- a. Infecciones respiratorias ____
- b. Cambios climáticos ____
- c. Olores fuertes ____
- d. Emociones ____
- e. Ejercicio físico ____
- f. Alimentos ____
- g. Contaminantes ambientales ____
- h. Humo de tabaco ____

Forma de evaluación:

Si marcó cinco o más de las opciones, fue evaluado de suficiente, y si lo hizo diferente, fue evaluado de insuficiente.

3. Las manifestaciones de la crisis de asma son:

- a. Fiebre ____
- b. Aumento de la tos ____
- c. Aumento de la respiración ____
- d. Vómitos ____
- e. Falta de aire ____
- f. Opresión torácica ____

Forma de evaluación:

Si marcó verdaderas (V) las opciones b, c, e y f, y falsas (F) las opciones a y d, fue evaluado de suficiente; si lo hizo diferente, fue evaluado de insuficiente.

4. Las medidas para evitar las crisis de asma son:

- a. Limpiar frecuentemente el polvo con trapo húmedo ____
- b. Cubrir los colchones y tapicería con funda impermeable ____
- c. Evitar muñecos de peluche o trapo en las habitaciones ____
- d. Evitar en lo posible irritantes, en particular, el humo del tabaco y de fogones, desodorantes ambientales y olores de cocina ____
- e. Mantener a la mascota fuera de casa ____
- f. Evitar sillas tapizadas, alfombras, tapices ____
- g. Todos los objetos de la habitación deben ser lavables ____
- h. No almacenar cosas que guarden polvo en el armario ____

Forma de evaluación:

Si marcó seis o más de las opciones fue evaluado de suficiente, y si no, de insuficiente.

5. Sobre los medicamentos para el tratamiento preventivo de la crisis.

- a. Esteroides inhalados ____
- b. Antibióticos ____
- c. Cromoglicato disódico ____
- d. Antihistamínicos ____
- e. Montelukast ____
- f. Deben cumplirse diariamente ____
- g. Se suspenden cuando no hay crisis ____
- h. El tratamiento nunca debe suspenderse ____

Forma de evaluación:

Si marcó verdaderas (V) las opciones a, c, d, e, f y h, y falsas (F) las opciones b y g, fue evaluado de suficiente; si lo hizo diferente, fue evaluado de insuficiente.

6. Los medicamentos para el tratamiento de la crisis son:

- a. Salbutamol ____
- b. Oxígeno ____
- c. Esteroides orales o sistémicos ____
- d. Paracetamol ____
- e. Antibacterianos ____
- f. La dosis de salbutamol es de 2 a 4 inhalaciones cada 20 minutos durante la primera hora ____
- g. Si hay mejoría, se continúa con salbutamol a dosis de dos inhalaciones cada 3-4 horas hasta la remisión de la crisis ____

Forma de evaluación:

Si marcó verdaderas (V) las opciones a, b, c, f, g, y falsas (F) las opciones d y e, se evaluó de suficiente, y si lo hizo diferente, fue evaluado insuficiente.

II. Estas preguntas están encaminadas a evaluar el control de la enfermedad.

En las últimas cuatro semanas, previamente a esta crisis de asma, su hijo/a ha:

1. ¿Presentado síntomas asmáticos diurnos más de dos veces por semana? Sí ____ No ____
2. ¿Tenido algún despertar nocturno o tos nocturna debido al asma? Sí ____ No ____
3. ¿Tenido alguna limitación de la actividad debida al asma? Sí ____ No ____
4. ¿Necesitado de usar medicación sintomática más de dos veces por semana? Sí ____ No ____

Forma de evaluación:

Se consideró:

- Bien controlado: no presentó ningún dato positivo.
- Parcialmente controlado: uno o dos datos positivos.
- No controlado: tres o cuatro datos positivos.

Muchas gracias!