



ARTÍCULO ORIGINAL

Conocimientos y modos de actuación de la familia en escolares con asma bronquial***Knowledge and ways of family performance of schoolchildren suffering from bronchial asthma***

Zoraya Coro Carrasco¹

¹Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Clínica. Profesora Auxiliar. Hospital Provincial Pediátrico "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico:
leovaldo@princesa.pri.sld.cu

Aprobado: 4 de abril del 2013.

RESUMEN

Introducción: en el manejo del asma bronquial es fundamental lograr el control de la enfermedad de manera tal que el paciente y su familia alcance su calidad de vida diaria, siendo la educación un pilar esencial en tal propósito.

Objetivo: evaluar la influencia de la familia en la severidad del asma bronquial en escolares clasificados como severos persistentes.

Material y método: se realizó una investigación explicativa, observacional, de caso-control, transversal en el área de salud Pedro Borras del municipio Pinar del Río entre enero de 2007 y julio de 2008. El universo y muestra estuvo constituido por asmáticos en edad escolar, incluyéndose en el grupo estudio 26 pacientes con asma bronquial severa persistente y en el grupo control igual cantidad con asma bronquial no severa persistente.

Resultados: en el grupo de pacientes con asma severa persistente el 92% no poseían conocimientos suficientes al asma bronquial; el 88.8 % no cumplían con las medidas de control ambiental; el 50 % incumplían el tratamiento intercrisis y el 76.9 % realizaban la técnica inhalatoria de manera incorrecta.

Conclusiones: los conocimientos insuficientes en relación al asma bronquial estuvieron asociados a las evoluciones más tórpidas de la enfermedad, constatándose además una relación de dependencia entre la severidad de enfermedad y los modos de actuación de la familia en cuanto a: cumplimiento de

las medidas de control ambiental, cumplimiento del tratamiento farmacológico preventivo de las crisis y realización de la técnica inhalatoria. ($p < 0,05$).

DeCS: Asma; Relaciones familiares; Educación de la población.

ABSTRACT

Introduction: in the management of bronchial asthma it is important to achieve the control of the disease in order to reach a better quality of life of patients and family, where health education is the mainstay.

Objective: to assess the influence of family over the severity of bronchial asthma in schoolchildren classified as: persistent severe asthma.

Material and method: an explanatory, observational, case-control, cross-sectional research was conducted at "Pedro Borras" health area in Pinar del Rio municipality from January 2007 to July 2008. The target group and the sample were comprised of asthmatic schoolchildren, 26 patients suffering from severe-persistent bronchial asthma and the control group with the same quantity of patients, but not presenting severe-persistent bronchial asthma.

Results: the group of patients with severe-persistent bronchial asthma (92%) had not sufficient knowledge of bronchial asthma; 88.8% did not follow the environmental control measures; 50% did not fulfil inter-crisis treatment and 76.9% used inhalator technique the wrong way.

Conclusions: deficient knowledge related to bronchial asthma was associated with chronic natural history of the disease, verifying a relation of dependence among the severity of the disease and ways of family performance concerning: not accomplishment of environmental control measures, wrong preventive pharmacological treatment of the crisis and wrong inhalation technique ($p < 0,05$).

DeCS: Asthma; Family relations; Population education.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial los principales problemas de salud son las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de éstas, el asma bronquial ha sido considerada la más común entre adultos y niños en el mundo desarrollado, constituyendo un problema epidemiológico creciente que sobrecarga los servicios hospitalarios, ocupando un lugar importante con una mortalidad en aumento en los últimos años.¹⁻⁸

Se ha reportado un aumento de la prevalencia del asma bronquial en los Estados Unidos, Reino Unido, Nueva Zelanda y Australia y en países con costas entre los que se incluye Cuba. Las tasas y tendencias de la mortalidad por asma varían con gran amplitud, pero con tendencia a elevarse en muchos países.^{3,4,5,6,7,8} El asma constituye la tercera causa de muerte en los países desarrollados, su incidencia se incrementa en los países en vías de desarrollo y la prevalencia ha aumentado en casi todos los países,^{5,6,7,8} independientemente del nivel de desarrollo a tal punto que se ha catalogado como la epidemia no infecciosa del siglo XXI.^{9,10,11}

En Cuba, según reportes de la Comisión Nacional de asma el número de pacientes asmáticos se ha ido incrementando anualmente, sobresaliendo los grupos de 5 a 9

años y los de 10 a 14 años con tasas de 149.7 y 137.1 por cada 1000 habitantes¹¹ respectivamente, constituyendo el asma la tercera causa de atenciones en servicios de urgencias en el país.^{12, 13}

En la provincia de Pinar del Río el asma es considerada un problema de salud. Durante el año 2011 la tasa de prevalencia fue estimada en 10.8 la segunda más elevada del país, sólo precedida por provincia Habana y la mortalidad ajustada por esta enfermedad de 0,8 por cada 100 000 habitantes.^{12, 13, 14}

La Atención Primaria de Salud (APS) se ha planteado la necesidad de abordar los problemas de salud dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y al medio, mediante un enfoque clínico, epidemiológico y social como guía fundamental de actuación en ese nivel, ayudados con la promoción de salud que requiere enfoques integrales para modificar la situación de salud de la población, de ahí la importancia de realizar una buena evaluación, tratamiento oportuno del paciente y establecer una buena estrategia preventiva de ejercicios de rehabilitación, eliminar hábitos dañinos al paciente, su familia y comunidad. En cada caso constituyen los pasos necesarios para lograr el buen manejo de la enfermedad, lo que puede contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad y mejorar su calidad de vida.^{5, 9, 15}

Es necesario integrar un conjunto de acciones dirigidas a la prevención y control de esta enfermedad, fundamentalmente aquellas relacionadas con la educación al paciente y sus familiares donde el objetivo del manejo del asma bronquial es lograr el control total de la enfermedad lo que requiere de un enfoque donde educar a los pacientes para que manejen su enfermedad y seleccionar los medicamentos adecuados es de importancia vital.^{4, 5, 6, 16, 17, 18}

El asma bronquial requiere un tratamiento mantenido, a menudo durante muchos años, o incluso durante toda la vida^{3, 5, 19} esto plantea cuestiones familiares, cumplimiento, organización, costo y manejo de los recursos, al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas. Evitar la exposición a aquellos factores que se separan asociados a un caso particular puede ayudar a prevenir o a reducir los síntomas.

La literatura médica sobre este tema considera que elementos como el abandono total ó parcial de tratamiento, la exposición mantenida a alergenos e irritantes, las infecciones intercurrentes, la tensión psicológica, los diagnósticos erróneos e incompletos, etc. son responsables en gran medida de que los pacientes no mantengan una evolución adecuada,^{3, 5, 20, 21, 22, 23} siendo en algunos de estos elementos un factor clave la educación sanitaria. Al evaluar algunas posibles causas que inciden en que un asmático no responda adecuadamente al tratamiento, se ha encontrado que una de las principales dificultades son aspectos de índole educativa en la familia y en el propio enfermo.

Tal situación ha motivado a la realización de esta investigación que tuvo como objetivo evaluar la influencia de los conocimientos y los modos de actuación de la familia en la severidad del asma bronquial en los escolares diagnosticados como asmáticos severos persistentes en el área de salud Pedro Borrás del municipio Pinar del Río en enero de 2007 a julio de 2008.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación explicativa, observacional, de caso-control, transversal, en el área de salud Pedro Borrás del municipio Pinar del Río entre enero de 2007 y julio de 2008.

El estudio parte de la clasificación de los pacientes asmáticos de acuerdo a los criterios aceptados por la Comisión Nacional de Asma Bronquial.

1. Asma intermitente:
2. Asma persistente.
 - . Leve.
 - . Moderada.
 - . Severa. (ABSP)

Universo y muestra: escolares con asma bronquial del área de salud «Pedro Borrás» del municipio Pinar del Río. En esta investigación los grupos quedaron definidos por:

Grupo de estudio: 26 pacientes asmáticos severos persistentes (ABSP) en edad escolar (6 a 10 y sus familias, que poseían las siguientes características.

1. Síntomas continuos.
2. Reagudizaciones frecuentes.
3. Frecuentes síntomas nocturnos.
4. Síntomas crónicos que requerían uso diario de beta agonistas de corta duración.
5. Nivel de actividad física limitado.
6. Flujo espiratorio máximo menor del 60% valor predicho según tablas de Warwick.

Grupo Control: 26 pacientes asmáticos no severos persistentes en edad escolar (6 a 10 años, 11 meses y 29 días) y sus familias.

Variables independientes:

I- Conocimientos de la familia en relación al asma bronquial:

1. Se refiere al nivel de información relacionada con la enfermedad en cuestión y expresada en respuestas que fueron brindadas por los familiares en encuesta realizada (Anexo No. 1). Clasificándose en: suficientes, parcialmente suficientes e insuficientes. Suficientes, más de 75 % de respuestas correctas, parcialmente suficientes entre el 74 y 50 % de respuestas correctas e insuficientes menos del 50 % de respuestas correctas.

II- Modo de actuación de la familia en cuanto al manejo del asma bronquial:

1. Control ambiental: cumplimiento de medidas que se orientaron en consulta para evitar la exposición a alergenos y otros factores desencadenantes de las crisis de obstrucción bronquial, encontrándose entre ellas: evitar exposición ácaros del polvo de casa, mohos, sustancias químicas, caspas, saliva y pelos de animales, humo proveniente de la combustión del tabaco, combustibles domésticos, olores penetrantes provenientes del productos químicos, como pintura, barnices, etc. Se constató a través de inspección realizada por enfermera en el domicilio a partir de guía de observación que se diseñó con este fin (anexo No. 3), quedando clasificado como satisfactorio y no satisfactorio: satisfactorio de 10 medidas orientadas hasta 7 cumplidas. No satisfactorio menos de 7 medidas cumplidas de 10 orientadas.

2. Tratamiento farmacológico ínter crisis: el tratamiento de la ínter crisis es aquel que se realizó con el propósito de evitar la aparición de los episodios agudos de obstrucción bronquial y contempló el uso de fármacos que se utilizaron para este fin, como antihistamínicos, estabilizadores de membranas, esteroides (inhalados y

por vía sistémica), beta 2 adrenérgicos de acción prolongada, vagolíticos, antileucotrienos, etc. De igual forma se tuvo en cuenta el uso de otros recursos terapéuticos que fueron indicados como: fisioterapia respiratoria, acupuntura, terapia floral, técnicas de relajación e inmunoterapia. Elementos que fueron extraídos de la historia clínica del paciente. Se estableció como tratamiento cumplido cuando el paciente ejecutó la totalidad de las indicaciones, parcialmente cumplido, cuando la ejecución fue entre 75 y 99 % de lo indicado e incumplido cuando el paciente realizó menos del 75 % de lo indicado.

3. Modo de realización de la técnica inhalatoria: manera o forma en que el paciente utilizó los medicamentos que fueron indicados por vía inhalatoria para el control de la enfermedad, lo que quedó reflejado en la investigación a partir de la observación del médico en consulta. Estos elementos quedaron plasmados y fueron extraídos de la historia clínica. Se estableció como modo de utilización adecuado cuando el paciente agitó el aparato de inhalación dosificada presurizada (IDP), por 10 segundos ó más, hizo una inspiración lenta y prolongada, seguida de una apnea y después espiró totalmente de manera lenta. El paciente colocó la boquilla del espaciador en su boca con labios bien apretados y accionó el aparato al apretarle su rama vertical e inmediatamente hizo una inspiración lenta, progresiva y máxima con una duración de 3 a 5 segundos, deteniendo la respiración e hizo una apnea de 5 a 10 segundos. Espiró posteriormente por la boca y continuó respirando de manera normal durante 10 veces más. Como modo de utilización inadecuado se consideró cuando no ejecutó correctamente alguno de los pasos descritos anteriormente. Variable dependiente:

1. Severidad del asma bronquial (severo persistente y no severo Persistente), determinado por los grupos.

Instrumentos utilizados:

- 1 Historia clínica.
- 2 Entrevista estructurada a padres y familiares.
- 3 Guía de observación en el hogar.

Análisis de los resultados:

El análisis de los resultados se realizó utilizando estadística analítica para cada variable, expresado en frecuencias absolutas (en número de casos) y frecuencias relativas (en porcentajes), con el propósito de resumir la información para presentar tablas.

Se utilizó la prueba no paramétrica ji cuadrado (χ^2) de asociación con el propósito de determinar la existencia de asociación significativa entre variables según grupos.

Cuando se identificó la asociación (probabilidad de error obtenida menor que el nivel de significación prefijado [0,05]; entonces se estimó la razón de productos cruzados (OR) bajo el criterio: Si $OR > 1$, entonces la variable medida constituye un factor de riesgo.

Manejo de las variables para el análisis de la asociación:

Los conocimientos se reagruparon en suficientes y no suficientes.
La variable tratamiento intercrisis fue reagrupada en cumplido y no cumplido.
Se empleó para el análisis de la asociación el programa Epi-Info 2000.

RESULTADOS

Los conocimientos sobre asma bronquial por parte de la familia se reflejan en la tabla 1.

Tabla 1. Conocimientos sobre asma bronquial en familiares de escolares asmáticos según grupos.

CONOCIMIENTOS	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
	No.	%	No.	%
SUFICIENTES	2	7.7	14	53.8
PARCIALEMENTE SUFICIENTES	11	42.3	10	38.5
INSUFICIENTES	13	50.0	2	7.7
TOTAL	26	100.0	26	100.0

$$\chi^2=17.11 \quad p=0.00019 < \alpha$$

En el grupo de pacientes con ABSP las familias con conocimientos insuficientes y parcialmente suficientes en relación a la enfermedad motivo de estudio, estuvieron representadas en un 50.0 % y 42.3 % respectivamente (sumatoria 92.3 %) a diferencia de lo encontrado en el grupo control donde las familias con conocimientos suficientes fueron las más representadas 53.8 %. ($\chi^2=17.11 \quad p=0.00019 < \alpha$).

El control de los elementos del medio ambiente capaces de desencadenar sintomatología respiratoria alérgica, comúnmente denominado control ambiental fue considerado en esta investigación, apareciendo reflejado en la tabla 2.

Tabla 2. Cumplimiento del control ambiental por familiares de escolares asmáticos según grupos.

CONTROL AMBIENTAL	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
	No.	%	No.	%
SATISFACTORIO	5	19.2	15	57.7
NO SATISFACTORIO	21	80.8	11	42.3
TOTAL	26	100.0	26	100.0

$$\chi^2=6.58 \quad p=0.0103$$

$$OR=0.17 [0.04 < OR < 0.70]$$

En el grupo estudio se encontró, que el mayor por ciento correspondió a los que no cumplían satisfactoriamente las medidas orientadas 80.8 %, lo cual contrastó con lo encontrado en el grupo control, en el que se constató que predominaron las familias que cumplían satisfactoriamente dichas medidas 57.7 %. ($\chi^2=6.58 \quad p=0.0103 < \alpha$ y $OR=0.17 [0.04 < OR < 0.70]$).

El tratamiento ínter crisis o también llamado de sostén, o controlador, debe ser mantenido por meses e incluso años en la mayor parte de los niños asmáticos, en

particular en aquellos clasificados como ABSP. Su cumplimiento por parte del paciente y familiares es reflejado en tabla 3.

Tabla 3. Cumplimiento del tratamiento intercrisis en escolares asmáticos según grupos.

TRATAMIENTO INTERCRISIS	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
	No.	%	No.	%
CUMPLIDO	3	11.5	17	65.3
PARCIALMENTE CUMPLIDO	10	38.5	6	23.1
INCUMPLIDO	13	50.0	3	11.6
TOTAL	26	100.0	26	100.0

$$\chi^2=17,05 \quad p=0,0002 < \alpha$$

En el grupo de pacientes con asma bronquial severa persistente el 88.5 % fueron considerados como incumplidores y parcialmente cumplidores (sumatoria de 50.0 % y 38.5 % respectivamente). En el grupo de control la categoría más representada fue la que agrupó a aquellos asmáticos que cumplían adecuadamente el tratamiento indicado, 65.3 %, ($\chi^2=13,73$ $p=0,0002 < \alpha$).

La adecuada realización de la técnica inhalatoria es un elemento a veces no tenido en cuenta a la hora de evaluar las causas que propician una evolución no satisfactoria del asma bronquial. Este elemento fue evaluado en la tabla 4.

Tabla 4. Forma de realización de la técnica inhalatoria en escolares asmáticos según grupos.

TECNICA INHALATORIA	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
	No.	%	No.	%
ADECUADO	6	23.1	16	61.5
INADECUADO	20	76.9	10	38.5
TOTAL	26	100.0	26	100.0

$$\chi^2=6.38 \quad p=0.0115 < \alpha$$

$$OR= 0.19 \quad [0.05 < OR < 0.72]$$

En el grupo de pacientes con ABSP el porcentaje mayor (76.9 %) correspondió a los que realizaron la técnica de inhalación de los medicamentos de modo inadecuado y en el grupo de asmáticos no severos los que utilizan los fármacos de manera adecuada (61.5 %), evidenciando relación de dependencia entre el modo en que se realiza la técnica inhalatoria y la severidad del asma ($p= 0.0115$). A pesar de que existió asociación entre la realización correcta de la técnica inhalatoria y la severidad del asma esta fue considerada no intensa ($OR= 0.19$).

DISCUSIÓN

La prescripción del tratamiento para un paciente con asma, no sólo incluye el esquema farmacológico individualizado, sino también otros aspectos como el uso correcto del inhalador de dosis medida, la ejecución e interpretación adecuadas de la medición del flujo respiratorio máximo cuando el paciente posea dicho equipo, el control de los factores ambientales que desencadenan las crisis, los fármacos adecuados para el tratamiento de rescate en caso de crisis, la identificación de los signos de alarma, etc. Por lo tanto, el paciente debe desarrollar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes pertinentes para llevar a cabo su tratamiento íntegro. Por ello, en las guías para el tratamiento del asma figura la educación del paciente como una de las partes esenciales, cuyos objetivos se centran precisamente en la adquisición de conocimientos.

Los resultados encontrados evidenciaron que los conocimientos sobre el asma bronquial se asocian a la severidad de esta enfermedad ($p= 0.00019$). El autor⁸ en su investigación titulada «Prevalencia de asma bronquial en edad pediátrica» constató relación entre la severidad del asma y conocimientos insuficientes en relación al padecimiento (54 % de pacientes con conocimientos insuficientes). Por otra parte, otro autor²⁰ encontró que el nivel de conocimientos insuficientes de la familia, particularmente de la madre, en relación al asma bronquial, estuvo asociado a la calidad del manejo de la enfermedad y al número de ingresos en servicios de emergencia. De igual forma el autor² de «Conocimientos sobre asma por parte de la familia de niños asmáticos.» destaca que conocimientos insuficientes en la familia no contribuyen al control de la enfermedad, considerando que el pilar más importante en el control del asma es la educación. Este autor⁷ en el 2009, en Bogotá encontró asociación significativa entre la calidad de vida y el conocimiento sobre asma en los cuidadores.

Las medidas de control ambiental están incluidas en lo que se denomina tratamiento preventivo del asma bronquial, el cual cada día alcanza una mayor importancia en el manejo de esta enfermedad. El control ambiental tiene por objetivo eliminar del medio en el que se desenvuelve el enfermo aquellos elementos capaces de actuar como desencadenantes de las crisis, tales como ácaros del polvo doméstico, hongos anemófilos, sustancias irritantes para las vías aéreas, etc. Su incumplimiento se relaciona con formas de evolución grave del asma. Este investigador⁸ señaló haber encontrado que el 86,49 % de los pacientes asmáticos severos no cumplían con las medidas para eliminar del medio ambiente los elementos capaces de desencadenar las crisis de asma. También en otro estudio² describe resultados similares al respecto. En la investigación se constató relación de dependencia entre el cumplimiento de las medidas de control ambiental y la severidad del asma ($p= 0.0103$), ($OR= 0.17$).

Un hecho que llama la atención en la investigación, es el de haber encontrado un alto número de familias incumplidoras de las medidas de control ambiental en la que alguno de sus miembros era fumador (76.1 % en grupo estudio y 54.5 % en el grupo control). La bibliografía consultada para la realización de esta investigación^{2, 3, 5, 7, 10} coincide en destacar al tabaquismo como un factor desencadenante de las crisis de asma, por lo que evitarlo en el hogar y en presencia del niño constituye una medida que nunca debe faltar al orientar el tratamiento de un paciente con asma bronquial. También hoy día se destaca en algunas publicaciones^{5, 21}, que existen evidencias de alteraciones en el desarrollo del pulmón fetal en embarazadas que fuman, lo cual se debería tener en cuenta en mujeres con riesgo de tener hijos asmáticos.

El tratamiento inter crisis se orienta de manera individualizada según la edad del paciente, la severidad del padecimiento (leve intermitente, leve persistente, moderado persistente y severo persistente) y el grado de control de la enfermedad, teniendo en cuenta la relación costo beneficio / efectos colaterales, el estado sociocultural de la familia y del paciente y según las facilidades que se tengan. El mismo debe iniciarse en cuanto se haga el diagnóstico de asma bronquial y tiene como objetivo disminuir la inflamación e hiperreactividad bronquial, reducir la incidencia de síntomas crónicos, incluidos los nocturnos, reducir la utilización de beta 2 agonistas, reducir la frecuencia e intensidad de las crisis y controlar la enfermedad de forma tal que el paciente pueda llevar una vida normal y físicamente activa^{3,5,11,21}, alcanzando su calidad de vida diana, es decir la calidad de vida que tendría si no padeciera la enfermedad.

El incumplimiento por parte del paciente y su familia de el tratamiento médico es originado en la mayor parte de los casos por irresponsabilidad familiar, intrusismo profesional por personas no calificadas, familiares amigos, vecinos, creencias, prejuicios y desaliento ante la recurrencia de las crisis³ y conllevan al abandono de la farmacoterapia y las medidas para prevenir la aparición de los episodios agudos de obstrucción bronquial. En esta investigación se constató relación entre el cumplimiento del tratamiento inter crisis y la severidad del asma ($p=0,0002$). En una investigación realizada en 15 estados de Brasil, por los autores¹¹ encontraron que las tasas más bajas de adhesión al tratamiento también estuvieron relacionadas con las formas de evolución más graves de la enfermedad. (53.9 %).

La vía inhalatoria es considerada la más eficaz para la administración de los fármacos que son utilizados tanto en el tratamiento de las crisis agudas, como en el tratamiento preventivo de estas^{3,4,5,6,8,16} siendo el aerosol presurizado la forma clásica de administrar la medicación, asociado a cámaras de expansión en edades pediátricas, lo cual además de simplificar la técnica inhalatoria, aumenta la cantidad de fármaco que alcanza el bronquio, disminuyendo el depósito en la orofaringe y los efectos secundarios locales y sistémicos de estos, en especial de los corticoides inhalados. En la investigación se constató relación de dependencia entre el modo en que se realiza la técnica inhalatoria y la severidad del asma ($p= 0.0115$). (OR= 0.19). Estos resultados son similares a los reportados por el investigador¹⁴ en su artículo «Educación sanitaria del niño con asma y su familia» en la que reporta un 80 % de incorrecta utilización de los dispositivos de dosis medida por parte de los pacientes asmáticos y a los de este autor¹⁶ en el 2008 en Mérida quien encontró porcentajes elevados de mala utilización de los inhaladores de dosis medida en pacientes y personal médico.

Finalmente y en concordancia con la bibliografía consultada, este estudio permitió concluir que los conocimientos insuficientes en relación al asma bronquial estuvieron asociados a las evoluciones más tórpidas de la enfermedad, constatándose además relación de dependencia entre la severidad de enfermedad y los modos de actuación de la familia en cuanto a: cumplimiento de las medidas de control ambiental, cumplimiento del tratamiento farmacológico preventivo de las crisis y realización de la técnica inhalatoria. ($p< 0,05$), siendo meritorio recomendar la elaboración de proyectos de intervención comunitaria, con la planificación de tareas de promoción de salud, a través de materiales instructivos y otras técnicas educativas, facilitando así la adquisición de conocimientos, hábitos y conductas en los pacientes asmáticos y su familia, que contribuyan al mejor control de la enfermedad y por consiguiente aumentar la calidad de vida de los enfermos que la padecen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre Pérez O, Álvarez Carmenate M, González Ortega E, Dotres Martínez CP, Balado Sansón RM, Sardiñas Arce ME. Calidad de vida en el adolescente asmático. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010 Dic; 26(4).
2. Curbelo N, Pinchak C, Gutiérrez S. Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos. Arch. Pediatr. Urug. 2010 Dic; 81(4).
3. Dotres Martínez C, Pérez González R, De Armas Y. Comisión Nacional de Asma: Programa Nacional de Asma Bronquial de Cuba; 2001.
4. Fundora Hernández H, Venero Fernández SJ, Rodríguez Bertheau AM, Alerm González A, León Toirac E, Cubas Dueñas I. Inmunoevidemiología del asma bronquial. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2011 Dic; 49(3).
5. Negrín Villavicencio, J. A.: Asma bronquial. Aspectos básicos para un tratamiento integral. Cap.1; Recuento histórico. Definiciones. Clasificaciones.; 2.ed. Ed. Ciencias médicas. La Habana 2012 pag. 1-14.
6. Figueredo-Morera M, Fabré-Ortiz D, Coutin-Marie G, Del Arco-Pérez A. Evaluación del impacto de un programa educativo en algunos factores emocionales de niños asmáticos y sus padres. Rev Alergia Mex. 2011; 58(3).
7. Rios Otárola R. Correlación entre la calidad de vida de niños con Asma y conocimientos de los cuidadores sobre la enfermedad. Bogotá: Repositorio Institucional EdocUR- Universidad del Rosario. Trabajos de grado. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Especialización en Pediatría. Enero 2010.
8. Sociedad Uruguaya de Pediatría. Pautas de asma en pediatría. Uruguay: GSK; julio 2011.
9. María Paola Fasciglione M.P.; Castañeiras C.E.: El componente educativo en el abordaje integral del asma bronquial; J. Bras. Pneumol. 2010; 36(2): 252-259.
10. Negrín Villavicencio, J. A.: Asma bronquial. Aspectos básicos para un tratamiento integral. Cap. 3; Epidemiología del asma.; 2.ed. Ed. Ciencias médicas. La Habana 2012 pag. 49-70.
11. Chatkin JM. Adhesión al tratamiento de mantenimiento en el asma (estudio). J. Bras. Pneumol. 2006; 32(4).
12. Venero Fernández SJ. Panorama mundial y nacional del Asma 2010. Conferencia en día mundial del Asma. Hospital Juan Manuel Márquez, Habana. Cuba; Mayo 2012.
13. Venero Fernández SJ. Epidemiología del Asma 2011. Conferencia en Congreso Iberoamericano de Asma, Alergia e Inmunología Clínica. Habana. Cuba; Junio 2012.
14. Rodríguez Vázquez JC. Programa Nacional de Asma. Conferencia en día mundial del Asma. Hospital Juan Manuel Márquez, Habana. Cuba. Mayo 2012.
15. Rodríguez-Trigo G, Plaza V, Sanchos J. El tratamiento según la guía de la Global Initiative for Asthma (GINA) reduce la morbilidad de los pacientes con asma de riesgo vital. Archivos de Bronconeumología. 2008 abr; 44(4).

16. Álvarez Carménate M, Docando Díaz N, Álvarez Águila A, Dotres Martínez C, Baños Torres D, Sardiñas Arce ME. Comportamiento del asma bronquial en un área de salud del policlínico Cerro. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 mar; 27(1).
17. Sanchez Infante C, Razón Behar R, Reyes López C, Cantillo Gámez H, Barreiro Paredes B. Evaluación clínica y funcional en niños asmáticos con montelukast. Rev Cubana Pediatr. 2011 Sep; 83(3).
18. Martínez Moragón E, Perpiña M, Fullana J, Macián V, Lloris A, Belloch A. Percepción de la disnea y cumplimiento terapéutico en pacientes con asma. Archivos de Bronconeumología. 2009; 44(9).
19. Praena Crespo M. Educación sanitaria del niño con asma y su familia; en III Foro de Pediatría en Atención Primaria de Extremadura 2009.
20. Pereyra H. Conocimientos de la familia sobre Asma Bronquial y su relación con el manejo de la enfermedad en pre-escolares y escolares. Instituto de Salud del Niño; octubre-diciembre 1999.
21. Nava L, Quintero B, Quintero MO, Pulido T. Conocimiento de las ventajas y de la técnica correcta para el uso de los inhaladores de dosis medida en pacientes asmáticos y personal médico: MedULA. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida Venezuela. 2008;17(1).
22. Valdivia CG, Causade LS, Navarro MH, Cerda LJ. Influencia del nivel socioeconómico en el asma bronquial y cambios en la prevalencia en población escolar en un período de 6 años. Rev Med Chile. 2009;137(2).
23. Barranco P, Pérez-Francés C, Quirce S, Gómez-Torrijos E, Sánchez-García R, Rodríguez-Fernández F, et al. Consensus Document on the Diagnosis of Severe Uncontrolled Asthma. J Investig Allergol Clin Immunol. 2012; 22(7).

Dra. Zoraya Coro Carrasco. Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Clínica. Profesora Auxiliar. Hospital Pedriático "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico: leoaldo@princesa.pri.sld.cu
