

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen
Volume **71**

Número
Number **3**

Mayo-Junio
May-June **2004**

Artículo:

Atención del niño asmático, en el consultorio

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Atención del niño asmático, en el consultorio

(Pediatric attention of asthmatic children in the prived office)

Eduardo Antonio Lara-Pérez*

Desde siempre hemos recibido la influencia de investigadores extranjeros, en casi todas las ramas de la ciencia y tecnología. La medicina no ha sido ajena a esta influencia pero los logros y avances hechos por extranjeros, no son siempre aplicables a nuestra realidad. Si bien la medicina en el campo de la promoción de la salud y el tratamiento de las enfermedades son aplicables a cualquier ser humano, hay barreras culturales, económicas, y sobre todo, tecnológicas. Desgraciadamente los programas de atención a la salud y la visión que se tiene de la medicina no siempre son aplicables a nuestra realidad: con el desarrollo de grandes centros médicos y la dotación de equipo, en ocasiones inoperante u obsoleto, sin tener una visión clara de las prioridades acordes a la demanda de servicios de salud.

En apoyo a estas reflexiones, cabe señalar que programas como el de la tuberculosis llevan en México, más de 50 años, con escasa producción científica; también otros programas como los orientados a combatir la desnutrición están sujetos a cambios sexenales. En este mismo sentido desde hace un poco más de una década el programa GINA¹ (Global initiative of asthma) impulsado por un grupo de expertos de varios países no sólo no ha mostrado que funcione, sino que ha evitado que regionalmente los médicos busquen la solución a problemas médicos, de acuerdo a las condiciones y factores que prevalecen en cada región, conforme a su idiosincrasia y recursos. Ha creado también desorientación, incorrecta aplicación del programa, en ocasiones con peores resultados para el control de los enfermos con asma.²

Este fracaso del programa de aplicación en el primer nivel de atención, es por falta de investigación aplicativa a nivel de consultorio. Creo que la causa obedece a que la mayoría de especialistas son formados en hospitales sin tener experiencias en atención primaria.

El manejo de niños con asma es un ejemplo que ilustra la necesidad de crear experiencias locales, para cumplir con la responsabilidad.

De ninguna manera se pretende menospreciar la información e investigación extranjera, por el contrario, pero en la práctica se debe crear opinión basada en evidencias cotidianas, para la resolución de problemas propios de la localidad donde se ejerce. Esta propuesta se hace al ámbito del estado de Veracruz.

Atención ambulatoria del asma en el niño

1. Planteamiento. La consulta de la "Atención primaria" es el lugar idóneo desde el que se debe organizar la atención al niño con asma, por varias razones:

a. Accesibilidad para padres y pacientes. La facilidad de acceso a un consultorio de atención primaria transmite confianza y seguridad a la familia.

b. Continuidad en la atención. La familia identifica al médico que atiende el consultorio como responsable de la salud de su hijo: desde el nacimiento hasta su adolescencia. Este hecho permite integrar la atención al asma con otros problemas de salud, así como con el seguimiento que se hace a los niños. De esta manera es posible seguir la evolución del niño desde su nacimiento, conociendo y registrando la exposición a factores potenciales de riesgo. En caso de aparición de la enfermedad: su seguimiento, tratamiento y control.

c. Enfoque integral de la salud. Cualquier actividad en un consultorio pediátrico está dirigida a solucionar las necesidades de salud del niño; valorando especialmente su integración al medio escolar y familiar, así como la promoción de su desarrollo mental que en el niño con asma puede dar lugar a sobreprotección y baja autoestima en el niño.

d. Implicación en la promoción del autocuidado de la salud. En el establecimiento de una relación de confianza que permita garantizar buenos resultados de calidad de vida.³

e. Conocimiento de la familia. Se valora la capacidad de la familia para asumir el cuidado del enfermo

* Investigador Médico CESS: Universidad Veracruzana.

y se buscan posibles factores de incumplimiento y de mala adherencia a las indicaciones médicas.

f. **Mejor nivel de efectividad.** El logro de objetivos al mínimo costo posible y la de eficiencia (mayor impacto en términos de salud), supone el reconocimiento del papel clave de los médicos que atienden a los niños con asma.

2. Impacto del niño con asma en la actividad del consultorio.

El niño con asma exige un manejo especial en el consultorio:

Consulta a demanda del paciente

- Es la que define por excelencia la actividad que mejor satisface las necesidades inmediatas de los padres de niños con asma.
- Los motivos de consulta suelen ser:
 - Crisis de asma que requiere atención urgente.
 - Empeoramiento de los síntomas (tos).
 - Medicación para tratamiento preventivo o renovación de prescripciones.
 - Enfermedad infecciosa intercurrente
- Algunos estudios de morbilidad y demanda de atención en el consultorio consideran que la presencia de un problema crónico de salud, condiciona mayor demanda por problemas agudos no necesariamente relacionados con la patología de base.⁴ Dentro de lo que se ha definido como "Síndrome del Niño Vulnerable".
- De datos obtenidos en el Municipio de Veracruz, con una prevalencia del asma en escolares de 13.0%,⁵ el problema es similar a otros reportes, aunque se sabe que la prevalencia puede variar de entre el 10 a 15%.^{6,7}
- La atención de niños con asma en el consultorio tiene una estacionalidad variable, de un área geográfica a otra. Aunque las crisis de asma se pueden presentar en cualquier época del año, se observan picos de frecuencia variable, en función de los agentes desencadenantes:
 - Golfo y zonas de costa: Picos al inicio del periodo de vientos del norte, inicio del otoño hasta la primavera.
 - Resto del país: Otoño e invierno.
- La medicina de consultorio es un espacio adecuado para reforzar la educación en salud, para estimular el cumplimiento de la prescripción terapéutica y para revisar la técnica de inhalación. La educación debe hacerse en cada contacto con el paciente (Nivel II de evidencia).⁸
- El número de consultas no programadas por síntomas de asma, constituye uno de los criterios a valo-

rar en un proyecto de mejora del asma en el consultorio.

- Algunos autores han mostrado que los programas del asma del niño y el adolescente, que incluyen autocontrol, reducen significativamente el número de crisis y por tanto, la asistencia al consultorio.⁹

Consulta en el consultorio de enfermedades crónicas

- El médico de consultorio es cada vez más consciente de la necesidad de implantar un programa para el niño asmático, ya que esta enfermedad es el padecimiento crónico más frecuente en los niños.¹⁰
- El tiempo de atención en el consultorio marca el establecimiento de un buen nivel de comunicación con el paciente. Las consultas programadas, de 20-30 minutos de duración, son básicas para desarrollar un programa educativo de buenos resultados.
- Los primeros programas de atención primaria del asma, se iniciaron en Asturias¹¹ y posteriormente Cataluña,¹² Andalucía¹³ y Madrid.¹⁴
- Estas actividades exigen la implicación de otros profesionales como enfermeras y trabajadores sociales. Los médicos de consultorio deben impulsar y dinamizar el equipo de salud y coordinar todas las actividades.
- Los programas deben establecer sistemas de evaluación periódica, para poder avanzar en mejoría de la calidad, documentando todas sus experiencias.

Seguimiento de la salud en los niños

Durante los sucesivos controles, en el seguimiento de la salud de los niños, los médicos de consultorio están en una posición inmejorable para:

- Detectar niños a riesgo de desarrollar enfermedades alérgicas y asma por los antecedentes familiares en primer grado (padres y hermanos) y los antecedentes personales (dermatitis atópica, alergia alimentaria y rinitis alérgica).¹⁵
- Promoción de entornos saludables: se recomienda un ambiente libre de tabaco para los niños. En el caso de niños a riesgo de alergia se aconseja no tener animales en el domicilio. Se deben mantener las habitaciones de los niños sin alfombras o moquetas, evitando los humidificadores en el domicilio.

Actividades de educación grupal

Aunque todos los niños y sus familias deben recibir una educación individualizada, la educación mediante grupos

supone un buen apoyo dentro de un programa educativo global. Se han publicado algunos estudios sobre la efectividad de la educación grupal en programas del niño asmático. Se considera que se obtiene mejor rentabilidad de tiempo respecto a la educación individual, así como unos buenos niveles de satisfacción por parte de padres y niños.^{16,17} En otros estudios se comunica que mejoran los conocimientos sobre la enfermedad y disminuyen las consultas por asma.¹⁷ Estas actividades se llevan a cabo preferentemente por el personal de enfermería con la colaboración de pediatras y médicos de consultorio que son los más adecuados para el programa.

3. Niveles de motivación del médico de consultorio

Es interesante hacer algunas reflexiones. La motivación es la probabilidad de que una persona inicie, mantenga y continúe una estrategia de cambio.

Por eso el médico precisa prepararse mentalmente para realizar una acción, para cambiar algo.

¿Cómo se consigue la motivación de médicos y enfermeras para establecer un Programa de Asma en la Zona?

Nadie intenta cambiar nada si no se siente capaz de conseguirlo (sensación de autoeficacia); el cambio debe estar basado en elementos que la propia persona pueda controlar (factores internos) y los beneficios del cambio deben superar las barreras para conseguirlo. En el inicio del siglo XXI, pediatras y médicos de consultorio, deben sentirse comprometidos para mejorar la calidad de la asistencia del niño y adolescente con asma y con su familia. Este compromiso implica mejorar sus conocimientos y habilidades en técnicas de comunicación,¹⁷ para adecuar las actividades a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica.^{1,18,19} Así mismo, se deben difundir las experiencias de programas de atención del niño con asma, aplicados al primer nivel de atención, vigentes en distintos países: como elemento de motivación que permita avanzar en la cotidiana experiencia apasionante para el médico de consultorio.

Referencias

1. National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health. Global Initiative for Asthma. *NHLBI/WHO Workshop report*. March.1993. Pub no. 95-3650. Bethesda, MD. US. NHLBI. 1995.
2. Lara-Pérez EA. Clínica del asma... ¿en realidad es útil? *Rev Alerg Asma Inmunol Pediatr* 2002; 11(2): 41-47.
3. Llauger MA, Contijoch C. Autocuidados y Atención Primaria. *Atención Primaria* 1997; 19: 267-270.
4. Polo-Martín P, Reyes-Díaz E, Mateu-Mathiques J, Casanova-Matutano C. Análisis de la relación entre la morbilidad y nivel de demanda en Atención Primaria Pediátrica. *An Esp Pediatr* 1998; 49: 273-279.
5. Lara-Pérez EA. Prevalencia del asma infantil al nivel del mar. *Rev Alerg Asma Inmunol Pediatr* 2001; 10(3): 88-92.
6. Baeza-Bacab M, Graham-Zapata LF. Prevalencia del asma. Encuesta en una población escolar de Villahermosa, Tabasco, México. *Rev Alergia Mex* 1992; 39: 32-36.
7. González-Gámez JG, Barrera-Gómez LE, Arévalo-Orozco MA. Prevalencia del asma bronquial en la ciudad de Guadalajara, Jal, México. *Rev Alergia Mex* 1992; 39: 3-7.
8. Canadian Asthma Consensus Group. Canadian Asthma Consensus Report. Asthma education and patient monitoring. *JAMC* 1999; 161(Suppl 11): 15-19.
9. Díaz-Vázquez CA, Alonso-Bernardo LM, García-Muñoz MT, Del Ejido-Mayo J, Sordo-Espina MA, Alonso JC. Evaluación de un Programa del niño asmático desarrollado en la Atención Primaria. *Atención Primaria* 1997; 19: 199-206.
10. Morell-Bernabé JJ, Álvarez-Gómez J, Mola-Caballero de Rodas P. Situación actual de los Pediatras de Atención Primaria en Extremadura y Asturias: Resultados y conclusiones de una encuesta. *Pediatría de Atención Primaria* 2000; 2(8): 15-24.
11. López A, Pérez-Santos J, Del-Campo C, Del-Castillo F, Manjón N, Menéndez A et al. Programa de Asma para Atención Primaria. Área Sanitaria V. Gijón. *INSALUD* 1993.
12. Alba F, Madridejos R, Gimeno J, González M. Evaluación del impacto de un Programa de Atención al niño asmático sobre la calidad de la prescripción de fármacos antiastmáticos. *Atención Primaria* 1995; 16: 33-37.
13. Fernández-Carazo C. Seguimiento del paciente infantil con asma. El enfermo alérgico en Atención Primaria. *Alergología e Inmunología Clínica* 1998; 13(Suppl): 39-44.
14. Calvo-Rey C, Albañil-Ballesteros R, Sánchez-Martín M. Educación Grupal para niños asmáticos. *An Esp Pediatr* 1998; 49: 353-357.
15. Alba F, Flecha E, Alba J, Hernández R, Busquets E. Características asociadas al asma infantil en pacientes asistidos en Atención Primaria. *Atención Primaria* 1996; 18: 83-86.
16. Thapar A. Educating Asthmatic Patients in Primary Care: A pilot Study of Small Group Education. *Family Practice* 1994; 11: 39-43.
17. Noreen MC, Molly-Gong. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things. *BMJ* 2000; 320: 572-575.
18. Guidelines for diagnosis and management of asthma. *Expert Panel Report II*. Bethesda Md: National Asthma Education and Prevention Program. April 1997. (NIH-Publication no. 97-4051).
19. Canadian Asthma Consensus Group. Canadian Asthma Consensus Report. Implementation of guidelines. *JAMC* 1999; 161(11 Suppl): 60-61.

Correspondencia:
Eduardo Antonio Lara-Pérez
Pedro de Alvarado 201
Frac. Reforma C.P. 91919
Veracruz, Ver. México
Tel. 229 937-5674
E-mail: lape5104@hotmail.com