

Educación sanitaria grupal a pacientes con limitación del flujo aéreo en atención primaria

SONIA CABRERA^a, SERGIO ALONSO^a, CARMEN DE LAS NIEVES GORRINDO^b, MARÍA ROSA GARCÍA^b
y SOCORRO GONZÁLEZ^b

^aDiplomados de Enfermería. ^bDiplomados de Enfermería del ABS Camps Blancs de Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Las enfermedades del aparato respiratorio siguen constituyendo un importante problema de salud pública por la elevada morbilidad que causan.

Una de las intervenciones y acciones prioritarias del Pla de Salut de Catalunya 1999-2001 es la elaboración y difusión de recomendaciones de práctica clínica para el abordaje de la enfermedad respiratoria.

Dado que el asma es una afección crónica, el objetivo de la atención de enfermería es ayudar al paciente a recuperar su independencia en la satisfacción de las necesidades lo más rápidamente posible. Utilizar la metodología de trabajo del proceso de atención de enfermería contribuirá a que todas las actividades se lleven a cabo de un modo sistemático y organizado. Por ello, según esta metodología, se ha realizado y aplicado un programa de educación sanitaria al paciente asmático; los resultados obtenidos son satisfactorios y corroboran el objetivo mencionado.

El grupo de educación sanitaria constó de 15 pacientes, el 67% mujeres y el 33% varones. Después de la intervención 10 pacientes (66,7%; $p = 0,09$) no presentaron ninguna crisis. Una persona dejó el hábito tabáquico. Antes de la intervención 7 (46%) sabían lo que es una cámara

espaciadora y 3 (20%) lo que es un *peak flow*, después de la intervención encontramos que 12 (80%) sabían lo que es una cámara y un *peak flow*. Creen que hacen bien el tratamiento 13 (86,7%) frente a 12 (80%) después de la intervención ($p = 0,75$).

Palabras claves: Terapia inhalatoria. Valoración necesidades básicas según Virginia Henderson. Educación sanitaria.

Group health education of patients with airflow limitation in primary care

Respiratory diseases continue to be a substantial public health problem due to their high morbidity and mortality. One of the priorities of the Catalan Health Plan 1999-2001 is the drawing-up and dissemination of clinical guidelines for the approach to respiratory diseases.

Because asthma is a chronic disease, the aim of nursing care is to help patients recover their independence in the satisfaction of basic needs as soon as possible. The use of the working methodology of the nursing care process will contribute towards performing these activities in an organized and systematic manner. Consequently, based on this methodology, a health education program for asthmatic patients was carried out. The results obtained were satisfactory and fulfilled the program's aim.

The health education group consisted of 15 patients; 67% were women and 33% were men. After the intervention, 10 (66.7%, $p = 0.09$) patients did not present asthmatic crises. One patient stopped smoking. Before the intervention, seven patients (46%) knew what a spacer was and three (20%) knew what a peak flow 3 (20) was. After the intervention 12 patients (80%) knew

Correspondencia: Sra. Carmen de las Nieves Gorrindo.
ABS Camps Blancs.
Pza. Euskadi s/n. 08830 Sant Boi de Llobregat. Barcelona. España
Correo electrónico: cblancs.baixll.scs.es

Aceptado para su publicación el 22-4-2002.

what a spacer and peak flow were. Thirteen patients (86.7%) believed they correctly carried out the treatment compared with 12 (80%) after the intervention ($p = 0.75$).

Key words: Inhalant therapy. Virginia Henderson Basic Needs Assessment. Health Education.

Introducción

Las enfermedades del aparato respiratorio siguen siendo un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia, la mortalidad global, la pérdida de calidad de vida y su gran coste socioeconómico, y porque constituyen una parte considerable de las consultas de atención primaria, especializada y de los ingresos hospitalarios.

Durante el período 1994-1996 las enfermedades del aparato respiratorio continuaban siendo la tercera causa de mortalidad en la región sanitaria de Costa de Ponent (Cataluña), con una tasa de 63,5 muertos por 100.000 habitantes. Es una de las principales causas de mortalidad en varones mayores de 64 años. En cuanto a la morbilidad, el asma es una de las causas más frecuentes de la restricción de la actividad (1,36%). En 1997 las enfermedades del aparato respiratorio fueron la tercera causa de hospitalización.

Una de las intervenciones y acciones prioritarias del Pla de Salut de Catalunya 1999-2001 es la elaboración y difusión de recomendaciones de práctica clínica para el abordaje de la afección respiratoria crónica, tanto para el asma (infantil y adulto) como para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)¹.

Dado que el asma es una afección crónica, resulta crucial proporcionar al paciente un tratamiento adecuado e información detallada para evitar las exacerbaciones².

El objetivo de la atención de enfermería es ayudar al paciente a recuperar su independencia en la satisfacción de las necesidades lo más rápidamente posible, para ello el profesional debe centrar sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia. Las personas con asma y EPOC, con reagudización grave de su enfermedad, presentan diversas manifestaciones de dependencia, que afectan a su grado de autonomía en mayor o menor grado³.

Varios estudios han evidenciado que en una población de personas asmáticas, la enfermedad solamente estaba bien controlada en un 20% de los pacientes. Los principales factores que contribuyen al buen control son: tener prescrito un tratamiento correcto y cumplirlo adecuadamente. Todo esto demuestra que identificar a los pacientes con asma y proporcionarles un tratamiento no basta para conseguir un buen control de la enfermedad, porque tam-

bién es necesario que los enfermos cumplan con las prescripciones terapéuticas.

Que los pacientes lleven a cabo el cumplimiento terapéutico implica que tomen los fármacos correctamente, eviten desencadenantes y que cambien el tratamiento en caso de deterioro físico; para ello es necesario que el profesional sanitario eduque e instruya en todas estas habilidades.

Se entiende por educación la enseñanza de conceptos y habilidades necesarios para que los pacientes cooperen en su tratamiento, pero sólo con información e instrucción no se consigue este objetivo; por tanto se puede establecer dos partes en el proceso educativo: transmisión de la información y adquisición de habilidades por parte del paciente, y producir un cambio de comportamiento⁴.

En esta publicación presentamos una planificación que permite realizar una educación sanitaria grupal. La propia interacción del grupo en sí mismo nos facilita poder abordar la complejidad del plan terapéutico que han de seguir los pacientes a los cuales nos dirigimos.

Los criterios de inclusión de pacientes en el grupo educativo fueron los siguientes: pacientes asmáticos en tratamiento con inhaladores que aceptaran formar parte de un grupo de educación sanitaria y que pudieran acudir a la consulta de enfermería dentro del horario establecido.

El programa educativo se llevó a cabo con un grupo de 15 pacientes. Se les informó sobre el contenido y la duración del programa. A cada uno de los integrantes del grupo se le realizó la valoración de las necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson para detectar necesidades educativas relativas a la habilidad de los pacientes en el uso de los inhaladores y en el manejo de las medidas de apoyo al tratamiento (anexo 1).

Programa educativo

Partiendo de la valoración realizada, definimos como diagnósticos de enfermería comunes a todos los integrantes del grupo:

1. Déficit de conocimientos sobre el uso de los inhaladores y de medidas de apoyo a su tratamiento relacionado con una nueva situación de salud, mala interpretación de la información y falta de habilidad en la técnica inhalatoria, manifestado por la realización incorrecta de la técnica inhalatoria y dificultad para llevar a cabo determinadas actividades de la vida diaria.

Para este diagnóstico de enfermería definimos:

Objetivo general. Cada integrante del grupo demostrará habilidad en el uso de los inhaladores en el plazo de dos meses.

Objetivos específicos.

– Compartirán todas las dudas que tienen sobre su enfermedad y tratamiento en el plazo de 3 semanas.

TABLA 1. Sesiones de educación sanitaria

Primera sesión	Se pasará encuesta de evaluación de conocimientos Contenido: ¿qué es el asma? Prácticas: determinar los conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento mediante diálogo abierto Preparación para la próxima sesión: cada paciente traerá el tratamiento que está realizando actualmente
Segunda sesión	Contenido: explicar diferentes medicaciones que se utilizan para el tratamiento del asma. Diferencias de los tratamientos (nebulizadores, polvo seco, inhaladores, etc.) Prácticas: organizar grupos según los diferentes tratamientos. Observar paso a paso cómo los pacientes se administran la medicación Identificar y poner en común aspectos a mejorar en la administración Documentación: folleto explicativo sobre el uso de inhaladores Próxima sesión: los pacientes traerán anotadas las dudas surgidas en la sesión anterior.
Tercera sesión	Contenido: mantenimiento y consejos sobre la utilización de los aerosoles Prácticas: técnica inhalatoria Cuestiones sobre el uso de inhaladores: – ¿Cómo saber cuando está vacío el inhalador? – Esperar un minuto entre una inhalación y otra – Higiene de la boca y del inhalador después de cada sesión – Llevar siempre encima un inhalador y tener otro de repuesto en casa
Cuarta sesión	Contenido: la capacidad pulmonar, sus modificaciones y la importancia que supone conocerla para poder controlar mejor su enfermedad ¿Qué es un <i>peak flow</i> ? Prácticas: utilización del <i>peak flow</i> y manejo de la gráfica del flujo espiratorio Documentación: hojas de seguimiento del flujo espiratorio Para la preparación de la siguiente sesión, los pacientes entregarán la hoja cumplimentada con los volúmenes de toda la semana
Quinta sesión	Recoger las hojas para determinar los valores normales de flujo espiratorio Contenido: revisión de los conocimientos adquiridos y si han influido en la adquisición de nuevos hábitos Práctica: valoración de los datos obtenidos sobre su gráfica de flujo espiratorio y explicación de las incidencias. Incorporar en la historia clínica del paciente la hoja de seguimiento del flujo espiratorio Documentación: tarjeta de seguimiento con los valores normales de flujo espiratorio
Sexta sesión	Contenido: identificar conjuntamente los agentes y circunstancias que provocan o agravan las crisis de asma y qué medidas han de adoptar para atenuar sus efectos Documentación: historietas de "Asma bajo control" Preparación de la siguiente sesión: traerán ropa cómoda ya que realizarán gimnasia
Séptima sesión	Contenido: explicar la importancia de la realización de ejercicios respiratorios y de relajación Prácticas: ejercicios respiratorios y de relajación
Octava sesión	Abrir debate sobre los conocimientos recibidos Para valorar la utilidad del programa se pasará por segunda vez la encuesta de conocimientos

- Reconocerán y manifestarán hacer un mal uso de la técnica de inhalación en el plazo de 3 semanas.
- Demostrarán el uso correcto del nebulizador (horarios, dosis, etc.) en el plazo de 3 semanas.
- Esperarán un minuto entre inhalaciones en el plazo de 4 semanas.
- Sabrán reconocer cuando está vacío el frasco de medicación en el plazo de 4 semanas.
- Seguirán correctamente todos los pasos en el plazo de 4-5 semanas.
- Aprenderán a usar el *peak flow* en el plazo de 5 semanas.
- Identificarán los agentes o circunstancias que provocan o agravan sus crisis de asma en el plazo de 7 semanas.

2. Riesgo de alteración de la mucosa oral relacionado con acumulación de restos de medicación.

Objetivo general. Los integrantes del grupo aplicarán las medidas de apoyo del tratamiento en su vida cotidiana en el plazo de dos meses.

Objetivos específicos.

- Manifestar su deseo de introducir cambios en su estilo de vida actual en el plazo de 4 semanas.
- Lavarse la boca después de aplicarse la medicación en el plazo de 4 semanas.
- Identificar los cambios que deben introducir en su vida para aumentar su grado de salud en el plazo de 7 semanas.
- Identificar las medidas de apoyo con las que cuentan en el plazo de 7 semanas.
- Manifestar haber modificado hábitos y haber aumentado su calidad de vida en el plazo de 8 semanas.

Secuencia de las sesiones educativas

Se programaron ocho sesiones impartidas con periodicidad semanal, con una duración de 2 h por sesión. Para su desarrollo se utilizó soporte técnico (vídeo, transparencias) y material educativo (*peak flow*, material fungible, etc.).

ANEXO 1

La valoración de las 14 Necesidades Básicas según modelo de Virginia Henderson.

	Manifestaciones de dependencia	Datos a considerar/Recursos
RESPIRAR		
<ul style="list-style-type: none"> Tos, expectoración Uso de recursos para mejorar la respiración 	<ul style="list-style-type: none"> Fumadores (falta de voluntad) Factores medio ambientales (climáticos, polución, laborales) (falta de conocimiento) 	<ul style="list-style-type: none"> Inhaladores
ALIMENTACIÓN		
ELIMINAR		
MOVERSE	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para llevar a cabo las Actividades de la Vida Diaria (AVD) (falta de fuerza y conocimiento) 	
DORMIR Y DESCANSAR	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para mantener el sueño (agotamiento diurno) (falta de conocimientos) 	<ul style="list-style-type: none"> Tos, sibilancias, disnea.
VESTIRSE		
HIGIENE		
<ul style="list-style-type: none"> Higiene bucal Limpieza de los utensilios utilizados en la administración del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Mal sabor de boca tras la aplicación del inhalador Limpieza incorrecta de cámaras y boquillas (falta de conocimientos) 	
MANTENER TEMPERATURA		
EVITAR PELIGROS	<ul style="list-style-type: none"> No utilización de recursos alternativos para prevenir crisis (higiene, cuidado de la casa, colchones, polvo, alfombras, etc.) (falta de conocimientos) 	
COMUNICACIÓN		
CREENCIAS Y VALORES		
REALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Decidir qué actividades realizar para mejorar su situación de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Cambios en las funciones fisiológicas.
RECREARSE		
<ul style="list-style-type: none"> Participa con interés en las actividades recreativas Conoce los recursos de la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para llevar a cabo determinadas actividades recreativas (falta de fuerza y conocimientos) 	<ul style="list-style-type: none"> Actividades preferidas: bailar, ir a la playa, jugar con los nietos,...
APRENDER	<ul style="list-style-type: none"> Utilización incorrecta de la técnica inhalatoria (falta de conocimientos) 	<ul style="list-style-type: none"> Bajo nivel de escolarización.

Se realizó una encuesta de evaluación de conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento al iniciar y al finalizar el programa de educación para evaluar los resultados.

Se consideró un mínimo de asistencia a las sesiones por parte de los pacientes de un 75% para poder evaluar los conocimientos adquiridos (tabla 1).

Resultados

Respondieron a la encuesta antes y después de la intervención educativa 15 personas, el 67%, mujeres y el 33%, varones. La media de tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes de nuestro grupo fue de 12 años (DE = 11), con un rango de 1-40 años.

En 9 (60%) casos existía un antecedente familiar de asma. El familiar era el padre en 4 casos, el abuelo, en 2 y algún hermano en un caso.

La sintomatología antes y después de la intervención está reflejada en la tabla 1. Antes de la intervención 5 (33,3%) enfermos decían no haber presentado ninguna crisis durante el último año y 3 (20%) decían haber presentado más de seis. Después de la intervención nadie había presentado más de 6 crisis y no presentaron ninguna 10 (66,7%; $p = 0,09$) pacientes. No hubo diferencias significativas entre antes y después de la intervención, en relación con el número de veces que fueron al hospital por el asma, ni en la primera actuación del paciente ante una crisis, ya que la mayoría tomó la medicación pautada.

Antes de la intervención, 2 (13,3%) pacientes fumaban, 11 (73,3%) no fumaban y 2 (13,3%) eran ex fumadores. Después de la intervención un fumador dejó el hábito tabáquico. Con relación a los animales de compañía, de la primera encuesta obtuvimos los siguientes datos: 4 (26,7%) tenían perros y 2 (13,3%) tenían pájaros; en la segunda encuesta sólo 1 (6,7%) tenía perro ($p = 0,09$) y 2 (13,3%) seguían teniendo pájaros ($p < 0,0001$).

En la tabla 2 se muestra qué elementos o situaciones se reconocen como causantes de un empeoramiento de la enfermedad. La vacuna de la gripe la recibieron 12 (80%) pacientes.

Antes de la intervención sabían lo que es una cámara espaciadora 7 (46,7%) pacientes y sabían lo que es el *peak flow* 3 (20%); después de las sesiones de educación sanitaria encontramos que 12 (80%) sabían qué es una cámara espaciadora y un *peak flow*.

Notaban picor en la garganta 9 (60%) pacientes, después solamente 3 (20%) ($p = 0,9\%$). Creían que hacían bien el tratamiento 13 (86,7%) frente a 12 (80%) después de la segunda encuesta ($p = 0,75$).

Se analizaron las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, mediante los datos obtenidos de la encuesta de conocimientos sobre el asma que se pasó a los pacientes previamente a la intervención educativa.

Evaluación

La evaluación global se basó en la observación continua de las habilidades adquiridas durante todas las sesiones. Los conocimientos adquiridos fueron valorados mediante la encuesta realizada al inicio y al final del programa. No obstante, la observación diaria desempeñó un papel importante en todo el desarrollo del programa, ya que de este modo se pudo personalizar e introducir cambios durante su desarrollo en función de las necesidades educativas específicas que fueron surgiendo.

Utilizar la metodología de trabajo del proceso de atención de enfermería contribuyó a que todas las actividades se llevaran a cabo de un modo sistemático y organizado, favoreciendo la rigurosidad del análisis y su valoración.

Es de esperar que en un futuro no muy lejano las enfermeras se impliquen más en la realización de programas de educación sanitaria acorde al pensamiento enfermero para así mantener en alza los valores en los cuales se fundamenta la profesión.

Discusión

La educación para la salud es la clave fundamental y el hilo conductor de todo el plan de cuidados. Potenciar la capacidad para autocuidarse es una de las mayores contribuciones que como profesional se puede hacer al bienestar del paciente y de su familia.

La persona con alteraciones respiratorias se enfrenta a una situación que, en la mayor parte de los casos, no es reversible. Debe cambiar por ello muchos de sus hábitos de la vida cotidiana: como renunciar al tabaco, reorganizar sus actividades y asumir sus limitaciones. Por eso, es necesario que la persona comprenda su problema de salud y tenga el apoyo de su entorno.

El seguimiento de las personas con afección respiratoria en las consultas de enfermería en atención primaria no está generalizado. Del mismo modo que se ha consolidado el seguimiento de pacientes con otras enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión, la obesidad, etc., se debe asumir la educación y el abordaje del paciente con alteraciones respiratorias, tanto de forma individual como grupal. La valoración de enfermería del paciente con alteraciones respiratorias siempre debe ser completa, continua y detallada¹², y su abordaje reportará beneficios, medidos en grado de salud y calidad de vida.

Bibliografía

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de la regió sanitària de costa de ponent 1999-2001. 1.ª ed. Marzo de 2000; p. 54-5.
2. Mariane P. Manejo del asma. Nursing 1998;5:9-14.
3. Subirana Casacuberta M, Jover Sancho C. Fuentes de dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con EPOC reagudizada. Enferm Clin 1998;6:229-35.
4. Soriano JB, Antó JM. Avances en asma. Ed. Merck Sharp & Dohme de España S.A. Barcelona: Edición Prous Science, 1999; p. 1-3.
5. Gonzalo Regues F, Glas Sanz C, Estrada Rodríguez JL, García-Norro FJ, et al. Alergia respiratoria en atención primaria. Barcelona: Ed. Edilesa, 1997.
6. Giner Donaire J, Calpena Irisarri M, Saiz Martínez L, Blanch Mur A. Sistemas de administración de fármacos por vía inhalatoria. Revista Rol de Enfermería 1997;224:74-8.
7. López Guillén A, Marqués Amat L. Uso de los medidores de flujo espiratorio máximo (FEM) en el asma. Arch Bronconeum 1994;30: 301-6.
8. Besora Torradeflot I, Chaure López I, Fernández Ferrín C, Jiménez Maroto AM, García Inarejos M, Luis Rodrigo MT, et al. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3.ª ed. Barcelona: Ed. Harcourt Brace, 1998.
9. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Ed. Masson S.A., 1998.
10. Priscilla Keddy G. Una vía directa para la terapia del asma. Enseña a su paciente a usar el inhalador con dosificador. Nursing 1998;3:24-6.
11. Aula D'Atención Primaria. L'Atenció d'infermeria a l'atenció primaria. Generalitat de Catalunya. 1.ª ed. Barcelona: Institut Català de la Salut, 1990.
12. Neumología en atención primaria. En: López Encuentro A, Martín Escribano P, editores. Madrid: Aula Médica S.A. Ediciones Almirall Prodesfarma, 1999.