

Creencias, actitudes y prácticas asociadas con la gravedad del asma en menores de 12 años

Jesús Alirio Peña¹
Ronald Gerardo García²
Laura Marcela Reyes^{1,2}
Franci Johanna Carrillo³
María del Pilar Gallardo³

Resumen

Introducción. Se ha informado una elevada prevalencia de asma infantil en Bucaramanga, con altos índices de consulta a urgencias y hospitalizaciones. Es indispensable estudiar los factores que se asocian con una mayor gravedad de dicha enfermedad y de sus crisis, para plantear estrategias efectivas que reduzcan su impacto.

Objetivo. Identificar las creencias, actitudes y prácticas socio-familiares asociadas con la gravedad del asma y de sus crisis, en una muestra de población pediátrica de Bucaramanga, Colombia.

Metodología. Se llevó a cabo un estudio transversal en menores de 12 años con crisis asmática que consultaron a dos servicios de urgencias en Bucaramanga. Se aplicaron cuestionarios para evaluar las creencias, actitudes y prácticas de los cuidadores del paciente con relación al asma y su tratamiento. Se analizó cuáles de los factores independientes se asociaban con la gravedad del asma y de sus crisis.

Abstract

Background: A high prevalence of childhood asthma in Bucaramanga associated with high rates of emergency room consulting and hospital admissions has been previously reported. It is essential to identify factors associated with a higher severity of the disease and its crisis, with the objective of developing effective strategies to reduce its impact.

Objective: To identify beliefs, attitudes and practices related with the severity of asthma and its crisis in a sample of children from Bucaramanga.

Methods: Patients less than 12 years old with asthmatic crisis, according to criteria defined by the Global Initiative for the Management of Asthma (GINA) were included in a cross-sectional study. The study was conducted in two emergency services on Bucaramanga. Questionnaires were implemented to identify beliefs, attitudes and practices related to asthma and its treatment. It was examined if the independent factors could be associated with the severity of asthma and its crisis.

1. Grupo PediaUDES, Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia.
2. Grupo VILANO, Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia.
3. Estudiante, Facultad de Medicina, Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia:
Jesús Alirio Peña, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Santander, Oficina UDES, Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros, Bucaramanga, Colombia. Teléfonos: 635-2543 y 651-6500, extensión 106
jealpena@gmail.com

CAP en asma

Resultados. Se incluyeron 41 pacientes. Se encontraron creencias erróneas sobre las causas del asma, como tener “debilidad de los pulmones” (71,1 %) y “falta de vitaminas” (64,1 %). Se hallaron altos porcentajes de acuerdo con enunciados errados sobre los tratamientos del asma como “tomar miel” (55,3 %) y “tomar antibióticos” (65,8 %). Los cuidadores de los participantes con una crisis asmática atribuyen la causa del asma, entre otras, a “la debilidad de los pulmones” y a “tomar bebidas frías cuando se está sudado”. No se encontraron diferencias significativas en las creencias, actitudes y prácticas de los cuidadores de los participantes según la gravedad del asma o de la crisis asmática actual.

Conclusiones. Una gran proporción de los cuidadores de los pacientes tiene conceptos erróneos sobre las causas del asma infantil y el manejo de sus síntomas. Estas creencias erróneas se encuentran con igual frecuencia en aquellos cuidadores de los pacientes con cualquier gravedad de crisis, por lo que posiblemente estén asociadas con dificultades para implementar un tratamiento continuo y adecuado de dicha enfermedad.

Palabras clave: asma infantil, creencias, actitudes y prácticas, crisis asmática.

Results: Forty one patients were included in the study. The most frequent mistaken beliefs about the cause of asthma were “weakness of the lungs” (71.1%) and “lack of vitamins” (64.1%). High percentages of agreement were also found with wrong statements about treatment, such as “honey consumption” (55.3%) and “antibiotics administration” (65.8%). Parents from children with asthma crisis believe that asthma is caused by, among others, by “weakness of the lungs” and “drinking cold beverages when the child is sweating”. No statistically significant differences were found regarding beliefs, attitudes and practices regarding the severity of asthma and its crisis.

Conclusions: A large proportion of parents from children with asthma have misconceptions about the causes of asthma and its treatment. These beliefs are frequent in those parents of children with asthma crisis, which suggest a possible association with difficulties on implementing an adequate and continuous treatment for this pathology.

Key words: Childhood asthma, beliefs, attitudes and practices, asthmatic crisis.

Introducción

En la tercera fase del *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC), los datos de Bogotá indicaron una prevalencia de asma de 10,4 % en el grupo de 6 a 7 años, y de 8,6 % en el grupo de 13 a 14 años¹. En un estudio conducido entre 1998 y el 2000, en seis ciudades de Colombia, entre ellas Bucaramanga, se encontró una prevalencia de 18,8 % de asma en la población infantil; la prevalencia fue casi el doble en niños menores de cuatro años (29 %) y Bucaramanga ocupó el segundo lugar de prevalencia, después de Medellín². Las estadísticas publicadas en Santander indican que en el 2005 el asma fue la cuarta causa de consulta de urgencias en niños menores de 12 años del régimen contributivo, y la sexta causa en niñas del mismo grupo³. Estos datos evidencian que las crisis asmáticas recurrentes son un importante problema de salud pública en esta región.

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas que tiene manifestaciones clínicas intermitentes, de gravedad variable, que son controlables con un tratamiento adecuado^{4,6}. Las creencias, actitudes y prácticas socio-familiares sobre el origen del asma o el efecto de los medicamentos que se formulan para su manejo, interfieren con el adecuado cumplimiento del tratamiento del niño asmático, lo que trae consigo complicaciones del cuadro clínico^{6,7}. Se ha reportado que el solo informar el diagnóstico de asma ocasiona un impacto emocional en el niño y sus familiares, que puede alterar su desarrollo psicológico y su desempeño físico⁸⁻¹⁰. También, se ha informado como consecuencia de dichas creencias, actitudes y prácticas, la inconveniente combinación de manejos médicos con tratamientos empíricos u

homeopáticos¹¹. Asimismo, debe tenerse siempre en cuenta, tanto en la génesis como en el control del asma infantil, la importancia de los factores ambientales¹².

Por todo lo anterior, es necesario contar con información de la ciudad de Bucaramanga en relación con las creencias, actitudes y prácticas socio-familiares que se asocian con la gravedad del asma infantil y de sus crisis; esta información permitiría plantear estrategias apropiadas de prevención educativa primaria y secundaria sobre dichos factores.

Metodología

Durante un periodo de 18 meses se llevó a cabo un estudio descriptivo-analítico de corte transversal, en el cual se incluyeron pacientes entre 1 y 12 años con diagnóstico de crisis asmática, atendidos en los servicios de urgencias o consulta prioritaria de dos instituciones de Bucaramanga, Colombia: el Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros y la Unidad Intermedia Materno-Infantil Santa Teresita. El estudio fue aprobado por el comité de ética de La Universidad de Santander, así como por los de las dos instituciones participantes.

Se incluyeron en el estudio niños con residencia de, al menos, un año en Bucaramanga y su área metropolitana, en quienes el médico tratante determinó el diagnóstico de crisis de asma, hiperreactividad bronquial, broncoespasmo recurrente o síndrome bronco-obstructivo recurrente sin causa clara especificada. Estos diagnósticos se encontraron consignados en las historias clínicas o en el Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud. Se excluyeron los pacientes con las siguientes características:

CAP en asma

enfermos cuyo estado de salud impidió el diligenciamiento de los formatos, aquellos en quienes se identificó otro diagnóstico que excluyó o hizo poco probable el de asma (fibrosis quística, tuberculosis pulmonar, micosis pulmonar, cuerpo extraño en vía aérea, malformaciones congénitas mayores, alveolitis pulmonar extrínseca, cardiopatía con flujo pulmonar aumentado, enfermedad por reflujo gastroesofágico, o síndromes de inmunodeficiencia congénitos o adquiridos).

A todos los pacientes elegibles, previa aceptación de participar en el estudio por parte de sus tutores y el paciente mediante consentimiento informado, se les hizo una historia clínica y examen un físico completo. Estos datos se consignaron en un cuestionario de recolección estandarizado. Además, se aplicaron encuestas en las que se consignó y evaluó el estrato socioeconómico, la historia de asma o atopia en familiares con primer grado de consanguinidad, la gravedad del asma, el número de medicamentos utilizados, la información recibida sobre el diagnóstico y sus implicaciones. Además, se exploraron antecedentes como tabaquismo materno en el embarazo, higiene en la vivienda, presencia de mascotas o de fumadores convivientes, síntomas infecciosos (fiebre, rinitis aguda, astenia, adinamia) durante la crisis y estado nutricional (sobrepeso u obesidad). También, se aplicó un recordatorio de la dieta de los últimos siete días. Todos estos datos se consignaron en el cuestionario de recolección estandarizado.

Se aplicó una escala previamente validada y aplicada acerca de las creencias que tienen los padres sobre los medicamentos de sus hijos¹³⁻¹⁵. Esta escala incluye 10 ítems de tipo Likert con cinco posibles respuestas (de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo), cinco que

valoran la percepción del padre acerca de la necesidad del tratamiento de su hijo y cinco sobre las preocupaciones que les genera a los padres el uso del medicamento. Se aplicó también una escala previamente validada sobre el cumplimiento de los padres del tratamiento de sus hijos^{14,15}. Esta escala incluye cuatro ítems en los que se expresa, por ejemplo: "A veces olvido darle los medicamentos a mis hijos". Finalmente, a los representantes legales de los niños se les aplicó un cuestionario previamente validado, para determinar sus creencias acerca de las causas del asma, los síntomas que la caracterizan y los tratamientos alternativos para disminuir sus síntomas^{15,16}. El cuestionario estaba dividido en tres partes, la primera con 34 preguntas acerca de las posibles causas del asma, la segunda con 47 preguntas acerca de los síntomas que caracterizan el asma, y la tercera con 64 preguntas sobre los tratamientos alternativos que disminuyen los síntomas del asma.

Un monitor revisó todos los cuestionarios de recolección para garantizar que hubieran sido diligenciados adecuadamente. Los errores detectados fueron reportados y corregidos utilizando las fuentes originales. Una vez recolectada toda la información, esta se digitó en una base de datos, dos veces, por personas y en tiempos diferentes. El análisis estadístico descriptivo incluyó el cálculo de medias con sus respectivas desviaciones estándar (DE). Se calcularon las frecuencias de los factores de interés en términos de proporción para los eventos dicotómicos, mientras que para las continuas se estableció el punto de corte teniendo en cuenta la significancia biológica y su definición conceptual.

La normalidad de la distribución de las variables se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk con una hipótesis nula asimétrica para

la distribución de frecuencias. Se determinó la diferencia entre los grupos en función de la variable dependiente con las pruebas de ji al cuadrado, t de Student o la de Mann-Whitney, según el tipo y la distribución de frecuencia de la variable. El análisis bivariado se fraccionó en criterios clínicos, socio-demográficos y de laboratorio, teniendo en cuenta factores asociados

con el paciente, el tratamiento y el sistema de atención. Debido al bajo número de participantes con crisis asmática grave, los pacientes con crisis asmática moderada y grave se agruparon para los análisis. Las modificaciones y los procedimientos estadísticos durante el análisis de los datos fueron conducidos en Stata 8.0 SE™.

Tabla 1.

Creencias reportadas por los cuidadores de los pacientes sobre las posibles causas de asma según la gravedad

Creencia	Gravedad del asma			p
	Intermitente (n=20) n (%)	Leve persistente (n=10) n (%)	Moderada persistente (n=10) n (%)	
Debilidad de los pulmones	11 (55)	7 (70)	8 (80)	0,524
Contaminación o aire sucio	19 (95)	8 (80)	10 (100)	0,298
Fumar cigarrillos	17 (85)	6 (60)	6 (60)	0,144
No tratar un resfriado	16 (80)	9 (90)	8 (80)	1,0
Ser fumador pasivo	13 (65)	6 (60)	7 (70)	0,769
Alergias	16 (80)	7 (70)	5 (50)	0,211
Pelo de animal	10 (50)	7 (70)	9 (90)	0,099
Polvo o suciedad	18 (90)	8 (80)	9 (90)	0,345
Exposición al clima frío	16 (80)	8 (80)	6 (60)	0,328
Cambios de clima	17 (85)	8 (80)	9 (90)	0,390
No estar bien abrigado en el clima frío	13 (65)	7 (70)	8 (80)	0,718
Virus	13 (65)	6 (60)	6 (60)	0,952
Tomar un baño mientras está resfriado	8 (40)	5 (50)	4 (40)	0,981
Tomar bebidas frías cuando se está sudado	9 (45)	6 (60)	7 (70)	0,609
Caminar descalzo en el piso frío	9 (45)	4 (40)	4 (40)	0,750
Mojarse mientras está sudado	7 (35)	6 (60)	3 (30)	0,555
Tener sobrepeso u obesidad	5 (25)	3 (30)	2 (20)	0,746
Exceso de ejercicio	4 (20)	1 (10)	1 (10)	1,0
Crisis de nervios	5 (25)	2 (20)	3 (30)	1,0
Emociones fuertes	4 (20)	1 (10)	3 (30)	0,715
Vivir en una casa sucia	16 (80)	6 (60)	7 (70)	0,528
Tener anemia	3 (15)	2 (20)	2 (20)	0,853
Falta de vitaminas	12 (60)	5 (50)	7 (70)	0,668
Bañarse mucho	5 (25)	2 (20)	5 (50)	0,053

CAP en asma

Resultados

Entre mayo del 2009 y octubre del 2010, cuando debió suspenderse el estudio por el cierre de los servicios de urgencias y hospitalización pediátricos del Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros, se incluyeron 41 pacientes con edad promedio de 5,9 años (DE=3,2) y

una evolución de la sintomatología de 2,2 días (DE=3,4). Entre los sujetos incluidos se encontraron 23 de sexo masculino (56,1 %) y 18 de sexo femenino (43,9 %).

Los síntomas más comúnmente reportados por los pacientes fueron: tos (95,1%), disnea (82,9%) y rinorrea (70,7 %). Al clasificar los pacientes

Tabla 2.

Creencias reportadas por los cuidadores de los pacientes sobre las posibles causas de asma según la gravedad de la crisis asmática actual

Creencia	Gravedad de la crisis		p
	Leve (n=19) n (%)	Moderada y grave (n=22) n (%)	
Debilidad de los pulmones	9 (47,4)	18 (81,8)	0,008
Contaminación o aire sucio	16 (84,2)	22 (100)	0,091
Fumar cigarrillos	13 (68,4)	17 (72,3)	0,731
No tratar un resfriado	16 (84,2)	18 (81,8)	0,576
Ser fumador pasivo	13 (68,4)	14 (63,6)	0,491
Alergias	15 (78,9)	14 (63,6)	0,716
Pelo de animal	10 (52,6)	17 (72,3)	0,092
Polvo o suciedad	17 (89,5)	19 (86,4)	1,0
Exposición al clima frío	13 (68,4)	18 (81,8)	0,101
Cambios de clima	15 (78,9)	20 (90,9)	0,141
No estar bien abrigado en el clima frío	12 (63,2)	17 (72,3)	0,257
Virus	13 (68,4)	13 (59,1)	0,821
Tomar un baño mientras está resfriado	7 (36,8)	10 (50,0)	0,492
Tomar bebidas frías cuando se está sudado	7 (36,8)	16 (72,7)	0,011
Caminar descalzo en el piso frío	6 (31,6)	12 (54,5)	0,105
Mojarse mientras está sudado	7 (36,8)	10 (45,4)	0,492
Tener sobrepeso u obesidad	6 (31,6)	4 (18,2)	0,243
Exceso de ejercicio	4 (21,1)	2 (9,1)	0,279
Crisis de nervios	5 (26,3)	6 (27,3)	0,588
Emociones fuertes	5 (26,3)	4 (18,2)	0,711
Vivir en una casa sucia	14 (73,7)	16 (72,7)	0,613
Tener anemia	3 (15,8)	5 (22,7)	0,307
Falta de vitaminas	10 (52,6)	15 (68,2)	0,131
Bañarse mucho	5 (26,3)	7 (31,8)	0,407

según la gravedad del asma, se encontró que 20 (48,8 %) presentaban asma intermitente, 10 (24,4 %), asma leve persistente, 10 (24,4 %),

asma moderada persistente y solo uno (2,4 %), asma grave persistente. Además, al determinar la gravedad de la crisis asmática al momento de la

Tabla 3.

Creencias reportadas por los cuidadores de los pacientes sobre los posibles tratamientos que sirven para una crisis asmática

Creencia	Gravedad de la crisis		p
	Leve (n=19) n (%)	Moderada y grave (n=22) n (%)	
Medicamentos administrados por el doctor	19 (100)	20 (90,9)	0,525
Ir al hospital	16 (84,2)	19 (86,4)	0,636
Tratar de calmarse	11 (57,9)	9 (40,9)	0,314
Hacer ejercicios de respiración	10 (52,6)	7 (31,8)	0,395
Tomar vitaminas	7 (36,8)	10 (55,6)	0,317
Tomar líquidos	9 (47,4)	10 (50)	1,0
Tomar miel	8 (42,1)	13 (59,1)	0,203
Rezar	7 (38,9)	9 (40,9)	0,899
Tomar antibióticos	11 (57,9)	14 (63,6)	0,899
Tomar té de menta	2 (10,5)	4 (18,2)	0,389
Consumir ajo	2 (10,5)	0	0,257
Untarse eucalipto o mentol	8 (42,1)	9 (45)	0,973
Frotar la espalda y el pecho del niño con alcohol	3 (15,8)	2 (9,1)	0,50
Ir a un yerbatero	1 (5,3)	2 (9,1)	0,543
Poner agua caliente en el pecho	1 (5,3)	1 (4,5)	0,743
Frotar el pecho del niño con Vick-Vaporub®	8 (42,1)	10 (45,4)	0,726
Ponerle al niño una camiseta roja	1 (5,6)	4 (18,2)	0,151
Dar de comer "coquitos" al niño	2 (10,5)	6 (27,3)	0,176
Dar de beber aceite de tiburón	4 (21,1)	6 (27,3)	0,440
Dar de beber menta con leche	2 (10,5)	2 (9,1)	0,655
Comer gelatina de pata con Pony Malta®	2 (10,5)	3 (13,6)	0,5
Si no se trata el asma, se puede convertir en bronquitis	12 (63,2)	17 (72,3)	0,481
Si no se trata el asma, una persona se puede morir	15 (78,9)	20 (90,9)	0,204
Si no se trata el asma, se puede convertir en neumonía	11 (57,9)	18 (81,8)	0,519
Si no se trata el asma, se puede curar sola	5 (26,3)	2 (9,1)	0,598

CAP en asma

Tabla 4.

Puntajes promedio de nivel de acuerdo en el cuestionario de creencias de cuidadores relacionadas con los tratamientos recibidos por el niño según la gravedad de la crisis asmática*

Creencia	Gravedad de la crisis		p
	Leve (n=19) n (%)	Moderada y grave (n=22) n (%)	
Los inhaladores pueden producir dependencia o adicción.	2,9	3,6	0,142
Los inhaladores pueden tener un efecto en el corazón o pueden dañarlo.	2,9	3,5	0,129
No es bueno para un niño utilizar el inhalador por mucho tiempo.	3,7	3,6	0,989
Una vez terminada la crisis asmática y el niño deja de toser, el inhalador y los medicamentos deben suspenderse.	3,5	3,5	0,885
Los niños con asma solo deben usar los medicamentos cuando tiene síntomas (tos, congestión o sibilancias).	3,2	3,3	0,763
Es mejor utilizar los inhaladores sin la cámara espaciadora para que los medicamentos lleguen directamente a los pulmones.	2,7	2,5	0,553
La causa principal del asma es la inflamación de la vía aérea.	3,3	3,4	0,646
Los padres deberían pedirles a los médicos que les digan a los profesores que su hijo no debería participar en las actividades deportivas.	2,9	2,7	0,565
Los niños que tienen asma no deberían correr.	2,3	2,8	0,193
Cuando un niño tiene un ataque de asma es mejor ir a la sala de emergencias así los síntomas sean leves.	3,7	3,6	0,594
Los ataques de asma pueden ser prevenidos si las medicaciones se toman así no haya síntomas entre las crisis.	3,5	3,5	0,992
Si el padre de un niño con asma fuma por fuera de la casa, esto no afectará la salud de su hijo.	2,8	2,8	0,974
Si a un niño con asma le da gripa, debe utilizar el inhalador así no tenga tos o sibilancias.	3,1	3,1	0,917
Algunos medicamentos para el asma no funcionan a menos que se usen diariamente.	2,8	2,9	0,766

Tabla 4. *Un mayor puntaje indica un mayor acuerdo con el enunciado.

inclusión al estudio, se encontró que 19 (46,4 %) de los sujetos presentaban una crisis asmática leve, 19 (46,4 %), una crisis moderada y tres (7,3 %) una crisis grave.

Al evaluar las principales creencias relacionadas con las causas del asma, se encontró un alto porcentaje para creencias erróneas como tener “debilidad de los pulmones” (65,8 %), “tomar bebidas frías cuando se está sudado” (56,1 %) y “falta de vitaminas” (61,0 %), entre otras (tablas 1 y 2). En cuanto a las creencias relacionadas con posibles tratamientos efectivos para el asma, se encontraron altos porcentajes de acuerdo con enunciados errados como “tomar líquidos” (50 %), “tomar miel” (55,2 %), “tomar antibióticos” (65,7 %) y “frotar el pecho del niño con Vick-Vaporub®” (45 %). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con respecto a los tratamientos para el asma (tabla 3). Por último, no se encontró ninguna diferencia significativa en el cuestionario de creencias de cuidadores relacionadas con los tratamientos recibidos por el niño, entre los cuidadores de aquellos sujetos con una crisis asmática moderada y grave, en comparación con los de sujetos con crisis leve (tabla 4).

Discusión

La mayoría de los padres tiene creencias erróneas sobre las causas del asma infantil, que adjudica sus síntomas a una reacción aguda y temporal a eventos externos y no como una verdadera enfermedad crónica. Shivbalan, *et al.*⁹, en India, trabajaron con información obtenida de los cuidadores, en especial madres y padres biológicos, de niños con edades entre 2 y 13 años, y encontraron que 36 % pensaba que el asma es una enfermedad contagiosa, 57 % creía que el arroz

y el aceite causan asma, y 82 % creía que el tratamiento de inhalación es eficaz. Hazir, *et al.*⁶, en Islamabad, Pakistán, estudiaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la etiología, el tratamiento y el pronóstico del asma entre los padres de niños asmáticos que acudían a dos hospitales pediátricos, y encontraron que sólo el 39 % sabía lo que significaba el asma, que el 26 % pensaba que el asma era contagiosa, y que el 35% creía que es hereditaria; muchos padres relacionaban varios artículos alimenticios como factores desencadenantes y más de la mitad administraba algún medicamento, por lo general para la tos, antes de acudir a un hospital; un tercio de ellos opinó que la enfermedad desaparece con la edad. Gutiérrez y Chavarría¹¹, en Costa Rica, encuestaron a padres de niños de 1 a 12 años, con diagnóstico de asma en la Sala de Nebulizaciones del Hospital Nacional de Niños de San José, y encontraron que sólo el 43 % había tenido control médico regular, que los padres combinaba los medicamentos con remedios caseros y otros, que también combinaban homeopatía con alopátia con el deseo de disminuir los síntomas, y aun cuando la mayoría nunca asistió a cursos de prevención y educación sobre asma, muchos de ellos conocían sobre signos y síntomas de la enfermedad y deseaban adquirir más conocimiento al respecto.

En estos trabajos se evidencia que padres y madres poseen poco conocimiento sobre el asma y sus complicaciones, así como la existencia de variantes regionales y locales en las creencias y prácticas erradas de alta prevalencia con relación al asma infantil y su tratamiento. También, se han informado creencias sobre los medicamentos inhalados, referidas por los padres, como son la “dependencia a largo plazo” y problemas “cardíacos”¹², que interfieren con el uso de los medicamentos. Se requieren programas

CAP en asma

educativos enfatizados en impartir conocimientos y actitudes adecuadas, para corregir las creencias erróneas identificadas, como una de las herramientas básicas del manejo primario del asma infantil^{6,9,10}.

En el presente estudio en Bucaramanga, que presenta limitaciones por el reducido número de participantes, conocimientos, actitudes en especial con crisis graves (solo hubo tres pacientes y uno de ellos no diligenció la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas), se evidenció que al igual que en los trabajos ya mencionados de otros países, en los cuidadores de pacientes pediátricos había una alta frecuencia de uso de manejos empíricos e inadecuados de los síntomas y las crisis de asma, que incluyen distintos tipos de bebidas y miel, fricciones y antibióticos, algunos de los cuales podrían empeorar la gravedad de la crisis y desplazan en el manejo a las medidas y los medicamentos adecuados.

Un número considerable de los padres y cuidadores de pacientes pediátricos con asma no adecuadamente controlada, quienes desarrollan crisis que requieren consultar a urgencias, no creen en la necesidad y efectividad del tratamiento continuo preventivo con medicamentos controladores, lo cual interfiere con la observancia del tratamiento medicamentoso por el tiempo adecuado de una enfermedad crónica como el asma infantil. No se encontraron diferencias significativas en las creencias, actitudes y prácticas con relación a la gravedad del asma y de las crisis, quizás debido al número escaso de pacientes y a incluir solo pacientes de consulta a urgencias (por definición sin control adecuado).

En conclusión, una gran proporción de los cuidadores de los pacientes tiene conceptos erróneos sobre las causas del asma infantil y el manejo de sus síntomas. Estas creencias erróneas se encuentran con igual frecuencia en aquellos cuidadores de los pacientes con cualquier gravedad de crisis, y pueden estar asociadas con dificultades para implementar un tratamiento continuo y adecuado de dicha enfermedad. Es recomendable, dada la alta prevalencia de la enfermedad analizada en Bucaramanga y Colombia, realizar estudios con un mayor número de pacientes e instituciones, que permitan detectar en forma más precisa las creencias y prácticas desfavorables en nuestra región. Esto contribuirá a desarrollar estrategias de educación a la población general sobre el asma infantil, sus causas, las medidas caseras recomendadas y contraindicadas, así como la importancia de su tratamiento médico preventivo, prolongado y supervisado.

Agradecimientos

A Esther María Hernández, médica pediatra, PediaUDES, por su colaboración en el diseño del estudio y revisión, y a los internos o egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santander: Gisela Hernández, Jenny Marcela Jiménez, David Ramírez, Ana Xiomara Castañeda y Mónica Andrea Cruz, por su colaboración en la adaptación de los cuestionarios, recolección de pacientes y base de datos.

Conflictos de interés

Este artículo es producto de la docencia; su autor principal es empleado de la Universidad de Santander UDES.

Referencias

1. Camelo-Nunes C, Sole D. Prevalencia del asma. En: García E, Caraballo I, editores. Asma. Bogotá: Panamericana; 2005. p. 77.
2. Dennis R, Caraballo I, García E, Caballero A, Aristizábal G, Córdoba H, et al. Asthma and other allergic conditions in Colombia: A study in six cities. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2004;93:568-74.
3. Observatorio de salud pública de Santander. Indicadores de morbilidad basados en registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) año 2005. Publicado en octubre 2006. Accesible en línea en http://saludsantander.gov.co/web/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=120&Itemid=3, (Consultado en octubre del 2008).
4. National Asthma Education and Prevention Program. Pathogenesis and definition. Expert Panel Report 2: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. NIH publication No 97-4051. Washington, D.C.: NIH; 1997. p. 7-12.
5. Global Initiative for Asthma (GINA). What is known about asthma? On pocket guide for asthma management and prevention in children 5 years and younger. NIH Publication. 2009. Fecha de consulta: 20 de marzo de 2010. Disponible en : [http://www.ginasthma.org/uploads/users/files/GINA_Under5_Pocket_2009\(1\).pdf](http://www.ginasthma.org/uploads/users/files/GINA_Under5_Pocket_2009(1).pdf).
6. Hazir T, Das C, Piracha F, Waheed B, Azam M. Career's perception of childhood asthma and its management in a selected Pakistani community. *Arch Dis Child*. 2002;87:287-90.
7. Lora-Espinosa A. Adherencia al tratamiento del asma en el paciente pediátrico y sus cuidadores. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7:S97-105.
8. Rand CS. Adherence to asthma therapy in the preschool child. *Allergy*. 2002;57:48-57.
9. Shivbalan S, Balasubramanian S, Anandnathan K. What do parents of asthmatic children know about asthma: An Indian perspective. *Indian J Chest Dis Allied Sci*. 2005;47:81-7.
10. Furman SN. Asthma myths: Fact or fiction? A review. *Curr Allergy Clin Immunol*. 2005;18:17-26.
11. Gutiérrez R, Chavarría JF. Conocimientos y actitudes de los padres de niños asmáticos en relación al asma de Costa Rica. *Rev Méd Hosp Nac Niños (Costa Rica)*. 2000;35:5-11.
12. Lanphear B, Kahn R, Berger O, Auinger P, Bortnick SM, Nahhas RW. Contribution of residential exposures to asthma in US children and adolescents. *Pediatrics* 2001. Fecha de consulta: 20 de marzo de 2010. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/107/6/e98>.
13. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psych Health*. 1999;14:1-24.
14. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res*. 1999;47:555-67.
15. Conn KM, Halterman JS, Lynch K, Cabana MD. The impact of parents' medication beliefs on asthma management. *Pediatrics*. 2007;120:521-6.
16. Pachter LM, Weller SC, Baer RD, de Alba García JE, Trotter RT 2nd, Glazer M, et al. Variation in asthma beliefs and practices among mainland Puerto Ricans, Mexican-Americans, Mexicans, and Guatemalans. *J Asthma*. 2002;39:119-34.