

Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez”

Facultad de Cultura física.

Departamento: Ciencias Aplicadas.

Título: Tratamiento del asma bronquial persistente moderada en niños y niñas de 7 a 9 años de edad a través de un Plan de Intervención profiláctico y Terapéutico.

Autor: Lic. Yamilet López Caleo.

MSc. Gerardo Fernández Menéndez.

MSc. Fernando Calero Leyva

[2010/2011]

Resumen.

La misión barrio adentro deportiva al realizar el diagnóstico en enero del 2008 para trazar la estrategia de servicios de la Cultura Física a brindar en la comunidad San Antonio del Golfo; municipio Mejía, estado de Sucre, Venezuela, constató que el asma era la patología de mayor incidencia en las edades comprendidas entre 0 y 15 años.

Dándole cumplimiento al programa nacional de atención y prevención del asma bronquial se desarrolló un diseño pre-experimental con pretes-postest para un solo grupo seleccionado intencionalmente. La muestra fue de 15 pacientes asmáticos moderados; entre 7 y 9 años de edad, con el objetivo de aplicarles el Plan de Intervención Terapéutico y Profiláctico(PITP) para disminuir la severidad de la sintomatología. En el periodo comprendido entre Febrero y Noviembre del 2008.

El PITP esta compuesto por la unión y selección de ejercicios de varias técnicas del Programa cubano de las áreas terapéuticas de cultura física para la atención y prevención del asma bronquial; así como técnicas cubanas del MINSAP para la eliminación de las secreciones, donde se incluyen además la medicación correspondiente, charlas educativas, y la técnica cubana educativa participativa “Debo, puedo y quiero hacer” del MINED. Todo lo anterior trajo consigo la disminución en severidad de la sintomatología.

INTRODUCCIÓN

El programa nacional de barrio adentro comprende la atención y prevención del asma bronquial que ha constituido desde tiempos inmemoriales un azote para la humanidad. En las cifras dadas por la Organización Mundial de la salud son millones las personas conmovidas anualmente por esta enfermedad, y las conjeturas de las perspectivas futuras son que continúe en ascenso. La Oficina Panamericana de Salud enfatiza que entre los factores de riesgo se encuentra el nivel de vida, cambios bruscos de temperatura, hacinamiento, deficiencias sanitarias de ventilación, hábito de fumar de padres, altas concentraciones de humo y sustancias gaseosas corrosivas, la desnutrición, inmadurez inmunológica de los niños entre otros. Las infecciones respiratorias agudas son responsables de la muerte de cerca de 4 millones de niños por año, principalmente en países en vías de desarrollo ; el asma se observa en todas las razas, estratos sociales y regiones del orbe, puede afectar personas de cualquier edad y sexo. En Venezuela la Corporación de Salud y Asistencia Social en el año (1999) las estadísticas recopiladas del departamento de Epidemiología a nivel central señalan que dentro de las primeras cinco (5) causas de morbilidad - mortalidad, se encuentran las infecciones respiratorias agudas, entre ellas el Asma Bronquial que ocupa el primer lugar como padecimiento respiratorio crónico

Es por ello que podemos encontramos notables investigaciones; como las realizados en el Distrito Zamora,...los datos estadísticos emanados por el Departamento de Coordinación Municipal de Epidemiología en 1999, indicaron que las cifras de morbilidad y mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas en niños, alcanzó a 18.159 casos, pudiéndose denotar un promedio de 1.513 casos mensuales. En ese mismo orden los casos presentadas en el Distrito Sanitario N ° III de Villa de Cura, las cifras alcanzaron a 2.702 casos mensuales, (el Departamento de Epidemiología en 1999), observo que las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) pueden considerarse un problema de Salud Pública en Venezuela, en esta investigación establecen la relación del asma en los niños, con factores de riesgos como la contaminación ambiental, el clima, entre otros.

Estos factores comprobados por varios autores nos dan la posibilidad de buscar alternativas, basada en el establecimiento de medidas higiénico-sanitarias del estilo de vida y de factores que pueden estar sujetos a ser modificados por el individuo con vista a disminuir o atenuar los efectos adversos de las crisis asmáticas sobre el organismo.

Mediante la Misión Barrio Adentro; en Venezuela se están buscando y llevado ha cabo vías y fórmulas para la ejercitación de las actividades físicas en los pacientes asmáticos. Con el apoyo e integración de las misiones, para dar respuesta a las demandas; creando nuevos espacios. El desarrollo de esta forma de terapia tuvo su auge después de la incorporación de las misiones barrio adentro; tomando como referencia los excelentes resultados obtenidos en Cuba en este tipo de terapia integral; así como la gran experiencia de los especialistas de la misión barrio adentro médica y deportiva en dicho tratamiento se decidió aplicar este el Plan de Intervención Terapéutico y Profiláctico con vistas al tratamiento del asma bronquial.

DESARROLLO

Beneficiar a niñas y niños asmáticos que no pueden llegar a recibir tratamiento en los centros especializados terapéutico, como consecuencias de condicionantes de tipo económico, estructural u organizativo como son: Lejanía gran de los centros especializados de rehabilitación; la no siempre disponibilidad de un adulto que los lleve, incompatibilidad entre el horario escolar y el horario de funcionamiento de los centros terapéuticos, déficit presupuestario para asumir la logística, entre otros.

Específicamente por la importancia que para los niños asmáticos presenta la realización de la actividad física sin desvincularse del medio en que se desarrolla, logrando así una compenetración mayor entre sus compañeros; contribuyendo a la presencia de una mejor calidad de vida y una incorporación lo más completa posible a la sociedad en el futuro, resultando lo anteriormente expresado la solución que se propone para el mejor desarrollo y desenvolvimiento del niño asmático dentro del contexto comunitario.

El ejercicio físico terapéutico aumenta la necesidad de absorber oxígeno y eliminar anhídrido carbónico para ello necesita que aumente la profundidad de la inspiración, con el ejercicio se incrementa la necesidad del intercambio gaseoso incrementando la frecuencia respiratoria. Al aumentar la ventilación se eleva el gasto cardiaco por lo que se incrementa la circulación en los capilares pulmonares.

El desarrollo de actividades físicas debe comenzarse desde edades tempranas, más cuando se sabe que los hábitos de vida se adquieren durante la infancia. Todo este desarrollo favorece a la prevención del asma bronquial y a su vez preparar las vías respiratorias para enfrentar mucho más fortalecido sus músculos la posible crisis de asma. (Stireling, 2001)

Cuando hablamos de los diferentes beneficios que reporta la práctica de la actividad física controlada nos vemos obligados hacer mención a Braunwald, 1989 quien en su artículo “La actividad deportiva y el asma” hace referencia a un grupo de ellos. Por la

importancia que posee su conocimiento por parte de los asmáticos, así como por los familiares que generalmente están junto a ellos, que tan decisivo rol juegan en sus vidas se hace referencia a ellos: Aumento de la tolerancia al ejercicio; disminución de las repercusiones del asma, sensación subjetiva de mejora, aumento de la confianza en uno mismo, mayor independencia social, mejora de la condición física, del conocimiento del esquema corporal, disminución de la exención de clases o del trabajo, mayor integración en el grupo y disminución de la dosis medicamentosa.

La rehabilitación pulmonar o respiratoria apoya al tratamiento médico convencional ya que posibilita: alcanzar el máximo grado de autonomía e independencia; disminuir la disnea, incrementar la capacidad de ejercicios, mejor control de los síntomas, optimización de la función pulmonar, mejora de la capacidad de esfuerzo, mayor control de los factores psicosociales que modulan la enfermedad y con ello mejorar la calidad de vida.

FUNDAMENTACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICO Y PROFILÁCTICO (PITP).

En el presente plan se hallan los conocimientos que exponen una visión más amplia e integral de la atención al paciente asmático, a partir de la intervención del ejercicio físico, como terapia no farmacológica, que le permita al profesional realizar una intervención más efectiva sobre la base de los conocimientos expuestos y tomar decisiones acertadas con relación a la planificación, organización y aplicación de ejercicios de cultura física terapéutica, para contribuir con las otras acciones de salud que se le tributan a este paciente para controlar la frecuencia y severidad de sus crisis de asma y de esta forma mejorar su calidad de vida.

Las orientaciones, recomendaciones y normas están sustentadas en el quehacer diario de los profesionales de la cultura física; rehabilitación física, así como la Medicina General Integral (M.G.I) y constituyen experiencias de avanzada en la aplicación del ejercicio físico en la atención a los pacientes asmáticos.

La premisa fundamental del Plan de Intervención Terapéutico y Profiláctico que es la propuesta, se sustentó en que los niños y niñas que padecen de asma bronquial puedan

aprender a disminuir la severidad de la sintomatología de la enfermedad. A la vez que se desarrolla las distintas fases que componen la intervención, se propicia una cultura higiénica sanitaria elemental encaminada a mejorar la capacidad funcional del sistema cardio-respiratorio.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA:

Adquirir conocimientos en el manejo de la enfermedad; modificar el comportamiento ante las crisis asmáticas, elevar la condición física de los pacientes asmáticos, aumentar el tiempo intercrisis, y colaborar en la reducción del consumo de medicamentos.

Datos generales.

DATOS	I FASE	II FASE
Duración.	2 meses.	7 meses.
Intensidad.	40 - 50 %	50 – 60 %.
Frecuencia.	5 F/ semanales..	5 F/ semanales.
Volumen.	30 – 40 min.	40 – 60 min.
Carácter de los objetivos.	Educativos y de acondicionamiento para pasar a la segunda fase.	Desarrollo y mantenimiento.
Actividades.	Ejercicios de relajación. Drenaje postural. Ejercicios de reeducación respiratoria. Charla educativa.	Charlas educativas. Ejercicios de movilidad articular. Drenaje postural. Ejercicios de reeducación respiratoria. Ejercicios de fortalecimiento muscular. Ejercicios de desarrollo de la resistencia

Técnica participativa aeróbica.

educativa.

Ejercicios de relajación.

Técnica participativa educativa.

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un diseño pre-experimental para un solo grupo seleccionado intencionalmente; el cual estará sometido a los efectos de la variable independiente y un análisis intra-grupo, con un pre-test y pos-test, aplicado en un período de 9 meses.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

La investigación se desarrolló en la comunidad San Antonio del Golfo; municipio Mejía, Estado Sucre, Venezuela en el período comprendido entre los meses de Febrero a Noviembre del 2008. Donde la misión barrio adentro deportiva de dicha comunidad al recoger los datos e informaciones necesarios para diseñar la estrategia de servicios a brindar; en Enero del 2008 constato la existencia de 289 asmáticos diagnosticados por los especialistas en neumología pediátrica, que representa el diez por ciento del total de habitantes; siendo el asma bronquial la patología de mayor incidencia en las edades comprendidas entre cero y quince años con un 66,4% de incidencia; donde el asma persistente moderada predomina. Con una mayor manifestación en el grupo etáreo de siete a nueve años de edad, en un 48,4 %.

La selección de la muestra se realizó de forma intencional entre los asmáticos existentes en la comunidad San Antonio del Golfo, teniendo en cuenta el por ciento de incidencia de este grupo etáreo que mencionamos anteriormente; además de que cumplieran con los requisitos de inclusión; en busca de la mayor homogeneidad posible en la muestra.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

El comportamiento de la prueba de esfuerzo broco-dinámico, en el mes de Marzo del 2008, el 73% de la muestra estaba evaluado de mal y el 27% de regular, donde no hay ningún caso evaluado de bien. Mostrando que el ejercicio actuaba como estímulo de la

limitación al flujo aéreo y era uno de los principales desencadenantes de asma, evidenciado por el porcentaje elevado de niños asmáticos con bronco-constricción inducida por el ejercicio, bien como único desencadenante o bien asociado a otros estímulos. Ya en la prueba realizada en el mes de Noviembre del 2008 se observa que solo el 7% del total de la muestra esta evaluada de mal; con un incremento a un 60% los evaluados de regular y aparece un 33% de la muestra evaluado de bien producto de los procesos de adaptación que ocurren en el organismo al aplicar ejercicios físicos y cargas adecuadas para dicha patología.

El 14% de la muestra que consumía medicamentos del grupo B (medicamentos de rescate) pasa a consumir medicamentos del grupo medicamentoso A (medicamentos de mantenimiento) ocurriendo un aumento del consumo de este grupo medicamentoso de un 73% a un 87%, lo que es muy favorable para la salud ya que este grupo produce menos efectos secundarios porque en el no se consumen esteroides que son el medicamento que mayores efectos secundarios produce en el tratamiento como pueden ser: (perdida o aumento ligero de peso; cólicos, acidez o indigestión, decaimiento, dolores musculares y articulares severos entre otros) y que en el caso del grupo B medicamentoso si se consume.

Donde ocurrió una reducción de este grupo de un 27% a un 13%. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en cuanto al comportamiento de la severidad de la sintomatología después de la aplicación del Plan de Intervención Terapéutico y Profiláctico, se puede ver que los pacientes asmáticos intervenidos tuvieron resultados favorables al obtener una disminución de la severidad de la sintomatología, encontrando el 73% de la muestra en el estadio leve persistente y un 20% en el estadio intermitente. Lo que evidencia que se ha presentado mejoría en un 93% de la muestra después de aplicado dicho PITP.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos durante el proceso de rehabilitación mediante la aplicación del Plan de Intervención Terapéutico y Profiláctico los pacientes asmáticos intervenidos tuvieron resultados favorables, podemos afirmar que: Se redujo la severidad de la sintomatología en comparación con las presentadas al inicio del tratamiento, así como cuantitativamente el uso de las dosis medicamentosas. Además, la intervención de ejercicios físicos profilácticos y terapéuticos favoreció el fortalecimiento de los músculos respiratorios accesorios, permitiendo que el grado de disnea disminuyera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, S.D. (1985). Issues in exercise-induced asthma, *J. Allergy Clinimmunology*, (76), 763-772.

Díaz de los Reyes, S.M. (1999). *Actividad Física Terapéutica en las enfermedades obstructivas respiratorias*. Colombia.

Pérez Lozano, A. (1984). “Prueba del ejercicio en el diagnóstico del asma”, *Alergia*. 31: 27.

Reporte de consenso internacional sobre diagnóstico y tratamiento del asma.

Sociedad Mexicana de Alergia e Inmunología. México, D. F.

