

---

# CARTAS AL EDITOR

---

## **Eficacia de una intervención educativa en el control de asma infantil**

*Señor editor:* el asma constituye un problema de salud pública a nivel nacional y mundial que impacta en el gasto del sector salud en la atención hospitalaria. Sin embargo, el control deficiente del asma también disminuye la calidad de vida del paciente.<sup>1</sup> De los factores relacionados con el control de dicho padecimiento, la falta de conocimientos de los padres destaca que 20% no sabe con certeza qué es el asma, cómo controlarla, ni el uso adecuado de dispositivos.<sup>2</sup> Un metaanálisis sobre intervenciones educativas para asma infantil concluyó que los programas educativos de asma requieren ser evaluados en función de la mejoría en el control.<sup>3</sup>

Estas intervenciones educativas, sobre todo en Estados Unidos y Europa, son llevadas a cabo por “educadores en asma” que por lo general son enfermeras o inhaloterapistas que cuentan con programas de educación continua para el paciente y su familia, mostrando eficacia real en el control de asma de sus pacientes.<sup>4</sup>

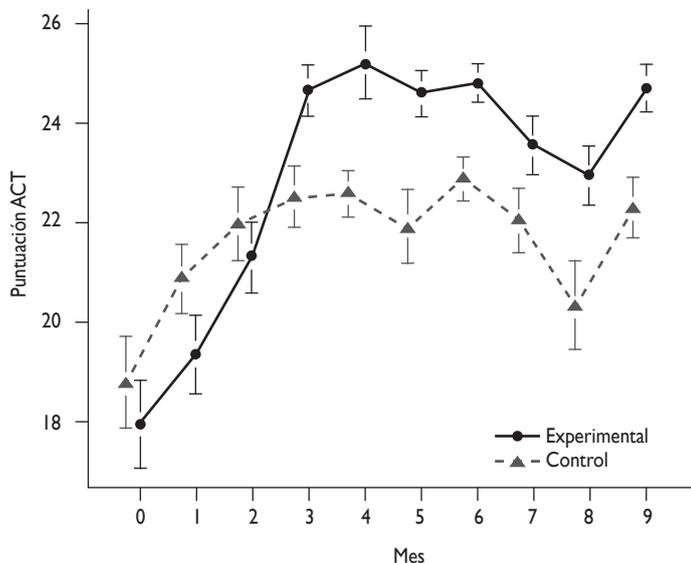
Por lo anterior, enviamos a su prestigiada revista los resultados sobre un ensayo clínico controlado

aleatorizado, realizado entre 2013 y 2014, con el objetivo de determinar si una intervención educativa a los padres de niños asmáticos de 4 a 11 años mejoraría el control medido por Test de Control de Asma Infantil (ACT). Esto está basado en la Estrategia Global de Manejo y Prevención del Asma, el Consenso Mexicano de Asma y la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA), un programa de intervención educativa que resalta tres conceptos fundamentales: comunicación, información e instrucción en habilidades para el control de asma.<sup>4</sup> Se contó con el consentimiento para la adaptación de la Guía.

Se reclutaron 42 pacientes en dos grupos con asignación aleatoria con cegamiento, evaluados al inicio del estudio y mensualmente en nueve ocasiones. En los padres se evaluaron conocimientos de asma y control según GEMA, y en los pacientes control de asma por ACT infantil. Al grupo experimental se le realizó una intervención educativa en cuatro sesiones de una hora y media durante un mes, con refuerzos mensuales de una sesión durante nueve meses. Al grupo control únicamente se le monitorizó control de asma. Ambos grupos tuvieron seguimiento y medicación por el mismo neumólogo pediatra.

Se obtuvieron 376 mediciones con homogeneidad y consistencia, empleando regresión de tipo lineal con modelaje mixto de medidas repetidas (el tiempo como covariable). Previo a la intervención, el GE y el GC estaban por debajo del control según puntajes del ACT y después de la intervención, la variación del grupo experimental en promedio fue de 5 puntos contra 1.4 del control ( $p=0.001$ ), tal como se muestra en el cuadro I y la figura 1.

Esta intervención mostró mejoría en el control de asma, por lo que es un modelo de atención factible para su aplicación al utilizar un instrumento validado que refleja el control de una forma confiable y con una intervención educativa. Dicha intervención cuenta con una teoría y práctica fundamentadas en las guías internacionales; es además multidisciplinaria y posee aspectos pedagógicos acordes, por lo que es clave para el éxito de la intervención educativa de acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio y con lo reportado en otros estudios internacionales. Este proyecto podría constituirse como sustento para la toma de decisiones de promoción, prevención, asistencia en el monitoreo y control del asma en México, por lo que es factible su



**FIGURA 1. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE PUNTUACIÓN DE ACTIVIDAD INFANTIL ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO, DURANTE EL PERIODO JULIO 2013-MARZO 2014 EN SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO**

**Cuadro I  
PROMEDIO DE PUNTAJE OBTENIDO EN ASTHMA CONTROL TEST INFANTIL EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL DURANTE EL PERIODO JULIO 2013-MARZO 2014 EN SAN LUIS POTOSÍ**

	Preintervención	Postintervención	p
Grupo experimental	18.5	24	0.001
Grupo control	19.4	20.8	0.3

extensión al sector gubernamental para la planificación de políticas de salud pública.

Blanca Nohemi Zamora-Mendoza, LE, M en C,<sup>(1)</sup>  
 Mauricio Pierdant-Pérez, MC, M en C,<sup>(2)</sup>  
 mauricio.pierdant@uaslp.mx  
 Carlos Adrián Jiménez-González, MC,<sup>(2)</sup>  
 Peter B. Mandeville, M en C,<sup>(2)</sup>  
 Jorge Alberto Rosales-Romo, MC,<sup>(1)</sup>  
 Martín Sánchez-Aguilar, MC, M en C,<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Subdirección de Enseñanza e Investigación en Salud, Servicios de Salud. San Luis Potosí, México.

<sup>(2)</sup> Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. S.L.P., México.

**Referencias**

1. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, FitzGerald M, et al. Global Strategy for Asthma Management and Prevention: GINA. [Consultado el 5 de diciembre de 2014]. Disponible en: [http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA\\_Report\\_2014\\_Aug12.pdf](http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2014_Aug12.pdf)  
 2. Rodríguez-Medina R. Nivel de conocimientos acerca del asma en padres de niños asmáticos. *Rev Alergia Mex* 2001; 48(6):156-158.  
 3. Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Intervenciones Educativas para el asma infantil. [Internet]. España: Centro Cochrane Iberoamericano, 2008 [consultado el 14 de enero de 2002]. Disponible en: <http://summaries.cochrane.org/>

[org/es/CD000326/intervenciones-educativas-para-el-asma-infantil](http://www.cochrane.org/es/CD000326/intervenciones-educativas-para-el-asma-infantil).  
 4. Plaza-Moral V, Álvarez-Gutierrez FJ, Casan-Clara P, Cobos-Barroso N, López-Viña A, Llauger-Rosselló MA. Guía española para el manejo del asma (GEMA). *Arch Bronconeumol* 2003; 39 Suppl 15:1-42.

**Análisis de desigualdad de la hidatidosis humana en menores de edad. Chile, 2001-2011**

*Señor editor:* En Chile, la hidatidosis humana genera altos costos socioeconómicos y sanitarios.<sup>1,2</sup> En niños representa infecciones relativamente recientes, donde cada nueva infección significa el fracaso de las medidas preventivas y de control, a la vez que refleja una desigualdad en su ocurrencia.

Este trabajo tiene como objetivo caracterizar la desigualdad de la ocurrencia de esta enfermedad en menores de entre 0 y 18 años de edad en Chile.

Se realizó una identificación del impacto del contexto socioeconómico y demográfico sobre la incidencia de casos de morbilidad en Chile (2001-2011). Además, se emplearon los egresos hospitalarios para el análisis de la razón de tasas (RT), diferencia de tasas (DT), riesgo atribuible poblacional porcentual (RAP%) y coeficiente de Gini. Como indicadores socioeconómicos se emplearon el Producto Interno Bruto (PIB) per capita regional para los años 2008 a 2011 y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) regional 2003.

Del total de notificaciones –todas las edades–, 21.4% corresponde a menores de entre 0 y 18 años, mientras que el registro de egresos hospitalarios es de 19.8%.

La distribución geográfica muestra que la región con mayor tasa de notificación y egresos hospitalarios es Aysén. Sin embargo, destaca la región de la Araucanía con el mayor número absoluto tanto de