
El movimiento asturiano de la intervención comunitaria en el asma del niño y adolescente

CA. Díaz Vázquez, I. Carvajal Urueña, B. Domínguez Aurrecochea, A. García Merino, P. Mola Caballero de Rodas, M. García-Noriega Fernández, M. Fernández Francés, MT. García Muñoz, LM. Alonso Bernardo, M. García Adaro, B. Yáñez Meana, L. González Guerra*, J. Rodríguez García*

Pediatras de Atención Primaria.

**Enfermería pediátrica.*

Miembros del Grupo Regional de Trabajo sobre Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias.

Resumen

El modelo de intervención comunitaria tiene como principal seña de identidad la atención de los niños y adolescentes con asma en el propio entorno en el que viven, por los equipos pediátricos de salud de su propia comunidad; y en una adecuada coordinación entre niveles (primaria, hospitales, comunidad, escuela).

Desde principios de la década de los noventa, en Asturias, se han venido desarrollando una serie de iniciativas, que basadas en dicho modelo, han ido implicando a un número cada vez mayor de profesionales e instituciones sanitarias, y que ha culminado con el desarrollo del Plan Integral de Atención al Niño y Adolescente con Asma. El presente trabajo revisa los pasos dados en todo este proceso.

Palabras clave: *Asma, Salud en el niño, Programas comunitarios, Pediatría.*

Abstract

Care of asthmatic children and adolescents in their community is the cornerstone of Community-based intervention. This model implies pediatric health teams, working in primary care, and making effective that intervention in coordination with second level (hospital), community resources and school.

Since early ninetieth, in Principality of Asturias (Spain) a lot of programs were developed following this model, and a great number of professionals and institutions have been involved. This process culminates with the Regional Children and Adolescent Asthma Plan. This paper reviews the steps given in Asturias during this process.

Key words: *Asthma, Children health, Community programs, Pediatrics.*

Introducción

Durante el año 2002 se va a poner en marcha en el Principado de Asturias, el Plan Integral de Atención al Niño y Ado-

lescente con Asma¹, que cuenta con un amplio soporte de las administraciones sanitarias, de las organizaciones científicas y profesionales, universitarias y de los gru-

pos organizados de padres. Esta iniciativa única por sus características en nuestro país, ha agrupado las inquietudes en torno al asma de todos los colectivos profesionales (pediatras, neumólogos, alergólogos, intensivistas, enfermeras, fisioterapeutas, oficinas de farmacia, gestores sanitarios, etc), que tomando la iniciativa y teniendo como germen principal el Grupo Regional, arrastraron consigo a las Administraciones Públicas y otros organismos; que asumieron el reto como propio.

En su elaboración han trabajado más de sesenta personas, en representación de todos esos colectivos, con una metodología sin precedentes en Asturias, con una dinámica de pequeños grupos que permitió una amplia participación, debate y diálogo.

¿Cómo ha sido ésto posible? ¿Cómo se explica que todas las personas que atienden a los niños con asma en Asturias se hayan agrupado al unísono en la consecución de este fin común?

A estas preguntas intenta responder el presente trabajo, que revisa los acontecimientos producidos en estos últimos siete años en la intervención sobre el asma en Asturias.

La intervención comunitaria

La intervención comunitaria sobre la salud (medicina comunitaria, pediatría

comunitaria), busca acercar los servicios sanitarios a los ciudadanos. No cabe duda que es un valor añadido a la calidad de vida de una población, que los recursos claves que necesita estén a su disposición en su entorno geográfico próximo (educativos, sociales y sanitarios). En el caso de los niños y adolescentes y en el tema de la salud, se trata de prestarles toda la asistencia posible en el mismo entorno comunitario donde viven, donde juegan y aprenden²⁻³.

Ésta no es una idea nueva, se sustenta en postulados clásicos, como los de la Organización Mundial de la Salud, que en su "Salud para todos en el año 2000", puso las bases para la reorientación de los servicios sanitarios⁴ y supuso el primer peldaño para el desarrollo de los sistemas nacionales de salud basados en dos niveles asistenciales, la Atención Primaria enclavada en plena comunidad, y el nivel de atención hospitalaria; ambos niveles coordinados y complementarios entre sí.

En España, al asumirse dichos principios, se desarrolló un nivel de Atención Primaria de salud que, además, contó con una característica añadida, y de notable implicación en la salud infantil: la presencia del pediatra en los Equipos de Atención Primaria.

El pediatra de Atención Primaria, aunque con una sólida formación hospitala-

ria, carecía (carece) de formación específica en el ámbito de la medicina comunitaria (salud pública, programas de salud, organización asistencial, etc). No obstante, la mayor parte de las veces aislado o semiaislado⁵, comenzó a desarrollar acciones programadas cuyo principal exponente es el reconocido y ampliamente difundido Programa del Niño Sano, que encierra dentro de él un imprescindible y prioritario número de acciones preventivas, educativas y de diagnóstico precoz⁶. Pero cuando ésto estuvo organizado, comenzaron a surgir nuevos retos, no por el hecho de hacer algo más, sino por la fuerza de los hechos y de los números. Y el principal reto fue asumir la intervención sobre el niño y adolescente con asma.

Intervención comunitaria en el asma del niño y adolescente

El asma es la enfermedad crónica de mayor impacto en la infancia y adolescencia, la que supone mayor número de visitas e ingresos hospitalarios y que ocasiona mayor número de procesos asistenciales en la Atención Primaria pediátrica por patología crónica.

Por tanto, resulta obligada una adecuada organización de la asistencia a este colectivo; que no debe ser improvisada, ni basarse en la oportunidad (“aten-

der lo que nos llega”), sino planificada sobre la base de una estrategia, “atender a todos los niños y adolescentes con asma”, poniendo en marcha cuantos mecanismos de captación sean necesarios.

Estas ideas encajan perfectamente con el concepto de atención comunitaria, además de parecer obvio que siempre que se pueda, el niño-adolescente debe recibir atención sanitaria dentro de la propia comunidad donde vive.

Pero este deseo debe traducirse en lo asistencial, una Atención Primaria pediátrica con una adecuada formación en todo lo que tiene que ver con la enfermedad asmática; y un nivel secundario comprometido con este modelo, que centre su papel en la atención a niños-adolescentes con procesos no controlables en el primer nivel de atención, en el desarrollo de técnicas diagnósticas complejas, y en la hospitalización de los niños que, por su situación clínica, lo precisen.

Para que este modelo sea viable precisa de una adecuada coordinación entre los profesionales sanitarios implicados y ello se consigue con voluntad de acuerdo, y trabajo en común en el desarrollo del proyecto.

El modelo sanitario español, organizado en áreas sanitarias, que a su vez se subdividen en zonas de salud, facilita el

desarrollo de procesos de organización primaria-hospital, y esta distribución geográfica es la base a partir de la cual es posible organizar una asistencia al asma integral, y que llegue a todos.

Las características clave de la intervención comunitaria en el asma del niño y adolescente⁷⁻⁸ se muestran en la Tabla I.

Antecedentes en Asturias (1992-1995)

En la primera mitad de los noventa surgen en Asturias dos iniciativas que influirán decisivamente en los siguientes años:

Programa Vida Normal con Asma (Gijón)⁹

Fue una iniciativa del Hospital de Cabueñes que implicó a profesionales

de Atención Primaria, especialmente de medicina de familia, y supuso el primer paso visible hacia un modelo de atención compartida. Su efecto sobre la atención al niño y adolescente con asma se produjo al convertirse en lugar de formación continuada (a través de reciclajes) de un buen número de pediatras y de enfermería pediátrica.

Programa del Niño Asmático (área de Oviedo)¹⁰

Comenzó a funcionar en enero de 1994 como un proyecto que surge en el seno de la pediatría de Atención Primaria. Su foco inicial fue el Centro de Salud de Teatinos, extendiéndose paulatinamente a otros centros del mismo área

Tabla I. Características del modelo de intervención comunitaria en el asma

1. Es un proceso organizado que tiene como referente un territorio.
 2. Su **objetivo** es la mejora de la calidad de vida de los niños-adolescentes y su familia.
 3. Existe un Plan Integral de Intervención **común y único**.
 4. La **coordinación** entre niveles asistenciales es imprescindible.
 5. La atención ordinaria a la población se desarrolla en su propio **entorno**: la comunidad donde vive; y por tanto en la Atención Primaria Pediátrica (APP).
 6. La atención hospitalaria se centra en el desarrollo de diagnósticos complejos, seguimiento de casos que no se controlan en la APP, desde las unidades de asma, y en la atención a niños que precisan ingreso.
 7. Se involucra en el proceso a la comunidad escolar, y otros agentes sociales (familias organizadas, farmacias, asociaciones, etc).
 8. La intervención se orienta a lograr familias capaces de tomar **decisiones autónomas** positivas respecto a la salud.
 9. Se aplican métodos de **educación** sanitaria, individual, familiar y grupal, encaminados a la **concordancia** en las decisiones sobre el asma del niño-adolescente.
 10. Promueve la autorganización de las familias.
-

sanitaria. Su modelo se ha seguido en otras Comunidades Autónomas. El programa contó desde el principio con el apoyo del INSALUD, y se diseñó utilizando las claves de la metodología de la intervención comunitaria. Como primer programa de estas características que se ponía en marcha, puso en evidencia las ventajas y dificultades inherentes a esta forma de actuar. La más importante fue la imposibilidad de encontrar a nadie en el segundo nivel de atención, en el área donde se desarrollaba, que quisiera participar de forma explícita en él. No obstante, los claros resultados que obtuvo el programa, minimizaron este *handicap* que *a priori* podía parecer insuperable.

Resultados.

El programa del niño asmático se diseñó desde un principio como una intervención comunitaria, encargada del conjunto de actividades dirigidas a los niños que atendía cada equipo pediátrico en cada zona de salud, y tomando como unidad de intervención las agrupaciones "un pediatra-una enfermera". No era, por tanto, un estudio que se diseñaba con vistas a publicar resultados. No obstante, y conscientes de la trascendencia de confirmar si este modelo de intervención era útil, se realizó una detallada monitorización de multitud de

indicadores y variables en la zona básica donde se inició el Programa. Éste comenzó interviniendo sobre niños de 2 a 14 años, pero un año después (enero de 1995) se amplió a los menores de 2 años. En 1996 suponía en dicha zona algo más de trescientos lactantes y niños con asma.

El programa de 2 a 14 años publicó¹¹ sus primeros resultados en 1997, con los primeros 81 niños y con un tiempo medio de seguimiento de 12 meses (rango 7-17 meses). El tipo de evaluación corresponde a un Ensayo de Programa Comunitario, donde se evalúa la atención que se presta a un grupo de la población. El método empleado fue una evaluación antes-después de entrar en el programa. "Antes" del programa los niños seguían la rutina habitual de una derivación mayoritaria al alergólogo del hospital, que los captaba, y en los que el pediatra de primaria jugaba un papel más o menos pasivo (comprobación de técnicas, dispensación de recetas, pequeños ajustes de dosis) y un seguimiento de un reducidísimo número de asmáticos leves. "Después", todos los niños asmáticos pasaron a ser controlados en la Atención Primaria Pediátrica, recaptando los previamente derivados, y sólo enviando al segundo nivel de atención los niños con asma que no respondían a la intervención del Programa. Por tanto, la única

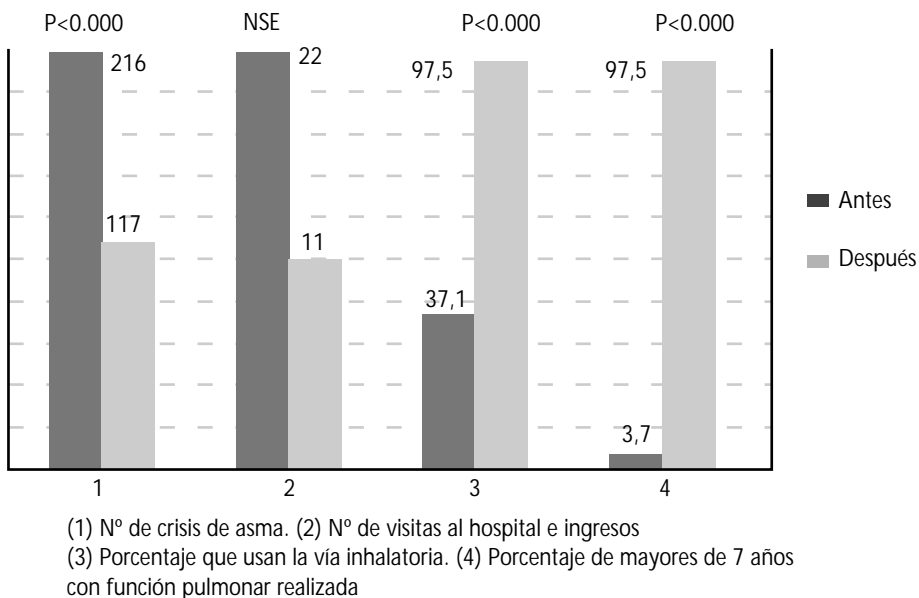
variable sanitaria fue que la intervención en el "Después" se desarrollaba de forma fundamental en el primer nivel de atención, sin poder atribuir los resultados ni siquiera a una mejora de la coordinación entre niveles que, como ya quedó dicho, no existió. Las mejorías fueron espectaculares, tanto en aspectos relacionados con la correcta evaluación médica (por ejemplo tener función pulmonar realizada), como en los centrados en el niño (uso de vía inhalatoria), y lo que es más importante: reducción del número de crisis. Algunos aspectos, aunque mejoraron no alcanzaron significación estadística. La Figura 1 muestra los principales resultados.

El programa de asma del lactante obtuvo resultados más evidentes si cabe, los niños no redujeron sólo su sintomatología por asma, sino que dejaron de ingresar¹². La Figura 2 muestra un resumen de los resultados de este programa.

Grupo regional de trabajo sobre asma infantil en Atención Primaria (1996-2002)

El Programa del Niño Asmático fue el núcleo a partir del cual se creó el Grupo Regional en 1996. Ya en su acto de constitución se adscribieron algo más de cuarenta personas. En la actualidad (2002), el grupo está formado por cien-

Figura 1. Principales resultados del Programa del Niño Asmático (2-14 años).



to veinte sanitarios de los más diversos perfiles profesionales y de ambos niveles de atención. El principal colectivo representado y que lidera el grupo es el de pediatras de primaria.

Estrategia

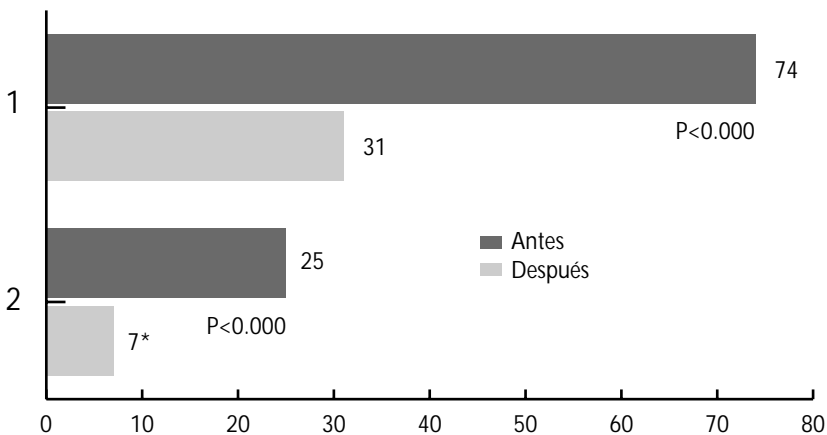
Desde el primer momento los miembros del Grupo tuvieron clara la estrategia a seguir para alcanzar su objetivo de mejora de la salud de los niños y adolescentes con asma. Por tanto, en un diseño a cinco años vista el grupo se propuso: en primer lugar, la formación en asma de los profesionales sanitarios, mediante actividades gratuitas y abiertas a todos, no sólo a los integrantes del

Grupo; en segundo lugar, desarrollar herramientas de apoyo a las actividades educativas y de intervención; en tercer lugar, mejorar el conocimiento epidemiológico del asma infantil en Asturias para, en cuarto lugar, proponer el desarrollo de un modelo de intervención común para toda la comunidad. Esos cinco años se quedaron en algo más de tres, lo cual es fiel reflejo del impacto de las acciones del Grupo.

Formación

No cabe duda que una correcta formación es la base del éxito de cualquier proceso. Las actividades de formación desarrolladas por el Grupo han tenido

Figura 2. Principales resultados del Programa de Asma del Lactante (0 a 23 meses).



(1) N° de crisis de asma (2) N° de visitas al hospital + ingresos

* Después ninguna visita fue ingreso

dos fases: una inicial (1996-1998) centrada en la formación de los colectivos clave (pediatras, enfermeras pediátricas), y la actual, en la que el Grupo también desarrolla actividades de formación para otros grupos (farmacéuticos, enfermería general, etc).

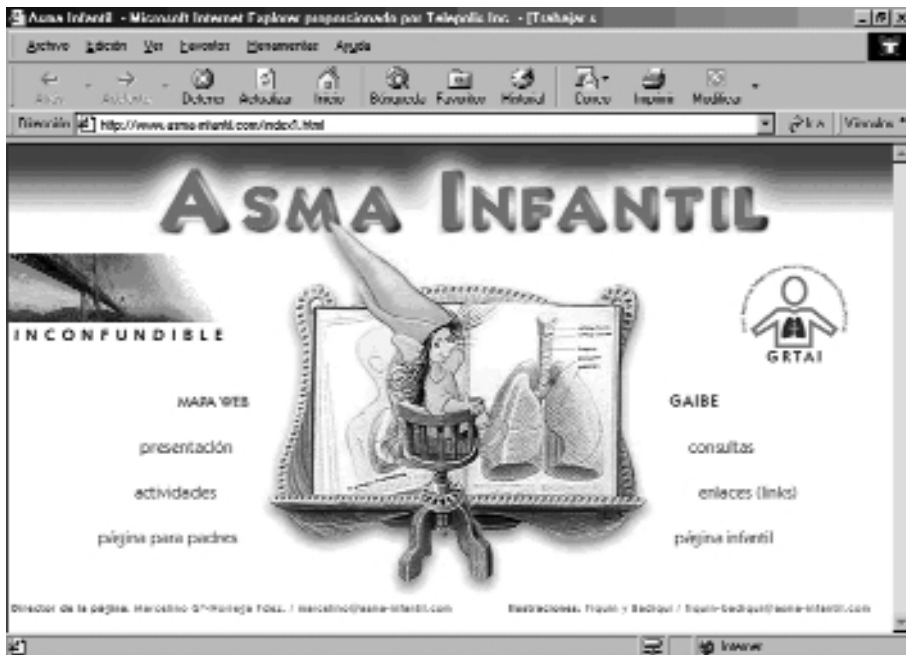
Se han abordado todos los aspectos relacionados con el asma (epidemiología, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, educación), y se cubrieron algo más de ochocientas plazas entre las diversas actividades de la fase inicial 96 - 98.

Herramientas de apoyo

Han sido numerosos los instrumentos desarrollados por el Grupo o miembros del Grupo, tanto para facilitar las actuaciones de los equipos de salud como para dar a conocer su metodología de trabajo.

Algunos de los más destacados son el libro educativo "Uy igual tienes asma como yo"¹³, el "modelo tridimensional de los tres tubos"¹⁴ para explicar lo que es el asma, el vídeo explicativo de "formación de formadores en asma", la página de Internet "Asma Infantil" (www.asma-infantil.com), Figura 3, diri-

Figura 3. Página principal de Asma Infantil, página oficial del Grupo Regional.



gida especialmente a padres y donde se explican pormenorizadamente las actuaciones del Grupo y el portal sobre asma "Respirar" (www.infodoctor.org/respirar/index.htm), dirigido a los profesionales sanitarios.

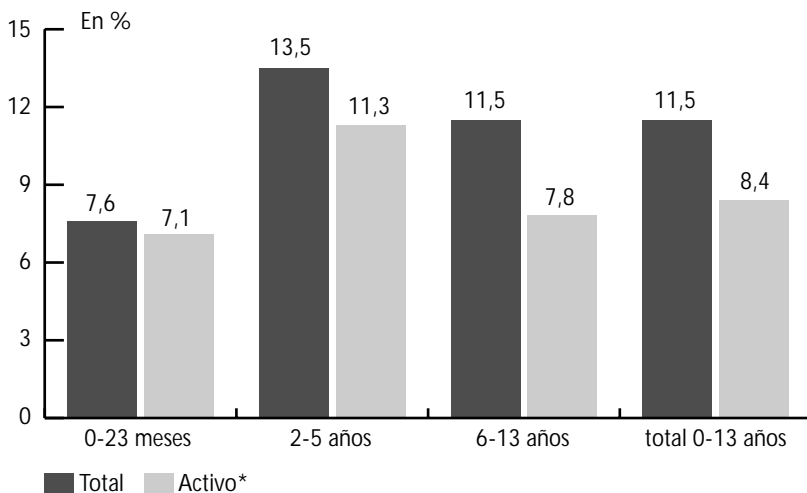
El Grupo también fue el encargado del desarrollo de los protocolos sobre asma y bronquiolitis de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León¹⁵.

Estudio epidemiológico sobre el asma infantil en Asturias

El Estudio Colaborativo Multicéntrico sobre el Asma Infantil es un ambicioso proyecto de investigación sobre asma

en niños y adolescentes de base poblacional. La primera fase del estudio (1998) se evaluó la prevalencia del asma de 0 a 13 años. El objetivo de analizarlo a todas las edades correspondía con la estrategia del Grupo, pues sólo evaluando el impacto de la enfermedad en todos los tramos de edad, era posible promover acciones institucionales encaminadas a la creación de un programa de intervención en clave de salud pública. Se decidió un método basado en el diagnóstico médico. En el estudio¹⁶ se investigaron 34 cupos completos correspondientes a 24 zonas de salud de toda la región, y un total de 27.511 niños de 0 a 13 años, lo que supuso el

Figura 4. Prevalencia del asma y prevalencia del asma activo en Asturias (1998).



*Asma activo: síntomas en el último año

23,9% de la población infantil de Asturias. Se identificaron 3.170 niños asmáticos (11,5%), y 2.323 (8,4%) con asma activo (asma en el último año). La Figura 4 muestra los resultados más relevantes del estudio.

Estudio ISAAC

Como complemento al Estudio Colaborativo, el Grupo Regional se ha adherido a la Fase 3 del Estudio ISAAC¹⁷, incorporándose como el centro colaborador número once de España. Ello permitirá, en el caso concreto de Asturias, comparar los resultados de prevalencia obtenidos en el Estudio Colaborativo (diagnóstico médico) con los procedentes del ISAAC (diagnóstico auto reportado).

Actividades de intervención previas al Plan Regional

El Grupo, bien directamente o a través de sus integrantes, ha desarrollado actividades de intervención, algunas de las cuales han tenido, junto con los resultados del estudio epidemiológico, notable influencia, como fue la Semana de Asma Infantil en Asturias (1998), y, sobre todo, por ejercer de modelo de diseño para el futuro Plan Regional, el Plan de Atención al Niño con Asma del Área Suroccidental.

Plan del Área Suroccidental

Este proyecto, comenzó su andadura en enero de 1997. Fue la primera experiencia de coordinación plena entre primaria-hospital. El Plan se configuró como un modelo de intervención único para todo el área sanitaria e implicó también a otros colectivos clave, como era la unidad de urgencias del hospital. El Plan fue elaborado por un equipo de trabajo de ambos niveles sanitarios, basándose en el modelo de intervención comunitaria, y fue propuesto al INSA-LUD el cual lo asumió como programa propio de área.

Una de las iniciativas más llamativas que se han desarrollado dentro de este Plan es el programa de mejora de la atención a la crisis de asma en las urgencias hospitalarias. Este protocolo se desarrolló aplicando un programa de mejora de la calidad. Se implicó a todos: equipos pediátricos de ambos niveles y personal médico, enfermería y auxiliar del servicio de urgencias del hospital. Se realizó una evaluación de la asistencia prestada durante todo 1996 (antes de la puesta en marcha del Plan) y se informó de sus resultados a todos, estableciendo puntos de mejora y un protocolo de actuación para 1997. A mitad del ciclo se realizó el primer corte de resultados que se comunicaron al equipo, estimulando

la mejora de éstos, y en enero de 1998 se realizó la evaluación final de 1997. Se valoraron dos aspectos: la mejora de la evaluación clínica del niño-adolescente, que fue significativa en todos los parámetros establecidos, y el destino final del niño (alta-ingreso). Obviamente las crisis graves ingresaron todas antes y después del programa de calidad, y las leves, salvo las que asociaban factores de riesgo, fueron dadas de alta. El problema habitual en el manejo de las crisis en urgencias del hospital es qué actitud seguir con las crisis moderadas. El programa de mejora de calidad hizo caer el número de ingresos por crisis modera-

das ($p < 0,05$), sin que aumentara el número de visitas sucesivas al hospital¹⁸ (Figura 5).

Plan regional de atención al niño y adolescente con asma (2002)

En diciembre de 1999, el Grupo Regional invita a responsables de unidades hospitalarias de asma a participar en un grupo ad hoc para elaborar una propuesta de atención al niño-adolescente con asma para presentarlo a las Administraciones Sanitarias.

La respuesta institucional fue inmediata. En mayo del 2.000 se constituía el grupo de elaboración del Plan Regional

Figura 5. Programa de mejora de calidad de la atención a las crisis. Destino de los niños que llegan a urgencias del hospital.

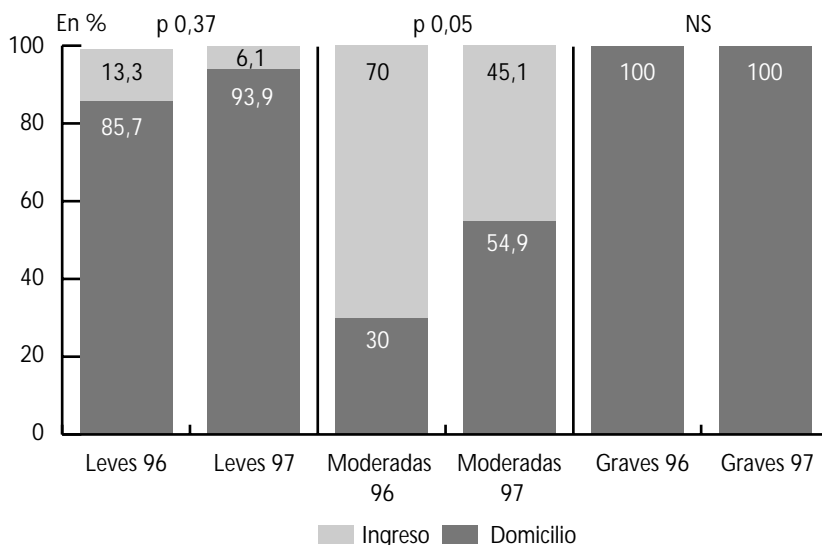
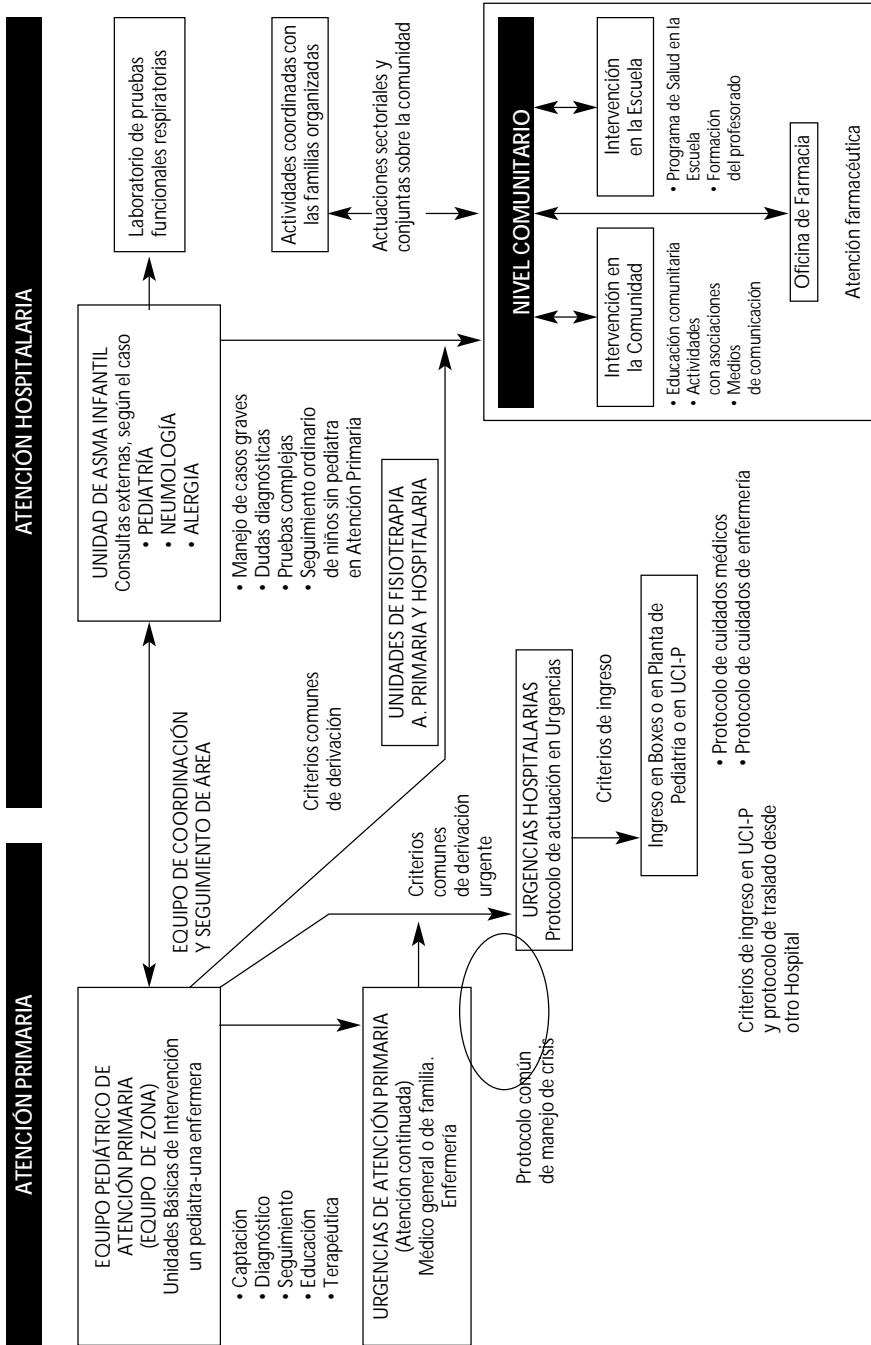


Figura 6. Modelo de relaciones entre los diferentes recursos sanitarios y socioeducativos.



de Atención Integral al Niño y Adolescente con Asma de Asturias, con participación de todos los colectivos profesionales y con el apoyo de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, el INSA-LUD, el Grupo Regional, Universidad, Colegio de Enfermería, Colegio de Farmacéuticos y las sociedades pediátricas (SCCALP y AAPAP).

El documento del Plan ya está elaborado y a lo largo del año 2002 se pondrá en marcha. La propuesta de intervención, que ha contado con el consenso de todos, es la del modelo comunitario, con equipos de zona en la atención primaria pediátrica que realizaran el seguimiento habitual de los niños y adolescentes con asma, y la atención hospi-

talaria centrada en la atención de casos graves o complejos y el desarrollo de técnicas diagnósticas especiales.

Este es el futuro de la asistencia al niño-adolescente con asma en Asturias. Y aunque nada asegura el éxito, ni la mejor planificación que se pueda pensar, el solo hecho de que estos procesos arrancan de la base, de los profesionales, y muy especialmente de los pediatras, permite ser optimistas. Cada día puede estar más cerca ofrecer a todos los niños que tienen asma una vida mejor, de más calidad. Y no se trata de que se haya descubierto un tratamiento nuevo, sino que estamos sabiendo organizarnos mejor para enfrentarnos a esta auténtica epidemia del siglo veintiuno.

Bibliografía

1. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. *Plan Regional de Atención Integral al Niño y Adolescente con Asma*. Oviedo, 2002.
2. Committee on Community Health Services. *The Pediatrician's Role in Community Pediatrics*. Pediatrics 1999; 103: 1304-1306.
3. Cruz Hernández M. *Deberes y derechos del pediatra en Atención Primaria*. An Esp Pediatr 2000; 53: 393-394.
4. OMS. Atención Primaria de Salud, Conferencia Internacional de Alma Ata. Ginebra, 1978.
5. Buñuel Álvarez JC. *La soledad del pediatra de Atención Primaria: causas y posibles soluciones*. Pap, 1999; 1: 37-41.
6. Escribano E. *La pediatría en el modelo español de Atención Primaria*. Pap, 1999; 2: 185-189.
7. Díaz Vázquez CA. *Intervención comunitaria en el asma del niño y adolescente*. Pediatr Integral 2000; NE2: 6-10.
8. Headrick L, Crain E, Evans D, Jackson M, Layman B, et al. *National asthma education and prevention program group report on the quality of asthma care*. Am J Respir Crit care Med 1996; 154: s96-s118
9. López Viña A, Pérez Santos JL. *Educación al paciente con asma*. Arch Bronconeumol 1993; 29: 309-311.
10. Instituto Nacional de la Salud. Programa del Niño Asmático. INSA-LUD-Oviedo, 1995.
11. Díaz CA, Alonso LM, García MT, Del Ejido J, Sordo M, Alonso JC. *Evaluación de las actividades y de la efectividad de un programa del niño asmático desarrollado en Atención Primaria*. Aten Primaria 1997; 19: 199-206.
12. Díaz CA, Alonso LM, García MT, Del Ejido J, Sordo M. *Programa de Asma del Lactante en Atención Primaria: Evaluación de la efectividad clínica y educativa*. An Esp Pediatr 1996; s87: 34-35.
13. Domínguez B. *Uy, igual tienes asma como yo*. Oviedo; Grupo Regional de Trabajo sobre Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias, 1998.
14. Modelo Tridimensional de los Tres Tubos. [15 de diciembre 2001]. Disponible en: [<http://www.accesible.org/trestubos/>]
15. Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León. *Protocolos terapéuticos de aparato respiratorio*. Bol Pediatr 1998; 38 148-178.
16. Grupo Regional de Trabajo sobre Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias. *Prevalencia del asma diagnosticado en la población infantil en Asturias*. An Esp Pediatr 1999; 51: 479-484.

17. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC*. Lancet 1998; 351: 1225-32.

18. Díaz CA, Riaño I, Cobo A, Orejas G, Sandoval L, Florido I. *Reducción de ingresos por asma. Programa de mejora de la calidad de la atención a la crisis asmática en un hospital de área*. An Esp Pediatr 1998; 49: 456-460.



