

Editorial

La enfermería y la educación del paciente

A partir del desarrollo tecnológico y de un mayor nivel de formación, el rol del paciente ha evolucionado. Beneficiario pasivo y dependiente de un tratamiento médico, se transforma cada vez más en participante activo, informado y responsable, en materia de salud. La introducción de la ley del 14/11/02 relativa a los derechos del paciente a ser informado, compromete al personal sanitario a nuevos desafíos, entre los que destaca la educación del paciente en el aprendizaje de competencias en salud necesarias para vivir. Este nuevo enfoque se inscribe en una perspectiva donde la dependencia del enfermo deja paso a su responsabilidad hacia él mismo y a su alianza con el equipo sanitario.

Pero la educación no puede ser practicada por una sola persona en un servicio, ya que es un acto de los profesionales de la salud, especialmente de enfermería, oral y autónomo, que se inscribe en una secuencia relacional. La educación del paciente es el fruto de un trabajo de equipo que agrupa a médicos, enfermeras, kinesiterapeutas, psicólogos y personas formadas en pedagogía. Es el acto previo, necesario e indispensable, a la realización de los actos médicos o de cuidados de enfermería. Por esta razón, la enfermería, en el marco de su propio rol, debe ocupar un lugar preferente en este equipo multidisciplinario que trata a

la persona que presenta una pérdida de autonomía parcial o total, siendo el objetivo conseguir que el paciente sea lo más autónomo posible.

En los últimos decenios se ha privilegiado la tecnología, pero la evolución de las ciencias de la educación y la explosión de las enfermedades crónicas, han obligado a desarrollar unas nuevas competencias que forman parte del acto de cuidados de enfermería aportando una relación nueva y enriquecedora. No se pretende interferir en la relación médico-paciente, sino situarlo en un plano diferente, complementario. Se trata de una evolución paso a paso, donde la enfermera ocupa una posición clave, por su formación, por su trayectoria, por su proximidad al enfermo, por su disponibilidad y, sobre todo, por la filosofía propia de su dedicación.

Por eso es necesaria la formación de formadores en las nuevas metodologías de la educación para todos los profesionales de la salud, pero hay que contemplar a la enfermería como el soporte básico de esta nueva andadura.



J. M. Román

■ *Asma y escuela*

¿Qué saben los profesores acerca de sus alumnos asmáticos?

El niño asmático desarrolla parte de su rutina diaria en la escuela por lo que se hace necesario que se den las condiciones adecuadas para un correcto manejo del asma en este ámbito. Esto será posible si existe una información adecuada del profesor/cuidador. Por otra parte, hay que considerar que nos encontramos con algunas dificultades desde las propias instituciones, ya que la toma de tratamientos médicos en el horario escolar no está contemplada como una responsabilidad o atribución del profesor

Nos planteamos en Tenerife el diseño de un trabajo para conocer cuál es la información que tiene el profesorado sobre el asma y cómo había sido obtenida, si hay protocolos de actuación a nivel del centro escolar y las necesidades de información del profesorado, además del grado de interés en recibir esta información.

Un 84% de los 284 profesores encuestados (35 centros escolares) refirieron ser informados sobre los alumnos asmáticos que tienen en clase. Un 27% tuvo que atender crisis de asma de sus alumnos en el horario escolar. 182 profesores admitieron no conocer cuáles son los primeros pasos ante una crisis y 19 de ellos tuvieron que atender crisis en un mo-



mento determinado. La mitad de los profesores que tenían información sobre la enfermedad refirieron que había sido por experiencia propia y un 37% por tener un hijo asmático. Un 9%

no permite que los niños tomen su medicación en clase, y casi una cuarta parte reconoce no poder ayudar al niño a administrarse su aerosol. Un 95% de los profesores que colaboraron en el estudio deseaban obtener información sobre el asma. Más de la mitad refirió que no existe un protocolo de atención al asmático en el colegio.

A partir de estos datos se puede concluir que el impacto de la enfermedad en la rutina escolar del niño con asma es considerable y que la información que posee el profesorado sobre el cuidado al niño asmático es muy escasa y no protocolizada. Por ello, es necesario diseñar un programa de intervención educativa e implementar las vías de formación del profesorado sobre la atención escolar al asmático.

**Carmen R. Rodríguez Fernández-Oliva
María Luisa Torres Álvarez de Arcaya**

La información al profesorado sobre los aspectos que se refieren al asma es una tarea ineludible

■ Reflexión en torno a la atención en los Centros Educativos

Por estudios realizados en nuestro país sabemos que, de cada 10 estudiantes, uno de ellos tiene asma en actividad (con síntomas). Por tanto, en una clase de 25-30 alumnos puede haber dos o tres que presenten asma.

Queremos invitar a una reflexión sobre el grado de implicación que el profesorado de educación física está dispuesto a desarrollar frente ante el asma de sus estudiantes:

Ante un alumno o alumna que tiene asma y que presenta cualquiera de los síntomas de esta enfermedad (tos, pitos, ligera dificultad para respirar) y que, además, le comunica que se encuentra mal, la actitud del profesor o de la profesora puede ser alguna de las siguientes:

1. Es un problema en el que no debo entrar por ser únicamente del ámbito sanitario.
2. Como es un alumno que con frecuencia pone pegas para hacer las actividades, le insistiría en que intente seguir un poco más y, mientras, a ver si se le va pasando.
3. Le aconsejaría que deje su actividad, llamaría a la familia y, mientras, dejaría al alumno en la dirección o en conserjería del centro educativo para no interrumpir la clase.
4. Le facilitaría su medicación de alivio para que la tomara si la trae consigo, y si no la trae, llamaría a su familia, porque en el Centro Educativo no disponemos de ella.
5. Le daría una dosis de la medicación de alivio del asma, que tenemos en el botiquín o enfermería del Centro para estos casos, y llamaría a la familia.
6. Le ayudaría a tratar la crisis, valorando su mejoría en los siguientes 15-20 minutos, llamando a Urgencias en caso de que no respondiera al tratamiento, para que reciba asistencia adecuada. Además, lo comunicaría a su familia.
7. Además de ayudarle a aliviar la crisis de asma y valorar qué cosas le han podido causar los síntomas en el colegio, procuraría hablar con la familia para informarme de su asma y de si está bajo seguimiento médico.

8. No me quedaría ahí solamente, pues me preocuparía que hubiera algo en el Instituto o Colegio que le pudiera estar afectando, para eliminarlo si es posible y crear un entorno escolar saludable.
9. Además de lo anterior, pediría a la madre un informe de su médico en el que conste qué cosas le hacen daño y qué tratamiento está haciendo, y en caso de nuevos síntomas de asma, qué debe tomar. Todo lo anotaría en su ficha de salud.
10. Además de todo lo anterior, procuraría obtener información sobre asma para hablar de este problema en clase, procurando integrar a los alumnos con asma con todos los compañeros para que no se sientan discriminados y promocionar conductas saludables en todos.

Como podemos ver, hay toda una multitud de matices a la hora de enfrentarse al asma en el entorno educativo del alumnado. Entre la indiferencia del punto 1 y lo ideal del punto 10 hay toda una variedad de posibilidades de actuación. En el grado de implicación pueden influir diferentes motivos: la inquietud por intervenir en una enfermedad que no se conoce, la experiencia que se tenga, el tener asma o familiares que la padecen, el apoyo de la Administración, etc. Lo ideal es que el asma, siendo tan frecuente en nuestra población escolar, reciba una atención lo más homogénea posible, al igual que se pretende con la formación que se imparte en colegios e institutos.

Por tanto, es conveniente emprender programas de educación sobre asma en las escuelas involucrando al profesorado y a toda la comunidad educativa en un intento de mejorar la integración con sus compañeros y la calidad de vida del alumnado con asma, apoyando mediante conocimientos, directrices de tratamiento y metodología de enseñanza al centro educativo y al profesorado para conseguirlo. Es en esa línea en la que debemos movernos como educadores en el asma.

Un hijo con asma en casa

Que nadie me pregunte cómo empieza esta situación porque, verdaderamente, no tienes ni idea, aunque sí te das cuenta de que algo pasa.

Sales de vacaciones con tu familia y para la vuelta está programada la visita al parque temático. Todo es perfecto, el día caluroso y seco de agosto, las diferentes zonas del parque, hasta el agua que salpican las barcas que bajan a toda velocidad mojándote completamente no pueden estropear esos momentos.

A los tres días de llegar a casa, notas que tu hijo empieza a toser y a respirar mal. ¿A quién echas la culpa? Evidentemente al agua del parque temático, lo cual ya no tenía tanta gracia. Así que enseguida hicimos diagnósticos, se mojó mucho, la polución, etc. Y lo que ocurrió era muy diferente. Iker empeoró y fue ingresado en el hospital con tres años y el panorama empeoraba cada hora. Se le aplicaba la mascarilla con la medicación y el efecto no era el deseado, el niño empeoraba. Pasadas 29 horas, aún recuerdo la cara del doctor, pensando en silencio, pero yo le oía. Ya no pude aguantar más y le pregunté: “Javier, ¿qué le pasa? Porque te veo y tu cara lo dice todo”. Él me contestó: “Mira, con todo lo que le estamos administrando, no debería estar así, tenía que estar saltando por la habitación y mírale”. La verdad es que Iker es una mezcla entre un muelle y una pelota saltarina: no para, te agota, ya tiene a quién parecerse y como se suele decir “no es porque yo sea su padre”. El doctor se marchó y cerró la puerta, de un modo silencioso, a mí me pareció un enorme trueno, 29 horas despertándonos cada 55 minutos para darle la medicación; así no hay quien descanse, porque, aunque no lo he comentado, ingresamos los dos, ¡claro! Aquello se fue resolviendo y desde entonces el asma de Iker ha ido controlándose bastante bien.

Nosotros no hemos hecho de la enfermedad un problema ni del problema una enfermedad. La paciencia, la constancia y, muy importante, creer en los médicos, sabiendo que pueden fallar como uno mismo, y hacer piña en nuestra pequeña familia fue lo más impor-

tante; después, los hermanos, padres, suegros, los 5 amigos de verdad, la vecina del 5.º también se van sumando, no hace falta llamarles: el que te quiere ayudar de la manera que sea, vendrá solo.

El niño sano, el niño enfermo, niño es. Por lo tanto, tiene que hacer vida de niño. Hay que tener cuidado, nosotros no podemos ni debemos hacerle enfermar más prohibiéndole cosas o situaciones. Se tiene que mojar, jugar al fútbol, baloncesto, canicas, pelearse: son niños, así que tienen que hacer una vida totalmente normal, o lo más normal que se pueda. Hemos ido a la playa con la cámara y el inhalador, pero hemos ido en verano y en otoño. Y también a la montaña donde no había nieve y cuando nevó; sí, con el dichoso inhalador, pero hemos ido. Hemos hecho las mismas cosas que hace un niño de su edad que no tiene ese “pequeño inconveniente”. Y creo que eso es justo lo que hay que hacer. Una vida normal.

También es verdad que dentro de esa vida normal, tuvimos que cambiar sábanas, colchones, ropa, etc., comprar lo mismo pero “anti-ácaros”, comprar un aspirador especial, quitar libros, peluches, buscar una zona rural seca para pasar fines de semana, que en parte nos ha servido para comprar una caravana en un camping; así que, como dicen por ahí, “ahora tengo una casa en el pueblo”. Pero eso ya está, solo hay que hacerlo una vez y ya lo hicimos. El que lea esto dirá, claro, este tío tiene pasta. Pues sí, la justa, no soy rico, pero tampoco pobre; por lo tanto del montón, pero sin dinero hubiésemos hecho el mismo esfuerzo que en cualquiera de las situaciones anteriores, ya que la salud o la vida de nuestro hijo ¡NO TIENE PRECIO!

Rafa González

Objetivo: una vida normal, como el que no tiene asma

■ La motivación a aprender

El aprendizaje depende, entre otras cosas, de los motivos que nos muevan a aprender. Esta motivación a aprender está constituida por un conjunto de fuerzas interiores y exteriores. Las fuerzas interiores son los factores que nos predisponen a la adopción de un comportamiento; están constituidas a su vez por los componentes cognitivos y afectivos de las personas, los cuales parecen ser uno de los principales determinantes de los comportamientos en salud. La motivación puede ser también una fuerza exterior, es decir, un estímulo proveniente del medio ambiente.

Así, las personas consideradas autónomas están, en general, motivadas por fuerzas interiores, mientras que las que son más dependientes lo estarán por fuerzas externas (retroacción, recompensa, apoyo aumentado de los profesionales sanitarios, etc.)

El aprendizaje es un acto voluntario. El individuo ha de hacer un esfuerzo de voluntad, siendo el papel del educador el estimular y mantener la motivación. Éste es un punto de acción prioritario, ya que precede y acompaña a la adopción de comportamientos.

La motivación es variable entre las personas, por lo que el educador deberá tener presente estas diferencias. Aún así, hay ciertos principios teóricos explicando la motivación a aprender que pueden guiar al educador en la elección de las intervenciones más adecuadas:

1. Los éxitos en el aprendizaje como fuente de motivación. La persona que vive como un éxito el curso de su aprendizaje estará motivada a aprender.
2. La búsqueda de satisfacción de sus necesidades personales es fuente de motivación. Las necesidades varían y algunas han de ser satisfechas antes que otras.
3. Una persona es motivada en la medida en la que el aprendizaje propuesto tiene un sentido para ella, es decir, que contribuye a reducir las causas de su problema. Aquellas personas que atribuyen las causas a factores externos son más difíciles de motivar que aquellas que se atribuyen una parte de responsabilidad.
4. La motivación está influenciada por el estado de adaptación a la enfermedad y los mecanismos de adaptación de la persona. No es lo mismo un individuo que debuta con su enfermedad que aquel que lleva años padeciéndola. La forma de ver las cosas es completamente diferente. También es diferente según la gravedad, la percepción de los síntomas, o de las posibilidades de cambios en los hábitos de vida y de la percepción de la familia. El educador ha de ajustar sus intervenciones al estado de adaptación del individuo asmático.

“Somos aquello que hacemos repetidamente. La excelencia, pues, no es un acto, sino un hábito”

Aristóteles



J. Korta

■ Plan estratégico sobre el asma

Son muchos los trabajos y las publicaciones que demuestran que la educación del paciente asmático no sólo contribuye a mejorar los índices de morbilidad, sino que también aportan beneficios a la gestión económica de las Instituciones Sanitarias.

Un plan estratégico define los objetivos a medio y largo plazo y abre los caminos por los que tendrán que discurrir las actuaciones, comunicaciones y estrategias futuras para el control de esta enfermedad.

Un plan estratégico significa una referencia histórica que, con el paso del tiempo, se convierte en un hito con el que comparar los hechos producidos “antes” y “después” de dicho plan. Por lo tanto, su confección representa para cualquier organización una parada en el tiempo, un análisis del pasado, un diagnóstico de situación y una planificación del futuro.

Durante el tiempo que dura su elaboración, los profesionales siguen con su trabajo habitual asistencial, realizando, además, un esfuerzo adicional de “pensar” en cómo hacer más y mejores cosas en el futuro.

En este sentido, la propia confección de un Plan Estratégico para el control del asma su-

pone una herramienta para el cambio y se presenta como un instrumento de gran utilidad para definir la misión de nuestras escuelas de educación del paciente asmático, con su actual engranaje en la sociedad sobre la que se asienta.



Es una condición básica el trabajo conjunto, coordinado y armónico entre los diferentes niveles asistenciales, lo que contribuirá a la atención integral del niño con asma.

Las Instituciones Sanitarias deberán contar con los recursos necesarios, tanto humanos como materiales, para poder cumplir con los objetivos asistenciales que tienen encomendados.

No hay nada más reconfortante que ver los “objetivos” alcanzados, que se han cumplido las recomendaciones, colmando la satisfacción de todos los profesionales que han participado en su elaboración. Alguien dijo que: “Las Instituciones Sanitarias no se definen únicamente por su arquitectura y su tecnología, sino por su capital humano”.

M. A. Neira

Planes de Asma en España

*Asturias, Andalucía, Aragón, Baleares,
Cantabria, Castilla y León*

www.respirar.org

■ Servicio de Urgencias y planta de Hospitalización: una ventana de oportunidad

Dado que la educación debería ir incorporada al acto médico/sanitario, la atención a la crisis en la sala de urgencias y en la de hospitalización constituye un eslabón más de la cadena que debe configurar una atención integral al asma infantil y que obliga, en el ámbito sanitario, a desarrollar una acción coordinada entre la Atención Primaria y Hospitalaria, con una protocolización común del diagnóstico, de la educación y de la terapéutica.

En consonancia con este pensamiento, las visitas a un Centro de Urgencias o las hospitalizaciones nos proporcionan la oportunidad de implantar diversos aspectos educativos y mejorar la relación con el enfermo y su familia, estableciendo mecanismos que lleven a un óptimo control de la enfermedad.

La finalidad principal a conseguir en un centro de urgencias sería, además de todos los demás objetivos educacionales, la de enseñar planes de acción preventiva que redujesen las asistencias a las mismas. Algunos ejemplos podrían ser: repaso de la secuencia de actuación en el domicilio desde que se inició la crisis (repaso del automanejo de la misma, realización de un plan individualizado de manejo), comprobación y corrección, si se precisa, de la técnica del Flujo Espiratorio Máximo, y, finalmente, comprobación y corrección de la técnica de utilización de los diferentes dispositivos de inhalación. Así pues, en el ámbito de los Servicios de Urgencias, si bien quizás no sea posible desarrollar un programa educativo como tal, sí puede ser un lugar adecuado donde poder reforzar algunos aspectos importantes del mismo.

Cualquier ámbito puede ser adecuado para implementar determinados aspectos educativos

La llegada a la unidad de hospitalización no es el momento propicio para iniciar el proceso educativo, pero es una ocasión idónea para crear una corriente de confianza con el paciente y su familia que facilite, posteriormente, el llevar a cabo la educación.

La realización de todo este proceso, aunque parezca compleja, puede ser tan sencilla como una conversación de la que obtengamos la información deseada. El desarrollo de la secuencia educativa nos orientará a la consecución de unas metas u objetivos que serán consensuados con los padres y el paciente, los cuales serán claros, concretos y asequibles a cada caso particular.

J. Figuerola



ASMA Y EDUCACIÓN

VI Curso para Educadores en Asma

Murcia, 12 y 13 de Marzo de 2009

Organizado por:

Unidad de Neumología Infantil del Hospital Los Arcos
Grupo de Asma y Educación de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica



Con el reconocimiento de:



Sociedad de Neumología
Pediátrica



Sociedad Española de Neumología
y Cirugía Torácica (SEPAR)

Sede del Curso:

Hospital Los Arcos
Paseo de Colón, 54 • 30720 Santiago de la Ribera (Murcia)

ASMA Y EDUCACIÓN

Boletín editado por la SENP
(Grupo de Trabajo Asma y Educación)
con la colaboración de FAESFARMA S.A.



www.faes.es

Comité de redacción:

Dra. Juana M.^a Román (Mallorca)
Dr. Máximo Martínez (Granada)
Dra. Ángeles Neira (Madrid)
Dra. Carmen Rosa Rodríguez (Tenerife)
Dr. Santiago Rueda (Madrid)
Dr. Joan Figuerola (Mallorca)
Dr. José Valverde (Murcia)
Dr. Manuel Praena (Sevilla)
Dr. Javier Korta (Gipuzkoa)

Boletín Asma y Educación n.º 13
Noviembre 2008

Colaboran en este número:

Rafael González (Gipuzkoa)
Dr. Javier Korta (Gipuzkoa)
Dra. M.^a Ángeles Neira (Madrid)
Dr. Manuel Praena (Sevilla)
Dr. Joan Figuerola (Mallorca)
Dr. J. M. Román (Mallorca)
Dra. Carmen Rosa Rodríguez (Tenerife)
Dra. M. L. Torres Álvarez de Arcaya (Tenerife)

Sociedad Española de Neumología
Pediátrica

Dirección:
javier.kortamurua@osakidetza.net

D.L.: BI-2266-05
ISSN: 1885-1665