

upna

Universidad
Pública de Navarra
Nafarroako
Unibertsitate Publikoa

AUTORA: Itsaso Elizalde Beiras

DIRECTORA: Elena Antoñanzas
Baztán

TITULACIÓN: Grado en Enfermería

CURSO ACADÉMICO: 2014/2015

MANEJO DEL ASMA INFANTIL EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Dña. ELENA ANTOÑANZAS BAZTÁN, Profesora Asociada del Departamento de Ciencias de la Salud de La Universidad Pública de Navarra, hace constar que el proyecto que presenta Dña. Itsaso Elizalde Beiras con el Título **Manejo del asma infantil en los centros educativos**, ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Grado, del Grado en Enfermería.

Pamplona, junio de 2015

A mi directora del trabajo, Elena Antoñanzas por orientarme desde el primer momento y acompañarme en este proyecto con gran disponibilidad.

A los directores de los centros educativos, por abrirme sus puertas y mostrar interés por el proyecto.

A todos los niños enfermos y a sus familias.

A mi familia por apoyarme incondicionalmente.

INDICE

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	10
<i>Matriz DAFO</i>	17
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	18
<i>Elaboración de un proyecto educativo</i>	18
<i>Población diana</i>	19
<i>Puesta en marcha</i>	19
<i>Cronograma</i>	21
Recursos necesarios	22
Plan de cuidados	22
Evaluación de resultados (estándares e indicadores de calidad)	22
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS	
Anexo I. Carta a los directores de los centros	26
Anexo II. Árbol de decisión para docentes	27
Anexo III. Tipos de inhaladores	28
Anexo IV. Encuesta para evaluar la sesión	32
Anexo V. Carta los padres y madres.	33

RESUMEN (132)

Introducción

El asma es una enfermedad respiratoria crónica que en la mayoría de los casos se inicia en la edad pediátrica y que afecta al 10% de los niños y adolescentes. Las crisis asmáticas están estrechamente relacionadas con el ejercicio físico por lo que hay una alta probabilidad de aparición en horario escolar. Durante la realización de un estudio sobre la prevalencia y factores asociados al asma, se ha puesto de manifiesto la dificultad y desinformación del personal docente en el manejo de dicha enfermedad.

Objetivos

El objetivo principal es:

- Proporcionar al niño unos cuidados adecuados a su situación en el ámbito escolar mediante un correcto protocolo de actuación por parte de los profesores.

Material y métodos

Se plantea un algoritmo para los docentes de pacientes asmáticos en edad escolar con el fin de mejorar el manejo del asma en escolares y favorecer su recuperación y bienestar.

De esta forma el docente asesorado por el personal de enfermería, contaría con una herramienta para manejar las crisis asmáticas de los niños.

Palabras clave: asma, nebulizadores y vaporizadores, rol de la enfermera, enfermera escolar

[Asthma] MsH

[Nebulizers and Vaporizers] MsH

[Sick Role] MsH

[School nursing] MsH

1. INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad respiratoria crónica que en la mayoría de los casos se inicia en la edad pediátrica.

Agrupar diferentes formas de enfermedad, en la que factores genéticos y ambientales, interactúan y generan manifestaciones de la enfermedad. Su expresión clínica es muy variable: desde síntomas agudos y esporádicos, a crónicos; desde estacionales o que aparecen en relación con el ejercicio, hasta una enfermedad grave y persistente.

Económicamente supone un coste muy elevado para las familias y los sistemas sanitarios. Se calcula que el asma en los países desarrollados es responsable del 1-2% del gasto sanitario y el impacto económico de esta enfermedad afecta, no solo a la sociedad representada por los servicios públicos de salud, sino también a las familias. “La estimación del coste económico de la atención al asma infantil en España en 2008 es de 532 millones de euros”.¹

La Educación para la Salud (EPS) es una poderosa herramienta para el personal de enfermería en Atención Primaria, ya que dentro de los servicios de salud es quien ocupa el lugar más cercano al usuario.

Los profesionales sanitarios, implicados en la atención integral de la salud de la población y comprometidos en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como instrumentos irrenunciables, están interesados en dirigir sus acciones a la población infantil y juvenil.

Desde la escuela, frecuentemente se perciben muchas limitaciones, relacionadas con la falta de tiempo, las dificultades del propio proceso educativo, la menor valoración que las propias familias y el contexto social en su conjunto dan a la salud respecto a otros contenidos educativos; incluso, a la falta de formación y recursos que los propios docentes creen tener, para desarrollar de forma correcta los contenidos de salud.

Por tanto, estaría justificada una respuesta por parte del profesional a las demandas de la escuela, o incluso una iniciativa de buscar en los docentes una estrecha colaboración. No obstante, a menudo resulta difícil establecer un trabajo coordinado y eficaz con los profesores.

1.1 Justificación

La práctica profesional de la Promoción de la Salud obtuvo su primer reconocimiento internacional con la **carta de Ottawa de 1986** definiéndola como: "el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud".

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, la EPS puede definirse desde dos vertientes. Por una parte, la EPS consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para la promoción y protección de la salud. Por otro lado, la EPS contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud.

Basándonos en estas dos premisas podemos establecer tres grandes razones para incorporar la Promoción de la Salud en el proyecto educativo de un centro escolar:

1. Constituye una de las estrategias clave de las que puede disponer un centro educativo, no sólo para incrementar los niveles de salud del alumnado, sino también el clima interno del centro escolar, optimizar sus procesos de gestión y alcanzar mejores resultados educativos, incluidos los académicos.
2. La infancia y la adolescencia son las épocas del desarrollo vital en las que se adquieren los principales hábitos de vida que se consolidarán con los años. La obligatoriedad de la educación desde los 4 hasta los 16 años facilita que el acceso a la población infantil y adolescente sea casi total.
3. El ámbito educativo proporciona un marco de intervención social que cuenta con agentes que disponen de una alta cualificación desde el punto de vista pedagógico: el profesorado.

A nivel autonómico, se recogen dentro del Plan de Salud de Navarra 2014-2020 estrategias orientadas a mejorar los resultados de salud en la población dentro de los centros educativos. “Como entornos adecuados la OMS propone potenciar las Escuelas Promotoras de Salud que en Navarra cuentan ya con una red de 27 centros. Esta red de escuelas acumula un conjunto de buenas prácticas en alimentación y consumo, convivencia, prevención del consumo de drogas, entorno saludable, desarrollo personal y estilos de vida sanos².”

Uno de los objetivos del Plan es la capacitación y apoyo al centro educativo en la atención a los niños con patologías crónicas. Concretamente la elaboración de una guía de actuación con enfermedades crónicas. Además se elaboran una serie de programas de salud dentro de los centros educativos.

Concretamente se encuentran:

- El *Programa de capacitación y apoyo al centro educativo en la atención a los niños con patologías crónicas: Enfermera en la Escuela, Guía de actuación con enfermedades crónicas, etc.* dentro del *Programa de Salud en Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*.
- Dentro del *Programa Comunitario de Promoción de la Salud en Infancia y Adolescencia* se encuentra el Impulso a la Red de Escuelas Promotoras de Salud.
- Dentro del *Programas de Prevención y Atención en S. Mental Infanto-Juvenil* el *Programa de salud mental en la escuela*.
- Dentro del *Programa de Prevención de embarazo y Parto* se encuentra el *Plan de formación para adolescentes en centros escolares*.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivos generales

- Proporcionar al niño unos cuidados adecuados a su situación en el ámbito escolar mediante un correcto protocolo de actuación por parte de los profesores.

1.2.2 Objetivos específicos

- Establecer un vínculo enfermera-centro educativo que permita instalar un protocolo de actuación ante una crisis asmática y el correcto manejo de los inhaladores.
- Proporcionar al niño y a su familia unos cuidados adecuados a su situación para minimizar los síntomas de las crisis asmáticas y favorecer su pronta recuperación.
- Fomentar la relación docente-padre/madre enfermera-docente para conocer la situación de cada niño y propiciar su bienestar.

1.3 Competencias de grado en enfermería a desarrollar en este proyecto

Dentro del grado en enfermería hay una serie de competencias a alcanzar por el alumno durante su formación. Para la realización de este trabajo se desarrollan las siguientes competencias:

- Capacidad de prestar y gestionar cuidados de Enfermería competentes, seguros y respetuosos, orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades, discapacidades y dependencias, y a la aplicación de estrategias de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados o terminales.
- Capacidad de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de la salud de las personas, familia o comunidad, de acuerdo al desarrollo de los conocimientos científicos en cada momento, con los niveles de seguridad que establecen las normas legales y deontológicas aplicables, respetando siempre la dignidad humana y autonomía personal.
- Capacidad de integrarse en equipos multidisciplinares, proporcionando un servicio eficiente y de calidad que cumpla con su responsabilidad social teniendo en cuenta las características, necesidades y posibilidades del medio socioeconómico y cultural en el cual se desenvuelve.

1.4 Metodología

Se realizó una revisión teórica sobre el manejo del asma infantil, haciendo especial hincapié en el papel de la enfermera en el centro escolar. En este sentido, se parte de una necesidad por parte de los docentes de obtener información sobre la actuación ante una crisis asmática en horario escolar.

El plan de acción se basa en la metodología enfermera a través de un plan de cuidados para con los profesores. A partir de ahí y viendo las actividades e intervenciones enfermeras a realizar; se plantea un árbol de decisión para seguir una secuencia de acción ante una crisis asmática. Además paralelamente se complementa con una sesión formativa sobre el correcto manejo de inhaladores.

Cabe destacar, la necesidad de colaboración con la enfermera de pediatría de atención primaria, los docentes y las familias de los niños para llevar a cabo dicho plan. Por ello complementariamente, se plantean reuniones con las EP y los padres de los niños afectados.

2. MARCO TEÓRICO

El aumento de la prevalencia informada del asma por todo el mundo ha llevado a numerosos estudios sobre la prevalencia y las características de esta enfermedad.

Entre ellos, los primeros son dos iniciativas internacionales principales que han recogido datos usando cuestionarios validados: uno entre niños y adolescentes [el estudio ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood)] y el otro entre adultos jóvenes (European Community Respiratory Health Survey).

Estudios locales y nacionales también han proporcionado revelaciones sobre la epidemiología de las exacerbaciones del asma. Por ejemplo, epidemias de exacerbaciones del asma en Barcelona (España) fueron vinculadas posteriormente a la exposición al polvo atmosférico de soja liberado durante el manejo de los mercantes en el puerto local. La muy predecible epidemia anual de exacerbaciones del asma en los niños en edad escolar en el hemisferio norte cada mes de septiembre, que tiene su máximo 17 días después de la vuelta a la escuela, parece ser predominantemente dirigida por una infección estacional por rinovirus con el probable añadido de otros factores de riesgo para las exacerbaciones del asma. Entre ellos, la reducción del uso de la terapia de control del asma durante los meses del verano, la exposición a alérgenos estacionales, y posiblemente la tensión de la vuelta a la escuela.

Complementando estos estudios transversales hay estudios epidemiológicos longitudinales en una variedad de poblaciones y de países, que han permitido el examen de los factores de riesgo que predecían el desarrollo, la persistencia, la remisión o la recaída del asma en la infancia.

2.1 Situación actual en Navarra. Estudio en centros educativos de Navarra

En el 2003 y 2008 se realizaron dos estudios epidemiológicos mediante el cuestionario ISAAC en Navarra. Actualmente se está llevando a cabo un estudio de prevalencia y factores asociados al asma infantil en la zona media de Navarra. Actualmente se ha realizado el estudio en 12 centros educativos.

Durante el desarrollo de este estudio se están estableciendo diversas entrevistas con directores y docentes de centros educativos. Varios de éstos han manifestado su preocupación por el manejo de la crisis de los niños y la utilización de los inhaladores. Se ha visto una necesidad de establecer una pauta a seguir en caso de crisis así como un conocimiento básico del manejo de los inhaladores.

Según la bibliografía consultada se destaca la figura la enfermera escolar en el manejo del asma. Una actuación rápida y un buen manejo del paciente de los inhaladores; mejoró la calidad de vida del paciente, reduciendo las visitas a urgencias y aumentando la autonomía para el manejo del asma.

En España actualmente no existe la figura de enfermera escolar en los centros escolares por lo que el personal docente precisa de una pauta por parte de la enfermera de pediatría para el manejo de las crisis asmáticas durante el horario escolar.

2.2 Antecedentes y marco legal de la EPS en el centro escolar

El Ministerio de Sanidad y Consumo es miembro nacional constituyente de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud desde hace más de 50 años. El primer impulso importante que se da a la EPS en la escuela es la firma del convenio entre el Ministro de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC) en mayo de 1989.

El primer convenio entre el Ministerio Sanidad y consumo y el Ministerio de Educación puso en marcha tres programas:

- Formación del profesorado.
- Elaboración de materiales didácticos.
- Desarrollo de proyectos piloto en centros escolares, estableciéndose colaboración entre los Equipos de Atención Primaria y el Centro escolar.

Se crearon las figuras de coordinadores provinciales del MEC de EPS y coordinadores de áreas o zonas básicas de salud, se destinaron recursos económicos a formación de los profesionales y a subvenciones de los proyectos para lo que se establecieron convocatorias de concursos con carácter anual que resolvían las comisiones creadas al respecto.

El segundo gran impulso lo constituyó la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LO 1/1990) en la que se introduce la Educación para la Salud como tema transversal en las diferentes áreas. En el currículo de los centros escolares, posteriores Reales Decretos desarrollan la Ley y establecen las enseñanzas mínimas en los diferentes niveles: Infantil (0 a 6 años); Primaria (6 a 12 años) y Secundaria Obligatoria (12 a 16 años)

El desarrollo de la EPS en el centro escolar ha sido muy desigual a lo largo de la geografía española. En ello han tenido un papel fundamental los cambios en la legislación educativa y las transferencias del territorio MEC a las Autonomías, llegando a la situación más reciente en la que merecen especial relevancia los proyectos desarrollados en el marco de Programas generales como la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS).

En el año 1990, cuando se realizó el desarrollo legislativo de la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE) se estableció por primera vez de forma explícita, que la EPS es un tema transversal que debe estar presente en todas las áreas curriculares.

Por su parte, la posterior Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), recoge entre sus fines y principios la transmisión de aquellos valores y competencias básicas que favorezcan la libertad personal, la responsabilidad, el ejercicio de la ciudadanía democrática, la solidaridad, la tolerancia, la igualdad, el respeto y la justicia, que constituyen la base de la vida en común. En todos los niveles de la enseñanza obligatoria se establecen, además, objetivos tendentes a desarrollar las capacidades afectivas y psicosociales del alumnado, a que se valoren y respeten los aspectos de género y la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales y a valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente. En todas las etapas de la LOE se abordan aspectos importantes para la EPS en las áreas de: Conocimiento del medio, Ciencias de la naturaleza, Educación física y Educación para la ciudadanía. La escuela tiene, pues, la responsabilidad de integrar la EPS en sus proyectos, y esto significa sobre todo promocionar el valor de la salud entre todos los grupos que integran la comunidad escolar, a lo largo de todo el periodo de formación, de modo que se faciliten comportamientos saludables, y se promueva la capacidad de decisión y elección personal de estilos de vida saludables desde la autonomía y el asentamiento de actitudes positivas duraderas para el cuidado de la salud.

En último lugar la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa 8/2013, de 10 de diciembre, incluye dentro de las asignaturas optativas en el 4º curso de la E.S.O “Alimentación, nutrición y salud”

2.3 El centro escolar: promotor de salud

La escuela es la institución a la que se confía la socialización de la población. Por tanto es posible integrar la educación para la salud en el proceso educativo general permitiendo su continuidad. Además reúne a la población durante la edad evolutiva, en la que es más fácil introducir nuevos estilos de vida. Por otra parte, como institución que reúne las tres piezas clave para la EPS en el niño, puede estimular el trabajo conjunto y coordinado de: alumnos/as, docentes, madres y padres (es decir, la comunidad escolar), junto con trabajadores sociales, sanitarios, etc. (es decir, la comunidad). Así pues, podemos definir el centro escolar como un lugar que:

- Permite, fundamentalmente a los alumnos y alumnas tomar conciencia del propio cuerpo y de sus necesidades, dentro del proceso educativo global, integrándose con los demás aspectos de la educación. Permitir fundamentalmente a los alumnos y alumnas reconocer la relación entre riesgo y daño.
- Capacita a los alumnos y alumnas para adquirir conocimientos, actitudes y comportamientos promotores de salud.

Estamos por tanto ante el lugar idóneo para realizar EPS en el niño y adolescente. Sin embargo todo esto requiere

- Un adiestramiento constante; es decir, continuidad.
- Desarrollar la capacidad crítica sobre los propios conocimientos, actitudes y comportamientos.
- Contribuir a interpretar las condiciones de vida, identificando las que producen salud y las que suponen un riesgo para la salud o implican un daño (o enfermedad).
- Contribuir a encontrar soluciones o problemas concretos, en la realidad más cercana (escuela), de una manera realista, es decir factible.
- Realizar experiencias que adiestren en la capacidad de elección.

En resumen, exige una metodología didáctica activa ya que la predisposición a participar, no se realiza sólo hablando de participación, sino experimentándola, en las actividades habituales en el aula

2.3.1 Los agentes de EPS en el centro escolar. Hacia la elaboración de un proyecto educativo.

Los profesores son las piezas fundamentales en la educación para la salud en la escuela ya que: conocen el medio, tiene capacidad profesional y experiencia docente que ninguna persona ajena al centro puede aportar.

Así pues, en su papel educador, puede abordar la educación para la salud, de forma integrada en el currículo dando continuidad a las actividades y permitiendo la participación. Además, puede activar la relación de: alumnos/as, madres, padres, trabajadores socio-sanitarios, etc.

Los alumnos y las alumnas deben ser sujetos activos de la educación para la salud en la escuela, participando en la priorización de los contenidos, en el diseño y realización de actividades, así como en su evaluación, a través de los órganos de participación (como el Consejo Escolar) y sobre todo de las actividades en el aula. Su participación garantiza que el proceso de aprendizaje permita aumentar los conocimientos y su capacidad para integrarlos en un contexto global, haciendo posible que los utilice de manera práctica y eficaz.

Los padres y las madres, y la familia en general deben ser invitados y estimulados a intervenir en las actividades de educación para la salud en la escuela, a través de los órganos de participación (Consejo Escolar, asociaciones de padres, tutorías, etc.).

Su participación es indispensable porque son los primeros responsables en la educación de sus hijos e hijas y tienen que saber qué tipo de educación reciben en la escuela y participar en ella.

Además, su participación ofrece la posibilidad de:

- Asegurar la continuidad educativa, de los procesos iniciados en la escuela.
- Proteger así las acciones educativas de actitudes contradictorias o incoherentes que disminuyen la eficacia del proceso educativo.
- Favorecer el estudio de alternativas posibles a los problemas detectados, ayudando a comprender de manera más adecuada la realidad social y cultural en la que habrán de desarrollarse las actividades educativas, siendo este el punto de referencia para conocer la factibilidad de las mismas.

2.3.4 La EAP en el centro escolar. Hacia la elaboración de un proyecto educativo.

Los profesionales sanitarios tienen un importante papel como colaboradores de los docentes en la educación para la salud en el centro escolar. Una de las funciones esenciales es la de difundir información. Pero esta difusión no puede ser un flujo unidireccional del profesional a la comunidad, si no que se deben abrir estrategias para conseguir un flujo bidireccional de la información. En definitiva, que constituya un auténtico proceso de comunicación, con la consecuente identificación de necesidades definidas, tanto a partir de la información técnica como de la información de la comunidad a la que se dirigen las actividades educativas.

La orientación sobre las elecciones de contenidos educativos de los proyectos de educación para la salud en la escuela a partir de la actividad y experiencia de los profesionales sanitarios, está directamente relacionada con la primera etapa en la elaboración de proyectos educativos sobre temas de salud. Forma parte de la fase de estudio de la situación, para identificar necesidades y definir prioridades. Este estudio de la situación debería dirigirse, no sólo a problemas sanitarios específicos (riesgos y daños para la salud), sino también a conocer los valores y preocupaciones prevalentes en la comunidad escolar hacia la calidad de vida y los problemas sociales.

Es pues necesario, en esta fase de conocimiento del medio, identificar y definir necesidades, que a veces se expresan como problemas de salud y otras, como preocupaciones sociales, a partir de las cuales, el personal sanitario debería encontrar los temas sanitarios subyacentes.

Las *necesidades sentidas o percibidas*, deben siempre considerarse como necesidades prioritarias, aunque puedan negociarse sus contenidos y sobre todo, las estrategias para encontrar soluciones. Por lo tanto, el profesional sanitario habrá de difundir información específica, pero también, tendrá que escuchar a la comunidad y estar atento a la realidad con los datos que la comunidad aporta. Además tendrá que *priorizar* las necesidades basándose en unos criterios concretos.

Los criterios básicos para la priorización de las necesidades, pueden ser los que los profesionales manejan habitualmente:

- Magnitud del problema.
- Gravedad del problema.
- Factibilidad de soluciones.

Es importante recalcar que en la definición de estos criterios tienen que participar tanto los sanitarios como otros profesionales y la comunidad.

Una vez las necesidades están priorizadas y se han definido los temas a tratar, los sanitarios pueden apoyar actividades de formación y consulta para los profesores aportando su conocimiento específico en temas de salud. Esto es de gran utilidad en las actividades de educación para la salud en la escuela.

No se puede olvidar que el agente educador en la escuela son los profesores. Por tanto también en temas de salud es el personal docente el encargado de desarrollar las actividades en el aula. Sin embargo, con frecuencia los temas abordados en proyectos de educación para la salud, incluyen aspectos y contenidos informativos que son desconocidos para los docentes.

Un intercambio informativo directo, entre sanitarios y docentes, enriquecerá las actividades, al aumentar la comprensión de todos los aspectos abordados y dar mayor confianza al personal docente respecto a su capacidad para intervenir.

De este modo, una importante contribución del personal sanitario, es precisamente, profundizar en la socialización de información (iniciado, en la fase de conocimiento de la situación) sobre los temas de salud que se proponen como objetivos de trabajo en la escuela y responder a las consultas puntuales que éstas actividades van generando por parte del profesorado.

El papel de los profesionales de la salud, no es por tanto el de sustituir a los/las docentes en sus tareas en el aula, sino el de colaborar con el profesorado en el desarrollo de éstas actividades; contribuyendo con su conocimiento y experiencia profesional, a que los temas de educación para la salud sean abordados de la manera más adecuada posible, al facilitar una información más completa. También se debe tener en cuenta, que su participación no produzca una desviación de las intervenciones hacia planteamientos excesivamente específicos y/o técnicos.

Algunas de las funciones más eficaces que puede asumir el personal sanitario en la educación para la salud en el centro escolar, son el apoyo a la formación de docentes (que debe tender a la formación recíproca y conjunta) y la participación en actividades realizadas con madres, padres y población adulta implicada en los proyectos educativos. Estas funciones, son las que los centros valoran como más rentables y significativas según se hizo constar en las conclusiones de los grupos de trabajo de la "Conferencia Europea de educación para la salud en el ámbito escolar" celebrada en El Escorial en junio de 1992.

2.3.5 Propuesta de acción. Análisis de la situación

EXTERNOS	INTERNOS
<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de colaboración con el centro de salud - Falta de colaboración del personal docente - Falta de colaboración de los padres, madres y/o tutores 	<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inexperiencia en la formación a docentes - Falta de organización del sistema de AP en la dinámica de colaborar con el centro escolar.
<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad muy prevalente entre la población. - Prestigio para el SNS por la creación implantación de un recurso novedoso en los centros escolares - Mínimo coste y posibilidad de ahorro para el SNS. - Disponibilidad de colaboración de los docentes y familiares 	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amplio conocimiento sobre el asma de los profesionales sanitarios. - Experiencia de los profesionales de AP en la formación a otros sectores de la población

Figura 1. Matriz DAFO. Fuente propia.

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

3.1 Elaboración de un proyecto educativo

Como hemos visto en el capítulo anterior hemos identificado unas necesidades concretas y a partir ahí se ha planteado la elaboración de un proyecto educativo. Concretamente durante la realización de un estudio de investigación sobre el asma en varios centros escolares de Navarra, se observó por parte de los docentes la falta de información y destreza para manejar las crisis asmáticas en los centros escolares. A partir de aquí se plantea la creación de un *árbol de decisión* para los docentes ante una crisis asmática de un alumno.

- Es importante recalcar que para su implantación se requiere la colaboración de los padres y madres de los alumnos. Es imprescindible conocer los casos de niños asmáticos así como sus necesidades especiales.
- En segundo lugar, las Enfermeras de pediatría de Atención Primaria deben ser conocedoras del proyecto. Lo ideal sería que sería un trabajo conjunto para con los docentes y las familias.
- Por último los docentes van a ser nuestros “clientes” este proyecto de EPS y habrá que desarrollar técnicas que se ajusten a sus necesidades para que en definitiva el resultado sea la mejor atención del niño.

3.2 Población diana

Esta propuesta se plantea para su implantación los centros educativos de primaria de Navarra. El planteamiento comenzaría en la zona rural por ser objeto del estudio principal y lugar donde se han mantenido las entrevistas con los directores de los centros.

En primer lugar se aplicaría en una localidad piloto desde su correspondiente centro de salud. En este caso en los tres centros educativos en los que se imparte el ciclo de primaria en la localidad de Tafalla: Colegio Marqués de la Real Defensa, Ikastola Garcés de los Fayos y Escuelas Pías.

Esta localidad es considerada cabeza comarcal y centro de servicios de la zona y es la que cuenta con el mayor número de niños por centro educativo de los alrededores.

Concretamente se han realizado entrevistas en dos de los centros observando las dificultades en el manejo y el interés por la enfermedad por parte del personal docente.

3.3 Puesta en marcha

Para su puesta en marcha se realizarán una serie de acciones que detallaremos a continuación.

3.3.1 Establecer una reunión con la enfermera y los docentes del centro para explicar los pasos a seguir en las crisis asmáticas de los niños del centro durante el horario escolar

Se establece una primera reunión con la dirección del centro de salud y las enfermeras de pediatría de la zona básica de Tafalla. El objetivo principal es dar a conocer las necesidades de la comunidad escolar y explicar el proyecto educativo a desarrollar conjuntamente con las enfermeras de pediatría (EP). En esta primera reunión es importante hacer hincapié en las inquietudes de las EP y elaborar conjuntamente una primera carta informativa para los directores de los centros educativos (Anexo I).

Tras la respuesta por parte del centro, si el director lo cree necesario, reunirá con la EP para explicar el proyecto a los docentes y compartir sus inquietudes. Tras esta primera reunión se fijará una fecha para la sesión educativa con los docentes.

3.3.2 Aplicar un árbol de decisión a todos los niños de los centros educativos que sufran una crisis de asma durante el horario escolar

El objetivo principal es que los docentes cuenten con un recurso para saber cómo actuar de manera protocolizada ante una crisis de asma en los escolares. Se les presenta el árbol de decisión (Anexo II) y se comparten sus dudas en cuanto al mismo. Es importante que los docentes entiendan todos los pasos y compartan el criterio de actuación.

3.3.3 Instruir mediante una sesión práctica a los docentes sobre el manejo básico de los inhaladores

Como complemento al árbol de decisión y para asegurar el correcto manejo de los inhaladores, se plantea una sesión de docencia por parte de la EP a los docentes sobre el manejo de los inhaladores.

La sesión de aproximadamente 30 minutos de duración consistiría en impartir unas nociones básicas sobre el manejo de los inhaladores incluyendo varios de estos dispositivos para que realicen prácticas. (Anexo III)

Al final de la sesión se realizarán preguntas aleatorias a los docentes así como la observación directa de la técnica para evaluar que la sesión ha sido eficaz.

3.2.4 Dar a conocer a los padres y madres la importancia del manejo del asma en los centros escolares y el asesoramiento por parte de enfermería a los docentes.

Una vez informados y formados los docentes de los centros educativos, se procederá al envío de una carta a través de los alumnos a sus padres y madres para informales de la iniciativa. (Anexo IV).

Se pretende que padres de los niños conozcan el proyecto y comuniquen al tutor cualquier particularidad de sus hijos. De esta manera los padres se sentirán seguros al saber que sus hijos serán correctamente atendidos en caso de crisis; y los docentes tendrán conocimiento sobre las peculiaridades de los niños asmáticos.

3.4 Cronograma tareas para el desarrollo del proyecto

Actividad	Jn	Sep	Oct	Nv	Dc	En
Presentación del proyecto en la UPNA	x					
Presentación del proyecto a los directores del centro de salud y EP	x					
Reunión con los directores de los centros escolares		x				
Exposición del proyecto a los docentes			X			
Sesión educativa sobre el manejo de inhaladores			X			
Envío de carta a los padres y madres				x		
Reunión con los padres de casos especiales					x	
Aplicación del árbol de decisión en el centro						x

Figura 2. Cronograma. Fuente propia

3.5 Recursos necesarios para el logro de objetivos

Los recursos fundaménteles para llevar a cabo este proyecto son básicamente humanos. Podríamos decir que tiene escaso coste económico aunque una gran implicación por parte de las enfermeras de pediatría y de los padres.

En cuanto a los recursos materiales se reducen a los necesarios para el carteo tanto a los centros educativos como a los padres de los niños.

Sin embargo requiere una implicación y ajuste de agendas por parte del personal de enfermería y de los docentes para las sesiones informativas. Por otro parte cabe esperar que tras la información a los padres de niños asmáticos, éstos querrán reunirse los tutores para explicarles concretamente el caso de su hijo.

3.6 Plan de cuidados a los docentes los niños asmáticos

Toda actuación desarrollada en la práctica, adquiere rango de científica cuando sus actuaciones se basan en teorías y se aplican utilizando el método enfermero.

Como no podía ser de otra manera, enmarcamos este proyecto dentro del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). En este caso el paciente es el profesor por lo que tras valorar las necesidades de estos pacientes, se establecerán diagnósticos de educación terapéutica. (Anexo V)

3.7 Evaluación de resultados

Entendiendo estándar de calidad como la *frecuencia o nivel deseable que debe ser alcanzado para obtener el grado de calidad establecido e indicador de calidad con área claramente observable y medible, que permite señalar el ámbito y el grado de calidad* se presenta el método de evaluación de la calidad del proyecto.

3.7.1 Indicadores de calidad

- Número de docentes que reciben la formación
- Grado de comprensión y asimilación por parte de los docentes en la sesión formativa
- Porcentaje de padres de niños asmáticos que reportan las necesidades de cuidados específicas de sus hijos a los docentes

3.7.2. Estándares de calidad

- 90% docentes de niños asmáticos
- Observación directa de la asimilación de conceptos y correcta aplicación de técnicas.
- 90% padres de niños asmáticos se ponen en contacto con los tutores y reportan información sobre sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blasco Bravo AJ, Pérez-Yarza EG, Lázaro y de Mercado P, Bonillo Perales A, Díaz Vazquez CA, Moreno Galdó A. Coste del asma en pediatría en España: un modelo de evaluación de costes basado en la prevalencia. ANALES pediatría. 2011; 74:145-53

2. Plan de Salud de Navarra 2014-2020. Pamplona [Acceso febrero 2015]. Disponible en:
https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/plan_de_salud_2014-2020_version_final.pdf

Esteve Cornejo C. Tesis doctoral. Factores asociados a la prevalencia del asma en la infancia y adolescencia en Pamplona y su comarca. Universidad de Navarra: 2000

Mata Fernández C. Tesis doctoral. Estudio de la calidad de vida en niños con asma bronquial, rinitis alérgica y dermatitis atópica. Universidad de Navarra: 2003

García-Marcos Álvarez L, Martínez Torres A, Batlles Garrido J, Morales Suárez-Varela M, García Hernández G, Escribano Montaner A. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase II: Methodology and results of the participation rate in Spain. ANALES pediatría. 2001; 55(5): 400-5

Gaboli M. Trabajo. Asma en pediatría. Universidad de Salamanca. Salamanca: 2012

Sennhauser FH, Braun-Fahrlander C, Wildhaber JH. The burden of asthma in children: a European perspective. Paediatr Respir Rev. 2005; 6: 2-7

Fisterra. Pamplona [Acceso febrero 2014]. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/asma-infantil/#1655>

García-Marcos Álvarez L, Martínez Torres A, Batlles Garrido J, Morales Suárez-Varela M, García Hernández G, Escribano Montaner A. Objetivo y métodos del estudio ISAAC. ANALES Sis San Navarra. 1997; 20(1): 57-69

Boletín Infarma. Pamplona [Acceso marzo 2014]. Disponible en:
<http://www.sinabisl.com/html/trab%20asma%20epidemiologia,etiologia%20y%20factores%20de%20riesgo.htm>

Global initiative for asthma. Guía de bolsillo para manejo y prevención del asma. 2010

Página oficial del Gobierno de Navarra. Pamplona [Acceso marzo 2014]. Disponible en:
http://www.navarra.es/home_es/Navarra/Asi+es+Navarra/Geografia+y+poblacion/La+Zona+Media.htm

Guía asma y escuela. Asociación española de pediatría. Pamplona [Acceso diciembre 2014]. Disponible en:
http://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/asma_casa.pdf

Corjulo MT. Mastering the metered-dose inhaler: an essential step toward improving asthma control in school. NASN Sch Nurse. 2011 Sep; 26 (5):285-90

Halterman JS, Szilagyi PG, Fisher SG, Fagnano M, Tremblay P, Conn KM, Wang H, Borrelli B. Randomized controlled trial to improve care for urban children with asthma: results of the School-Based Asthma Therapy trial. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011 Mar; 165(3):262-8

Qazi K, Altamimi SA, Tamim H, Serrano K. Impact of an emergency nurse-initiated asthma management protocol on door-to-first-salbutamol-nebulization-time in a pediatric emergency department. J Emerg Nurs. 2010 Sep; 36 (5):428-33

Prescripción enfermera. Pamplona [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<http://prescripcionenfermera.com/planes-de-cuidados-de-enfermeria>

Instituto Nacional de Estadística. Pamplona [Acceso enero 2015]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=141&L=0>

Heather Herdman, T. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier; 2010

Burgos Morales, P. Martín Alonso, MT. Manual de Enfermería Pediátrica Vol I. Madrid: CTO Editorial; 2012 (287-308)

NNNConsult. Pamplona [Acceso febrero 2015]. Disponible en:
<http://www.nnnconsult.com/login>

Manual CTO de Enfermería. Enfermería fundamental. Madrid CTO Editorial; 2011 (318-336)

Gobierno de España. Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa 8/2013, de 10 de diciembre. BOE 295 de 10 de diciembre de 2013.

Anexo I

Estimado director/a,

Me pongo en contacto con usted desde el centro de salud de Tafalla para informarles del proyecto. “El asma en la escuela”.

Se trata de un proyecto impulsado por el equipo de enfermería con el fin de asesorar a los docentes para el correcto manejo de las crisis de asma durante el horario escolar.

Como saben el asma es una de las enfermedades crónicas más prevalentes de la infancia y muchas de las crisis se dan en el centro educativo.

Desde el Centro de Salud queremos impulsar una guía de actuación que permita de manera sencilla y eficaz actuar al docente en casa de que un alumno sufra una crisis de asma en la escuela.

Nos gustaría reunirnos con el claustro de profesores para explicar este árbol de decisión y compartir las impresiones y dudas que puedan generar. La duración de la sesión sería de 90 minutos aproximadamente. Dentro de esta sesión habrá una parte práctica con el manejo de inhaladores. El horario de la reunión tendría que ser de 8 a 15h previo acuerdo de ambas partes para proceder al ajuste de agendas.

Esperamos su respuesta vía mail o teléfono. Gracias de antemano por su colaboración.

Atentamente,

Equipo Enfermería Pediátrica del Centro de Salud de Tafalla



Imagen 1. Fuente propia

ANEXO III

TIPOS DE INHALADORES EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA

Aerosoles presurizados (Figura 1)



Figura 1. Inhaladores MDI.

Recomendaciones

- No usar el inhalador si está por debajo de la temperatura ambiente, la presión interna del inhalador es sensible a la temperatura
- La postura correcta del inhalador es en forma de “L”, para evitar la salida del propelente sin medicamento
- La postura correcta del paciente debe ser erguido o sentado para permitir la máxima expansión torácica
- La cabeza ligeramente inclinada hacia atrás, para formar un canal lo más recto posible para el inhalador

Técnica

- 1.- Retirar la tapa del inhalador
- 2.- Agitar el inhalador para conseguir una adecuada dispersión del propelente y del medicamento
- 3.- Vaciar completamente el pecho de aire
- 4.- Colocar la boquilla del cartucho en la boca, sujetándola con los dientes y cerrando los labios alrededor
- 5.- Iniciada la inspiración, pulsar el inhalador una sola vez, y continuar la inhalación lenta y profundamente hasta llenar los pulmones
- 6.- Retirar el inhalador de la boca y retener el aire inspirado (pausa inspiratoria) durante 10 segundos (facilita el máximo depósito de las partículas del medicamento y reduce la cantidad de dosis inhalada que se exhala)
- 7.- Espirar como en una respiración normal, lentamente y por la nariz (minimiza la cantidad de medicamento depositado en la boca y que luego es tragado)
- 8.- Enjuagar bien la boca para evitar que los restos que se han depositado en la cavidad bucal pasen a la sangre

Errores más frecuentes

No agitar antes el inhalador, no vaciar el aire, pulsar directamente en la boca y después inspirar, dejar de inspirar una vez pulsado el inhalador y hacer 2 pulsaciones seguidas.

Cámaras de inhalación (Figura 2)



Figura 2. Cámaras espaciadoras.

Técnica

- 1.- Posición de pie o sentado
- 2.- Destapar el inhalador
- 3.- Colocar en posición correcta (en forma de L)
- 4.- Agitar el inhalador unos segundos
- 5.- Acoplar el inhalador en el orificio de la cámara en posición vertical
- 6.- Realizar una espiración lenta y profunda
- 7.- Colocar la boquilla de la cámara en la boca, sujetándola con los dientes y ajustando los labios a la cámara
- 8.- Efectuar una pulsación del inhalador e inspirar lenta y profundamente
- 9.- Retirar la cámara de la boca, mantener la inspiración 10 segundos y expulsar lentamente el aire por la nariz
- 10.- En caso de necesitar una 2ª dosis, esperar un minuto para que la válvula recupere la presión

Inhaladores de polvo seco (Turbuhaler®) (Figura 3).



(Figura 4)

Técnica

1. Ponerse de pie o sentado, desenroscar y retirar la capucha que cubre el inhalador, girar la base, primero hacia la dcha. y a continuación hacia la izquierda. Tras dicho movimiento, se oirá un “clic”
2. Espirar profundamente manteniendo el inhalador alejado de la boca

Recomendaciones

La cabeza debe estar ligeramente inclinada hacia atrás, colocar la boquilla entre los dientes y cerrar los labios sobre la misma, inspirar profunda y sostenidamente, mantener la inspiración durante 10 segundos, espirar lentamente por la nariz, esperar un mínimo de 30 segundos si se debe repetir una segunda dosis del mismo u otro medicamento.

Errores frecuentes

Girar la base sólo hacia la dcha., usar una vez agotadas las dosis, guardar en lugar húmedo, no expulsar el aire previo a la inhalación, espirar sobre el dispositivo, postura incorrecta e inspiración lenta.

Anexo IV

Estimados padres y madres,

Nos ponemos en contacto con ustedes para informarles del proyecto. “El asma en la escuela”.

Se trata de un proyecto impulsado por el equipo de enfermería del centro de salud de Tafalla con el fin de asesorar a los docentes para el correcto manejo de las crisis de asma durante el horario escolar.

Como saben el asma es una de las enfermedades crónicas más prevalentes de la infancia y muchas de las crisis se dan en el centro educativo.

Por eso desde el Centro de Salud hemos preparado una guía de actuación que permite de manera sencilla y eficaz actuar al docente en caso de que un alumno sufra una crisis de asma en la escuela. Contamos con la colaboración el equipo docente del claustro educativo.

Además de informales de dicha iniciativa, nos gustaría que informaran al tutor de las particularidades sobre el manejo del asma en su hijo si fuera su caso. De esta manera recibiría una mejor atención en caso de crisis durante el horario escolar.

Gracias de antemano por su colaboración. Atentamente,

Colegio.... Y Equipo Enfermería Pediátrica del Centro de Salud de Tafalla

Anexo V. PAE

Dentro de la etapa de **valoración** podemos incluir el desarrollo del trabajo expuesto a esta hora, ya que en él hemos estudiado la población diana y sus necesidades.

En cuanto a la etapa del **diagnóstico** nos apoyamos en taxonomía NANDA y según sus trece dominios identificamos varios diagnósticos enfermeros.

Conocimientos deficientes (00126)

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 4: Cognición

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Características definatorias

-Seguimiento inexacto de las instrucciones.

-Verbalización del problema

Factores relacionas

-Falta de exposición.

-Poca familiaridad con los recursos para obtener la información

Pasamos a la etapa de **planificación** enumerando los NOC y NIC correspondientes al diagnóstico.

Resultado: Conocimiento: Conducta sanitaria

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre el fomento y la protección de la salud.

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase 5: Conocimientos sobre salud

Indicadores:

Uso de la mediación prescrita

Servicios de protección de la salud

Intervención: Enseñanza grupo

Definición: Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud.

Campo 3: Conductual

Clase 5: Educación de los pacientes

Intervención:Análisis de la situación sanitaria

Definición: Detección de riesgos o problemas para la salud por medio de anamnesis, la exploración y otros procedimientos.

Campo 4: Seguridad **Clase V:** Control de riesgos

Campo 7: Comunidad **Clase d:** Control de riesgos de la comunidad

Intervención: Educación para la salud

Definición: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en la personas, familias, grupos o comunidades.

Campo 3: Conductual **Clase S:** Ecuación de los pacientes

Campo 7: Comunidad **Clase c:** Fomento de la salud de la comunidad

Intervención Enseñanza: Medicamentos prescritos

Definición: Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

Campo 2: Fisiológico Complejo **Clase H:** Control de fármacos

Campo 3: Conductual **Clase S:** Educación de los Pacientes

Intervención: Facilitar el aprendizaje

Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información

Campo 3: Conductual **Clase P:** Terapia cognitiva

Campo 3: Conductual **Clase S:** Educación de los pacientes

Intervención: Manejo de la energía

Definición: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones

Campo 1: Fisiológico Básicos **Clase A:** Control de actividad y ejercicio

Intervención: Orientación anticipatoria

Definición: Preparación del paciente para una futura crisis del desarrollo y/o circunstancial

Campo 3: Conductual **Clase R:** Ayuda para el afrontamiento

Intervención: Orientación en el sistema sanitario

Definición: Facilitar al paciente la localización y la utilización de los servicios sanitarios adecuados

Campo 6: Sistema Sanitario **Clase Y:** Mediación del sistema sanitario

Intervención: Potenciación de la disposición de aprendizaje

Definición: Mejorar la capacidad y disposición de recibir información

Campo 3: Conductual **Clase P:** Terapia cognitiva

Campo 3: Conductual **Clase S:** Ecuación de los pacientes

Resultado: Conocimiento: Proceso de la enfermedad

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta y las complicaciones potenciales

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase S: Conocimientos sobre salud

Indicadores:

Características de la enfermedad

Causa o factores contribuyentes

Factores de riesgo

Efectos fisiológicos de la enfermedad

Signos y síntomas de la enfermedad

Efecto psicosocial de la enfermedad sobre la familia

Beneficios del control de la enfermedad

Intervención: Enseñanza grupo

Definición: Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud.

Campo 3: Conductual

Clase S: Educación de los pacientes

Intervención: Facilitar el aprendizaje

Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información

Campo 3: Conductual

Clase P: Terapia cognitiva

Campo 3: Conductual

Clase S: Educación de los pacientes

Intervención: Manejo de la energía

Definición: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones

Campo 1: Fisiológico Básicos **Clase A:** Control de actividad y ejercicio

Intervención: Orientación en el sistema sanitario

Definición: Facilitar al paciente la localización y la utilización de los servicios sanitarios adecuados

Campo 6: Sistema Sanitario **Clase Y:** Mediación del sistema sanitario

Intervención: Potenciación de la disposición de aprendizaje

Definición: Mejorar la capacidad y disposición de recibir información

Campo 3: Conductual

Clase P: Terapia cognitiva

Campo 3: Conductual

Clase S: Educación de los pacientes

Resultado: Conocimiento: Recursos sanitarios

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre Recursos sanitarios relevantes

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase S: Conocimientos sobre salud

Indicadores:

Cuando contactar con un profesional sanitario

Cómo contactar con los servicios necesarios

Intervención: Educación para la salud

Definición: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en la personas, familias, grupos o comunidades.

Campo 3: Conductual **Clase S:** Educación de los pacientes

Campo 7: Comunidad **Clase c:** Fomento de la salud de la comunidad

Intervención: Orientación en el sistema sanitario

Definición: Facilitar al paciente la localización y la utilización de los servicios sanitarios adecuados

Campo 6: Sistema Sanitario **Clase Y:** Mediación del sistema sanitario

Intervención: Orientación anticipatorio

Definición: Preparación del paciente para una futura crisis del desarrollo y/o circunstancial

Campo 3: Conductual **Clase R:** Ayuda para el afrontamiento

Intervención: Orientación en el sistema sanitario

Definición: Facilitar al paciente la localización y la utilización de los servicios sanitarios adecuados

Campo 6: Sistema Sanitario **Clase Y:** Mediación del sistema sanitario

Intervención: Enseñanza grupo

Definición: Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud.

Campo 3: Conductual

Clase S: Educación de los pacientes

Intervención: Facilitar el aprendizaje

Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información

Campo 3: Conductual **Clase P:** Terapia cognitiva

Campo 3: Conductual **Clase S:** Educación de los pacientes

Resultado: Detección del riesgo

Definición: Acciones personales para identificar las amenazas contra la salud personal

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase T: Control de riesgo y seguridad

Indicadores:

Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos

Identifica los posibles riesgos para la salud

Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades

Intervención: Análisis de la situación sanitaria

Definición: Detección de riesgos o problemas para la salud por medio de anamnesis, la exploración y otros procedimientos.

Campo 4: Seguridad **Clase V:** Control de riesgos

Campo 7: Comunidad **Clase d:** Control de riesgos de la comunidad

Intervención: Enseñanza grupo

Definición: Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud.

Campo 3: Conductual

Clase S: Educación de los pacientes

Intervención: Facilitar el aprendizaje

Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información

Campo 3: Conductual **Clase P:** Terapia cognitiva

Campo 3: Conductual **Clase S:** Educación de los pacientes

Intervención: Orientación en el sistema sanitario

Definición: Facilitar al paciente la localización y la utilización de los servicios sanitarios adecuados

Campo 6: Sistema Sanitario **Clase Y:** Mediación del sistema sanitario

Resultado: Conocimiento: Cuidado de los hijos

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la provisión de un entorno educativo y constructivo para un niño desde 1 año hasta 17 años de edad

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase S: Conocimientos sobre salud

Indicadores:

Necesidades de cuidados físicos

Necesidades de supervisión de salud

Intervención: Enseñanza grupo

Definición: Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud.

Campo 3: Conductual

Clase S: Educación de los pacientes

Intervención: Facilitar el aprendizaje

Definición: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información

Campo 3: Conductual

Clase P: Terapia cognitiva

Campo3: Conductual

Clase S: Educación de los pacientes

Intervención: Orientación anticipatoria

Definición: Preparación del paciente para una futura crisis del desarrollo y/o circunstancial

Campo 3: Conductual

Clase R: Ayuda para el afrontamiento

Una vez establecida la planificación, pasaríamos a la **ejecución** que sería la sesión educativa con los profesores y la implantación del árbol de decisión en los centros educativos. Posteriormente pasaríamos a la **evaluación** detallada en el siguiente apartado.