

POLICLINICO UNIVERSITARIO  
"IV CONGRESO DEL PCC"  
SAN ANTONIO DEL SUR

**INTERVENCION COMUNITARIA  
CAPACITANTE SOBRE ASMA BRONQUIAL  
INFANTIL**

*Dra. Limnet Cremé Lambert<sup>1</sup>, Msc. Diuris Álvarez Martínez<sup>2</sup>, Dra. Silda Bárbara del Toro Frómeta<sup>1</sup>, Dra. Maira Cremé Quintero<sup>1</sup>, Dr. Orismay Cueto Laffita<sup>5</sup>, Lic. Rosalina Ilisastigue Reyes<sup>3</sup>, Dra. Angélica Valton Ruedas.<sup>4</sup>*

**RESUMEN**

Se realiza una intervención comunitaria capacitante sobre Asma Bronquial Infantil en la costa sur de San Antonio del Sur, para determinar el conocimiento de los niños, niñas, familiares y maestros sobre el tema y con ellos mejorar su calidad de vida a través de una estrategia de intervención que dió salida a una Multimedia. Se tomó una muestra de 50 niños y niñas asmáticos de 5- 14 años por el método aleatorio simple, con sus respectivos padres y maestros. Se aplicaron algunas variables tales como: edad, sexo, escolaridad, factores de riesgo asociados, nivel de conocimiento, conducta ante crisis y la inter crisis. Se procedió a la estrategia, con predominio el sexo masculino, grupo etario 5-10 años, edad de aparición de la enfermedad antes de los 2 años como factor de riesgo más importante.

*Palabras clave:* ASMA/educación; ASMA/prevención y control; ESTUDIOS DE INTERVENCION.

**INTRODUCCION**

El asma ha sido considerada durante años como una enfermedad mortal, sin embargo, existió la falsa creencia de que nadie se podía morir de asma. Es en 1671, que Tomás Willis observó que existía una mortalidad asociada al asma y en el siglo XIX Oliver Endell Holmes la considera como una leve indisposición que facilita la longevidad. En 1900, Osler describe la inflamación de las vías

<sup>1</sup> *Master en Atención Integral al Niño. Especialista en I Grado de Pediatría. Instructor.*

<sup>2</sup> *Master en Epidemiología.*

<sup>3</sup> *Licenciada en Enfermería. Dirección Municipal de Salud.*

<sup>4</sup> *Especialista en I Grado en Medicina General Integral.*

aéreas en asmáticos.<sup>1</sup> En 1960, aumentó la morbimortalidad en Estados Unidos, Gran Bretaña, España, Nueva Zelanda y Australia, donde se considera que el abuso de los beta-agonistas en aerosol era la causa más frecuente. Cardiff y Birmingham sugieren que no era éste el caso, sino que el factor desencadenante de la mortalidad por asma bronquial era más bien el fallo en el diagnóstico, la valoración y el tratamiento del paciente asmático.

Estos hallazgos se confirmaron posteriormente mediante un estudio de la British Thoracic Society en 1979, que sugería además, que el error en los Certificados de defunción era una fuente potencial de inexactitud en los grupos de edad avanzada.

En nuestro país con la creación en la década del 70 de la Comisión Nacional de asma bronquial se encontró en el año 1987 una prevalencia de 8.33 %.<sup>2</sup>

El asma bronquial constituye uno de los principales problemas de salud, la más común de las afecciones crónicas entre niños y adultos en el mundo desarrollado. Es una enfermedad recurrente, de evolución crónica y distribución universal.

En los últimos años, se ha producido un incremento de la morbimortalidad por esta afección en varios países, donde estudios sugieren dificultad del diagnóstico en ciertos casos. La falta de apreciación por parte del paciente, familiares y el médico en cuanto a la severidad de la enfermedad, tratamiento profiláctico inadecuado o suspensión del mismo, así como la falta de seguimiento del tratamiento y la introducción tardía de los corticoides, la necesidad de una atención integral y continuada, unido a la importancia de la educación integral familia - paciente - maestro, hacen de la atención primaria el ámbito adecuado para el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de los pacientes asmáticos.

Puede iniciarse a cualquier edad, el 30 % de los pacientes son ya sintomáticos al año de edad, mientras que del 80 al 90 % de las niñas asmáticas tienen sus primeros síntomas del asma antes de cumplir los 4 ó 5 años de edad.<sup>3</sup>

La mayoría de los niños afectados tienen solo crisis ocasionales de gravedad, leve o moderada, que se controlan con relativa facilidad. Una minoría presenta asma grave y de muy difícil tratamiento, que es incapacitante.<sup>3,4</sup> El pronóstico de los niños asmáticos suele ser bueno. La incidencia y la mortalidad del asma han aumentado durante los dos últimos decenios. Los factores de riesgo para la

aparición del asma son la pobreza, la raza negra, la edad materna menor de 20 años, el bajo peso al nacer, el consumo de cigarrillo por parte de la madre, hacinamiento, la exposición extensa a alérgenos durante la lactancia (más de 10 ug de alérgenos de ácaros del polvo doméstico por cada gramo de polvo recogido), las infecciones respiratorias y la escasez de cuidado del niño por parte de los padres.

El calentamiento global puede resultar negativo para los pacientes que sufren asma, debido a la prolongación de las temporadas de crecimiento de plantas y a los indicios de que las hierbas que esparcen grandes cantidades de polen están ganando más terreno, han señalado expertos del Centro para la Salud y el Medio Ambiente Global de la Harvard Medical School.<sup>2,3</sup>

En la provincia de Guantánamo, más de un 8.3 % de la población en edades pediátricas padece la enfermedad, según registro de dispensarización de morbilidad en el 2006, cerrando con 12938 casos, siendo el sexo masculino el más afectado con un 52.6 %.

En el municipio de San Antonio del Sur, la morbilidad en el 2006 terminó con 790 pacientes, para una prevalencia de 8.4 %, el sexo masculino fue el más afectado aportando 53.9 % de la morbilidad por esta patología. El grupo etario de 5-14 con más del 60 %, fue el de mayor prevalencia en la edad pediátrica.<sup>4,5</sup>

## **METODO**

Se realiza un estudio de intervención comunitaria capacitante a 50 niñas y niños asmáticos de 5-14 años con sus respectivos padres y maestros, todos pertenecientes al consejo popular de San Antonio del Sur correspondiente a un período de un año desde enero de 2006 hasta enero de 2007, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento y mejorar la conducta asumida por parte de ellos en relación a su enfermedad y de esta forma mejorar su calidad de vida.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con alguna invalidez física o mental.
2. Otras afecciones asociadas.
3. Que no pertenezca a este consejo.

Se trabaja en dos grupos etarios de 5-10 años y 11-14 años. En estos grupos se tiene en cuenta las características psicológicas y la edad escolar, así como el período lógico-concreto del niño y lógico formal.

Se aplica un cuestionario al inicio para analizar algunas variables como:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Nivel escolar de los niños y niñas así como los familiares.
4. Factores de riesgos asociados:
  - El bajo peso al nacer, el destete precoz.
  - El hábito de fumar, entre otros.
  - Edad de aparición.
  - Lugar de residencia, etc.
5. Conocimiento de la enfermedad.
6. Clasificación del asma bronquial antes y después de la capacitación.
7. Conducta ante la crisis y en la intercrisis.

Cobra gran importancia la educación del paciente asmático, especialmente cuando se trata de los niños, que están ávidos de conocimientos y que tienen gran capacidad y motivación para asimilar lo aprendido, lo que resulta algo novedoso para ellos, si a esto se le suma que los familiares asisten a este acontecimiento, siendo de gran provecho y que agradecen mucho, lo que se traduce para ellos en salud y bienestar físico.

## **RESULTADOS Y DISCUSION**

En la Tabla 1 que se refiere a la edad y sexo podemos ver que de los 50 niños y niñas encuestados, 39 eran del grupo etario de 5 a 10 años y el sexo masculino fue el más afectado con 32 casos para un 64 %, esto se debe al índice de masculinidad en el municipio, además de los factores endocrinos y psicológicos, entre otros, que están presentes en este grupo y que al llegar a la pubertad desaparece esta diferencia.

El Dr. Fernández Carazo y colaboradores en Chile<sup>6</sup>, informan frecuencias significativas de episodios de la enfermedad respiratoria, dentro del grupo de afecciones crónicas con prevalencia de 11.4 % en el 2005, detrás de países de Europa Occidental, siendo mayor la frecuencia en varones de 7 años, una diferencia algo menor a los 12 años.

El estudio realizado por los doctores Anselmo Adbo y el Dr. Manuel Cué<sup>3</sup> en el 2004, demuestra que en sentido general, el número de pacientes asmáticos ha ido en incremento anualmente, donde sobresalen los grupos de edades de 5 a 9 años de edad con 149.7 y los de 10 a 14 años con 137.1 en 2004; aunque es

oportuno agregar que estas cifras también se justifican, por el incremento en la asistencia médica a nivel primario, con nuevos consultorios del Médico de Familia y los policlínicos regionales.

En la infancia predomina el asma en los varones; este porcentaje varía en las diferentes estadísticas, donde se observa el índice de masculinidad y se estima el 63 % en varones sobre 37 % en hembras.<sup>6,7</sup> Hacia la pubertad desaparece esa diferencia lo que significa que quizás sea por factores endocrinos o psicológicos.<sup>8,9</sup>

La Tabla 2 muestra los factores de riesgos asociados que inciden desfavorablemente en el estado de salud de las niñas y niños asmáticos. Los 50 pacientes pertenecen a una zona marítima. Como es conocido el asma infantil no es exclusivo de cierto clima, pero sí es elevada su incidencia en clima húmedo y en igualdad de condiciones de humedad en las regiones más frías próximas al mar.<sup>7</sup>

En Cuba se han encontrado en las zonas marítimas cifras superiores a la media nacional.<sup>3,4,5</sup> Observamos que 42 niños tenían el antecedente de que la mamá o el papá eran asmáticos o padecían de alergia en alguna etapa de sus vidas. El Dr. Manuel Cué en estudios decohortes sobre la historia natural del asma ha identificado que la atopia define el fenotipo de asma que persistirá a lo largo de la vida.<sup>3</sup> El Dr. Castro<sup>8</sup> indica la evidencia de que la sensibilización alérgica es el precursor más común para el desarrollo de asma. El Dr. Cruz y colaboradores plantean que la penetrancia de la predisposición se ve afectada si el factor hereditario proviene de ambas ramas familiares. Se conoce una mutación a nivel de 11q12-13 que favorece la hiperproducción de IgE.<sup>9-12</sup>

La edad de aparición antes de los dos años y después de los cinco años fue de 46 y 4 casos respectivamente. El Dr. Cruz F. Muñoz plantea que la edad de comienzo del asma en la mayoría de los casos está situada entre el segundo y cuarto año de vida. El polimorfismo clínico motivará a menudo "dificultades diagnósticas", ya que en su etiopatogenia intervienen otros factores anatómicos y fisiológicos.<sup>9</sup>

El Dr. Blanco Quiroz refiere que la mayoría de los casos comienzan entre el segundo y cuarto año de vida, pero muchos niños padecen antes crisis de disnea o respiración silbante que no corresponde con la definición de asma, la similitud clínica causa errores diagnósticos o retrasos en el inicio del tratamiento antialérgico correcto, el factor inmunológico (agente antimicrobianos,

antiinflamatorios y agentes inmunomoduladores), hacen de la glándula mamaria un órgano inmunológico al ocurrir el destete precoz, es decir, la suspensión de la lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida, hace más vulnerable al niño o a la niña a padecer enfermedades respiratorias, gastrointestinales, etc.<sup>10,11</sup>

La Tabla 3 se refiere a la relación del nivel de conocimiento del asma bronquial y el nivel escolar de las niñas y niños asmáticos. Podemos ver que al realizar la encuesta, antes de la intervención capacitante, los 39 niños y niñas de la enseñanza primaria no tenían conocimiento de la enfermedad y de los del nivel secundario de enseñanza solo 3 la conocían parcialmente. Después de la intervención, 22 niños y niñas de la enseñanza primaria demostraron los conocimientos y habilidades que adquirieron y 17 conocieron la enfermedad parcialmente representando el 34 %. De los 11 niños y niñas del nivel secundario, 9 conocieron sobre la enfermedad y 2 la conocieron parcialmente, lo que demuestra que el estudio de intervención resultó efectivo puesto que el 62 % de la muestra logró conocer sobre su enfermedad, aunque este es un proceso continuo y persistente para lograr que cada niño o niña asmático conozcan su enfermedad para llevar una vida con calidad.

El que los niños y niñas conozcan sobre su enfermedad, mejora el pronóstico de vida, aunque debe de subrayarse, que el asma bronquial infantil tiene una evolución más benigna que en los adultos, incluso los niños o niñas con asma bronquial persistente, moderada o severa, mejoran al llegar a la pubertad, pero no es aconsejable dejar el asma sin tratamiento en la esperanza de que todo lo arregle el "desarrollo".

En el estudio los pacientes aprendieron a modificar y a prevenir la crisis aguda de asma bronquial, a tener confianza en sí mismo, a mejorar su rendimiento escolar, así como la relación con sus compañeros y familiares. El Dr. Cruz refiere que estos pacientes tienen una psicología especial, planteamiento que coincide con la psicóloga del equipo multidisciplinario.<sup>9</sup>

En un estudio realizado por la Dra. Barrera y la Dra. Benítez en Holguín<sup>11</sup> en el 2006, sobre el conocimiento del asma bronquial en pacientes y familiares, obtuvo cifras similares a este estudio. El Dr. Arias Díaz<sup>12</sup> en 1998 en Camaguey, encontró que en un programa de auto manejo en pacientes asmáticos, los pacientes del grupo etáreo de 12-14 años lograron vencer todos los objetivos propuestos.<sup>13,14</sup>

La Tabla 4 se refiere al nivel de conocimiento del asma bronquial y el nivel escolar de los familiares, sólo 4 familiares conocían la enfermedad, 3 contaban con un nivel preuniversitario y 1 era universitario, mientras que el 48 % no conocía la enfermedad y el 44 % la conocía parcialmente, perteneciendo al nivel preuniversitario, secundaria y primaria sin terminar y terminada. Luego de la intervención comunitaria, los resultados arrojados fueron de un impacto significativo, el 68 % de los familiares capacitados logró conocer todo lo relacionado a las temáticas impartidas, así como el correcto manejo de la enfermedad, mientras que el 32 % logró responder solo algunas de las interrogantes planteadas adecuadamente, es decir lo conoció parcialmente, dato que demuestra que el proceso de capacitación debe de ser continuo y con un adecuado manejo y control, por parte del equipo básico de salud .

Durante el estudio fue necesario valorar el componente psicológico, lo que permitió aclarar dudas, eliminar tabúes, realizar interconsultas con el psicólogo a todas las familias, donde el psiquismo jugaba un papel preponderante en la dinámica familiar, de hecho "todo niño o niña con una patología crónica", es un factor neurotizante familiar.<sup>14,15</sup>

La Tabla 5 evalúa el resultado del programa como satisfactorio, puesto que 47 niños y niñas asmáticos mejoraron la frecuencia e intensidad de la crisis aguda de asma bronquial, sólo 3 se mantuvieron igual. Durante el estudio se le diagnosticó adenofaringoamigdalitis crónica, además sus condiciones de viviendas, el clima, etc. eran desfavorables, por lo que la aparición de la crisis aguda de asma bronquial era más frecuente.

El Dr. Arias y colaboradores, encontraron que el 90 % de los pacientes asmáticos mejoraron con el seguimiento del tratamiento de automanejo y el 10 % presentó enfermedad asociada.<sup>13-15</sup>

El Dr. Cruz<sup>9</sup> plantea que la curación espontánea del asma infantil sigue siendo un tema conflictivo. Cabe esperar un cierto grado de mejoría con la edad, donde influirán los siguientes factores: crecimiento del aparato respiratorio con aumento del calibre de las vías aéreas, maduración inmunológica general, desarrollo endocrino que mejoran al asma con la pubertad, la evolución psicológica con distinta respuesta al estrés ambiental y familiar. Pero para el personal de salud que debe de tener el manejo y adecuado diagnóstico de la enfermedad es un reto, puesto que el objetivo fundamental es mejorar la calidad de vida de los niños y niñas asmáticos, así como la de sus familiares y que gocen de una vida plena.<sup>16,17</sup>

## CONCLUSIONES

- 1- El grupo etario más afectado fue de 5 a 14 años, al igual que el sexo masculino.
- 2- La zona marítima, la edad de aparición, así como los alérgenos ambientales fueron los factores de riesgos más importantes.
- 3- Luego de intervención los niños, familiares y maestro conocieron sobre la enfermedad, evaluando el programa de satisfactorio.

## RECOMENDACIONES

- 1- Difundir el programa educativo al resto de las provincias, así como la multimedia.
- 2- Utilizar la multimedia como recurso del proceso de enseñanza - aprendizaje en la universalización de la Educación Médica Superior.
- 3- Incluir la propuesta de este estudio en el Proyecto de Perfeccionamiento de la Capacidad de Dirección de las Estructuras Municipales en Salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop Report. National Heart, Lung and Blood Institute. Bethesda : National Institutes of Health; 2002.
2. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 2. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. National Heart, Lung and Blood Institute. NIH Publication. 1997; (97) : 4051.
3. Abdo Rodríguez A, Cué Brugueras M. Situación actual y futura del asma bronquial en Cuba[foro en internet]. 22 abril 2007[citado: 5 jul 2007]. Disponible en: <http://www.respirar.org/forolatino/Cuba.htm>.
4. Colectivo de autores. Programa Nacional de Asma Bronquial. Ciudad de la Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2000.
5. Ministerio de Salud Pública. Anuario Nacional de estadística. Provincia de Guantánamo. 2006.

6. Fernández Carazo A, Moreno F, Bamonde Rodríguez L, Monton Álvarez JL. La importancia del asma en niños y adolescentes. En: *Asma en el niño y Adolescente. Aspectos fundamentales para el pediatra de atención primaria*. Colombia : Exlibris ediciones; 2001
7. Lora Espinosa A, Fernández Carazo C, Jiménez Cortés A. *Asma en la edad Pediátrica*. Andalucía : Consejería de Salud de la Junta; 2003.
8. Castro-Rodríguez JA, Holberg JC, Wright AL, Martinez FD. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000; 162 : 1403-1406.
9. Cruz M, Muñoz F. Asma bronquial infantil. En: Cruz M. *Tratado de Pediatría*. 7ªed. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.p. 1350-1367.
10. Quiroz Blanco A. Asma Bronquial infantil. En: Cruz M. *Compendio de pediatría: Ciudad de la Habana* : Editorial Ciencias Médicas; 2006. p.437-442.
11. Barrera U, Diana M, Benítez Martínez E. Conocimiento del familiar sobre el cuidado del niño con Asma Bronquial. *Rev Salud Púb y Nutrición*. 2002; (2).
12. Sarrazola Padilla SJO. Exposición a contaminantes y alérgenos en el niño asmático. *Alergia México*. 2001; 44 (1) :113- 6.
13. Arias Díaz A, Pernas Gómez M, Martín G. Aplicación de un programa de entrenamiento para el automanejo del Asma Bronquial. *Rev Cubna Med Gen Integr*. 1998, 14(4): 335-9
14. Díaz Vázquez C, Lora Espinosa A, Pons Tubío A. Organización de la atención al niño y adolescente con asma. En: Cano A, Diaz C, Monton JL eds. *Asma en el Niño y Adolescente*. Madrid : Editorial Ergon; 2004.
15. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood. *Eur Respir J*. 1998; 12: 315-35.
- 16 Información en Internet. Su opinión: ¿cura el asma de los niños al llegar a hacerse adulto?[monografía en internet]. [citado: 22 oct 2008]. Disponible en: <http://www.respirar.org/opinion/>
17. Sarrazola Padilla SJ. Exposición a contaminantes y alérgenos en el niño asmático. *Alergia México*. 2001; 44 (1) 113- 6.

**TABLA 1. EDAD Y SEXO.**

| EDAD         | SEXO      |           |           |           | TOTAL     |            |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
|              | No.       | %         | No.       | %         | No.       | %          |
| 5 a 10       | 15        | 30        | 24        | 48        | 39        | 78         |
| 11 a 14      | 3         | 6         | 8         | 16        | 11        | 22         |
| <b>TOTAL</b> | <b>18</b> | <b>36</b> | <b>32</b> | <b>64</b> | <b>50</b> | <b>100</b> |

*Fuente: Historia clínica y encuesta.*

**TABLA 2. FACTORES DE RIESGOS DEL ASMA BRONQUIAL ASOCIADOS A CADA PACIENTE.**

| FACTORES DE RIESGO                 | No. | %   |
|------------------------------------|-----|-----|
| Zona marítima                      | 50  | 100 |
| Predisposición a la enfermedad     | 42  | 84  |
| Edad de aparición: Antes de 2 años | 46  | 92  |
| Después de 5 años                  | 4   | 8   |
| Pretérmino bajo peso al nacer      | 7   | 14  |
| Destete precoz                     | 38  | 76  |
| Sexo: Masculino                    | 32  | 64  |
| Femenino                           | 18  | 36  |
| Combustible biológico              | 39  | 78  |
| Hábito de fumar                    | 18  | 36  |
| Animales domésticos                | 44  | 88  |
| Otras                              | 3   | 6   |

*Fuente: Historia clínica y encuesta.*

**TABLA 3. CONOCIMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL Y NIVEL ESCOLAR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.**

| NIVEL ESCOLAR           | NO LO CONOCE |           | LO CONOCE PARCIALMENTE |          |          |            | LO CONOCE |           |          |          |           |           |
|-------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|----------|------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|
|                         | Antes        |           | Después                |          | Antes    |            | Después   |           | Antes    |          | Después   |           |
|                         | No.          | %         | No.                    | %        | No.      | %          | No.       | %         | No.      | %        | No.       | %         |
| Primaria sin terminar   | 39           | 78        | -                      | -        | -        | -          | 17        | 34        | -        | -        | 22        | 44        |
| Secundaria sin terminar | 8            | 16        | -                      | -        | 3        | 6.1        | 2         | 4         | -        | -        | 9         | 18        |
| <b>TOTAL</b>            | <b>47</b>    | <b>94</b> | <b>-</b>               | <b>-</b> | <b>3</b> | <b>6.1</b> | <b>29</b> | <b>38</b> | <b>-</b> | <b>-</b> | <b>31</b> | <b>62</b> |

*Fuente: Historia clínica y encuesta.*

**TABLA 4. CONOCIMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL Y NIVEL ESCOLAR DE LOS FAMILIARES.**

| NIVEL ESCOLAR         | NO LO CONOCE |           | LO CONOCE PARCIALMENTE |          |           |           | LO CONOCE |           |          |          |           |           |
|-----------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|
|                       | Antes        |           | Después                |          | Antes     |           | Después   |           | Antes    |          | Después   |           |
|                       | No.          | %         | No.                    | %        | No.       | %         | No.       | %         | No.      | %        | No.       | %         |
| Primaria sin terminar | 1            | 2         | -                      | -        | 1         | 2         | 1         | 2         | -        | -        | 1         | 2         |
| Primaria terminada    | 2            | 4         | -                      | -        | 2         | 4         | 1         | 2         | -        | -        | 3         | 6         |
| Secundaria terminada  | 7            | 14        | -                      | -        | 3         | 6         | 2         | 4         | -        | -        | 8         | 16        |
| Preuniversitario      | 14           | 28        | -                      | -        | 11        | 22        | 12        | 24        | 3        | 6        | 16        | 32        |
| Universitario         | -            | -         | -                      | -        | 5         | 10        | -         | -         | 1        | 2        | 6         | 12        |
| <b>TOTAL</b>          | <b>24</b>    | <b>48</b> | <b>-</b>               | <b>-</b> | <b>22</b> | <b>44</b> | <b>16</b> | <b>32</b> | <b>4</b> | <b>8</b> | <b>34</b> | <b>68</b> |

*Fuente: Historia clínica y encuesta.*

**TABLA 5. CRITERIOS ESTABLECIDOS PARA EVALUAR EL RESULTADO DEL PROGRAMA.**

| CRITERIOS EVALUADORES | No.       | %          |
|-----------------------|-----------|------------|
| Mejorado              | 47        | 94         |
| Igual                 | 3         | 6          |
| Empeorado             | -         | -          |
| <b>TOTAL</b>          | <b>50</b> | <b>100</b> |

*Fuente: Historia clínica y encuesta.*