

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Nivel de conocimiento del asma bronquial en los padres de niños atendidos en
el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma - Lima, 2017**

Por:

Sarita Soledad Diaz Orihuela

Asesora:

Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Lima, julio de 2017

Presentaciones en eventos científicos

IV Jornada Científica en Ciencias de la Salud “La Investigación y el Desarrollo de las Especialidades en Enfermería” 13 y 15 de junio del 2017. Universidad Peruana Unión – Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

**TIEF
2
D71
2017**

Díaz Orihuela, Sarita Soledad
Nivel de conocimiento del asma bronquial en los padres de niños atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma - Lima, 2017. / Autora: Sarita Soledad Díaz Orihuela; Asesora: Dra. Keila Ester Miranda Limachi. Lima, 2017.
78 páginas.

Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017.
Incluye referencias y apéndice.
Campo del conocimiento: Enfermería.

1. Asma bronquial.
2. Conocimiento.

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

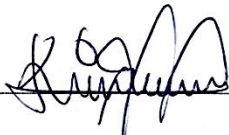
Yo, KEILA ESTER MIRANDA LIMACHI, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Nivel de conocimiento del asma bronquial en los padres de niños atendidos en el Servicio de Emergencia de la Clínica Ricardo Palma, Lima, 2017.”* constituye la memoria que presenta la licenciada SARITA SOLEDAD DIAZ ORIHUELA, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintiséis días del mes de julio de 2017.



Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Nivel de conocimiento del asma bronquial en los padres de niños atendidos en el Servicio
de Emergencia de la Clínica Ricardo Palma, Lima, 2017.

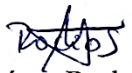
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el título profesional de Emergencias y Desastres

JURADO CALIFICADOR


Dra. María Ángela Paredes Aguirre

Presidente


Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Secretario


Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Asesor

Lima, 26 de julio de 2017

Índice

Resumen	viii
Capítulo I	9
Planteamiento del Problema	9
Formulación de los problemas de investigación.....	10
Problema general	10
Objetivos de la investigación.....	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos	11
Justificación	11
Justificación teórica	11
Justificación metodológica	11
Justificación práctica y social	12
Presuposición filosófica.....	12
Capítulo II.....	14
Desarrollo de las perspectivas teóricas	14
Antecedentes de la investigación.....	14
Base teórica.....	22

Conocimiento.....	22
Clasificación del asma	32
Fisiopatología del asma	34
Padres y su conocimiento sobre crisis asmática	41
Teoría de enfermería según Patricia Benner.....	42
Definición conceptual.....	43
Capítulo III.....	44
Metodología.....	44
Descripción del lugar de ejecución.....	44
Población	44
Muestra	44
Criterios de inclusión.....	45
Criterios de exclusión.....	45
Tipo de investigación.....	45
Operacionalización de variables	46
precipitantes.....	46
Malo: Entre 0 – 11	46
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	49
Procesamiento y análisis de datos.....	51

Consideraciones éticas.....	51
Capitulo IV	52
Administración del proyecto de investigación	52
Cronograma de ejecución	52
Presupuesto.....	53
Referencias	54
Apéndice	58
Apéndice A. Instrumento de investigación.....	59
Apéndice B: Resultados de KR20	62
Apéndice C: Base de datos de la muestra piloto.....	65
Apéndice D: Test V de Aiken.....	66
Apéndice E: Consentimiento informado	67
Apéndice J. Carta de permiso	69
Apéndice K. Cartas de los expertos	70

Resumen

El objetivo de la presente investigación es determinar el nivel de conocimiento del asma bronquial en los padres de niños atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma - Lima, 2016. Es de tipo descriptivo, no experimental. La muestra estará conformada por 50 los padres con niños de 1 a 13 años que son seleccionados en base a un muestreo no probabilístico censal por conveniencia. El instrumento que se utilizó fue propuesta por propuesto por el Neumólogo Pediatra del Hospital Santa Clara y Clínica Infantil Colsubsidio – Bogotá D.C (Rodríguez,C. Sossa, 2005) en su estudio. La consistencia interna de confiabilidad del cuestionario aplicado fue adecuada y para la población de estudio se utilizó coeficiente α de Cronbach cuyo resultado fue de 0,70. Se ejecutó una adaptación de este instrumento, por tal motivo se realizó el proceso de validación por 5 jueces expertos, luego se aplicó el test de V de Aiken que obtuvo un puntaje de 0,7. También se empleó una muestra piloto de 30 padres. Una vez aplicada se realizó prueba de confiabilidad a través del estadístico Kuder de Richardson (KR20), el resultado fue de 0,75. Los resultados permitirán identificar el nivel de conocimiento de los padres sobre el asma bronquial, las cuales servirá como ayuda para la elaboración de estrategias en la educación sanitaria que controlen el asma bronquial. También ayudara a los padres para el cuidado en domicilio y evitar las crisis asmáticas.

Palabras claves: Asma bronquial y conocimiento

Capítulo I

Planteamiento del Problema

Según Farreras y Rozman “el asma es una enfermedad crónica que se caracteriza por la inflamación de los bronquios”. Epidemiológicamente hay variabilidad entre distintos lugares del mundo en la prevalencia del asma, adicionalmente, los aspectos genéticos y ambientales repercuten también en esta causa. Según las investigaciones de Farreras y Rozman “los países con mayor presencia prevalencia están en Australia y Nueva Zelanda, el asma afecta en un 30% de los niños. En España la prevalencia oscila entre el 3% de algunas regiones y el 12% de otras” (Farreras y Rozman, 2015).

El Ministerio de salud informa que nuestro país tiene la más alta tasa incidencia de casos de asma en Latinoamérica, razón por la cual la enfermedad es reconocida crítica al nivel del estado peruano. La frecuencia de esta enfermedad es de 10 veces mayor en el niño que en el adulto y en el Perú se estima que de dos de cada diez tiene asma en nuestro país (Calderon, 2010).

Para Roisin “todos los pacientes asmáticos tienen riesgo de sufrir una crisis de asma aguda en el curso de su vida, que puede eventualmente llegar a ser fatal. Las hospitalizaciones y su atención a nivel de los servicios de emergencia/cuidado crítico constituyen un aspecto fundamental en la asistencia del asmático, donde se invierte un porcentaje muy importante de los aportes económicos que la sociedad hace en su conjunto, siendo por lo tanto de particular importancia establecer planes de prevención, educación y racionalización terapéutica a nivel de la asistencia primaria que estabilicen la enfermedad y disminuyan las agudizaciones” (Roisin, 2000).

Según Rodrigo “la severidad de las exacerbaciones puede variar entre una crisis leve hasta un asma potencialmente-fatal o fatal, estando la mortalidad fundamentalmente vinculada a una inadecuada valoración de la severidad del paciente, lo que trae como consecuencia un tratamiento inadecuado en la emergencia y un retraso en su ingreso hospitalario” (Rodrigo, 2000).

Según los investigadores la atención directa a los pacientes se incrementó de los pacientes que presentan cuadros de asma bronquial, y en muchas ocasiones los pacientes son derivados a la Unidad de Cuidados Intensivos por larga estancia y la mayoría de los casos son evaluados en el servicio de emergencia; por otro lado los padres refieren “ porque el asma, como puedo evitarlo”, “Temo perder a mi niño por esta enfermedad”, “ el clima os complica, no sé cómo ayudarlo”; por tal motivo la investigadora se plantea el siguiente tema de investigación:

Formulación de los problemas de investigación

Problema general

¿Cuál es nivel de conocimiento del asma bronquial en los padres de niños atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma - Lima, 2017?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento del asma bronquial en los padres de niños atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma - Lima, 2016.

Objetivos específicos

Determinar el nivel de conocimiento de la dimensión *mitos y creencias con respecto al manejo de cuadros de la enfermedad* de los padres de niños atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma.

Determinar el nivel de conocimiento de la dimensión *conocimiento de asma* en los padres de niños atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma.

Determinar el nivel de conocimiento de la dimensión *Factores asociados como deporte y tabaquismo* en los padres de niños atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma.

Justificación

Justificación teórica

La investigación tiene relevancia teórica por la recopilación amplia y actualizada de la información concerniente al asma en niños en el servicio de emergencia, asimismo se revisará a profundidad la variable nivel de conocimiento sobre el asma bronquial construyendo un marco teórico sólido que servirá para fortalecer el conocimiento en esta área.

Justificación metodológica

Mantiene relevancia metodológica por el motivo que se realizará la adaptación del instrumento a la realidad de la organización y se aplicará la validez y la confiabilidad del instrumento que mide la variable de estudio; la cual la comunidad científica u otros interesados podrán beneficiarse de los resultados de la investigación para futuras decisiones y aplicaciones en la materia.

Justificación práctica y social

Existe relevancia práctica y social por los resultados logrados de la medición de la variable de estudio permitirán identificar el nivel de conocimiento de los padres sobre el asma bronquial, las cuales podrán servir de provecho para la elaboración de estrategias en la educación sanitaria que controlen el asma bronquial. Ayudar a los padres para el cuidado en domicilio y evitar las crisis asmáticas asegurando la calidad de vida de su niño.

Presuposición filosófica

La Biblia como libro de enseñanzas de vida, tiene una aplicación vasta, en la cual nos ilustra con hábitos y principios de salud que las personas en general deben considerar.

La tierna niñez es el periodo más importante

La educación del niño durante sus primeros siete años es fundamental, el infante logra modelar y formar su carácter según lo enseñado, Elena comenta que se debe inculcar al menor con principios y valores durante esta edad por la razón que su mente está lúcida y con todos los sentidos prestos aprender.

La edad más impresionable

Elena nos enseña que “durante los primeros años de la vida de un niño, su mente es más susceptible a las impresiones buenas y malas. Durante esos años hace progreso decidido en la buena dirección o en mala. Por un lado, se puede obtener mucha información sin valor: por otro lado, se puede obtener mucha información sin valor; por otro lado, mucho conocimiento sólido y valioso. La fuerza del intelecto, el conocimiento sólido, son posiciones que no puede comprar el oro de Ofir. Su precio supera al del oro de la plata” (White, 2014).

El fundamento se coloca en los primeros tres años

En sus escritos Elena enseña que “la madre debe ser la mente para su hijo”. Y que las madres deben procurar dar enseñanzas fructíferas y en base al plan divino a sus hijos, otorgando así el dominio propio y obediencia. (White, 2014).

El conocimiento esencial: Importancia del verdadero conocimiento

El conocimiento es importante, y Elena lo ratifica en sus escritos manifestando que “La formación del carácter es tarea no de un solo día ni de un año, sino de toda la vida. La ciencia que se ha de poseer. La mente debe ser disciplinada, educada y formada, pues debemos servir a Dios de un modo que no congenia con nuestras inclinaciones naturales (White, 2011).

Aun el conocimiento de hechos y teorías importantes en sí mismo resulta de escaso valor si no lo practicamos, Elena nos enseña que, si somos autosuficientes, simplemente los alejamos de Dios y nos engañamos a nosotros mismos (White, 2011).

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Las variables planteadas en la investigación son consideradas muy importantes en el plano investigativo de la salud y han sido desarrolladas en diferentes investigaciones en el ámbito internacional y nacional. A continuación, presentamos algunos de estos estudios abordados con sus respectivos resultados.

Internacionales

García, Sanchez, Ságaro, Cisneros, & Chacón (2017), realizó un trabajo de investigación titulado “Conocimientos en padres acerca del asma padecida por sus hijos”, en Cuba, cuyo objetivo fue o el conocimiento de los padres respecto al asma padecida por sus hijos. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal dirigido a 50 padres de niños asmáticos que fueron remitidos por primera vez a la consulta de Alergología del Hospital Infantil Docente Sur "Dr. Antonio María Béguez César" de Santiago de Cuba, desde octubre del 2012 hasta septiembre del 2013. El resultado mostró que los padres jóvenes tienen conocimientos deficientes sobre el asma. Se concluyó entonces en su mayoría las personas que participaron de la investigación tienen un conocimiento inadecuado sobre el asma.

Cabello, Gutiérrez, Higuera, & Belmonte (2014), realizó un trabajo de investigación titulado “Original Conocimientos sobre el tratamiento médico del asma en padres de niños asmáticos”, en Colombia, con el objetivo de obtener el grado de conocimiento sobre el tratamiento del asma de los padres de niños/as asmáticos. La muestra de la investigación estuvo conformada por 344 cuestionarios. Los resultados mostraron que “el 39,2% ha

identificado correctamente los fármacos indicados. Solo el 33,4% sabe que los medicamentos inhalados tienen menos efectos secundarios que los orales, un 63,7% conoce que los ciclos cortos de corticoides no tienen efectos secundarios importantes y el 66% afirma que el ventolín no daña al corazón. Respecto al tratamiento de mantenimiento del asma, el 63,1% sabe que los antibióticos no son una parte importante del tratamiento. Hasta un 57% de los padres no son capaces de indicar dos tratamientos de mantenimiento para el asma. El 95% sabe que con el tratamiento adecuado un niño asmático puede llevar una vida normal y el 82,6% afirma que los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar tratamiento preventivo”. Se concluye entonces que el NAQK permite evaluar los conocimientos sobre el asma.

Criollo (2014), realizó un trabajo de investigación en Ecuador titulado “Prevalencia de asma controlada y factores asociados en niños de 3 a 14 años que asisten a los servicios de emergencia y consulta externa del hospital el IESS José Carrasco Arteaga Cuenca - Ecuador”, con el objetivo de determinar la Prevalencia de asma controlada y factores asociados en niños de 3 a 14 años. La investigación fue de diseño no experimental de corte transversal; la muestra abarcó 380 pacientes entre 3 y 14 años. Los resultados fueron 90.3% asma no controlada, factores de riesgo objetos almacenados 74.7%, antecedente familiar 63.9%, infecciones respiratorias previas 60%, alimentos 19.4%, medicamentos 2,9%. Las conclusiones indican que la prevalencia de asma tiene significancia estadística el antecedente de infecciones respiratorias al igual que algunos alimentos considerados como alergénicos.

García, Aguilar, Rodríguez, & Pavlovic (2012), realizó un trabajo de investigación titulado “Conocimientos acerca del asma de los padres de niños asmáticos que acuden a un servicio de urgencias”, en España. Su objetivo fue el de valorar los conocimientos sobre el

asma de los padres de niños asmáticos que acuden por una crisis a urgencias. Material y métodos: Se entregó la versión validada en español del Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire a los progenitores seleccionados arbitrariamente. Los resultados de la investigación mostraron que “el 47,9% opinó que el asma es un problema nervioso, y un 91,5% no supo nombrar correctamente tres factores precipitantes de una crisis. En relación con el tratamiento, un 68,1% no reconoció dos fármacos útiles ante las exacerbaciones de la enfermedad, y un 41,5% respondió que los β 2-agonistas de acción corta son tratamientos de mantenimiento. Desconocían la existencia de tratamiento preventivo un 31,9%, un 73,4% no supo nombrar dos de ellos y para un 51,1% los antibióticos son parte fundamental del manejo del asma. Además, un 63,8% de los padres pensaba que la leche de vaca aumenta la mucosidad, y un 25,6% que estos pacientes no deberían consumir lácteos”. Se concluyó entonces que los padres tienen un nivel bajo de conocimiento y también que existen creencias erróneas dentro de estos padres.

Ortiz, Cano, Lazcano, Romo, & Escalamilla (2012), realizó un trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo en niños asmáticos. Conocimiento que tienen sus padres sobre asma”, en México. El objetivo de su trabajo fue determinar el grado de conocimiento que tienen sus padres al respecto. Los material y métodos usados fue un cuestionario aplicado a los padres o tutores de los pacientes con asma. Dentro de los resultados se encontraron factores de riesgo al tener personas en la vivienda con problemas respiratorias. Se concluye entonces que los padres tienen conocimientos bajos en cuanto a la enfermedad de sus hijos y que es menester implementar charlas o programas de difusión para mejorar esa necesidad.

Dora & Alvarado (2012), realizó un trabajo de investigación titulado “Características familiares y nivel de conocimientos de los padres de niños sobre el control del asma”. Esta investigación comprendió una muestra de 73 paciente entre los grupos de edad de 5 a 10 años de edad. Dentro de los resultados obtenidos se observa que el 41.10% de los niños asmáticos pertenecen a una familia con parentesco nuclear simple, 16.44% a una familia monoparental extendida sin parentesco, 100% a una familia de núcleo integrado en base a presencia física. La investigación concluye que existe mayoría en padres que si tiene conocimiento sobre asma. Empero, estos números estadísticos de la investigación pueden mejorar al tener un mayor conocimiento sobre el asma.

García, Aguilar y Rodríguez (2012). “Conocimientos acerca del asma de los padres de niños asmáticos que acuden a un servicio de urgencias”, las Canarias, España; con el objetivo de conocer cuál es el entendimiento sobre el asma de los padres de niños que padecen de asma y que usualmente acuden por una crisis a urgencias. Se entregó la versión validada en español del Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire a los progenitores seleccionados arbitrariamente. Los resultados fueron un 39,4% de los padres identificó correctamente los síntomas de las exacerbaciones. La implicación de la broncoconstricción y la inflamación bronquial en las exacerbaciones fue reconocida por un 76,6 y un 63,8%, respectivamente. Sin embargo, el 47,9% opinó que el asma es un «problema nervioso», y un 91,5% no supo nombrar correctamente tres factores precipitantes de una crisis. Conclusiones: El conocimiento de los progenitores respecto al asma es escaso en nuestra población, y existen falsas creencias acerca de la patogenia de esta enfermedad. Sin embargo, no se encontró relación entre esta deficiencia y la gravedad de la crisis, las hospitalizaciones previas o el uso de tratamiento preventivo.

Vega (2012), realizó un trabajo de investigación titulado “características familiares y nivel de conocimientos de los padres de niños sobre el control del asma”. En México, cuyo objetivo fue examinar las características de los parientes de los enfermos con asma bronquial en la UMF 73 y así mismo poder determinar el nivel de conocimientos que tienen los padres sobre el control del asma bronquial. El diseño del estudio fue una Encuesta Descriptiva Prospectiva. Se llevó a cabo en la Unidad Médica Familiar No. 73, Instituto Mexicano del Seguro Social, Poza Rica, Veracruz, durante el periodo de abril del 2012 a junio del 2013. Se estudiaron pacientes de 5 a 10 años adscritos a la Unidad Médica Familiar No. 73. Se obtuvo una muestra de 73 paciente entre los grupos de edad de 5 a 10 años de edad, se convocará a sus padres los cual se realizará mediante una invitación a participar en el protocolo de estudio. Los resultados muestran que 41.10% de los niños asmáticos pertenecen a una familia con parentesco nuclear simple, 16.44% a una familia monoparental extendida sin parentesco, 100% a una familia de núcleo integrado en base a presencia física, 72.60% a una familia de servicio en base a su subsistencia. La puntuación promedio del cuestionario fue de 35.06 3.28 puntos (Error estándar), con un mínimo de 2 puntos y un máximo de 73 puntos, obtenidos mediante el cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma. Se concluye por lo tanto que una intervención del personal de salud puede contribuir a mejorar el conocimiento sobre asma, y con ello disminuir la morbilidad de esta enfermedad.

Riosotalora & Miguel (2009), realizó un trabajo de investigación titulado “Correlación entre calidad de vida de niños con asma y conocimientos de los cuidadores sobre la enfermedad”, Bogotá. El objetivo fue establecer la correlación entre la calidad de vida de niños con asma y el nivel de conocimiento de los padres y/o cuidadores sobre los

aspectos de la enfermedad de sus hijos. Los resultados mostraron que el 73,8% de los casos son clasificados como leve intermitente. Un 60% fue calificado de parcialmente controlada, y la escolaridad de los padres estuvo en secundaria completa 30% y formación técnica 35%. El nivel de conocimiento se categorizó en tres desenlaces bueno, 62,5% regular 35% y malo 2,5%. Se concluye entonces que, entre la Calidad de vida y el Conocimiento sobre asma de los cuidadores mantiene una correlación significativa entre el nivel medido por el PAQLQ. También se concluye que, a mayor nivel de Conocimientos sobre asma de los cuidadores los infantes, se puede lograr una mayor Calidad de vida de los enfermos.

Fernández, Esteve y Guillén (2005), realizaron trabajos de investigación “Factores asociados a la prevalencia del asma bronquial en la infancia y la adolescencia”. El objetivo de la investigación fue el de estudiar diferentes factores asociados a las enfermedades alérgicas. La investigación concluye que ser masculino, tener antecedentes familiares de asma, síntomas de rinitis, infecciones respiratorias, necesidad de excluir algún alimento de la dieta y sibilancias o tos con el ejercicio son factores de riesgo asociados al asma bronquial, y que deben ser valorados con el fin de establecer un diagnóstico precoz. Pese a no encontrar asociación con exposición al humo del tabaco, se debe indicar su evitación, dada la influencia de iniciarse en este hábito entre los adolescentes y su asociación entonces al asma.

López y Muñoz (2001), desarrollaron un trabajo de investigación titulado “Factor de riesgo para asma”. Su objetivo fue el de examinar la magnitud de los factores de riesgo conocidos para asma en niños de 6 a 10 años de edad. Los resultados de la investigación mostraron como factores de riesgo las siguientes variables: ingestión de colorantes artificiales antes del año (OR = 13.2), residencia en un área urbana (OR = 7.74), tabaquismo materno durante el embarazo (OR = 2.4), contacto con lana antes del año (OR = 2.11),

fumadores en la familia durante el embarazo (OR = 1.486) y alimentación con leche industrializada (OR = 1.2). Concluyendo que los factores de riesgo ya mencionados son de total importancia como también la ablactación temprana, sin embargo, la ingestión antes del año con alérgicos no se resultó ser un factor de riesgo.

Barraza, Téllez y Romieu (2001), realizó un trabajo de investigación titulado “Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de Ciudad Juárez, Chihuahua”. En México, el objetivo de determinar la prevalencia y severidad del asma, de la rinitis y en escolares. La investigación fue de estudio transversal con una muestra aleatoria de 6 174 niños de 53 escuelas. Los resultados obtenidos fueron que la prevalencia acumulada de asma por diagnóstico médico y sibilancia (silbidos) fue de 6.8% (IC95% 6.2-7.4) y 20 % (IC95% 19.7-21.8); la prevalencia de sibilancia en los últimos 12 meses fue mayor en el grupo de 6-8 años que en el de 11-14 años (9.7%). La investigación concluyó que la prevalencia de asma resulta ser parcialmente baja en comparación con otros estudios de similares características.

Gonzales (2017), realizó un trabajo de investigación titulado “Conocimientos de los padres acerca del asma y su relación con la calidad de vida de sus hijos”, cuyo objetivo determinar la correlación que existe entre los conocimientos de los padres acerca del asma y la calidad de vida de sus hijos; se realizó en el Hospital I Luis Albretch de la ciudad de Trujillo. Metodología: El presente estudio descriptivo-analítico-transversal-observacional. La recolección de datos se hizo del 18 al 28 de febrero del 2017 en una muestra de estudio de 89 pacientes (de 7-14 años) con diagnóstico de asma y sus respectivos padres, atendidos en los Consultorios Externos de Pediatría del Hospital I Luis Albretch de la ciudad de Trujillo. Se aplicó 2 encuestas: la primera evaluó la calidad de vida del niño con 23 ítems y la segunda

evaluó el conocimiento del asma por parte de sus padres con 17 ítems. Los datos fueron procesados con la herramienta informática SPSS versión 23 además del programa Excel 2016. Se utilizó el coeficiente de correlación no paramétrico Tau C de Kendall para variables ordinales con diferente número de categorías y el estadístico Chi cuadrado para evaluar la relación entre variables nominal - ordinal. Resultado: Se pudo comprobar una relación directa, de grado fuerte y estadísticamente significativa ($p < .01$) entre los conocimientos del padre sobre el asma y la calidad de vida de sus hijos, atendidos en consultorios externos de Pediatría del Hospital I Luis Albrecht de la ciudad de Trujillo.

Alarcón (2011), realizó un trabajo de investigación titulado “Conocimientos que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas”. Cuyo objetivo fue investigar los conocimientos que poseen las madres sobre el manejo de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) en el centro de aplicación respectivo. La investigación concluye es necesario que las madres posean conocimientos fundamentales de las IRAS, para poder realizar acciones que permitan mantener con vida y salud óptima a su niño. Empero, también es menester brindar educación constante en comunidades y centros poblados para mejorar el tratamiento de esta enfermedad.

De la Vega, Pérez y Bezos (2010), trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo de asma bronquial en niños y su relación con la severidad de las manifestaciones clínicas”. Los objetivos de la investigación fueron establecer la relación entre algunos de los factores de riesgo de asma bronquial y la severidad de las manifestaciones clínicas. Las conclusiones fueron que el 95 % fue sensible a inhalantes respiratorios. En el 64 % de los hogares se detectó la presencia de fumadores. Solo el 36 % de los pacientes cumplía

parcialmente el tratamiento intercrisis. Concluyendo así efectivamente existe relación entre la severidad de las manifestaciones clínicas del asma bronquial y los factores de riesgo.

Calderon (2010), realizó un trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento de las madres acerca del asma bronquial en niños preescolares del Centro Materno Infantil y Emergencias Tablada de Lurín, 2008”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las madres acerca del asma bronquial en niños preescolares del Centro Materno Infantil y Emergencias Tablada de Lurín, 2008. Metodología: Estudio cuantitativo, nivel aplicativo, descriptivo, transversal. Teniendo como muestra 48 madres de niños preescolares que acuden al Centro Materno Infantil y Emergencias Tablada de Lurín, con instrumento usado fue el cuestionario. Resultados: 22 (45,8%) madres tienen un conocimiento medio, 16 (33,4%) madres tienen un nivel de conocimiento alto y 10 (20,8 %) madres tienen un nivel de conocimiento bajo acerca del asma bronquial. Conclusión: Hay un alto porcentaje de madres que tienen un nivel de conocimiento medio, pero existe también un porcentaje de la población que no está muy preparada ni debidamente informada sobre el asma bronquial en niños preescolares lo que pondría en riesgo la salud de los niños en cuanto al reconocimiento de la enfermedad del asma.

Base teórica

Conocimiento

Según Bertrand Russell “es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, además implica todas las relaciones cognoscitivas, atención, sensación, memoria, imaginación, creencia, duda, etc.; que establecen cierta correspondencia entre un sujeto y un objeto, siendo el objeto de carácter mental y el objeto de naturaleza indeterminada” (Bertran,1998).

Para Mario el conocimiento es “el conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, fundados, vago e inexacto; el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo; y el conocimiento científico que es racional analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia” (Bertran,1998).

Gestión del Conocimiento

Considerando que le objeto de atención primordial de la gestión del conocimiento es el conocimiento mismo, es necesario precisar del mejor modo que es la definición más frecuente es que el conocimiento es “... información valiosa y subjetiva que ha sido validada y organizada en un modelo mental, que permite a las personas darle sentido a su mundo, que procede de sus experiencias, percepciones, convicciones y valores” (Rueda, 2015).

Existe un consenso nunca definitivo acerca de las diferencias entre dato, información y conocimiento, aunque los contornos de cada una de estas categorías no son siempre uniformes. En los últimos tiempos, la relación entre estas categorías prefiere expresarse en modo gráfico con una pirámide. En el vértice de la misma, ha sido agregada la sabiduría.

Los datos se consideran elementales y hechos primarios, señales o signos, discretos y objetivos acerca de un evento, que pueden ser cuantitativos o cualitativos. Los datos tienen significado intrínseco. Los datos son siempre historia, a menos que se utilicen para describir algo que aún no existe, como, por ejemplo, planes o pronósticos. Son registrados de modo semántico y pragmático.

De un registro (récord o conjunto unitario de datos) de una base de datos relacional, es posible crear información (Rueda, 2015).

Los datos, la información, el conocimiento y la sabiduría

El ejemplo arbitrario de un registro en una tabla de una base de datos relacional:

- Código del proceso.
- Nombre del proceso.
- Propietario del proceso.
- Colaboradores del proceso.
- Tiempo necesario para la ejecución.
- Tiempo de espera en la cola.
- Recursos materiales necesarios.
- Costo de una ejecución.
- Proceso precedente.
- Proceso subsiguiente.
- Estado del producto al final.
- Para la administración del proceso, pudiéramos utilizar muchos más datos. Por sí mismo, cada uno de los datos no significan nada. El conjunto de los datos tiene significado, da lugar a una idea, es información (Hernández, 2016).

Las relaciones entre los niveles de la pirámide

Realmente el paso entre los niveles de la pirámide necesita algún modo de conexión.

¿Cómo se sostiene la transición de cada nivel al siguiente en esta jerarquía? Evidentemente, a través de la conectividad. Para poder organizar los datos en información, es necesario la comprensión de las relaciones existentes entre los datos. Esta comprensión agrega valor a los datos: los conceptualiza, los categoriza, los calcula, los corrige y los condensa (Rueda, 2015).

De igual modo, la transición de la información al conocimiento requiere comprensión de los principios y modelos. Como resultado de la comprensión, es posible transformar la información en conocimiento agregando el valor a través de la comparación, de las consecuencias, del contexto, de las conversaciones, de la experiencia, de la interpretación, de la reflexión, de la utilidad de las transacciones. El resultado más importante de esta comprensión es la agregación del valor.

La información es un mensaje que tiene significado relevante, implicación, o que constituye un estímulo para una decisión o para la acción. La información puede provenir de la comunicación, sea actual o histórica, directa o indirecta o de la reconstrucción de una representación. La información es siempre un mensaje. Es la entrada a un proceso de solución de problemas o de toma de decisiones. Elaborando una conexión relacional de los datos es posible producir información. El conocimiento se considera un concepto difícil de describir, subjetivo más que universal y cuando tratamos de representarlo asume forma proposicional. El conocimiento solo existe en la mente de las personas. propulsores fundamentales del concepto de gestión del conocimiento de las organizaciones, ofrecen una distinción más filosófica, partiendo de la definición más tradicional del conocimiento como una convicción justificadamente verdadera. Ellos definen el conocimiento como un proceso humano de justificación de una convicción personal hacia la verdad Nonaka y Takeuchi (1995).

Otra de las definiciones de conocimiento que viene citada con mayor frecuencia, interseca algunas de las variadas definiciones con las cuales el término ha sido definido por otros.

Clasificación del conocimiento

Conocimiento ordinario.

“Es común, espontáneo o empírico Son aquellos conocimientos que en la práctica humana resultaron necesarios para la ejecución de varias acciones, que se reafirman y transmiten de generación en generación con un nuevo acervo cognoscitivo derivado de la actividad cotidiana del hombre, no es sistemático, ni metódico, es superficial. El conocimiento ordinario es el resultado de la vida cotidiana, fundamentalmente de la experiencia común” (Sanz, citado por Cabello, Gutiérrez, Higuera, Belmonte, & Pérez, 2014).

Conocimiento científico.

“Es el resultado de la ciencia y, por sobre todas las cosas, de la investigación científica. Es un producto de la investigación científica en cuya adquisición intervienen los órganos sensoriales y del pensamiento del sujeto, apoyados en la teoría científica, guiados por el método científico; capta la esencia de los objetos y fenómenos elaborando así principios, hipótesis y leyes científicas lo cual se explica de forma objetiva la realidad” (Sanz, citado por Cabello, Gutiérrez, Higuera, Belmonte, & Pérez, 2014).

Clasificación del conocimiento

Según Hernández, (2016) el conocimiento se clasifica en:

El conocimiento tácito.

La teoría del conocimiento tácito se atribuye a Michael Polanyi citado por (Hernández, 2016) un afanado científico devenido filósofo, postula que las personas están siempre aprendiendo, insertando nuevo conocimiento en el conocimiento precedente y

categorizando el mundo circundante para darle sentido. Toda persona conoce su mundo, son figurados con su experiencia y su contexto.

El conocimiento tácito es parte de nuestra mente, de nuestro modelo mental, y procede de nuestras emociones, experiencias, intuición, observaciones, perspicacia, información comprendida y de la relación con las demás personas.

El conocimiento tácito es el resultado global de los errores, correcciones, malas interpretaciones e ideas renovadas. El conocimiento tácito no verbal es muy corporal, más relacionado con la utilización de los sentidos.

Por otra parte, el conocimiento tácito específico de un individuo, que incluye sentimientos, emociones e intuición, el comportamiento intuitivo del individuo o sus relaciones personales intuitivas, puede ser considerado el conocimiento tácito genuino, en el sentido de que no puede ser visible o transferido. Es una propiedad que califica al individuo. La interconexión entre el conocimiento tácito y el explícito es siempre objeto de análisis.

En cuanto a la conservación y tradicionalidad del conocimiento tácito, es por ello que el conocimiento tácito puede ser una fuente de ventaja competitiva sostenible, precisamente porque las tradiciones no pueden ser copiadas fácilmente, hay una frontera sutil entre el conocimiento tácito y el implícito.

Un aspecto que ha despertado mucho interés, ha sido particularmente la tesis de Nonaka y Takeuchi (1995) acerca de la creación de conocimiento, si el conocimiento tácito puede ser convertido en explícito.

La mayoría de los autores afirma que el conocimiento tácito no puede ser expresado en forma escrita o verbal, porque por definición es no verbal, es inarticulable, inconsciente e indescriptible. Algunos otros agregan que simplemente muy rara vez se hace explícito y que

es difícil de expresar, que es personal y contextual, y que el titular de este conocimiento puede considerarse al hacer explícito su conocimiento, lo pierde, lo que exigiría un ambiente de confianza y las estructuras organizativas apropiadas. El modelo de Nonaka y Takeuchi, asume un tránsito estable entre el conocimiento tácito y el explícito.

Todo conocimiento tiene raíces en el conocimiento tácito (Dinur, 2011, Hernández, 2016) presenta algunos tipos de conocimiento tácito.

Habilidades. Las habilidades necesitan práctica semejante a los ejemplos de Polanyi sobre la natación y montar bicicleta. Otros autores agregan diferencia entre habilidades y el conocimiento abstracto necesario para la solución de los problemas de álgebra, por ejemplo.

Causa-efecto. Las relaciones no lineales o irregulares tales como el diagnóstico y la reparación de máquinas complejas. Dada su naturaleza problemática para internalizar efectivamente el contenido del manual. Hay un fuerte sentido de intuición o de perspicacia necesario para acceder o incorporar este tipo de conocimiento.

Cognitivo. El conocimiento que es complejo desde el punto de vista cognitivo (Borgatti y Cross, 2003; Citado por Hernández, 2016). Actitudes, intenciones e ideas que influyen la percepción y que es imposible transferir, tales como las actitudes o los sentimientos.

Compuesto. Se trata de cuando existe una cantidad de información compleja o variada tal como la que corresponde a juegos de ajedrez o al estudio de la anatomía. Aunque relativamente fácil de codificar y aprender en modo autónomo, este tipo de conocimiento es considerado tácito, ya que solo la internalización permite el acceso adecuado a esta multiplicidad de información.

Cultural. Conocimientos profundamente incorporados culturalmente, que la fuente de conocimiento da por sentado, tal como el modo de comportarse en determinadas situaciones.

Desaprendizaje. Incorporar un nuevo modo de hacer la misma cosa requiere desaprender el conocimiento pasado. Esto sucede con frecuencia en el aprendizaje organizativo.

Tabú. Conocimiento aprendido socialmente relacionado con tabúes debido a su naturaleza encubierta, el conocimiento tabú es difícil de notar. Para transferir el conocimiento basado en tabú, este debe ser reconocido tratado como tal para cambiar su estado tabú.

Humano. Se trata del caso en el cual el conocimiento requiere relaciones humanas y confianza. El aprendizaje organizativo se refiere a esto como relaciones sociales, que resultan de importancias para la adquisición de información.

Emocional. La emoción es un tipo de conocimiento tácito. Este tipo de conocimiento se relaciona con el conocimiento que constituía un desafío a una o más de las partes, ya que se convirtió en un asunto funcional.

Conocimiento individual y colectivo.

Tsoukas y Vladimirou toman en cuenta la perspectiva de Polanyi acerca del carácter individual del conocimiento y lo combinan con la opinión de Wittgenstein de que todo conocimiento es fundamentalmente colectivo. Esto les permite mostrar, por una parte, como los individuos se apropian del conocimiento y expanden sus repertorios de conocimiento y, por otra parte, como el conocimiento en contextos organizados se vuelve organizativo. El conocimiento organizativo es la capacidad que los miembros de una organización han desarrollado, al establecer las diferencias en el proceso a cumplir en sus contextos

específicos, a través del establecimiento de conjuntos de generalizaciones precisas, cuya aplicación depende de la comprensión colectiva evolucionada históricamente (Rueda, 2015).

Asma bronquial

El asma es “un trastorno inflamatorio crónico de las vías respiratorias. Como respuesta de esta inflamación crónica, las vías aéreas desarrollan hiperreactividad caracterizada por obstrucción espiratoria al flujo de aire cuando se ponen en contacto con factores precipitantes. Se han realizado diversos estudios para hacer comparaciones internacionales sistemáticas sobre prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas. En México, Chile y Argentina su prevalencia es entre el 5 y 10%. La prevalencia de asma en niños en los Estados de nuestro país, va desde 4.5% en el Distrito Federal, hasta 12.5% en Mérida, Yucatán” (Ortiz, 2012)

El asma es considerada “un problema de salud pública que afecta principalmente a los niños y que tiene un impacto negativo en la calidad de vida tanto del paciente como del núcleo familiar.^{1,7} Debido a ese gran impacto, durante años se ha tratado de mejorar el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad mediante la implementación de guías de práctica clínica dirigidas a los médicos de primer contacto” (Navarrete, Fernández y Pozo, 2014).

Para Rica el asma es “un desorden inflamatorio crónico de las vías aéreas, en el cual muchas de las células y elementos celulares juegan un rol. La inflamación crónica es asociada con hipersensibilidad de la vía aérea que nos da episodios recurrentes sibilancias, dificultad para respirar, chillido de pecho, y tos, particularmente en la noche o en la madrugada. Estos episodios son asociados con amplia pero variable obstrucción del flujo aéreo del pulmón que puede ser reversible con o sin tratamiento” (Rica, s. f.). La negación o

de aceptación de la enfermedad. El conocimiento, o mejor el desconocimiento, previo que se tiene de la enfermedad. Las creencias y la percepción erróneas que el paciente-familia tiene de su enfermedad son factores determinantes del incumplimiento que influyen en la adherencia al plan terapéutico en pacientes con crisis asmática (Murua, 2007).

La mayoría de las definiciones propuestas incluyen tres aspectos considerados como los más característicos de la enfermedad: Inflamación, Obstrucción bronquial oscilante y reversible, Hiperrespuesta bronquial inespecífica (Rozman y Farreras, 2016).

Según Hammer y Macphee el asma “se puede considerar como una enfermedad inflamatoria de las vías aéreas a la que se asocia intensa hiperrespuesta bronquial frente a estímulos diversos. Si actúan conjuntamente, ambos fenómenos ocasionan la obstrucción bronquial, cuya intensidad” (Hammer y Macphee, 2015).

El asma es parte de del grupo de enfermedad pulmonar obstructiva donde tanto la capacidad vital forzada y el volumen espiratorio máximo en 1 segundo están reducidos así mismo presentándose un incremento de la resistencia al flujo aéreo espiratorio (Costanzo, 2014), también es considerado como un síndrome que se caracteriza por la obstrucción de vías aéreas respiratorias, la cual varía mucho, tanto de manera espontánea como cuando se administra tratamiento (Harrison, 2016).

Cuadro Clínico

Desde el punto de vista clínico, el asma se clasifica en:

Intermitente: Causa con episodios de disnea con sibilancias de intensidad variable, intercalados con periodos asintomáticos, esta forma predomina en la infancia. Los episodios pueden estar relacionados con causas desencadenantes alergias y no alérgicas. O no mostrar relación con causas evidentes.

Persistente: Se caracteriza por síntomas persistentes en forma de tos, sibilancias y sensación disneica oscilante y variable en su intensidad. Los síntomas suelen aumentar por las noches, durante las primeras horas de la madrugada. El empleo de broncodilatadores es obligatorio en estos tipos de pacientes, los cuales presentan agudización de la enfermedad.

Atípica: En algunos asmáticos la enfermedad se presenta en forma de tos persistente, disnea de esfuerzo u opresión torácica, la relevancia de tos en la historia de los pacientes lleva a orientación diagnósticas erróneas y a exploraciones mal indicada (Harrison, 2016).

Clasificación del asma

Según Rozman y Farreras (2016) el asma se clasifica en:

Asma leve intermitente: Menos de dos episodios de síntomas leves por semana, asintomático entre los episodios de crisis, exacerbaciones leves y de corta duración, menos de dos episodios de síntomas nocturnos por mes, no hay alteración del crecimiento de los niños.

Asma intermitente: Se caracteriza por las siguientes manifestaciones clínicas y funcionales. Clínicas: Tos y sibilancias de poca intensidad y corta duración 5 o menos episodios al año y de menos de un día de duración Síntomas intermitentes (tos, sibilancias y opresión torácica) menos de una vez a la semana. Largos períodos asintomáticos interferir con la actividad física, menos de dos episodios de síntomas nocturnos por mes, no hay alteraciones del crecimiento en los niños.

Asma persistente leve: Se caracteriza por las siguientes manifestaciones clínicas y funcionales. Clínica Síntomas frecuentes de tos y sibilancias (más de una vez a la semana y menos de una vez al día) Exacerbaciones agudas más de una al mes Síntomas nocturnos más

de dos veces por mes Consultas por exacerbaciones en servicio de urgencia Asma por ejercicio Ausentismo escolar.

Asma moderada: Síntomas diarios, uso diario de agonistas beta dos adrenérgicos de acción corta, limitación de la actividad cotidiana durante las exacerbaciones, más de dos exacerbaciones por semana, más de un episodio de síntomas nocturnos por semana, no hay alteración del crecimiento en los niños.

Asma persistente moderada: Se caracteriza por las siguientes manifestaciones clínicas y funcionales. Clínica Síntomas diarios Exacerbaciones agudas más de una al mes Exacerbaciones afectan actividad y el dormir Síntomas nocturnos más de una vez por semana Consultas por exacerbaciones en servicio de urgencia Asma por ejercicio.

Asma severa: Síntomas continuos, actividad física y cotidiana limitada, exacerbaciones muy frecuentes, síntomas nocturnos muy frecuentes, puede haber alteración del crecimiento en los niños.

Asma persistente severa: Se caracteriza por las siguientes manifestaciones clínicas y funcionales. Clínica Síntomas continuos, diarios y exacerbaciones frecuentes Síntomas nocturnos muy frecuentes. Consultas de urgencia a repetición y hospitalizaciones Limitación importante de la actividad física Gran ausentismo escolar Puede haber deformación torácica, alteración pondo estatural y problemas psicológicos, función pulmonar con variabilidad diaria del FEM > 30% Espirometría: VEF1 < 60%.

La presencia de un solo criterio no alcanza para clasificar al paciente. Siempre se le debe clasificar dentro del grupo de mayor severidad (Vega, 2012).

Fisiopatología del asma

Distintas causas pueden desencadenar una crisis de asma. La polución del aire y las infecciones respiratorias son algunos de los principales desencadenantes.

“Así, la insuficiencia respiratoria es la consecuencia del aumento del trabajo respiratorio, de la ineficiencia del intercambio gaseoso y de la fatiga muscular. La relación se establece y se refuerza a medida que el paciente y su médico tratante discuten y convienen las metas del tratamiento, un plan de auto-manejo escrito que incluya el auto-monitoreo, y revisen periódicamente el tratamiento y el grado de control del asma. Con una evolución menor a las 3-6 horas después del comienzo de los síntomas, aunque rara vez de minutos. Los alérgenos respiratorios, el ejercicio y el estrés psicosocial constituyen los desencadenantes habituales, teniendo una mayor gravedad inicial, pero una respuesta al tratamiento más rápida, y presentando una hospitalización menos frecuentemente” (Rodrigo, 2016; citado por Rozman y Farreras 2016).

Epidemiología

Según la OMS “El asma es un importante problema respiratorio que aqueja a personas de cualquier edad y condición en todo el mundo y se deduce que hay 235 millones de personas con asma, que es la enfermedad más frecuente en los niños”. Entre los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de esta patología son los siguientes: infecciones respiratorias, exposición ocupacional, cambios ambientales, dieta, medicamentos, problemas psicológicos, alérgenos interiores y contaminación ambiental (Riesgo et al., 2017).

“Los síntomas de los niños no se consideran debido al asma se atribuyen al hecho de poseer un menor tamaño de las vías aéreas lo que facilita al desarrollo de sibilancias con las infecciones víricas. Cuando los síntomas del asma comienzan más tarde o en los sibiladores

precoces en los que persisten los síntomas más allá de los tres años, suele encontrarse historia familiar de asma, títulos elevados de IgE sérica y sensibilización a alérgenos, lo cual sugiere que su proceso es un asma real que está relacionado con atopia. En las últimas décadas se ha observado un aumento en la prevalencia de la enfermedad” (Farreras y Rozman, 2015).

Mortalidad del Asma

Según el investigador Bailey “en muchos países se observó un incremento de la mortalidad por asma desde los años sesenta hasta la segunda mitad de los ochenta, para luego estabilizarse y declinar últimamente, lo que probablemente refleja un mejor manejo de la enfermedad. La muerte por asma (asma fatal) constituye un evento poco frecuente comparado con la producida por otras enfermedades pulmonares; sin embargo, es un evento básicamente prevenible. Ocurre en pacientes mal controlados y cuya condición se ha deteriorado gradualmente en un período de días e incluso semanas antes de que sobrevenga el evento fatal. El marcador más específicamente asociado con un incremento del riesgo es una historia de hospitalizaciones repetidas, en especial si el paciente requirió asistencia ventilatoria mecánica. Como factores de riesgo también se ha destacado una percepción disminuida de la disnea frente a la obstrucción de la vía aérea, los pacientes del sexo femenino, de edad avanzada, con asma de duración prolongada, disminución del consumo diario de agonistas-beta, así como un mayor número de consultas a los Servicios de Emergencia, de hospitalizaciones y de episodios de asma casi fatal. Otros incluyen la enfermedad psiquiátrica, el uso de drogas ilícitas y la ausencia de un plan de automanejo de la enfermedad” (Bailey, 2000).

“Los dos eventos fisiopatológicos más importantes directamente implicados en la muerte por asma son las arritmias cardíacas y la asfixia. El primero se encuentra vinculado

con los efectos adversos de los broncodilatadores. Sin embargo, los estudios de pacientes con asma casi fatal no han podido determinar la presencia de arritmias, por lo que dicha asociación no necesariamente representa una relación de tipo causa-efecto. Así, en muchos casos, el consumo aumentado es el reflejo más bien de un asma más severo y mal controlado. Una hipótesis más probable consiste en que las muertes ocurren como resultado de la asfixia debida a la limitación extrema del flujo aéreo y a la hipoxia resultante. Los datos indican que a pesar de la existencia de una hipercapnia extrema, el paciente puede recuperarse rápidamente cuando se instaura un tratamiento eficaz y se corrige la hipoxemia. Esta hipótesis ha recibido el apoyo de la evidencia anatomopatológica que ha permitido conocer que los pacientes con asma fatal muestran, casi de forma invariable, una obstrucción marcada de la vía aérea como factor más probable de la muerte” (Bailey, 2000).

Factores de riesgo y desencadenantes

El asma es un trastorno heterogéneo en los que guardan relación mutua factores genéticos y ambientales (Harrison, 2016):

Factores endógenos.

Predisposición genética

Atopia

Hipersensibilidad de las vías respiratorias

Genero

Etnia

Obesidad

Infecciones virales a edad muy temprana

Factores ambientales.

Alérgenos en espacios cerrados

Alérgenos en espacios abiertos

Sensibilizantes en origen laboral

Tabaquismo pasivo

Infección de vías respiratorias

Alimentación

Acetaminofeno

Elementos desencadenantes.

Alérgenos

Infecciones virales de las vías respiratorias altas

Ejercicio e hiperventilación

Aire frío

Dióxido de azufre y gases irritantes

Fármacos como bloqueadores B o ácido acetilsalicílico

Estrés

Irritantes como aerosoles domésticos y humos de pinturas

Patología

Los datos histopatológicos del asma reflejan los procesos celulares en juego. La mucosa de las vías respiratorias está engrosada, edematosa e infiltrada con células inflamatorias, sobre todo, linfocitos, eosinófilos y mastocitos. Se observa músculo liso de las vías respiratorias hipertrófico y contraído. Las células epiteliales bronquiales y bronquiolares suelen estar dañadas, en parte por productos de eosinófilos como proteína básica mayor y la

proteína quimiotáctica de eosinófilos, que son citotóxicos para el epitelio. La lesión y la muerte epitelial dejan porciones de la luz de las vías respiratorias desnudas, lo que exponen fibras aferentes del sistema nervioso autónomo y quizá no colinérgicas, no adrenérgicas, que pueden medir hiperreactividad de las vías respiratorias. Se observa hiperplasia de glándulas secretoras e hipersecreción de moco con taponamiento de vías respiratorias, un dato notorio en el asma grave (Hammer y McPhee, 2015).

Eventos inflamatorios celulares.

Activación o lesión de célula epitelial:

Liberación de citosina y quimiocina con quimiotaxis o activación de neutrófilos

Presentación de antígeno a linfocito

Hiperplasia e hipersecreción de células epiteliales secretoras

Muerte epitelial

Activación de linfocitos.

Exposición a antígeno con proliferación de linfocitos

Expresión incrementada de citocinas y quimiocinas

Células efectoras adicionales

Activación de células B

Activación incrementada de linfocitos por citocinas locales

Activación de mastocitos y eosinófilos.

Liberación por eosinófilos de mediadores citotóxicos y proinflamatorios agudos

Activación de mastocitos mediados por IgE con liberación aguda de mediadores

Nueva expresión de múltiples citocinas por mastocitos, con activación de células efectoras múltiples como con linfocitos

Manifestaciones clínicas

- Signos y síntomas
- Disnea y sensación de estrechez en el tórax
- Sibilancias
- Tos
- Taquipnea y taquicardia
- Pulso paradójico
- Hipoxemia
- Hipercapnia y acidosis respiratoria
- Defectos obstructivos por pruebas de función pulmonar
- Hipercapacidad de respuesta bronquial

Tratamiento

El tratamiento es directo y la mayoría de los enfermos en la actualidad recibe un tratamiento eficaz e inocuo de manos de un internista. El tratamiento tiene varios objetivos: Síntomas crónicos mínimos, exacerbaciones mínimas, no acudir al servicio de urgencia, uso mínimo de agonistas, ninguna restricción de actividades, flujo respiratorio máximo, efectos secundarios mínimos.

Se ha concedido gran importancia a la farmacoterapia, pero también se ha seguido varias estrategias no farmacológicas. Los principales fármacos antiasmáticos se dividen en broncodilatadores, que logran el alivio rápido de los síntomas porque relaja el músculo liso de las vías respiratorias y los controladores que inhiben los mecanismos inflamatorios básicos (Harrison, 2016).

La mayoría de los estudios demuestran que las intervenciones educativas añadidas al tratamiento médico del asma son beneficiosas, ya que mejoran la sintomatología, aumentan

el grado de entendimiento sobre la enfermedad, conducen a la adquisición de habilidades y promueven la participación de la familia en el manejo de la enfermedad, favoreciendo así el cumplimiento terapéutico. Sin embargo, para conseguir una disminución de la morbilidad que mejore la calidad de vida de los pacientes es necesario complementarla con planes de acción individualizados, revisiones periódicas y aprendizaje del auto- manejo del asma (Garcia et al., 2012)

Educación y manejo del Asma

Según el consenso de especialistas a nivel mundial, la Global Initiative for Asthma (GINA), 2016; el asma bronquial es un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas, asociado a hiper respuesta bronquial que conduce a episodios repetidos de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, principalmente durante la noche o por la mañana temprano y que se asocia a una obstrucción variable al flujo aéreo que habitualmente es reversible espontáneamente o con tratamiento.

Por otro lado, Byrne, Chair, Bateman y Bousquet (2006) el manejo eficaz del asma requiere el desarrollo de una relación entre la persona con asma y los profesionales del cuidado médico (y los padres, en el caso de niños con asma). La finalidad de esta relación es establecer un sistema de automanejo dirigido, es decir, proporcionar a los pacientes con asma la capacidad de controlar su enfermedad con la ayuda de profesionales encargados del cuidado de la salud. La relación se establece y se refuerza a medida que el paciente y su médico tratante discuten y convienen las metas del tratamiento, un plan de auto-manejo escrito que incluya el auto-monitoreo, y revisen periódicamente el tratamiento y el grado de control del asma.

La educación debe ser una parte integral de todas las interacciones entre los profesionales del cuidado médico y los pacientes, y es relevante para todos los pacientes con asma de todas las edades. Los planes personales de manejo del asma ayudan a las personas a realizar cambios a su tratamiento en respuesta a cambios en su nivel del control del asma incluyendo síntomas y/o pico flujo espiratorio, según pautas escritas en forma anticipada. Sin embargo, en nuestro medio no contamos con un instrumento validado que nos permita cuantificar el nivel de conocimientos de asma.

La falta de información en padres de niños con asma a sido demostrada en distintos países. Encontrando como características de mayor importancia la poca aceptación al diagnóstico de asma, dificultad en el reconocimiento de los síntomas de inicio de una crisis, alta resistencia a la terapia inhalada, subvaloración de la necesidad de la terapia de mantenimiento y de la reducción de factores ambientales favorecedores de la inflamación bronquial. El conocimiento es un objeto al servicio de la comunidad y del individuo para ser utilizado en los momentos que se requiera. Cuando uno tiene objetivado el conocimiento tiene la posibilidad de utilizarlo cuando haga falta. Hay dos formas de adquirir conocimiento: la adquisición por vivencia y la adquisición por estudio Carreño (2014).

Padres y su conocimiento sobre crisis asmática

En primer término, los padres y el niño si su edad lo permite, deben reconocer los síntomas iniciales de una crisis, esto muchos padres lo saben después de vivir dos o tres episodios (Rueda y Quevedo, 2002).

Según la teoría de Erickson sobre el ciclo vital las personas al cuidado se encuentran en la etapa de adulto joven debido a que van creando vínculos afectivos y matrimoniales con sus parejas dando paso a la formación del núcleo familiar y el nacimiento de los hijos, es en

esta etapa donde es fundamental el cuidado, formación y educación de los hijos (Bordignon, 2005).

Es sabido que los pacientes y los padres de ellos, no siguen las instrucciones sobre medicamentos dadas por el médico. Esto en el asma infantil, alcanza niveles críticos. Existen una serie de creencias sobre los medicamentos inhalados, que tienen vagas bases en hechos reales, pero que se transforman en la creencia popular en efectos monstruosos (Rueda y Quevedo, 2002).

Teoría de enfermería según Patricia Benner

Los conocimientos están en un constante cambio y mejora, y a cada momento y desde distintos enfoques salen nuevas soluciones para los problemas, adicional a esto, con nuevas metodologías y estructuras. Con estos cambios la enseñanza requiere evaluarse y renovarse, lo que conduce al entendimiento de cosas diferentes y a las modificaciones individuales e interdependientes (Durand, 2001).

Para Durand el conocimiento personal “es un proceso dinámico de llegar a convertirse en un ser total y asimismo poder valorar al otro como un todo. Es la base de las expresiones de autenticidad, de ser genuino, lo que a su vez es esencial para una relación de cuidado con una meta de bienestar en mente. Es extensivo en tanto nos hace asequibles y nos permite comprender la experiencia del otro” (Durand, 2001).

La experiencia particular permite aprender las excepciones y los significados confusos de una situación. Y el conocimiento implícito en la práctica descubre e interpreta la teoría, la precede, la extiende, la sintetiza y la adapta a la práctica del cuidado enfermero. Así mismo el descubrimiento de supuestos, expectativas y escenarios puede poner al descubierto un área examinada del conocimiento práctico que puede estudiarse sistemáticamente y

ampliarse o refutarse. El conocimiento del clínico se encuentra en las percepciones, en vez de en los preceptos. El conocimiento perceptivo es básico para obtener un buen juicio enfermero. El conocimiento clínico aumenta con el paso del tiempo y cada clínico desarrolla un repertorio personal de conocimientos prácticos que puede compartirse mediante el diálogo con otros clínicos (Marriner, 2008).

Definición conceptual

Conocimiento del asma bronquial: Es el nivel de información que poseen los padres sobre el asma que es un trastorno inflamatorio crónico de las vías respiratorias. Como respuesta de esta inflamación crónica, las vías aéreas desarrollan hiperreactividad caracterizada por obstrucción espiratoria al flujo de aire cuando se ponen en contacto con factores precipitantes (Bertran, 1998 y Rozman y Ferreros, 2016).

Padre de familia: Los padres deben tener un buen conocimiento al respecto para que, una vez sus hijos sean capaces de manejar el tratamiento, les expliquen todo lo necesario acerca de la patología que padecen (García et al., 2012).

Asma bronquial

El asma es parte de del grupo de enfermedad pulmonar obstructiva donde tanto la capacidad vital forzada y el volumen espiratorio máximo en 1 segundo están reducidos así mismo presentándose un incremento de la resistencia al flujo aéreo espiratorio (Costanzo, 2014).

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

El lugar donde se desarrollará el presente trabajo de investigación es el servicio de emergencia pediátrica de la Clínica Ricardo Palma, ubicado Av. Javier Prado Este 1066, San Isidro 15036, de Lima metropolitana.

La clínica Ricardo Palma cuenta con los servicios de emergencia, Cuidados Intensivos, Centro quirúrgico, Consultorios externos.

El servicio de emergencia cuenta con dos unidades independientes: Emergencia de adultos y emergencia pediátrica. La emergencia pediátrica cuenta una enfermera jefa, 1 supervisora, 1 médico jefe del servicio. Está dividido un área de triaje, 11 áreas de observación, 1 área de traumashock, 1 área de traumatología y 1 de cirugía. Las atenciones son las 24 horas del día y se brinda atención a los pacientes pediátricos que vienen acompañado de sus padres y familiares.

Población

La población de estudio son todos los padres con niños de 1 a 13 años atendidos en la emergencia y urgencias pediátrica que hayan cursado un episodio de asma bronquial, de RN hasta 13 años son atendidos en la Clínica Ricardo Palma durante los meses de agosto a diciembre del 2017.

Muestra

La muestra estará conformada por 50 los padres con niños de 1 a 13 años que son seleccionados en base a un muestreo no probabilístico censal por conveniencia que atienda a los criterios de inclusión y exclusión, al 100% de la población.

Criterios de inclusión.

Padres con niños de 1 a 13 años que son atendidos en emergencias pediátricas menores de 13 años.

Padres con niños de 1 a 13 años que hayan cursado episodios de asma

Criterios de exclusión.

Padres con niños de 1 a 13 años con otras enfermedades respiratorias

Padres con niños de 1 a 13 años que presentan cuadros de asma por primera vez.

Padres que presentan problemas de salud mental

Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación en función a los objetivos es de tipo básica porque se centra en el conocimiento de la variable de estudio, porque los datos se obtendrán directamente del individuo donde está presente la variable.

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo descriptivo, porque busca describir las características significativas de la variable de estudio (Hernández, 2010).

De diseño no experimental porque no se manipula las variables de estudio (Toro y Parra, 2006), y de corte transversal por que la recolección se hará en un solo momento.

Operacionalización de variables

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones (Factores)	Indicadores	Escala de medición
Es el nivel de información que poseen los padres sobre el asma que es un trastorno inflamatorio crónico de las vías respiratorias. Como respuesta de esta inflamación crónica, las vías aéreas desarrollan hiperreactividad caracterizada por obstrucción espiratoria al flujo de aire cuando se ponen en contacto con factores precipitantes.	Es el nivel de información que poseen los padres de niños atendidos con cuadros de asma bronquial denominada como un trastorno inflamatorio crónico de las vías respiratorias. Como respuesta de esta inflamación crónica, las vías aéreas desarrollan hiperreactividad caracterizada por obstrucción espiratoria al flujo de aire cuando se ponen en contacto con factores precipitantes. La variable se mide según la siguiente escala: Malo: Entre 0 – 11 Regular: Entre 12 – 24	Mitos y creencias con respecto al manejo de la enfermedad. Preguntas: 1,2,3,4,5,6 y 10 (8)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los inhaladores pueden producir dependencia o adicción. 2. Los inhaladores pueden afectar o dañar el corazón. 3. Es perjudicial aplicar los inhaladores mucho tiempo a los niños. 4. Después de que a un niño le da una crisis de asma hay que suspenderle los inhaladores y los medicamentos cuando le pase la tos. 5. Los niños que tienen asma deben usar medicamentos para el tratamiento. sólo cuando tengan síntomas (tos, congestión o sonido en el pecho). 6. Es mejor usar los inhaladores directamente, sin aerocámara, para que el medicamento llegue más directo a los pulmones. 10. Cuando un niño tiene una crisis de asma es mejor ir a urgencias, aunque los síntomas sean leves. 7. La principal causa del asma es la inflamación de las vías respiratorias. 11. Las crisis de asma se pueden evitar si 	<ol style="list-style-type: none"> 1. V (1) 2. F (2)

	<p>Bueno: Entre 25 – 34</p>	<p>Conocimiento de asma. Preguntas:7,11,12,15,16,17 (6)</p>	<p>se toman medicamentos en los momentos en que no hay síntomas (entre crisis).</p> <p>12. Las gripes son los principales causantes o desencadenantes de crisis de asma.</p> <p>15. A los niños con problemas de asma cuando les empieza una gripa, hay que aplicarles inhaladores, aunque no tengan tos o sonido en el pecho.</p> <p>16. A los niños que sufren de asma les pueden dar crisis tan fuertes que pueden llegar a requerir una hospitalización en la unidad de cuidados intensivos o incluso pueden llegar a morir debido a una crisis.</p> <p>17. Algunos medicamentos para el tratamiento del asma no funcionan a menos que se administren todos los días.</p> <p>8. Es recomendable pedir le al médico una excusa para que los niños con asma no hagan ejercicio o Educación física.</p> <p>9. Los niños que sufren de asma no deberían practicar deportes en los cuales tengan que correr mucho.</p> <p>13. Es recomendable no fumar ni dejar que nadie fume cerca de los niños con asma.</p> <p>14. Si los padres de los niños con asma fuman fuera de la casa, esto NO afecta al</p>	
--	-----------------------------	---	---	--

		Factores asociados como deportes y tabaquismo. Preguntas:8,9,13,14 (4)	niño.?	
--	--	--	--------	--

Técnica e instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se utilizó para medir la variable fue propuesta por propuesto por el Neumólogo Pediatra del Hospital Santa Clara y Clínica Infantil Colsubsidio – Bogotá D.C (Rodríguez,C. Sossa, 2005) en su estudio “Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma entre padres o tutores de niños asmáticos”.

El cuestionario está compuesto por 17 ítems. Cada ítem fue calificado por los padres mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos, con un rango de respuestas que iban desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”. El proceso de validación fue por un grupo multidisciplinario con una amplia experiencia en el tratamiento de pacientes pediátricos asmáticos, formado por 4 neumólogos pediatras, una fisioterapeuta, una enfermera jefa y una psicóloga clínica.

La consistencia interna de confiabilidad del cuestionario aplicado fue adecuada y para la población de estudio se utilizó coeficiente α de Cronbach cuyo resultado fue de 0,70 que indica que el instrumento es confiable.

La variable conocimiento se midió como: Bueno 63 – 85, 2; Regular: 40 – 62 y 3 y malo de 17 – 39.

Se estableció una calificación de la respuesta para cada ítem de 1 a 5. Si el ítem correspondía una afirmación verdadera se asignaba un puntaje de 5 si respondía muy de acuerdo, 4 de acuerdo, 3 indeciso, 2 en desacuerdo y 1 muy en desacuerdo. De la misma manera, un ítem con una afirmación falsa se asignaba un puntaje de 5 si contestaba muy en desacuerdo, 4 en desacuerdo, 3 indeciso, 2 de acuerdo y 1 muy de acuerdo.

Se consideraron verdaderos los ítems 7, 11, 12, 13, 16, 17; mientras que los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9,10, 14 y 15 falsos.

La investigadora realizó la adaptación del instrumento a la realidad de la institución. Y modificó los ítems de respuesta asignando un valor de 2 para las respuestas correctas o verdaderas y 1 para las respuestas incorrectas o falsas.

Asimismo, realizó el proceso de validación por 5 jueces expertos: 1 médico pediatra, una enfermera especialista en emergencias pediátricas, una enfermera jefa de departamento, dos docentes. Se aplicó el test de V de Aiken que obtuvo un puntaje de 0,7 que indica que el instrumento es válido.

Se consideraron tres indicadores denominados factores de conocimientos, el *Factor I: mitos y creencias* con respecto al manejo de la enfermedad incluye ítems 1,2,3,4,5,6 y 10. La dimensión *Factor II: conocimiento del asma* incluye ítems 7, 11, 12, 15, 16 y 17 y por último el *Factor III: factores asociados como deportes y tabaquismo* incluye ítems 8, 9, 13 y 14.

Se aplicó el cuestionario a una muestra piloto de 30 padres que asistieron al servicio de emergencia de mayo a junio del 2016. Una vez aplicada se realizó prueba de confiabilidad a través del estadístico Kuder de Richardson (KR20), el resultado fue de 0,75 que indica que el instrumento es confiable.

La variable conocimiento se medirá con las siguientes categorías: Malo de 0-11; regular de 12-24 y bueno de 24-34.

Proceso de recolección de datos

La investigadora realizará las coordinaciones previas con la Oficina de Capacitación, Jefatura de Enfermería para los permisos y autorizaciones respectivas. La recolección de datos se realizará mediante la aplicación del cuestionario a los padres de

los niños con asma bronquial atendidos en el servicio de emergencia pediátrica. El momento en que se aplicará el instrumento será durante la atención, a quienes previamente la investigadora explicará los objetivos del estudio y una vez firmado el consentimiento informado se le entregará el cuestionario para ser llenado.

Procesamiento y análisis de datos

Los datos serán procesados con el paquete estadístico para ciencias sociales IBM SPSS Statistics versión 22. Después de la recolección los datos serán ingresados al software previa declaración de las variables y los ítems, se realizará la limpieza de los datos considerando el criterio de eliminación aquellos casos que presenten datos perdidos por encima del 10% del total de los ítems planteados por variable.

Consideraciones éticas

La gestión de los permisos se realizará atendiendo las instancias correspondientes dando explicación formal de los objetivos que persigue la investigación y también se considerará el consentimiento informado a los padres con niños con asma para participar en la investigación, los datos serán presentados respetando las propiedades de cada instrumento.

Presupuesto.

Tabla 2

Especificaciones del presupuesto durante todo el proceso de investigación.

	Partidas	Cantidad	Costo S/.	Total S/.
1	Personal			
1.1	Honorarios del investigador	1	500.00	500.00
1.2	Honorarios revisor lingüista	1	300.00	300.00
1.3	Horarios revisor APA	1	100.00	100.00
1.4	Honorarios estadista	1	400.00	400.00
1.5	Honorarios encuestadores	4	50.00	200.00
2	Bienes			
2.1	Formatos de solicitud	3	2.00	6.00
2.2	CD	6	1.50	9.00
2.3	Otros	1	300.00	300.00
3	Servicios			
3.1	Inscripción del proyecto y asesor de tesis	1	500.00	500.00
3.2	Dictaminarían del informe final de tesis	1	450.00	450.00
3.3	Impresión y anillado de ejemplares dela investigación	3	10.00	10.00
3.4	Fotocopias cuestionario	303	0.10	30.30
3.5	Viáticos	1	300.00	300.00
Total				S/ 3105.3 0

Referencias

Alarcon, A. (2011). Conocimientos que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas . Centro de Salud Nueva Esperanza 2010. universidad nacional mayor de san marcos.

Abramson, M.J, Bailey, M.J, Couper, F.J, Driver, J.S, Drummer, O.H, et al. (2000) Are asthma medications and management related to deaths from asthma? Am J Respir Crit. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-12006000900007&script=sci_arttext.

Bordingon, N, (2005,Julio).Revista la sallista de investigación, volumen 2, número 2, 63. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

Calderon, G. (2010). Nivel de conocimiento de las madres acerca del asma bronquial en niños preescolares del Centro Materno Infantil y Emergenias Tablada de Lurin, 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Cabello, m. L., Gutiérrez, r. S., Higuera, l. G., Belmonte, e. P., & Pérez, m. C. (2014). Conocimientos sobre el tratamiento médico del asma en padres de niños asmáticos. Boletín de Pediatría, 54(229), 168-172. Recuperado de: http://sccalp.org/documents/0000/2084/BolPediatr2014_54_168_172.pdf

Cisneros G.Fanny. Introducciòn a los modelos de teorias de enfermeria. <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

Costanzo. L. (2014). Fisiología. 5ta ed. España. Editora Elsevier.pp.173-175.

Dora, V., & Alvarado, A. (2012). «Características familiares y nivel de conocimientos de los padres de niños sobre el control del asma».

Farreras y Rozman. (2015). Medicina interna. 18ava edición. España. Editorial Elsevier. Pp. 662-690.

Duran, M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*, 5(1), 86-95.

Estrategia Global para el Manejo y la Prevención del Asma. (2014). Informe GINA. Recuperado de: http://farmacosalud.com/wp-content/uploads/2015/04/1-Gui%C3%ACas_GINA_2014.pdf

Game Hammer, Stephen J Y Mc Phee. Fisiopatología de la enfermedad, introducción a la medicina clínica. Impreso en China, Editorialby CTPS

García, L., Sanchez, C., Sàgaro, N., Cisneros, M., & Chacón, A. (2017). Conocimientos en padres acerca del asma padecida por sus hijos, *21*, 1-11.

Garcia, M., Aguilar, A., Rodrigues, N., & Pavlovic, S. (2012). Conocimientos acerca del asma de los padres de niños asmáticos que acuden a un servicio de urgencias. *Acta pediátrica española*, 70(5), 196-203.

Gonzales, J. (2017). Conocimientos de los padres acerca del asma y su relación con la calidad de vida de sus hijos. Universidad Privada Antenor Orrego (tesis de título).

Hammer, G. y McPhee, S. (2015). Fisiopatología de la enfermedad una introducción a la clínica. 7ma edición. México editorial Mc Graw Hill. Pp. 223-249

Harrison. (2016). Principios de Medicina Interna. 19va edición. México. Editorial Mc Graw Grill. Pp. 1669-1700.

Hernandez F. Virgilio (2016) La gestión de conocimiento en las organizaciones. Editorial Alfaomega: Buenos Aires.

Leonardo y Cabello 2015. Evaluación de conocimiento de los padres sobre asma bronquial http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S12-76322013000200003

Navarrete, Fernandez y Pozo. Revista sobre: Conocimiento de asma: intervención educativa con la guía GINA 2014 en médicos de primer contacto <http://www.revistaalergia.mx/>

Nonaka, I. y Takeuchi, H. (1995), The knowledge-creating company: how Japanese companies create the Dynamics of innovation, Oxford University Press, Nueva York.

Marriner, T,A. (Ed.).(2008). Modelos y teoría en enfermería. Barcelona, España: Editorial Elsevier.

Murua, Molina, Crespo, Mulet, y Fernández, Esteban y Piñana (2007, May). La educación terapéutica en el asma. In Anales de Pediatría (Vol. 66, No. 5, pp. 496-517).

Obando, D. (2017). Nivel de conocimiento de las madres sobre asma y adherencia al tratamiento en población pediátrica del consultorio externo de infecciones respiratorias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2016. Universidad Ricardo Palma (Tesis de título profesional).

Ortiz, M., Cano-Fragoso, C., Lazcano-Ortiz, M., Romo-Hernández, G., & Escalamilla-Acosta, M. (2012). Factores de riesgo en niños asmáticos . Conocimiento

que tienen sus padres sobre asma. *Acta pediátrica de México*, 33(3), 1-8. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640337005>

Ortiz, G. Mario (2012) Factores de riesgo en niños asmáticos. Conocimiento que tienen sus padres sobre asma. <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2012/apm123e.pdf>

Rica, P. (s. f.). Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Veracruz Norte Unidad de Medicina Familiar No . 73, (73), 1-55.

Riesgo, F. D. E., Influyen, Q. U. E., El, E. N., Aguda, A., Merino, V., & Karina, A. (2017). Unidad académica de ciencias químicas y de la salud carrera de enfermería.

Riosotalora, R., & Miguel, J. (2009). Correlación entre calidad de vida de niños con asma y conocimientos de los cuidadores sobre la enfermedad. Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario- Facultad de medicina.

Rodríguez, C. Sossa, M. . (2005). Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma entre padres o tutores de niños asmáticos of Children With Asthma. *Arch Bronconeumol*, 41(8), 419-424.

Rueda, E. P., & Quevedo, F. J. L. (2002). El pediatra eficiente, Bogotá, Colombia, Ed. Médica Panamericana.

Vega, D. (2012). Características familiares y nivel de conocimientos de los padres de niños sobre el control del asma. Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Veracruz Norte.

White, E. (2011) Ministerio de curación. Tercera. Edición. Editorial ACES: Argentina.

Apéndice

Apéndice A. Instrumento de investigación

Cuestionario de conocimiento del asma bronquial

El presente cuestionario por objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre el Asma en padres de niños atendidos en el servicio de emergencia, con la finalidad de fortalecer los conocimientos de los padres en la prevención del asma bronquial.

Los resultados de la presente encuesta son de utilidad exclusiva para la investigación y se mantendrán en absoluta reserva; por lo que le pedimos responda con sinceridad.

Instrucciones:

Lee detenidamente las preguntas y marque con un (X) la respuesta que considere conveniente.

Datos generales:

3. 3 años ()₃

4. 4 años a más ()₄

Características del niño:

¿Cuántas crisis asmáticas ha

Edad:

presentado el niño en los últimos meses?

1. 2 – 4 años ()₁

2. 5 – 10 años ()₂

3. 11 – 18 años ()₃

1. ninguna ()₁

2. 1-3 veces ()₂

3. Más de 3 veces ()₃

Sexo:

1.- Femenino ()₁ 2.-masculino

Características de los padres:

()₂

Edad:

1. 15 – 25 años ()

2. 26 – 35 años ()

3. 36 – 45 años ()

4. 46 – 55 años ()

5. > 55 años ()

Tiempo de padecer la

enfermedad:

1. 1año ()₁

2. 2años ()₂

Sexo:

1.- Femenino ()₁ 2.-masculino ()₂

Grado de instrucción:

1. Primaria ()₁
2. Secundaria ()₂
3. Superior ()₃

Lee detenidamente las preguntas y marque la respuesta con un aspa (X) según corresponda:

Según la siguiente escala:

1. Verdadero (V)
2. Falso (F)

PREGUNTAS	RESPUESTA	
	V	F
1. Los inhaladores pueden producir dependencia o adicción.		
2. Los inhaladores pueden afectar o dañar el corazón.		
3. Es perjudicial aplicar los inhaladores mucho tiempo a los niños.		
4. Después de que a un niño le da una crisis de asma hay que suspenderle los inhaladores y los medicamentos cuando le pase la tos.		
5. Los niños que tienen asma deben usar medicamentos para el tratamiento sólo cuando tengan síntomas (tos, congestión o sonido en el pecho).		
6. Es mejor usar los inhaladores directamente, sin aerocámara, para que el medicamento llegue más directo a los pulmones.		
10. Cuando un niño tiene una crisis de asma es mejor ir a urgencias, aunque los síntomas sean leves.		
7. La principal causa del asma es la inflamación de las vías respiratorias.		

8. Es recomendable pedir le al médico una excusa para que los niños con asma no hagan ejercicio o Educación física.		
9. Los niños que sufren de asma no deberían practicar deportes en los cuales tengan que correr mucho.		
10. Cuando un niño tiene una crisis de asma es mejor ir a urgencias, aunque los síntomas sean leves.		
11. Las crisis de asma se pueden evitar si se toman medicamentos en los momentos en que no hay síntomas (entre crisis).		
12. Las gripes son los principales causantes o desencadenantes de crisis de asma.		
13. Es recomendable no fumar ni dejar que nadie fume cerca de los niños con asma.		
14. Si los padres de los niños con asma fuman fuera de la casa, esto NO afecta al niño.’		
15. A los niños con problemas de asma cuando les empieza una gripa, hay que aplicarles inhaladores aunque no tengan tos o sonido en el pecho.		
16. A los niños que sufren de asma les pueden dar crisis tan fuertes que pueden llegar a requerir una hospitalización en la unidad de cuidados intensivos o incluso pueden llegar a morir debido a una crisis.		
17. Algunos medicamentos para el tratamiento del asma no funcionan a menos que se administren todos los días.		

Gracias por su colaboración

Apéndice D: Test V de Aiken

Ítems	J1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 2	J 3	J 4	J 5	S	N	C-1	V Aiken
Forma de aplicación y estructura	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	1	0.8
Orden de las preguntas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	1	0.8
Dificultad para entender las preguntas	1	1	0	0	0	0	1	1	1	3	5	1	0.6
Palabras difíciles de entender en los ítems	1	1	0	0	0	0	1	1	1	3	5	1	0.6
Opciones de respuesta pertinentes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	1	0.8
Correspondencia con la dimensión o constructo	1	1	1	0	1	1	1	0	1	3	5	1	0.6
V de Aiken Total													0.70

Apéndice E: Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Nivel de conocimiento del asma bronquial de los padres de niños atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma, 2016”, que se desarrollará con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento del asma bronquial de los padres de niños atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma. Este proyecto será realizado por la Lic. Sarita Díaz Orihuela, con la asesoría de la Dra. Keila Miranda Limachi supervisora, Directora de investigación de la escuela de enfermería de la Universidad Peruana Unión. La información que brinde a través de los cuestionarios será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha informado que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con esta investigación. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información brindada a través de los cuestionarios. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en el estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Firma del participante

DNI:

Fecha:

Apéndice J. Carta de permiso

“Año de la consolidación del Mar de Grau”

Lima, 17 de enero de 2017.

Magíster:

Ana Cabello Lostaunau

Jefa del departamento de Enfermería

Asunto: Proyecto de Tesis

Apreciada Mg. Ana Cabello

Es grato dirigirme a Ud. Para saludarla cordialmente, deseando las bendiciones de Dios, en su importante labor que viene realizando.

Por intermedio de la presente mencionarle que soy estudiante de la especialidad en enfermería de Emergencias y Desastres de la Universidad Peruana Unión me encuentro realizando el proyecto de tesis titulado “conocimiento del asma bronquial de los padres de niños atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma” para optar el título de especialistas en Emergencias y Desastres.

Por lo que solicito la autorización respectiva para la aplicación del instrumento de medición en el servicio de emergencia de la Institución que Ud. dirige, el cual permitirá en la recopilación de información para el cumplimiento de los objetivos de la tesis.

Agradezco anticipadamente su apoyo, que contribuirá a mejorar la atención que se brinda al paciente y los padres atendidos en el servicio de emergencias.

Agradeceré su gentil ayuda.

Atentamente,

Lic. Sarita Díaz Orihuela

CEP:065186

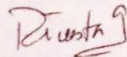
Apéndice K. Cartas del expertos**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad predecir el nivel de conocimiento **del asma bronquial en los padres de niños atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma**, los padres son los que constituyen la muestra de estudio, de la validación del Cuestionario titulado: "Cuestionario de conocimiento de asma bronquial"

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones sugerentes.

Juez N°: _____

Fecha actual: 06/11/17Nombres y Apellidos de Juez: Rosa Luz Tuesta GuerraInstitución donde labora: Universidad Panam UniónAños de experiencia profesional o científica: 2 años

Firma y Sello

C.C.P. 36936

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad predecir el nivel de conocimiento del asma bronquial en los padres de niños atendidos en el servicio de emergencia de la Clínica Ricardo Palma, los padres son los que constituyen la muestra de estudio, de la validación del Cuestionario titulado: "Cuestionario de conocimiento de asma bronquial"

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones sugerentes.

Juez N°: _____

Fecha actual: 06/1/17

Nombres y Apellidos de Juez: Rosa Luz Tuesta Guerra

Institución donde labora: Universidad Paruam Unión

Años de experiencia profesional o científica: 2 años

Ruesta

Firma y Sello

C.E. 36936



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
Escuela de Posgrado

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera Ud. que el instrumento cumple los objetivos propuestos?
0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
2. ¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
3. ¿Estima Ud. que la cantidad de ítemes que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
4. ¿Considera Ud. que si se aplicara este instrumento a muestras similares se Obtendrían datos también similares?
0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
5. ¿Estima Ud. que los ítemes propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
6. ¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?
Proveer las respuestas correctas e incorrectas.
7. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?
Ninguna.
8. Recomendaciones
Usar la palabra adecuada.

Fecha: 6/1/17

Validado por: Mg. Rosa Tuasca Guerra

Gracias!!!

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO (JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad medir el clima laboral que percibe el personal de las áreas académicas de la Universidad Peruana Unión.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera

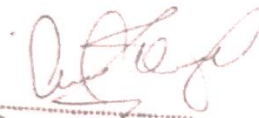
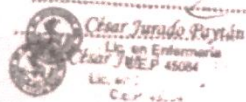
Juez N°: 01

Fecha actual: 15-01-17

Nombres y Apellidos de Juez: Cesar Jurado Paytan

Institución donde labora: Instituto Nacional de Salud del Niño

Años de experiencia profesional o científica: 9 años

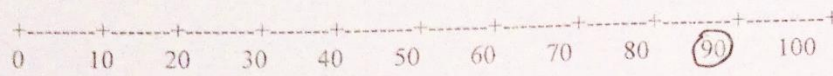



Firma y Sello

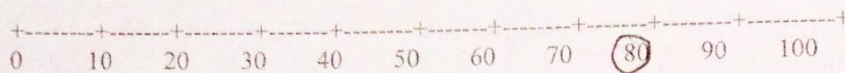
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

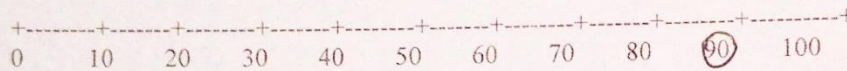
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



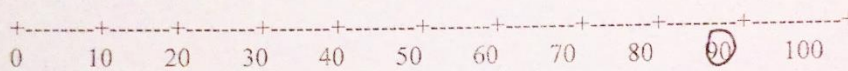
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



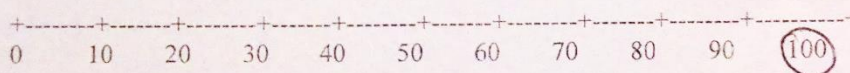
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

Ninguna

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Ninguna.

Fecha: 15-01-



César Jurado Payán
Lic. en Enfermería
G.E.P. 45064

Valido por: _____

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Ana Celeste Vega Ruwet
LIC. ENFERMERÍA
C.E.P. 5400

Fecha: 12-01-07
Valido por: _____

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad medir el clima laboral que percibe el personal de las áreas académicas de la Universidad Peruana Unión.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 02

Fecha actual: 13-01-17

Nombres y Apellidos de Juez: JOSE CHÁVEZ FERRER DEREANO

Institución donde labora: CLINICA RICARDO PALMA

Años de experiencia profesional o científica: 20 AÑOS

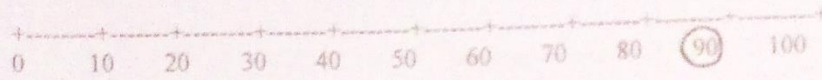

D^o JOSÉ CHÁVEZ FERRER DEREANO
ABOGADO PERUANO
C.P. 11059 A.N.E. 4608

Firma y Sello

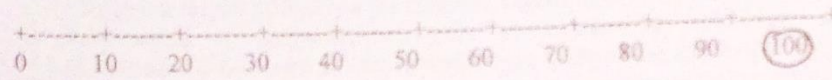
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sirvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

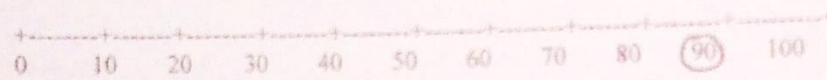
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



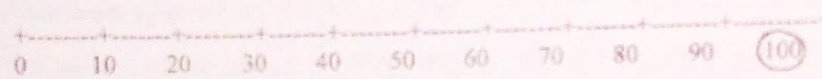
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



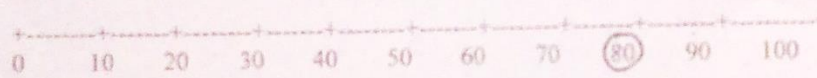
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

NINGUNA

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

NINGUNA

[Handwritten Signature]
 DR. JOSÉ GUILLERMO DE LA ROSA
 MÉDICO PEDIATRA
 C.R.P. N.º 12.524

Fecha: 13-01-00 Valido por: _____