

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Efectividad del programa “Mis pulmoncitos limpios” en el conocimiento del asma en padres de niños hospitalizados del servicio de Pediatría del Hospital Nacional Docente

Madre Niño “San Bartolomé”, 2016

Por:

Lidia Yule Florian Plasencia

Mery Yaneth Mamani Gutierrez

Lita Eufemia Maldonado Rojas

Nelida Sanchez Leon

Asesora:

Mg. Rocío Suárez Rodríguez

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 F59 2017	<p>Florian Plasencia, Lidia Yule Efectividad del programa “Mis pulmoncitos limpios” en el conocimiento del asma en padres de niños hospitalizados del servicio de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, 2016. / Autores: Lidia Yule Florian Plasencia, Mery Yaneth Mamani Gutierrez, Lita Eufemia Maldonado Rojas, Nelida Sanchez Leon; Asesora: Mg. Rocío Suárez Rodríguez. Lima, 2017. 152 páginas.</p> <p>Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017. Incluye referencias, resumen y apéndice. Campo del conocimiento: Enfermería.</p> <p>1. Asma. 2. Programa educativo. 3. Educación.</p>
------------------------------------	---

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, ROCÍO SUÁREZ RODRÍGUEZ, 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: ***“Efectividad del programa “Mis pulmoncitos limpios” en el conocimiento del asma en padres de niños hospitalizados del servicio de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, 2016”*** constituye la memoria que presentan las licenciadas: LIDIA YULE FLORIAN PLASENCIA, MERY YANETH MAMANI GUTIERREZ, LITA EUFEMIA MALDONADO ROJAS y NELIDA SANCHEZ LEON, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Pediatría, 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.



Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Efectividad del programa “Mis pulmoncitos limpios” en el conocimiento del asma en padres de niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2016..

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

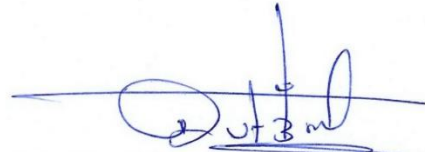
Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería Especialista en Enfermería en Pediatría

JURADO CALIFICADOR



Dra. Flor Lucila Contreras Castro

Presidente



Mg. Rut Ester Mamani Limachi

Secretario



Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Asesor

Lima, 26 de julio de 2017

Agradecimientos

A Dios, por regalarnos la vida, por estar con nosotros en cada paso que damos por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes y habernos puesto en nuestro camino personas que han sido nuestro soporte y ayuda en la realización de nuestra investigación.

A la Universidad Peruana Unión por permitirnos alcanzar nuestros ideales el ser enfermeros especialistas en lo que tanto nos apasiona.

A nuestras profesoras: Mg. María Díaz Orihuela y Mg. Rosa Tuesta que con sus conocimientos, orientaciones, paciencia, persistencia y motivación permitieron culminar nuestro trabajo de investigación.

Al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé por su colaboración para el ingreso a la institución, por permitirnos realizar el programa “Mis Pulmoncitos Limpios” y aplicar la encuesta a los padres de familia en el servicio de Pediatría.

A los Padres de los niños hospitalizados en el servicio de Pediatría, los mismos que participaron en el programa, por permitirnos aplicar el cuestionario, por su amabilidad y por su tiempo.

Índice

Agradecimientos	V
Dedicatoria.....	V
Resumen	XII
Abstract.....	XIII
Introducción	14
Capítulo I	17
El problema.....	17
Planteamiento del problema.....	17
Formulación del problema	21
Problema principal.....	21
Problemas específicos:.....	21
Objetivos.....	21
Objetivo general:	21
Objetivos específicos:.....	22
Justificación del estudio.....	22
Justificación teórica.	22
Justificación metodológica.	22
Justificación práctica y social.	23
Capítulo II.....	24
Marco teórico.....	24
Antecedentes del estudio.....	24
Bases filosóficas.....	30
Marco teórico.....	32

El conocimiento	32
Teoría de enfermería en relación al conocimiento.....	34
Dorothea ore: teoría del autocuidado.....	34
Concepto de metaparadigma de orem.....	34
Madeleine leininger: teoría de la diversidad y la universalidad enfermería transcultural.	35
Asma	36
Educación	61
Programa educativo: “mis pulmoncitos limpios”	76
Definición de términos.....	81
Hipótesis general.....	81
Hipótesis específicas:.....	82
Operacionalización de las variables. 83	
Capítulo III.....	87
Materiales y métodos	87
Tipo y diseño de estudio.....	87
Variables.....	87
Descripción del área geográfica de estudio.....	88
Población y muestra.....	89
Muestra	89
Criterios de inclusión.....	90
Criterios de exclusión.	90

Técnica de instrumentos de recolección de	
datos.....	90
Proceso de recolección de datos.....	93
Procesamiento y análisis de datos.....	94
Consideraciones éticas.....	95
Capítulo IV	96
Resultado y discusión	96
Resultados.....	96
Discusión.....	101
Capítulo V.....	110
Conclusiones y recomendaciones	110
Conclusiones.....	110
Recomendaciones.....	111
Referencias	112
Apéndices	123
Apéndice a cartilla informada.....	124
Apéndice b. Consentimiento informado.....	146
Apéndice c. Cuestionario.....	147
Apéndice d. Carta de autorización.....	152

Índice de tabla

Tabla 1. Clasificación del Asma en Niños	43
Tabla 2. Clasificación de la crisis de asma.....	44
Tabla 3. Características de las medicinas de alivio rápido.....	47
Tabla 4. Características de las medicinas de control y preventivas	48
Tabla 5. Dosis de Glucocorticoides Inhalados (GCI) recomendadas.....	49
Tabla 6. Ciclo de manejo de asma basada en el control.....	49
Tabla 7. Caracterización sociodemográfica de los padres de niños hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica en el HONADOMANI “San Bartolomé” 2016.....	96
Tabla 8. Nivel de conocimiento el factor I: factores asociados a mitos y creencias antes y después de participar en el programa “mis pulmoncitos limpios” de los padres de niños hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica en el HONADOMANI “San Bartolomé” 2016.....	97
Tabla 9. Nivel de conocimiento en el factor II: Manejo de inhaladores y enfermedad antes y después de participar en el programa “Mis pulmoncitos limpios” de los padres de niños hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica en el HONADOMANI “San Bartolomé” 2016.....	98
Tabla 10. Nivel de conocimiento en el factor III: Factores asociados al asma, antes y después de participar en el programa “mis pulmoncitos limpios” de los padres de niños hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica en el HONADOMANI “San Bartolomé”, 2016.....	99

Tabla 11. Nivel de conocimiento antes y después de participar en el programa “mis pulmoncitos limpios” de los padres de niños hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica en el HONADOMANI “San Bartolomé”, 2016.....	100
--	-----

Índice de figura

Figura 1. Simplifica la fisiopatología	39
Figura 2. Manejo inicial de la crisis de asma en el domicilio.....	51

Resumen

El asma es conocida como una enfermedad heterogénea, se caracteriza por inflamarse crónicamente las vías aéreas. Es definida por sus manifestaciones respiratorias como sibilancias, dificultad al respirar, mucha opresión en la parte del pecho y tos, esto puede variar a lo largo del tiempo y más en la etapa de ansiedad, provocando una limitación variable del flujo aéreo respiratorio. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la efectividad del programa “Mis pulmoncitos limpios” en el conocimiento del asma en padres de niños hospitalizados del servicio de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre-Niño (HONADOMANI) “San Bartolomé”, 2016. Materiales y métodos: El Estudio fue de diseño pre experimental con pre test y post test, para lo cual se empleó un cuestionario de conocimientos del asma bronquial. Participando 32 padres de niños(as) con diagnóstico de Asma Bronquial. Los resultados obtenidos fueron positivos considerando que antes de la intervención el puntaje promedio del conocimiento de los padres sobre el asma bronquial fue 52,03 y después de la intervención el puntaje del promedio fue de 79,28 con una significancia de medias de 0,000. Conclusiones: Al inicio de la investigación el nivel de conocimiento sobre el asma de los padres de este estudio; fue medio, luego de la intervención se logró un aumento significativo del mismo, por lo que se considera que la implementación del programa “Mis pulmoncitos limpios” es efectivo en el nivel de conocimientos del asma en los padres, evidenciando un nivel de confianza del 95%.

Palabras claves: Asma, programa educativo, educación.

Abstract

Asthma is a heterogeneous disease, usually characterized by chronic inflammation of the airways. It is defined by the clinical manifestations of respiratory symptoms such as wheezing, respiratory distress, chest tightness and cough, which vary over time and intensity, along with a variable limitation of expiratory airflow. The present study had as objective to determine the effectiveness of the program "My lungs clean" in the knowledge of asthma in parents of hospitalized children of the Pediatric Service of the National Teaching Mother-Child Hospital (HONADOMANI) "San Bartolomé", 2016. Materials and methods: The study was of pre-experimental design with pre-test and post-test, for which a questionnaire of bronchial asthma knowledge was used. 32 parents of children diagnosed with Bronchial Asthma participated. The results obtained were positive considering that before the intervention the average score of the parents' knowledge about bronchial asthma was 52.03 and after the intervention the average score was 79.28 with a mean significance of 0.000. Conclusions: At the beginning of the research the level of knowledge about asthma of the parents of this study; Was medium, after the intervention a significant increase was achieved, so it is considered that the implementation of the program "My lungs clean" is effective in the level of knowledge of asthma in the parents, showing a level of confidence of the 95%

Key words: Asthma, educational program, education.

Introducción

El asma es la enfermedad crónica más común en la niñez. Se conoce que la prevalencia del asma a nivel mundial es entre 5 y 15 %. En el Perú El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015), informa que el asma afecta a un 4.3% de la población adulta y alrededor del 15 al 20% de los niños sufre de asma, calculándose que 265,000 niños menores de 5 años padecen de asma, constituyendo un importante problema de salud pública de prioridad por su magnitud y consecuencias negativas en los grupos más vulnerables.

Actualmente, las perspectivas respecto a la atención al niño con asma son tres: el etiológico, el terapéutico y el preventivo. El enfoque preventivo se refiere a la educación, esto implica el desarrollo de procesos educativos protocolizados y adecuados a la magnitud de cada caso y a la capacidad de cada familia; Esta educación se desarrolla en base a un programa de intervención integral, este programa es una herramienta muy valiosa y fundamental cuya finalidad es alcanzar que tanto los padres y los niños sean cada vez mas responsables por su salud, tomando desiciones positivas sobre esta enfermedad. Por lo cual es muy preciso que cada uno de ellos tomen conciencia sobre el diagnóstico realizado, y que puedan adquirir conocimientos sobre la enfermedad del asma, puedan cambiar el estilo de vida que muchas veces pueden ser inadecuadas y puedan asumir el auto control y control de la enfermedad (Diaz,1999).

En nuestra actualidad tiene que ver mucho la educación del paciente asmático y su familia para lograr una buena intervención terapéutica. Siendo una educación entendida, con procesos continuos, dinamicos y adaptado, poniendo en práctica esta educación podemos conseguir que tanto la persona y su familia puedan obtener cambios

conductuales, mejoramiento de sus actitudes por el bienestar y beneficio familiar mejorando una buena calidad de vida. (Cano,2010). Para poder combatir el asma infantil en la actualidad es necesario promover programas educativos que sean progresivos, continuos, gradual e individualizado, con el fin de obtener un mejor control de la enfermedad de manera autónoma posible para el paciente infantil y toda su familia. El objetivo principal de un programa educativo es planificar y desarrollar estrategias educativas, beneficiando tanto al niño y su familia teniendo conocimiento y aceptación de esta enfermedad, y puedan actuar de la manera correcta ante cualquier dificultad que puedan suscitar en el trayecto de su vida, tener mejor autocontrol, permitiendo una vida parecida con ausencia de la enfermedad. (Cruz, 2014)

El propósito de la investigación fue determinar la efectividad del Programa “Mis Pulmoncitos Limpios” en el conocimiento del asma en padres de niños hospitalizados en el servicio de Pediatría del HONADOMANI “San Bartolomé”, partiendo del estudio del conocimiento que tienen los padres de los niños asmáticos, e interviniendo sobre dichos conocimientos, reforzando, por supuesto, la toma de mejores decisiones antes durante y después de un episodio de crisis asmática que puedan presentar sus niños, pudiendo así controlar la enfermedad y disminuir las complicaciones.

El presente estudio consta de cinco capítulos:

El capítulo I se realizó el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivo general, específicos y justificación del estudio. En el capítulo II se elaboró el marco teórico, antecedentes del estudio, bases filosóficas, definición de términos, hipótesis general y operacionalidad de las variables. En el capítulo III Materiales y métodos, tipo y diseño de estudio, variables, descripción del área geográfica de estudio, participantes,

población, muestra, técnica de Instrumentos de recolección de datos, proceso de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, consideraciones éticas. En el capítulo IV se especifican los resultados, análisis y finalmente en el capítulo V las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I

El Problema

Planteamiento del problema.

La enfermedad del asma es conocida como crónica y se puede ver con frecuencia en la vida del niño. Por un lado la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), y la Global Initiative For Asthmat (GINA,2014), ambas organizaciones definen al asma como una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a las vías aéreas, se puede caracterizar por atacar con frecuencia, dichos síntomas son reconocidas por la disnea, sibilancias, opresión torácica y tos, esta enfermedad puede variar de una persona a otra, en algunas personas puede provocar por la noches cuando está descansando a otros por la madrugada.

Estudios realizados en la actualidad mencionan que esta enfermedad es conocida por ser crónica y muy común, mayormente se puede ver en los países que van creciendo en desarrollo.

Por otro lado, el estudio de la enfermedad del asma y alergia presentado en el infante (ISAAC,2005) conocida por sus siglas en inglés, llega hacer una fuente de información a nivel mundial que trata y habla sobre la prevalencia del asma visto en niños y padres, mostrando que puede variar de un país a otro, variando entro el 6 a 30%, esta enfermedad por lo natural va de crecimiento. Últimos estudios realizados por la ISSAC, muestran que el Perú se encuentra entre el grupo de países con prevalencias con promedio a(20,7% a 28,2%) dentro del grupo se encuentran países como, Nueva Zelanda, Omán, Singapur y Reino Unido, esta cita lo podemos encontrar en (Camino,2015).En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática, según la encuesta realizada en el año 2012, el 4.3% de la población padece de asma incrementándose en 0.6% con respecto al año

2011, de los cuales la población más susceptible se encuentra en la ciudad de Lima y Callao. (INEI, 2012)

Actualmente estudios realizados en varios países demuestran que la educación es un elemento esencial en la prevención, tratamiento y recuperación del niño, a través de los programas educativos se puede conseguir cambios en las actitudes y conductas del niño y la familia que conducirán a una mejor calidad de vida.

Medina (2016) realizó el estudio “Evaluación de una intervención educativa grupal de enfermería en niños con asma” en el Centro de Salud I Ciudad Real en España, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de sesiones educativas grupales de enfermería sobre el manejo de asma en niños. Concluyendo que la educación grupal de enfermería en asma permite reforzar la individual, mejorar el nivel de conocimientos y autocuidados, y la satisfacción del niño y su familia.

Narcisa (2013) presentó el estudio titulado: “Implementación del programa de capacitación a personas al cuidado de niños asmáticos para la prevención, manejo y cuidado de las crisis asmáticas, en el Hospital IESS, Guaranda, Ecuador”, el objetivo fue identificar las características demográficas de usuarios y entorno familiar, medidas de prevención, signos de alarma, y la aplicación de primeros auxilios en casos de crisis asmáticas, lo cual disminuirá la frecuencia de recaídas de las crisis. Teniendo como resultado que la población al cuidado de los niños asmáticos en su mayoría corresponde al sexo femenino, con un grupo etario de 36 a 45 años de edad, seguidos por una población mayor de 55 años, en donde la población de niños asmáticos en su mayoría corresponde al sexo masculino; además un 53.62% de las familias donde viven los niños asmáticos, presenta un ingreso económico menor a la canasta básica lo que podría constituir un factor

de riesgo al no contar con los recursos económicos necesarios para afrontar los gastos de medicinas; el 75.36% de la población en estudio presentan un desconocimiento en el manejo de la crisis asmática y sus factores desencadenantes como la presencia de animales intra domiciliarios y alérgenos provocando posibles recaídas.

Según el estudio de (Beltran, 2013) en su investigación titulada: “mitos, creencias y prácticas en cuidadores de niños con asma respecto al tratamiento con inhaladores en Chiclayo, Perú 2013”, cuyos objetivos fueron: El análisis y descripción de los cuidadores que trabajan con niños que padecen de la enfermedad del asma, mencionando que el 55% de personas participantes sufren de asma mal controlado, siendo identificados como mitos: daño cardíaco, incremento de peso, provocando alteraciones nerviosas y un coeficiente intelectual muy bajo, alteraciones conductuales, afectando al crecimiento y desarrollo osteomuscular, por otro lado se pudo ver el uso de plantas medicinales, y un mal uso de inhaladores y su preferencia por las nebulizaciones. Las conclusiones que se pudo tener a través de este estudio fue que los cuidadores de niños con asma se basan en sus estudios técnicos del uso de inhaladores, por otro lado los médicos mencionan que los cuidadores de consulta particular tienen mayor conocimiento y control. En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé según datos Estadísticos publicados en el documento técnico “Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria (ASIS, 2015) del HONADOMANI San Bartolomé”, señalan que el primer diagnóstico de egresos hospitalarios en Pediatría en el año 2015 son las siguientes patologías asma no especificado, asma de aparición tardía. Bronquitis asmática, soba; presentándose 309 casos; evidenciando que los diagnósticos de egresos con mayor frecuencia son de patología respiratoria; asma (15.11%), bronquiolitis (4.25%) y neumonía (3.86%). Asimismo, informa que las primeras causas de morbilidad

de hospitalización de Pediatría 2015 lo constituye el asma con un 23.56% resultando ser la primera causa de hospitalización en Pediatría; en el año 2016 la Oficina de Estadística e Informática del mismo hospital registra, en los meses de enero, febrero y marzo un total de 277 ingresos, de los cuales 62 niños ingresan al servicio de pediatría con diagnóstico de asma bronquial representando un 22% del total de ingresos este reporte es preocupante por el porcentaje elevado de ingresos y reingresos al servicio.

La enfermera pediátrica del HONADOMANI San Bartolomé, desarrolla un papel muy importante en el tratamiento y recuperación del paciente asmático durante su estancia hospitalaria, sin embargo, debido al alto número de pacientes que tiene que atender y a la complejidad de las patologías, está más centrada en la atención directa al paciente y en sus actividades rutinarias, quedándole insuficiente tiempo para la educación a los padres. Casi siempre la educación se da en el momento del alta y está dirigida básicamente en informar la continuidad del tratamiento (medicación) en casa. A lo expuesto se pudo constatar por medio de la entrevista sostenida a madres de niños asmáticos hospitalizados frases como : “los inhaladores producen dependencia”, “los inhaladores afectan al corazón, no es bueno usarlo por mucho tiempo ”, “no le doy leche a mi hijito porque le produce más flema” , “la prednisona me da miedo darle porque lo engorda a mi hijo”, “ después de su ataque de asma cuando la tos le ha pasado, el inhalador o cualquier otro medicamento no se le debe ser dar”, aunado a ello casi siempre los niños ingresan al servicio con una sensación de ahogo y falta de aire situación que nos evidencia que existe un marcado desconocimiento en la prevención y control de los factores asociados a la enfermedad.

Por otro lado, el servicio de Pediatría no cuenta con un programa educativo formal dirigido a los padres, para informar conceptos y actuaciones que deben ser conocidos por

los padres, para el tratamiento, control y prevención del asma. Frente a lo mencionado y considerando que el educar no solo implica el saber y conocer, sino que se debe poseer habilidades que nos ayuden a mejorar y llevar un buen estilo de vida. Nos formulamos la siguiente pregunta de investigación:

Formulación del problema

Problema principal

¿Cuál es la efectividad del programa “Mis Pulmoncitos Limpios “en el conocimiento del asma en padres de niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del HONADOMANI San Bartolomé, ¿2016?

Problemas específicos:

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los padres que participan en el estudio?

¿Cuál es el nivel de conocimientos del factor I: factores asociados a mitos y creencias antes y después de participar en el Programa “Mis Pulmoncitos Limpios”?

¿Cuál es el nivel de conocimientos del factor II: manejo de inhaladores y manejo de la enfermedad antes y después de participar en el Programa “Mis Pulmoncitos Limpios”?

¿Cuál es el nivel de conocimientos del factor III: factores asociados al asma antes y después de participar en el Programa “Mis Pulmoncitos Limpios”?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar la efectividad del Programa “Mis Pulmoncitos Limpios” en el conocimiento del asma en padres de niños hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”.

Objetivos específicos:

Identificar las características sociodemográficas de los padres que participan del Programa “Mis Pulmoncitos Limpios”

Identificar el nivel de conocimientos del factor I: factores asociados a mitos y creencias antes y después de participar en el Programa “Mis Pulmoncitos Limpios”

Identificar el nivel de conocimientos del factor II: manejo de inhaladores y manejo de la enfermedad antes y después de participar en el Programa “Mis Pulmoncitos Limpios”

Identificar el nivel de conocimientos del factor III: factores asociados al asma antes y después de participar en el Programa “Mis Pulmoncitos Limpios”

Justificación del estudio

Justificación Teórica.

La crisis asmática es una de las patologías más comunes en los pacientes pediátricos, se justifica una educación a los padres con el propósito de prevenir recaídas y /o reingresos al hospital por ello se realizara una revisión y análisis bibliográfico de las variables de estudio, construyendo un marco teórico solido que sirvió como base para elaborar una cartilla de cuidados sobre asma bronquial.

Justificación Metodológica.

Tiene relevancia metodológica por la confiabilidad demostrada en la realidad peruana de los instrumentos, se utilizó un instrumento de recolección de datos realizado por (Rodriguez, 2005) titulado “Cuestionario de conocimientos acerca del asma” dicho instrumento fue utilizado y validado en Colombia el cual fue aplicado a la realidad del hospital San Bartolomé, así mismo se elaboró un proyecto de un programa educativo

tomando como referencia para el diseño una cartilla desarrollada en base a un consenso realizado por expertos colombianos quienes utilizaron guías británicas y americanas y la guía práctica clínica “Asma bronquial del niño o la niña” emitida por el ministerio de salud , asimismo fue sometido a un proceso de validación y dicho instrumento será colocado a disponibilidad de la comunidad científica.

Justificación Práctica y social.

El programa educativo “Mis Pulmoncitos Limpios” constituye un gran aporte para el servicio de Medicina Pediátrica, ya que servirá como modelo en el plan de educación anual del servicio.

A los padres de familia, porque durante la estancia hospitalaria de su niño se le ofertará un programa educativo progresivo e individualizado que tendrá como finalidad conocer y controlar la enfermedad.

A nivel Institucional contribuirá en el desarrollo de programas educativos dirigidos al usuario; y en los padres es de familia, se espera que adopten mejores destrezas en el manejo del asma bronquial lo cual contribuirá a disminuir la morbimortalidad infantil.

Así mismo, se considera que el desarrollo de este trabajo y los resultados obtenidos podrían servir de orientación a otras investigaciones en el mismo campo.

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes del estudio

Revisando la bibliografía con base teórica actualmente de los programas educativos, de información, y el conocimiento de grado adquirido en intervención educativa; pudimos encontrar en relación al asma lo siguiente cronológicamente:

(Hoyos, 2015), Nos habla acerca de la prevalencia de crisis asmáticas en pacientes pediátricos de 5 a 14 años, se llegaron a atender a pacientes pediátricos en la Clínica Maison de Santé-Lima, dicha atención se realizó con el fin de determinar la crisis asmática aguda de pacientes pediátricos siendo entre 5 a 14 años de edad atendidos en la Clínica Maison de Santé.

Metodología: En nuestro estudio el diseño observacional, es retrospectivo de casos, los resultados a mostrar son que la prevalencia de pacientes con crisis asmático leve es de 131(71.6%) y de crisis de asma es 52 (28.4%) entre los 183 casos revisados, pudimos observar que entre el periodo 11 meses equivalentes a 16 casos mensuales llega hacer la mayor prevalencia entre los meses de junio y noviembre. El 89(48.6%)son los síntomas asociados que tienen que ver con crisis asmática frecuentemente, el 46(25.1%) son casos que presentan dificultades respiratorias, el 27(14.2%) tienen que ver con la rinorrea y solo el 21(12%) son pacientes que presentan fiebre, podemos concluir mencionando que la prevalencia de crisis asmática leve viene hacer el 131(71.6%) y los que presentan crisis de asma moderado son el 52(28.4%), entre los 183 casos estudiados y revisados, por lo tanto se puede decir que los casos de crisis asmático que presentan los pacientes pediátricos son un número significativo.

Serrano (2015) realizó el estudio “Eficacia de una intervención educativa en el manejo de dispositivos de inhalación” siendo el Centro de la Salud de Vista Bella (Murcia). El objetivo principal fue la evaluación de intervención educativa de enfermería en el uso y manejo de los dispositivos de inhalación. El método utilizado una realización de un ensayo donde se tenía que controlar y aleatorizar. “Los resultados fueron: que el (13,5%) tuvo una técnica aceptable en cuanto a la realización del uso del inhalador presurizado entre antes y después de la intervención y después fue el (703%; $p=0,001$). Y la comparación entre el grupo pos intervención se llegó a un control de 49,1% ($n=27$) hablando técnicamente aceptable, y entre el grupo solo de intervención fue un 93,3% ($n=56$) siendo en ambos una diferencia estadística favorable y muy significativa ($p<0,05$). Llegando a concluir que tanto el manejo de dispositivos de inhalación, juntamente con el apoyo de información escrita mejora la técnica empleada por el paciente, dejando de solo entregar información escrita”. Zamora (2014) realizó un ensayo clínico; “Eficacia de una intervención educativa en el control de asma infantil” se determinaría que una intervención educativa practicado a los padres de los niños que sufren asma que se encuentran entre los 4 a 11 años habría un mejor control medido gracias al Test Control practicado en el Asma Infantil (ACT). Por otro lado se llegó a realizar una evaluación de conocimientos de la enfermedad de asma y control según GEMA, y en pacientes infantiles el control de asma por ACT. En cuatro sesiones realizados en algunos meses se llegó a realizar un experimento educativo, monitorizando el control de asma. En ambos grupos se realizó seguimiento y medición practicado por un neumólogo pediátrico. Resultando 376 mediciones con casos de homogeneidad y consistencia, se ha empleado el método de regresión de tipo lineal siendo un modelaje mixto repetidas (el tiempo como variable).

Haciendo una intervención, el GE y el GC por debajo de un control mostrando un puntaje el ACT aplicada después de la intervención, en variación experimental en promedio llego a 5 puntos y en contra 1.4 del control ($p=0.001$). En conclusión, podemos mencionar que la intervención que fue controlada llego a mostrar un mejora en la enfermedad del asma, siendo un modelo de atención factible para ser aplicado y utilizado como un instrumento validado donde se muestre como un instrumento validado donde refleja la validez y confiabilidad de intervención educativa. Dicha intervención fue basada en una teoría y practicada fundamentalmente en la guía internacional; es multidisciplinaria porque posee aspectos pedagógicos, siendo clave para el éxito de la intervención educativa, siendo obtenidos gracias a estos estudios y otros reportes de estudios internacionales.

Berbesi (2013) realizó el estudio “Seguimiento a una cohorte de niños con asma luego de una intervención familiar” con el objetivo de determinar, luego de una intervención familiar, el tiempo libre de crisis asmáticas, requerir hospitalización o atención por un servicio de urgencias. “Cuyos resultados fueron: los niños tenían un promedio de edad de 9,84 (DS=1,34). El 60 % de los niños tenían antecedentes familiares de asma y un 68 % estaban expuestos a fumadores; así mismo un 76 % residían cerca a lugares muy transitados. A los seis meses de observación el 76 % presentaron crisis asmáticas que fueron atendidas en casa, y un 44 % de los niños requirieron atención en un servicio de urgencias a los ocho meses de seguimiento; no se reportaron hospitalizaciones. Esta investigación concluyo que luego de una intervención familiar y un año de seguimiento de las familias, no se reportaron hospitalizaciones en los niños, un 56 % no requirió atención en un servicio de urgencias, así como una cuarta parte de los niños no reportaron crisis asmáticas atendidas en casa”.

Cabello (2013) realizó un estudio sobre “Evaluación de los conocimientos paternos sobre Asma con el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire”, con el objetivo de demostrar cómo se evalúa el grado de conocimiento sobre la enfermedad del asma entre padres de niño(as) que tienen la enfermedad del asma, seguido de una consulta Neumológica infantil. para lograr desarrollar dicho estudio recurrieron al método descriptivo y transversal. Siendo los resultados que: Un 72,7% fue respondida por la madre del paciente, un 14.9% por el padre, el 6,7% fueron contestado por ambos progenitores y un 5,8% fue contestada por otra persona. Entre los 203 pacientes que fueron evaluados son niños y 141 son niñas de edad promedio entre 8 y 4 años. El 18.5 - fue la puntuación media sobre el 31. Por ello se concluye que fueron una mayor puntuación en promedio medio con muestras similares entre otros estudios. Entonces se puede considerar que una intervención educativa puede ayudar el mejoramiento sobre el asma y contribuye en mejorar la tasa de morbilidad de enfermedad crónica.

(Ortiz M. Cano F, 2012) Realizaron un estudio acerca de “Factores de riesgo en niños asmáticos”, “Conocimiento que tienen sus padres sobre asma”. Los autores se trazaron tres objetivos, siendo el primero; saber cuáles son los riesgos pre-existentes ante esta enfermedad que se manifiesta; como segundo objetivo es evaluar y conocer que, durante estas cuatro últimas semanas de la enfermedad, como tercer objetivo es determinar el grado de conocimiento que los padres tienen al respecto. Para lo cual se deduce que el método de este estudio fue prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Estos resultados se conocen como factores de riesgo. Dentro de los cuales se identificaron que hay familiares con asma, clima frío, estrés y cuadros repetitivos que son de enfermedades repetitivas. En la evolución de los pacientes dentro del último mes, tanto los padres

mencionan que sus hijos tuvieron tos, sibilancia y disnea. por lo cual muchos de los niños asistieron al hospital por padecer de dicha enfermedad una vez mensualmente. Por lo tanto, podemos concluir mencionando que tanto los padres tienen un nivel bajo de conocimiento del padecimiento de sus hijos, para poder mejorar este nivel sería necesario realizar programas educativos al respecto, para mejorar el cuidado que los pacientes asmáticos requieren. (Veja, 2015) Realizaron un trabajo de investigación titulado: “Intervención educativa para población infanto-juvenil asmática”. Se llegó a realizar una intervención educativa al infante-juvenil asmática con edad promedio entre los ocho y once años realizado en el policlínico de Mantí. Las Tunas, todo con el fin de evaluar la eficacia de la misma. Los resultados que obtuvieron fue que en el grupo estudiado se obtuvo el promedio del 61,8 % en el sexo masculino, los que tienen asma bronquial en sus antecedentes patológicos familiares en una primera línea, con un 72,1%. Un 88,2% relaciona el inicio de las crisis con infecciones respiratorias, el 91,2% con el polvo, el 77,9% lo asocia con la humedad y un 4,3% tiene exposición pasiva al tabaquismo. Con los signos clínicos de reflujo gastroesofágico se detectó el 76,0% y con mala técnica de aplicación del spray, el 95,6%. El 84,0% de los pacientes tenía exacerbaciones mensuales y el 58,0% no cumplía de manera regular el tratamiento intercrisis. Después de la intervención solo el 28,0% de los pacientes presentó exacerbaciones y el 90% cumplió con el tratamiento intercrisis. Se pudo apreciar, además, que antes de la intervención el 64,0% de los pacientes mostró conocimientos insuficientes sobre la crisis de asma bronquial, pero posterior a la estrategia educativa el 84,0% mostró que se incrementaron sus conocimientos en cuanto al reconocimiento de la crisis de asma. Concluyendo; que el sexo masculino predominó, dentro de los antecedentes de la primera línea bronquial, siendo tales factores

desencadenantes como: polvo, humedad y infecciones respiratorias agudas, las cuales se presentan a través de los signos clínicos donde se refleja una mala aplicación del spray. Por otro lado, se pudo observar que hay un mal uso del manejo de spray debido a la muy baja insuficiencia a nivel del conocimiento de severidad de la crisis, dichos factores son desencadenantes en el manejo del spray. Antes de la realización del trabajo la mayoría de los pacientes o familiares encuestados carecían de conocimientos suficientes. La intervención educativa cumplió el objetivo porque incrementó significativamente el nivel de conocimientos sobre el reconocimiento de la crisis, de los factores desencadenantes del asma bronquial, el manejo y la técnica de aplicación del spray, así como también disminuyó significativamente las exacerbaciones, la urgencia por asma al cuerpo de guardia y el ingreso hospitalario.

(Curbelo, 2010). Realizaron un estudio sobre “Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos”. Cuyo objetivo fue valorar el conocimiento de asma en padres de niños asmáticos. El método de estudio fue descriptivo transversal. Los resultados encontrados indican que el dentro de lo encuestado el 100% presento un bajo conocimiento, por otro lado, mencionando el dominio de conocimiento vinculado entre los mitos y creencias acerca de la enfermedad fue muy bajo. Con respecto al dominio vinculado acerca del conocimiento de la enfermedad se obtuvo un alto conocimiento de los padres del grupo A, siendo estadísticamente significativa con respecto al grupo B ($P < 0,05$). Con respecto al área de conocimiento que va vinculado al deporte y el tabaquismo, se llegó a ver que el conocimiento del estudio dentro de la población fue muy bajo. Y se llegó a concluir que los conocimientos de los padres no son suficientes para controlar el asma en sus niños. Estas investigaciones han contribuido al presente estudio pues 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 acerca de la enfermedad, pueden conducir a la adquisición de habilidades promoviendo 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 automanejo del asma.

Bases Filosóficas

La presente investigación está basada en la filosofía de la Universidad Peruana Unión, la misma que imparte la filosofía de la iglesia adventista, la cual fundamenta sus creencias en la Biblia, resaltando como principio el amor y teniendo como objetivo principal la restauración del hombre a la imagen de Dios. Los adventistas del 7mo día creen que, los motivos, los pensamientos y los comportamientos de los seres humanos están por debajo del ideal de Dios y la educación es el medio para restaurar en ellos la imagen de su creador. (Universidad Peruana Unión, 2015)

(White, 2009), menciona que “El concepto de la educación tiene un alcance demasiado estrecho y bajo. Es necesario que tenga una mayor amplitud y un fin más elevado. La verdadera educación significa más que la prosecución de un determinado curso de estudios. Significa más que una preparación para la vida actual. Abarca todo el Ser, y todo el periodo de la existencia accesible al hombre. Es el desarrollo armonioso de las facultades físicas, mentales y espirituales. Preparando al estudiante para el gozo de servir en este mundo y para un gozo superior proporcionado por un servicio más amplio en

el mundo venidero”. Las enfermeras egresadas de la Universidad Peruana Unión están comprometidas con estos principios. (Paredes, 2016), expresa que el papel profesional de la enfermera (o) está en estrecha relación con los pacientes y sus familias, es la que participa con ellos en los momentos más íntimos y vulnerables de la vida; por lo tanto, la enfermera es la que va a ayudar de manera directa o indirecta en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

(White, 1957), también expresa que “La vida saludable debería ser una preocupación familiar. Los padres debieran despertar a la comprensión de las responsabilidades que Dios les ha dado. Estudien los principios de la reforma Pro Salud y enseñen a sus hijos que la senda de la abnegación es el único camino que conduce a la seguridad”. “Dios quiere que los padres eduquen a sus pequeños, como los miembros más jóvenes de la familia del Señor, para que adquieran belleza de carácter y disposición amable, para que sean aptos para brillar en las cortes celestiales”.

La Biblia, también dice en Proverbios 22:6 “Adiestra al niño en el camino que debe seguir, y aunque sea anciano, no se apartará de él” (Nueva Reina Valera, 2000). Los padres son los responsables directos de sus hijos y son ellos los que deberían prepararse y enseñar con el ejemplo buenos hábitos en cuanto a la alimentación, higiene, ejercicios, temperancia, etc. Y de esa manera prevenir las enfermedades y favorecer el bienestar de los mismos.

Todas las personas deberían ponerse en constante comunión con Dios, el creador del universo, porque de él proviene la vida, el amor, y es el que motiva a los padres y a los profesionales para dar lo mejor de sí.

Marco teórico

El Conocimiento

Definición

Realizando una revisión bibliográfica sobre el concepto de este término existe una extensa literatura sobre conocimiento y tipos de conocimiento. La definición de conocimiento ha sido trabajada por diferentes autores desde diferentes disciplinas, como la Filosofía, la Psicología, la Gestión Empresarial y la Informática.

Según (Osorio, 2007), la Real Academia de la Lengua Española, define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. También lo define como el estado de vigilancia en que una persona es consciente de lo que le rodea

Por otra parte (Martinez, 2006), sostienen que el conocer es un proceso a través de cual un individuo se hace consiente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. Además, el conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar.

Para otros autores, el conocimiento es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori) o a través de introspección (a priori). También se define como la percepción de la realidad adquirida (Bacilio, 2013).

Tipos de Conocimiento

Entre los tipos de conocimientos tenemos:

Conocimiento vulgar o cotidiano

Es el que adquirimos por el mero hecho de vivir, es decir por la experiencia, es un conocimiento necesario que sirve de base, incluso para el conocimiento científico. El conocimiento vulgar no tiene por qué ser organizado metódicamente. A menudo consiste en una serie de afirmaciones no comprobadas ni sistematizadas en un razonamiento. Incluso puede haber afirmaciones contradictorias (Elena, 2006).

Conocimiento científico

El conocimiento científico es una aproximación crítica de la realidad, el cual se apoya en el método científico tratando específicamente de percibir y explicar desde lo esencial hasta lo más común, el porqué de las cosas y su devenir. El conocimiento científico sigue un proceso para su correcta creación, es así como la observación de lo que nos rodea, la crítica argumentativa de los hechos, la indagación sobre lo que nos causa curiosidad son elementos esenciales para la creación del mismo. (Dávila, 2011).

Importancia del Conocimiento para el desarrollo humano

Conocimiento le permite a la persona conocer su realidad social, política, financiera, educativa, etc. Es el que le hace salir de la ignorancia: y es el que le va a garantizar su bienestar, el de su familia y de la sociedad en la que forma parte (Pérez, 2012).

En el contexto actual, el conocimiento se ha convertido en factor de crecimiento y de progreso más importante, y la educación en el proceso más crítico para asegurar el desarrollo de sociedades dinámicas, con capacidad de responder al nuevo entorno y de construir su futuro. De esta forma, el conocimiento no solo se convierte en un instrumento

para explicar y comprender la realidad, sino también en motor de desarrollo y en factor dinamizador del cambio social (Chaparro, 1998).

Teoría de Enfermería en relación al conocimiento

Las teorías de Enfermería proporcionan los conocimientos necesarios, para perfeccionar la práctica diaria, mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Dentro de las teorías, la que más se relaciona con el conocimiento es la teoría de Dorothea Orem.

Dorothea Ore: Teoría del Autocuidado

Es la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. Todo ser humano, generalmente tienen habilidades intelectuales y prácticas que se adquieren durante la vida para velar por sus necesidades de salud, le permite encontrar e internalizar las informaciones necesarias y, cuando no es así, procura ayuda a la familia o en profesionales de la salud. (Vega-Angarita, 2016). Es decir, si el individuo recibe indicaciones sobre cuidados y estilos de vida favorables para su salud, se encuentra en condiciones de aplicarlos en beneficio de su propia salud y la de su familia.

Concepto de Metaparadigma de Orem

Para Orem , “la persona es un todo integral dinámico, que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, con la finalidad de utilizar las ideas, las palabras para

pensar y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y de cuidado dependiente. Para ella, el entorno representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos. Es también una parte integrante de la persona. En cuanto a la cultura, lo considera como el contexto dentro del cual se aprenden los comportamientos de autocuidado” (Vega-Angarita, 2016).

Madeleine Leininger: Teoría de la Diversidad y la Universalidad Enfermería Transcultural.

Madeleine Leininger, es otra de las teóricas, sostiene que la enfermería debe adaptarse a las diversas culturas para que el cuidado brindado vaya más acorde con las necesidades del paciente. Es la fundadora de la cultura transcultural, se basó en la disciplina de la antropología y la enfermería.

Define a la enfermería transcultural “como un área formal de estudio y práctica enfocada en el cuidado holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de los individuos y grupos, con respecto a las diferencias y similitudes, en los valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proporcionar un cuidado de enfermería que sea congruente, sensible culturalmente competente a las personas de culturas diversas. La teoría transcultural se puede visualizar a través del “modelo del sol naciente” en donde como máxima expresión de luz (acto de cuidado significativo, fundamental y trascendental) se encuentra el cuidado cultural. Esta teoría, describe al ser humano como un ente integral, que no puede separarse de su procedencia cultural ni de su estructura social, ni de su concepción del mundo; va más allá del conocimiento y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y

responsables”. Para Leininger, cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible tratar de homogenizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás. La cultura es algo innato al ser humano desde sus orígenes y están inmersos en su cultura, por lo tanto, se debe descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de cada persona en torno al cuidado (Cano, 2009) (Molina, 2012) (Roberto, 2013).

Asma

Definición

Según el consenso de especialistas a nivel mundial, la Global Initiative for Asthma (GINA, 2014); 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.

También se lo define como una enfermedad inflamatoria de las vías respiratorias bajas que ocasiona episodios de dificultad respiratoria pitidos en el pecho (llamados sibilancias) tos, sensación de opresión en el tórax y falta de aire. Estos episodios pueden durar horas o días según sea el nivel de gravedad. A veces se resuelven espontáneamente, pero, casi siempre, lo hacen gracias al tratamiento. En la mayoría de los casos los episodios van a ser poco frecuente, pero en las formas más graves pueden ser muy repetidos e, incluso, hacerse persistentes; citado por (Korta, 2012).

En nuestro país, el colegio médico del Perú realizó un consenso nacional sobre el manejo del asma en pediatría en el año 1997, en el cual definieron al asma como una

enfermedad crónica de las vías aéreas inferiores caracterizado por inflamación, episodios repetidos de obstrucción bronquial reversibles espontáneamente o con tratamiento e hiperreactividad bronquial.

Crisis Asmática

Es un episodio aislado, agudo o subagudo, de tos, sibilancias y dificultad respiratoria progresiva. De acuerdo a la intensidad y grado de dificultad respiratoria, puede ser leve, moderada o severa (Peña, 2015).

Epidemiología

En el planeta hay 300 millones de personas portadoras de asma (4% de la población mundial), el Perú ocupa el primer lugar mundial en Prevalencia de Síntomas en Asma Infantil (13 a 14 años) y ocupa el 6º lugar en el mapa de Prevalencia Mundial, como lo anuncian los médicos Oswaldo Jave C. y Félix Llanos T, Neumólogos del Hospital Nacional Dos de Mayo Minsa-Perú y colaboradores del Comité de Salud Pública (Artículo en el diario el Comercio publicado el 3 de mayo, 2012).

El Perú es uno de los países con mayor población infantil con asma bronquial en Latinoamérica. Un 40% de los menores que van a consulta lo hace por ese motivo, sostuvo la jefa de la Unidad de Alergia, Asma e inmunología (UAAI) del Instituto de Salud del Niño, María del Carmen López Talledo, quien aseguró que dicha enfermedad es controlable (Artículo del diario el Correo, publicado el 8 de mayo 2015).

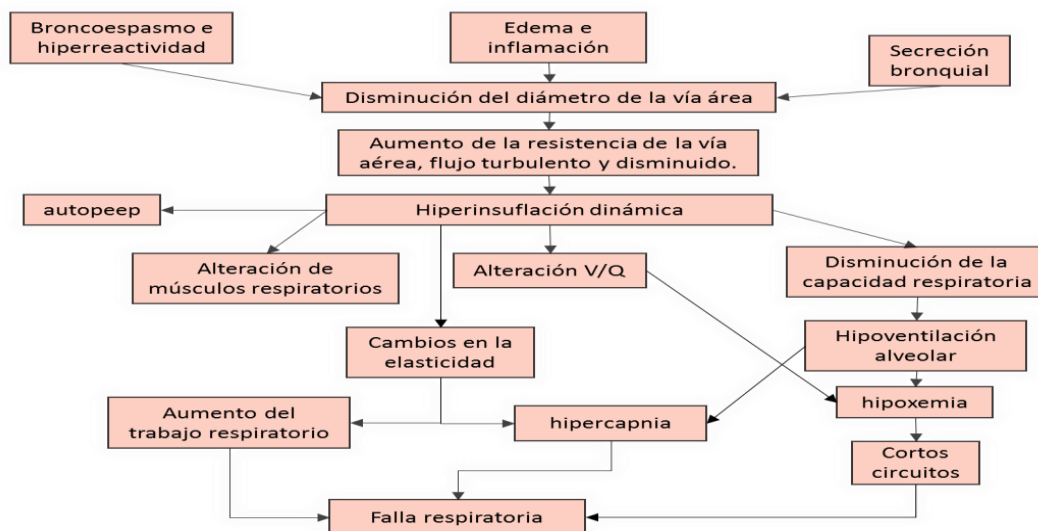
Según el boletín epidemiológico del MINSa – Lima-Perú, a la semana epidemiológica (SE) 11 – 2015, se han notificado 428 649 episodios de IRA incluido el asma en menores de cinco años, los que representa una incidencia acumulada de 1497,8 por cada 10,000 menores de 5 años. En comparación con el 2014, los episodios de IRA y la

incidencia acumulada disminuyeron en 3,6 %. Lo que significa que las infecciones respiratorias, sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad en nuestro país.

Fisiopatología

“Existen factores que contribuyen a la obstrucción de la vía aérea, los cuales incluyen broncoconstricción, lesión celular epitelial, inflamación neurogénica con pérdida de la reactividad de la musculatura lisa, infiltración de células inflamatorias y obstrucción luminal, debida principalmente a secreciones. Además, la hiperinsuflación dinámica progresiva generalmente favorece una función mecánica alterada durante el ciclo respiratorio, lo que conlleva a la fatiga de los músculos respiratorios. La obstrucción al flujo aéreo no es homogénea y produce un desequilibrio significativo entre la ventilación y la perfusión, que da como resultado un importante estado de hipoxemia, que puede agravarse con un cuadro neumónico o por atelectasias. La afección cardiovascular puede presentarse en asma grave y en casos extremos puede presentarse edema pulmonar, debido al aumento en la postcarga ventricular derecha y disminución en la precarga de corazón izquierdo con lo cual se produce disminución importante del gasto cardiaco”. El siguiente cuadro simplifica la fisiopatología (Vergara, 2009)

Figura 1. Simplifica la fisiopatología: Fuente: Guía práctica clínica para la atención de pacientes con diagnóstico de asma bronquial elaborado por el servicio de Pediatría HONADOMANI San Bartolomé, 2015



Factores de riesgo asociados al asma

La revista Cubana de Medicina General Integral en el 2010, en el trabajo de investigación, en relación a Factores de riesgo del asma en relación con la severidad de las manifestaciones clínicas, considera cuatro factores, siendo entre ellos:

Antecedentes patológicos familiares de asma: Rinitis, urticaria, dermatitis atópica u otras enfermedades alérgicas y tabaquismo. Antecedentes patológicos personales de reflujo gastroesofágico e infecciones respiratorias.

Condiciones materiales de vida: Resultado de la interacción dinámica entre condiciones estructurales de la vivienda (ventilación cruzada, filtraciones de paredes y techos, humedad), índice de hacinamiento, condiciones higiénicas de la vivienda, condición de la habitación del menor).

Factores del medio ambiente: Cambios climatológicos, experiencias emocionales intensas, actividad física, exposición al frío, malas condiciones higiénicas.

Exposición a alérgenos o irritantes inhalantes: Polen, polvo, pelo de animales, aromatizantes, gases tóxicos, humo de tabaco, gasolina, fertilizantes, productos químicos, alérgenos ingestantes (alimentos y fármacos): productos lácteos, mariscos, soya, chocolate, huevo, frutos secos, cítricos, plátano, tomate, leguminosas, colorantes, preservantes, embutidos, harina de trigo, medicamentos (De La Vega, 2010).

GINA 2016, también menciona algunos factores de riesgo, los mismos que guardan relación, con lo mencionado, entre ellos señala:

Infecciones víricas

Bajo peso al nacer

Lactancia artificial

Prematuridad

Inicio de alimentación

Exposición a alérgenos ambientales (polvo, humedad, ácaros)

Humedad

Dermatitis atópica, rinitis alérgica

Asma en la familia

Tabaquismo

Signos y Síntomas respiratorios

Los signos y síntomas de asma son similares en cualquier edad, sin embargo, existen en la infancia rasgos que la distinguen de la forma del adulto. Las diferencias son más relevantes en el lactante y el preescolar; las mismas que afectan al diagnóstico, valoración de la gravedad, grado de control, evolución y al tratamiento.

Según el III Consenso Internacional Pediátrico, los síntomas del asma más frecuentes son: Sibilancias recurrentes y/o tos persistente, en una situación en la que el asma es probable y se han descartado otras enfermedades menos frecuentes. Así su diagnóstico se basa en la identificación de síntomas compatibles recurrentes, respuesta clínica al tratamiento y ausencia de síntomas o signos sugerentes de otras patologías. A partir de los 6-7 años se pueden aplicar las definiciones de los consensos generales (Ministerio de sanidad, 2015).

Las siguientes características son típicas del asma y, de estar presentes, aumentan la probabilidad de que el paciente tenga asma (GINA, 2014).

Más de un síntoma (sibilancias, dificultad respiratoria, tos, opresión torácica).

Síntomas que a menudo empeoran por la noche o a primera hora de la mañana.

Síntomas que varían a lo largo del tiempo y en su intensidad.

Síntomas que son desencadenados por las infecciones virales (resfríos), el ejercicio, la exposición a alérgenos, los cambios meteorológicos, la risa, el humo, el tabaco o los olores intensos.

Para (Gaboli, 2012), Los síntomas en el asma infantil son:

Tos en exceso Con predominio nocturno o al levantarse, suele ser irritativa.

Sibilancias (“pitos” o silbidos en el pecho).

Disnea (sensación de falta de aire), dolor u opresión “de pecho”.

Cansancio (no específico).

Diagnóstico y Clasificación

El diagnóstico de Asma se hace sobre la base de la historia de la enfermedad, el examen clínico y los exámenes auxiliares.

En los lactantes y preescolares se realiza el diagnóstico ante el antecedente de episodios de sibilantes recurrentes y/o tos persistente en una situación donde el asma es muy probable y en la que se ha descartado otras causas menos frecuentes. Sin embargo, en estas edades se prefiere utilizar el término de sibilantes al de asma, ya que no existe suficiente evidencia de que su fisiopatología sea similar al asma de los niños mayores o adultos. Además, cuanto menor es la edad del niño, mayor es la probabilidad de encontrarnos con otras entidades diferentes al asma y, aun descartando estas patologías, la mayoría de los lactantes y preescolares se corresponderán con el fenotipo de sibilantes desencadenados exclusivamente por infecciones víricas, que desaparecerán en la edad escolar (Asensi, 2012).

El asma, al igual de otras enfermedades puede ser clasificada en diferentes grados, cada uno de los cuales tendrá un esquema terapéutico apropiado; esta clasificación se hace de acuerdo a dos formas de presentación:

Desde el punto de vista de enfermedad crónica, en control ambulatorio.

Desde el punto de vista de la crisis, en el momento agudo.

Es decir, uno es el grado de severidad al evaluar la historia del paciente en el consultorio y otro es el grado de severidad al evaluar la crisis en la emergencia, siendo independientes entre sí.

En la evaluación inicial del paciente con asma, en control ambulatorio, se debe establecer el grado de severidad de la enfermedad; este grado si bien es cierto, puede cambiar por reevaluación de la historia del paciente, no cambiará por el tratamiento necesariamente. Se entiende entonces que un asmático moderado, así clasificado, podrá comportarse como un asmático de grado leve, al estar en tratamiento apropiado, y esa es

la meta del tratamiento; pero debe seguir siendo considerado como asmático moderado para efectos terapéuticos, hasta que, luego de un periodo no menor de 6 meses, se pueda reevaluar el esquema de tratamiento apropiado.

Con el fin de clasificar al paciente dentro de uno de los grados de severidad de asma, se presenta en la tabla 1, el cual señala pautas generales para poder establecer el grado correspondiente, de acuerdo a diferentes parámetros de la historia clínica, el examen físico y pruebas funcionales, como la flujometría (Flujo Espiratorio Pico o FEP), o espirometría (Volumen Espiratorio Forzado al primer segundo). (Ildauro Aguirre sosa, 1997).

Tabla 1. Clasificación del Asma en Niños

Evaluación de la Severidad del Asma (Pautas Generales)

PARAMETROS	LEVE O INTERMITENTE	MODERADA O PERSISTENTE LEVE A MODERADA	SEVERA O PERSISTENTE SEVERA
Síntomas (tos / sibilancias)	1 - 2 / sem.	> 2 / sem.	Permanentes
Frecuencia de Exacerbaciones y Visitas a Emergencia	0 - 2 / año	3 - 4 / año	³ 5 / año
Hospitalizaciones x Crisis Asmática	0 / año	1 / año	³ 2 / año
Tolerancia al Ejercicio	Buena	Parcialmente disminuida	Severamente disminuida
Síntomas nocturnos	Ocasionales	Frecuentes	Permanentes
Antecedentes y Condiciones de Alto Riesgo *	No	No	Sí
Ausentismo Escolar	No	Ocasional	Frecuente
FEP	> 80 %	60 - 80 %	< 60 %
Variabilidad	< 15 %	15 - 25 %	> 25 %
VEF1	> 80 %	60 - 80 %	< 60 %
Respuesta β2 Inh.	> 15 %	> 15 %	< 15 %
Necesidad de uso de β2 Inhalados de acción corta	1 - 2 / sem	> 2 / sem	Diario

Fuente: Guía práctica clínica para la atención de pacientes con diagnóstico de asma bronquial

elaborado por el servicio de Pediatría HONADOMANI San Bartolomé, 2015.

Durante una crisis de asma, la clasificación se hace mediante el uso del puntaje clínico de Bierman y Pierson, corregido por Tal, que se presenta en la tabla 2. Además, se podrán usar otros parámetros como la flujometría o espirometría, la saturación de oxígeno,

etc. Debiendo resaltarse que existen condiciones, que deberán ser reconocidas precozmente para la clasificación de severidad, como cianosis, compromiso de sensorio, tórax silente y agotamiento ventilatorio (Ildauro Aguirre sosa, 1997).

Tabla 2. Clasificación de la crisis de asma (Puntaje de Bierman y Pierson, modificado por Tal) Crisis leve: 3 a 5 puntos, Crisis moderada: 6 a 9 puntos, Crisis severa 10 a 12 puntos

PUNTAJE	FRECUENCIA		SIBILANCIAS	CIANOSIS	RETRACCIONES
	RESPIRATORIA				
	Menor de 6 meses	Mayor de 6 meses			
0	Menor de 40	Menor de 30	No	No	No
1	41 a 55	31 a 45	Espiratoria con estetoscopio	Peri oral al llanto	Leve (un paquete muscular)
2	56 a 70	46 a 60	Espiratoria e inspiratoria con estetoscopio	Peri oral en reposo	Moderada (Dos paquetes musculares)
3	Mayor de 70	Mayor de 60	Espiratoria e inspiratoria sin estetoscopio o tórax silente	Generalizada en reposo	Severa (Mas de dos paquetes musculares)

Fuente: Colegio Médico del Perú, Consejo Nacional de “Normas y recomendaciones para el manejo de asma en pediatría”, 1997.

Tratamiento

Como señalan los diferentes consensos y guías, el objetivo del tratamiento debe ser conseguir el control total de la enfermedad, es decir, no tener síntomas, no presentar reagudizaciones, llevar una actividad física sin limitaciones, no necesitar medicación de rescate, mantener una función pulmonar normal y evitar los efectos adversos de las medicaciones (Neyra, 2007).

Según la Asociación de Medicina Interna de Guatemala en 2015, los objetivos del tratamiento en la exacerbación del asma son:

Mejorar la hipoxemia.

Mejorar la obstrucción del flujo aéreo lo más rápido posible.

Disminuir la inflamación y el riesgo de recurrencia con terapéutica intensiva.

El abordaje actual en el tratamiento del asma se apoya en dos pilares fundamentales: por un lado, las medidas no farmacológicas, que influyen en evitar o reducir al máximo la exposición a los agentes desencadenantes, así como el proporcionar la educación necesaria al paciente en cuanto al manejo de la enfermedad y por otro, las medidas farmacológicas dirigidas a controlar la inflamación crónica y a mejorar la función pulmonar (Curbelo, 2010).

El tratamiento del asma debe ser integral e incluir estos aspectos: Educación del paciente y su familia en autocuidados, es decir, en la capacidad para cuidar de sí mismo.

Medidas de control del medio ambiente o de evitación (eliminación o disminución de alérgenos e irritantes, entre ellos el tabaco), para disminuir o eliminar en lo posible aquellos elementos que puedan desencadenar un ataque de asma (Korta, 2012).

Ideas erróneas el tratamiento del asma:

Las personas aún conservan mitos y creencias sobre los aerosoles. (Beltran, 2013) demostraron en un estudio realizado en Chiclayo, que el 55% de participantes tenían niños asmáticos mal controlados; y se identificaron mitos como: Los aerosoles producen daño cardiaco, dependencia, incremento de peso, alteración en el sistema nervioso y en el coeficiente intelectual. Además, tenían las creencias de que los aerosoles producían alteraciones en la conducta y en el crecimiento de los niños. Se identificaron el uso de plantas medicinales, técnica deficiente en el uso del inhalador y la preferencia por las nebulizaciones.

Se ha demostrado que los fármacos que se utilizan para el asma, bien sean broncodilatadores o antiinflamatorios no causan adicción. Si un paciente necesita con mucha frecuencia los broncodilatadores para aliviar los síntomas, no significa que sea un problema de adicción, lo que ocurre es que la enfermedad no está bien controlada y necesita revisar las medidas preventivas o retomar el uso de los inhaladores en casa, específicamente los de larga duración (Corticosteroides). Una vez que el asma está bajo control no tendrá necesidad de usar el broncodilatador. Los expertos en asma coinciden en que los beneficios que ofrecen los corticoides inhalados para controlar la enfermedad, superan ampliamente los riesgos. Los corticoides inhalados son medicamentos de gran utilidad para el tratamiento del asma en los niños. Son derivados de los corticoides orales, manteniendo su eficacia antiinflamatoria, no tienen los efectos secundarios como los B-2. Estos deben ser usados por tiempo prolongado en dosis prescritas (Korta, 2012).

Terapia Inhalatoria (aerosolterapia):

Desde el punto de vista terapéutico, la medicación para el asma es efectiva sólo si alcanza y se deposita en el tracto respiratorio inferior, donde se encuentran los receptores beta-2. En condiciones óptimas, sólo entre el 10 y 15% de la dosis de un MDI con aerocámara y el 10% de lo generado por nebulizador alcanzan la vía aérea inferior. Las eficiencias de los inhaladores dependen de tamaño de las partículas del aerosol, la coordinación disparo-inspiración, de la distancia del disparador a la vía aérea, el cual ha sido solucionado en gran parte por el empleo de las aerocámaras. Actualmente existe la controversia sobre cuál es la mejor modalidad para la aplicación del broncodilatador Beta-2-agonista, el uso de los nebulizadores frente a los inhaladores MDI con aerocámara; en los niños con crisis asmática, a pesar de las investigaciones y ensayos clínicos que reportan

que la inhalación es tan efectiva como la nebulización, en los servicios de emergencias se sigue usando la nebulización en los cuadros de crisis de asma como primera elección (Ruiz, 2007)

La revista chilena de Pediatría, en uno de sus artículos menciona 10 pasos de la inhaloterapia, los mismos que coinciden con los usados en las emergencias de los diferentes hospitales, y son como siguen (Solis, 2009)

Agitar el inhalador

Insertar el inhalador en la aerocámara

Posicionar correctamente al niño (semisentado)

Colocar la aerocámara cubriendo boca y nariz

Administrar un puff

Esperar 10-20 segundos o verificar que el niño haga 10 respiraciones.

Retire la aerocámara

Esperar 30 – 60 segundos antes de repetir el ciclo

Agitar nuevamente el inhalador

Repetir el ciclo completo

En las siguientes tablas se describen los posibles efectos colaterales de los medicamentos más utilizados en el asma:

Tabla 3. Características de las medicinas de alivio rápido.

Clasificación	Medicamento	Efectos específicos	Efectos colaterales
Broncodilatadores de acción corta, conocidos como B.2, (inhalados)	Salbutamol Terbutalina	Relaja el músculo liso de los bronquios, favoreciendo la broncodilatación. Ayuda a detener los ataques de asma una vez que han comenzado.	Temblores, nerviosismo, mareos, palpitaciones y aumento de la frecuencia cardíaca.

Puede ser útil para prevenir ataques de asma producidos por el ejercicio.

Corticoide orales (en caso de crisis moderadas - graves)	Prednisona. Deflazacort. Prednisolona	Mejora la inflamación.	Dolor de estómago. Administrados de 3 – 7 días no hay otros efectos secundarios
--	---	------------------------	--

Fuente: “El Asma en la infancia y adolescencia”. Ángel López- Silvarrey Varela, Javier

Korta Murua, 2012.

Tabla 4. Características de las medicinas de control y preventivas

Clasificación	Medicamentos	Efectos específicos	Efectos colaterales
Corticoides (inhalados)	Fluticasona. Budesonida Ciclesonida. mometasona	Reduce la inflamación existente. Previene futuras inflamaciones.	Ronquera, sequedad bucal y dolor de cabeza. A altas dosis en niños: retraso mínimo y temporal del crecimiento, que se recupera.
Broncodilatadores de acción rápida (inhalados)	Salbutamol. Fenoterol.	Abre las vías respiratorias, pero no reduce la inflamación; se deben emplear asociados a corticoides inhalados.	Mareos, insomnio, nerviosismo, contracción muscular, palpitaciones y aumento de la frecuencia cardiaca.
Asociación de corticoides inhalados + broncodilatadores de acción prolongada (inhalados)	Fluticasona/salmeterol. Budesonida/formoterol.	Es una medicina, aporta los beneficios tanto de los corticoides como de los agonistas beta – 2 de acción prolongada evitando utilizar corticoides inhalados a dosis altas.	Ronquera, sequedad bucal y dolor de cabeza. Mareos, insomnio, contracción muscular, palpitaciones y aumento de la frecuencia cardiaca.

Fuente: “El Asma en la infancia y adolescencia”. Ángel López- Silvarrey Varela, Javier

Korta Murua, 2012.

Estos medicamentos controladores son la piedra angular del tratamiento, son seguros, con pocos efectos adversos locales y tiene una adecuada potencia antiinflamatoria, impiden la degranulación celular, interfieren con los mediadores de nueva formación (leucotrienos y prostaglandinas), modifican la respuesta quimiotáctica de neutrófilos y eosinófilos,

evitan la remodelación bronquial y a largo plazo ayudan a modificar la hiperreactividad bronquial, teniendo pocos efectos adversos. Los Glucocorticoides inhalados (GCI), son el tratamiento preventivo más efectivo del asma de distintos grados de severidad.

Tabla 5. Dosis de Glucocorticoides Inhalados (GCI) recomendadas

	Budesonida	Fluticasona	Beclometasona
Niños			
Asma leve a moderada: rango de dosis inicio y mantenimiento orientativo.	100-400 200	100-200 100	100-500 200
Terapia añadida si control inadecuado con GCI a dosis de:	200 hasta	100 hasta	200 hasta
Dosis máxima para introducir BALD	400	200	500
Dosis alta en asma grave (dosis máxima)	>400 (800)	>200 (500)	>500 (1000)

Fuente: Guía rápida para el manejo y control del asma, GINA 2014

En la tabla 5 se muestran las dosis recomendadas de GCI en niños cuando se aplican por vía inhalada. El tratamiento debe iniciarse de acuerdo con las condiciones clínicas de la primera evaluación y las modificaciones se harán según la respuesta obtenida, hasta conseguir el control con la cantidad mínima requerida (Navarrete, 2016).

Tabla 6. Ciclo de manejo de asma basada en el control

Evaluación	Ajuste del tratamiento	Revisión de la respuesta
Diagnóstico.	Medicación antiastmática.	Síntomas.
Control de los síntomas y factores de riesgo (incluida función pulmonar).	Estrategias no farmacológicas.	Exacerbaciones. Efectos secundarios.
Técnica de inhalación y cumplimiento terapéutico.	Tratamiento de factores de riesgo modificables.	Satisfacción del paciente. Función pulmonar.
Preferencias del paciente.		

Fuente: Guía rápida para el manejo y control del asma, GINA 2016.

De acuerdo con las guías de tratamiento para el asma, se deben iniciar en uno de los 5 escalones propuestos, conforme a la intensidad de los síntomas y acordes al grado de

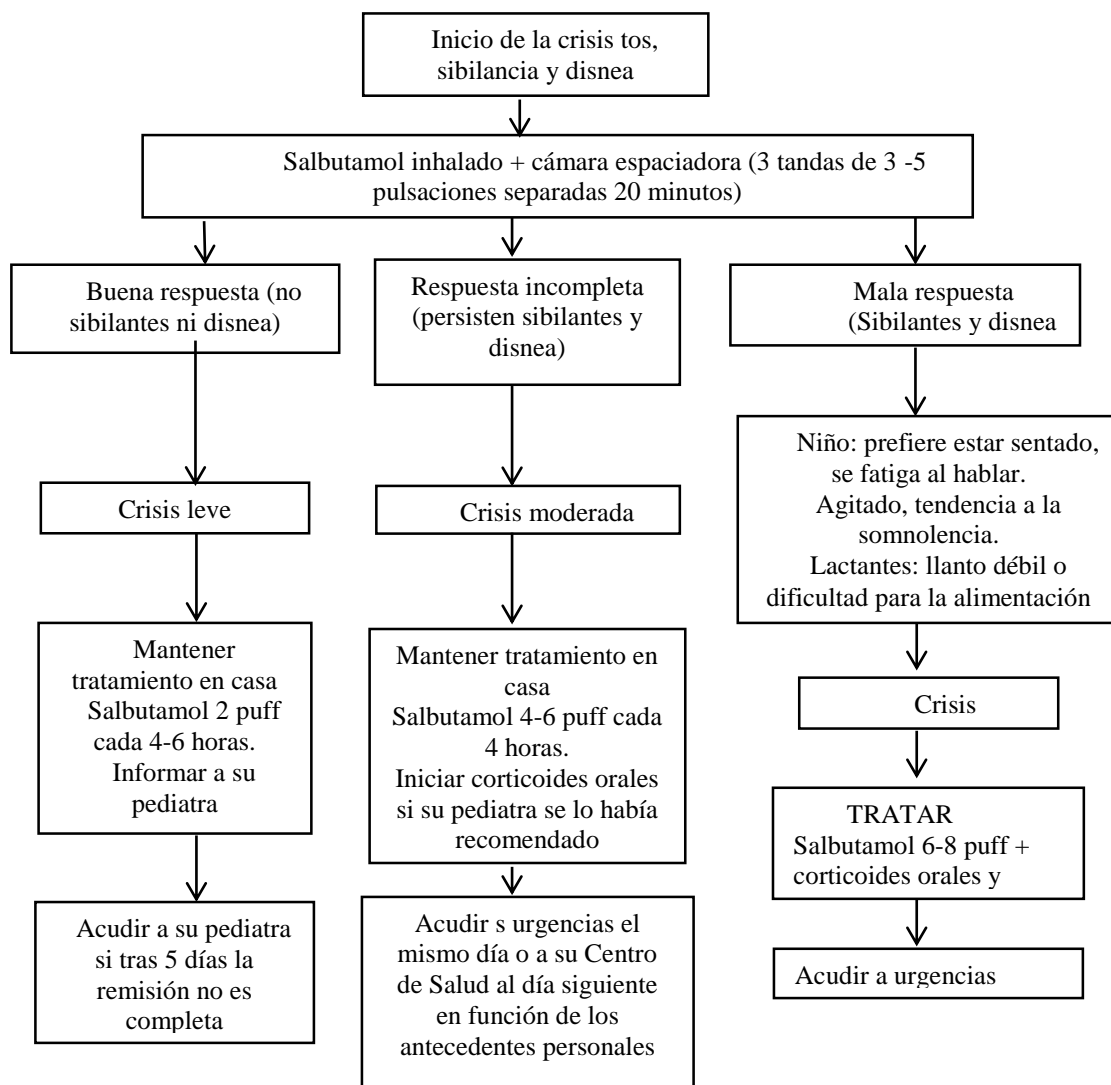
control (tabla 6). El tratamiento debe ser dinámico y pasar de una etapa a otra de acuerdo con los síntomas. El objetivo es alcanzar un control rápido y mantener un buen control subiendo de escalón si es necesario y bajando cuando el control es adecuado. Los medicamentos antiinflamatorios son los más utilizados, ya que pueden llegar a modificar la hiperreactividad bronquial (HRB), mientras que los broncodilatadores sólo actúan en las exacerbaciones o como terapia de apoyo para lograr el control, y no deben utilizarse como terapia continua (Navarrete, 2016).

El tratamiento del asma se configura en un ciclo contiguo que consta de evaluación, ajuste del tratamiento y revisión de la respuesta. Los componentes principales de este ciclo, se muestran en la tabla 6.

Manejo ambulatorio del asma

La familia y el paciente deben disponer de un plan de acción escrito sobre la forma de actuar ante una crisis. Orientado por el médico, dicho plan ha de ser entendido y aceptado por el paciente. En él, deben quedar claros los medicamentos que se han de utilizar, su dosis y frecuencia de administración, así como los criterios que se han de cumplir para solicitar ayuda médica o acudir a un servicio de urgencias (Korta, 2012).

Es ideal que, a lo largo del manejo del asma de un paciente, este o los padres o los familiares aprendan como manejar las crisis, por lo menos en etapas iniciales, para lo cual se les debe adiestrar en los siguientes pasos:

Figura 2. Manejo inicial de la crisis de asma en el domicilio

Fuente: Guía de Práctica Clínica del Asma Infantil (2013)

Complicaciones

Neumotórax

Enfisema subcutáneo.

Atelectasia.

Neumomediastino.

Neumopericardio.

Todo paciente con complicaciones debe ser hospitalizado hasta que se resuelva su complicación o que no conlleve un riesgo de vida al paciente. (San Bartolome, 2015).

Prevención del asma

Los factores más frecuentes que desencadenan los ataques o crisis de asma son las infecciones respiratorias, los alérgenos, el ejercicio físico, los cambios climatológicos, la contaminación ambiental, la exposición al humo de tabaco y las reacciones emocionales. (Korta, 2012).

Asma inducida por ejercicio

El asma inducida por ejercicio (AIE) es un problema frecuente en la clínica, especialmente en niños y adultos jóvenes. Se define como una respuesta anormal a un estímulo no inmunológico, que provoca un ataque de asma.

El mecanismo del AIE aún no está bien dilucidado, al parecer la hiperventilación con el ingreso de aire frío y seco, motiva una pérdida de calor y humedad en la vía aérea, lo que finalmente lleva a cambios en la osmolaridad de la mucosa, con la liberación subsecuente de mediadores como histamina y factor quimiotáctico del neutrófilo.

Para el paciente asmático el presentar AIE motiva muchas veces una limitación innecesaria de sus actividades, a tal punto de convertirlo en un "inválido" inducido. No es raro que los padres busquen exoneraciones para clases de educación física o que, le prohíban al niño la práctica de deportes. Cuando el asma está mal controlada, con presencia de síntomas y mala función respiratoria, es necesario evitar temporalmente el ejercicio solo hasta que la situación se normalice y se alcance el buen control de la enfermedad. Por el contrario, cuando se está libre de síntomas, el asma está bien controlada

y se utilizan las medidas preventivas adecuadas, la realización de ejercicio físico no genera ni empeora los síntomas de la enfermedad, y es absolutamente recomendada. De esta forma, el ejercicio se convierte en un factor de beneficio para el paciente, ya que aumenta su capacidad física, su control sobre la respiración, su autoestima y su integración social. Por ello, adquirir y mantener un buen estado de forma física debe ser un objetivo ineludible para todos los niños, jóvenes y adultos. (Korta, 2012).

(Nuñez, 2015) Publicaron un artículo realizado en Chile, titulado: “Asma y ejercicio”. El objetivo de esta revisión bibliográfica fue evaluar los efectos del ejercicio físico en pacientes asmáticos y las recomendaciones están basadas en la evidencia. Concluyendo que, el ejercicio aeróbico mejora la condición aeróbica en niños y adolescentes asmáticos y puede proporcionar niveles normales, similares a pacientes sanos, de capacidad aeróbica en esta población. Los avances en el estado cardiorrespiratorio son beneficiosos para la prevención de varias enfermedades concomitantes de asma infantil, como la obesidad y desórdenes mentales. En cuanto a los efectos del entrenamiento físico en la función pulmonar de niños y adolescentes asmáticos, pese a la existencia de evidencia de mejoría en algunas revisiones, la mayoría de los estudios no han demostrado un cambio significativo en los marcadores espirométricos de enfermedades pulmonares obstructivas. Los mayores beneficios que se obtienen del ejercicio en pacientes asmáticos son en la calidad de vida, ya que se asocia a una mejoría significativa en la calidad de vida (en todas las esferas evaluadas (actividad, síntomas y función emocional), según diversas revisiones.

Asma y alimentos

El papel de la dieta, particularmente la leche materna, en lo referente al desarrollo del asma se ha estudiado extensamente y, en general, los resultados revelan que los lactantes

alimentados con fórmulas de leche de vaca intacta o proteína de soya comparada con la leche materna tienen una incidencia más alta de padecer enfermedades alérgicas en la niñez. Así mismo la alimentación complementaria temprana es un factor de riesgo por varias razones, entre las cuales encontramos la introducción de la leche de vaca o fórmulas lácteas, avena, el trigo, la soya, el maíz, el huevo y el pescado, entre otros; lo que se considera como factor predisponente, por su alto contenido en proteínas; y debido que aún la barrera intestinal está inmadura y existe además deficiencia relativa de IgA la cual sirve de barniz e impide la entrada de proteínas de alto peso molecular; puede permitir la absorción de antígenos lácteos y de otros alimentos, y provocar entonces la sensibilización alérgica en los niños susceptibles, lo que conlleva que los alérgenos alimentarios puedan sensibilizar a las células T y B. Se produce la sensibilización de las células T y B por medio de los linfocitos Th2 y la IL-4, para producir IgE específica. La Alimentación complementaria temprana es el proceso de introducción de alimentos adicionales lácteos y no lácteos diferentes a la leche materna que se inicia antes los seis meses de edad. Es así que investigaciones recientes han demostrado que existe una relación directa entre el desarrollo de asma y la alimentación complementaria temprana, tal como lo demuestra el estudio realizado por (Carlin, 2010), “Alimentación complementaria temprana como factor asociado a asma bronquial en niños de 5 a 14 años”. El objetivo de esta investigación fue evaluar si la alimentación complementaria temprana es un factor asociado a asma bronquial en niños de 5 a 14 años. Concluyendo que la alimentación complementaria temprana es un factor asociado a asma bronquial en los niños y condiciona un riesgo de 4,11 veces en el incremento de dicha patología.

En algunos ámbitos existe la creencia de que el consumo de leche de vaca y sus derivados aumenta la producción de moco en el sistema respiratorio. Según varios estudios realizados en Australia, las personas que creían en esta teoría percibían que tras el consumo de leche se daba un cambio en la producción de moco. Sin embargo, también se ha descrito que estos efectos no son específicos de la leche de vaca, sino que los derivados de la soja también pueden producir cambios similares. Estudios realizados en pacientes con asma no han encontrado relación entre el consumo de leche y los síntomas de asma, aunque sí existe una serie de casos documentados en los que personas con alergia a la leche de vaca pueden presentar síntomas asmáticos cuando son expuestos a ella. (Nagusia, 2015).

Asma inducida por medicamentos

Existen medicamentos que pueden provocar exacerbaciones de asma. El ácido acetilsalicílico y otros agentes antiinflamatorios no esteroideos, pueden causar exacerbaciones severas de asma y deben ser evitados en pacientes con historia de reacciones a estos medicamentos. Los agentes beta bloqueadores administrados por vía oral o incluso por vía ocular, pueden provocar broncoespasmo y en general, no se deben usar en pacientes asmáticos. Si requieren ser usados, es fundamental una estrecha observación médica. (Aguirre, 1997).

Se ha descrito que el consumo de paracetamol disminuye los niveles de glutatión, un antioxidante endógeno que se encuentra en el tejido pulmonar, y que como consecuencia se puede producir un daño tisular por oxidación. Los niveles bajos de glutatión también provocan un estímulo de la vía Th2 y una disminución en la respuesta inmune a la infección por rinovirus. Estos hechos explicarían la hipótesis de que el consumo de

paracetamol durante el embarazo y el primer año de vida del niño puede jugar un papel importante en la patogenia del asma. (Nagusia, 2015).

(Moral, 2013). Realizaron un estudio: “Asociación entre la exposición a paracetamol y el asma: estado de la cuestión y recomendaciones prácticas”. Los investigadores concluyeron que es necesario realizar ensayos clínicos para comprobar la naturaleza de la asociación, que podría deberse a la presencia de diversos factores de confusión. Las sociedades pediátricas españolas firmantes de este artículo consideran que los datos disponibles hasta la fecha no son suficientes para desaconsejar el uso de paracetamol durante la gestación ni en niños asmáticos o con riesgo de asma.

Asma por factores psicológicos

Se sabe que hay relación significativa entre el estrés, los factores psicológicos y el asma. El miedo y la ansiedad son sentimientos negativos, pues influyen en la pérdida del control emocional y atentan contra el buen estado de la salud. Los problemas emocionales asociados con el asma pueden mejorar con ayuda psicológica, psicoterapia y técnicas específicas. Los padres desempeñan un papel fundamental en la ayuda y control psicológico de los niños y adolescentes, así como en el apoyo, autocontrol y conocimiento de la enfermedad. (Fabré, 2005).

(Garcia, 2015). Realizaron el estudio: “Presencia de factores psicológicos en pacientes con asma bronquial” concluyendo que los factores de índole psicológica, juegan pueden jugar un importante papel en la patogenia y en la fisiopatología del asma, ya sea a través de mecanismos fisiológicos o de forma indirecta a través de diversos factores de estilo de vida, cogniciones, hábitos de salud, manejo de la enfermedad, etc. Además, sostienen que, hasta el día de hoy, los estudios no pueden demostrar la dirección de la

relación, es decir, si la enfermedad produce unas determinadas características psicológicas o son precisamente los factores psicológicos los que determinan un posible curso en la enfermedad.

En un trabajo de investigación realizado por (Elizabeth, 2016), “Los factores psicológicos en los niños asmáticos del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba período Agosto – Noviembre del 2012”, cuyo objetivo fue: Determinar los factores psicológicos que influyen en los niños asmáticos, que son atendidos en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez. La población total con la que se trabajó es de 35 niños y sus padres y 9 especialistas médicos y enfermeras, dando un total de 44 personas. La técnica de recolección de datos utilizada es la encuesta aplicada a los padres de los niños/as y al personal del Hospital. Entre los resultados más relevantes, es que el 99% de los encuestados, tanto en padres de familia como en el personal del Hospital consideran que los factores psicológicos (Ansiedad y Depresión) influyen significativamente en las crisis asmáticas de los niños/as. Dentro de los factores psicológicos que desencadenan las crisis asmáticas, encontramos la Ansiedad y la Depresión.

Asma y ambiente

Si bien el manejo farmacológico del asma es muy efectivo, no deben descuidarse las medidas no farmacológicas (control del medio ambiente) que ayuden en el adecuado manejo de la enfermedad. (Ildauro Aguirre sosa, 1997)

La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona, el factor ambiental se refiere a todos los factores bióticos (no vivos) y abióticos (vivos) que están presentes en el medio ambiente y que

pueden afectar la salud. La exposición prolongada a un contaminante, puede reducir la esperanza de vida de un ser humano. Con fines prácticos, el medio ambiente puede clasificarse en: *Abióticos*: Aspectos químicos y físicos que afectan a los seres vivos, los físicos se refieren a la luz solar, temperatura y clima; y los químicos, el suelo y el anhídrido carbónico. Y los *Bióticos*: Se refiere a los organismos vivos que interactúan con otros seres vivos, se refieren a la flora y fauna de un lugar y sus interacciones. Se los clasifica como: Productores o autótrofos, Consumidores o heterótrofos y Descomponedores, entre ellos los más comunes son: Ácaros del polvo doméstico, cucarachas, perro y gato. Se ha demostrado que las alteraciones del medio ambiente, influyen en forma directa, sobre las enfermedades respiratorias, particularmente en los pacientes alérgicos. A los niños y sus familias deben enseñar a reconocer los desencadenantes específicos, sean estos alérgenos o irritantes. La exposición a alérgenos del ambiente es el factor más significativo en el desarrollo y en la exacerbación de la rinitis alérgica. (Gualán, 2016)

Medidas Preventivas

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios es importante que los padres conozcan cómo reducir el riesgo de que sus hijos desarrollen asma, se les pueden dar las siguientes recomendaciones. Para controlar la exposición al polvo, se recomienda:

(Pediátrica, 2013)

Utilizar protectores de colchones

Eliminar las alfombras.

Eliminar los juguetes de peluche de la cama de los niños.

Lavar regularmente la ropa de cama con agua caliente.

Lograr una buena ventilación con o sin des humidificación.

Barrer o aspirar cuando el niño no esté presente.

Cambiar sábanas y cobijas frecuentemente.

Usar trapo húmedo para limpiar.

No acumular en la habitación objetos, juguetes o cajas que guarden polvo.

Para controlar la exposición a olores fuertes:

Usar poca cantidad de sustancias con olores fuertes para el aseo de la casa.

No dormir en la casa, cuando se hagan reparaciones o construcciones.

Cerrar o tapar la basura. Sacarla continuamente.

Ventilar la casa.

Cerrar ventanas si hay fuentes de olores fuertes externos (carros, fábricas, industrias).

No aplicarse directo el perfume.

Para controlar la exposición al humo

No fumar o no exponerse a ambientes con humo de cigarrillo.

Alejarse de lugares que tengan humo.

Ventilar la vivienda.

Usar pañuelo en lugares en los que haya humo.

No prender inciensos dentro de la casa.

Protegerse ante la presencia de humo de vehículos o de construcciones y fábricas en la calle.

Para controlar otros factores ambientales

Dejar las mascotas fuera de la habitación.

Lavar las manos con frecuencia.

Usar bufanda o pañuelo en los cambios de clima o en el frío de la mañana y de la noche.

No oler flores o plantas con polen.

No usar ropa húmeda.

No dormir en habitaciones húmedas.

Reducir la exposición a alérgenos intra y extra-domiciliarios a los cuales el niño es sensible.

Situaciones Especiales

Asma y adolescencia

El niño que llega a la pubertad tiene un tiempo limitado para madurar y adaptarse a las transformaciones físicas, a los cambios hormonales, a la sexualidad y al mismo tiempo iniciar el proceso de autonomización de sus padres, adquirir el sentido de su propia identidad personal, e incluso, al final de la etapa tendrá que afrontar decisiones de gran trascendencia en relación con su futura vida académica y/o profesional. Si para un adolescente sano el mundo emocional es complejo, extremo, contradictorio, y fluctuante y fácil caldo de cultivo para la emergencia de conflictos, más aún lo será si padece un problema de salud como el asma que le va a exigir una disciplina y unos hábitos de vida que chocan con los deseos de libertad y rebeldía propios de su grupo de iguales. En el adolescente, la perspectiva de una enfermedad crónica o ante un tratamiento de larga evolución, es necesario conocer la vulnerabilidad personal o predisposición personal, por ello el intentar concretar criterios se convierte en algo obligatoriamente inespecífico.

Generalmente en el asma adolescente baja la autoestima, se avergüenza, se inhibe, niega la enfermedad o la reta lanzándose a un peligroso descontrol poniendo en grave

riesgo su vida. El adolescente asmático tiene miedo a que su cuerpo le falle en diferentes aspectos que son muy importantes para él e incluso miedo a la propia muerte. En la edad escolar y en la adolescencia, cuando se presenta un primer episodio de asma, la probabilidad de la cronicidad de la enfermedad es mucho mayor que en los lactantes y preescolares en donde los procesos catarrales suelen ser los factores desencadenantes y cuando estos cesan es más probable la desaparición de su asma. El asma del adolescente es predominantemente de origen alérgico (alérgenos respiratorios o neumoaérgenos). En la actualidad, existen más de 300 alérgenos, por lo que es obvia la necesidad de seleccionar los más sospechosos en el entorno de cada adolescente y en relación siempre con la estacionalidad de los síntomas y del entorno geográfico, así como de sus hábitos (tabaquismo). Pero también en la adolescencia se presenta el asma inducida por el ejercicio (asma de esfuerzo), la intolerancia a los AINE y en las mujeres el asma en relación con el ciclo menstrual. La educación del adolescente asmático no solo se ha de basar en «enseñar conceptos y habilidades», sino también en la «motivación y la adaptación» con el fin de que participe activamente en el tratamiento. (Neyra, 2007).

Educación

Todas las recomendaciones, guías y protocolos establecen el papel de la educación terapéutica como elemento clave en el manejo y control del asma, disponiéndose de evidencias que demuestran su eficacia y efectividad. Tanto los profesionales sanitarios como los pacientes y sus familias pueden y han de ser formados y educados, con dos objetivos fundamentales: conseguir una óptima calidad de vida y una capacidad suficiente para manejar el asma de una forma autogestionada. Ello se puede conseguir a través de un

proceso educativo que ha de ser individualizado, continuo, progresivo, dinámico y secuencial. (Murua, 2007).

El objetivo principal de la educación del paciente asmático, va encaminado a implicar tanto a la familia como al niño, logrando que alcancen su calidad de vida ideal, es decir, aquella que tendrían si el niño no fuera asmático. Otro objetivo a alcanzar con la educación, es que tanto el adolescente como la familia tomen decisiones autónomas positivas sobre su asma, dentro del contexto de un programa educativo, es decir, que basándose en una «información» y «formación» más completa, sepan decidir según la evolución de su asma, las acciones y tomar decisiones según sus necesidades. (Neira, 2007).

Asimismo, el control del asma se va a lograr a través de un adecuado plan de educación, control ambiental y tratamiento preventivo de la inflamación, que es el elemento fundamental en la fisiopatología de la enfermedad. De este modo el conocimiento de los padres es indispensable para el control de los síntomas de los niños.

Un conocimiento básico de la fisiopatología y el tratamiento del asma se considera esencial para que los niños y/o sus padres adquieran habilidades en el auto-manejo del asma, lo cual se ha asociado a un mejor control de la enfermedad. Esto se debe a que, de los principales factores implicados en la morbilidad por asma, el sub tratamiento con medicamentos antiinflamatorios, la excesiva confianza en la utilidad de los broncodilatadores, y la demora en buscar ayuda médica durante una crisis asmática son susceptibles de ser modificados mediante el aumento en el conocimiento acerca de la enfermedad. Por este motivo, el aumento en el conocimiento acerca del asma es un

objetivo educacional común de los programas de automanejo del asma, y su medición es importante para determinar la efectividad de estos programas. (Rodríguez, 2015).

Impacto de los programas educativos para el manejo del asma infantil

Se ha demostrado que las intervenciones educativas centradas en el autocontrol de la enfermedad son eficaces ya que logran reducir la presencia de síntomas y el ausentismo escolar y pueden mejorar la capacidad del niño y sus progenitores para controlar la enfermedad así tenemos:

(Fasciglione, 2010); realizaron un trabajo titulado “El componente educativo en el abordaje integral del asma bronquial” cuyo objetivo del estudio fue analizar las características y el impacto de las intervenciones educativas en el asma, a través de: a) revisión actualizada sobre los diferentes tipos de intervenciones educativas desarrolladas e implementadas para el asma; b) identificación de aspectos comunes a todas estas intervenciones; c) análisis de los hallazgos de la investigación referidos a su impacto sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes. Los investigadores llegaron a la conclusión que las intervenciones educativas son efectivas para mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes con asma, y para reducir el uso y el costo de recursos sanitarios. Estos hallazgos señalan la importancia de incluir el componente educativo como parte esencial del abordaje integral de esta población clínica. Asimismo, la complejidad inherente al proceso educativo pone de manifiesto la necesidad del trabajo conjunto y complementario entre diferentes profesionales de la salud.

Por otro lado, (Herrera & Lozano, 2014), realizaron un estudio piloto, prospectivo para evaluar la utilidad de la educación en asma bronquial en un grupo de 12 pacientes hospitalizados por crisis de asma en Clínica Santa María, Chile. Los pacientes fueron

distribuidos en forma aleatoria en 2 grupos, 7 pacientes recibieron una actividad educativa formal y 5 la información habitual que entrega el médico tratante al momento del alta. Los pacientes fueron seguidos a los 2, 6 y 12 meses post alta. Concluyendo que la educación parece ser una herramienta útil para lograr una mejor evolución en los pacientes asmáticos.

Conocimientos y habilidades

Desde un punto de vista práctico, la educación debe contemplar dos grandes aspectos: transmisión de conocimientos y adquisición de habilidades.

Respecto a la información que el paciente debe recibir sobre el asma, se deben considerar sus necesidades, sus conocimientos previos, sus creencias, su edad, la gravedad del asma que padece y el grado de implicación necesario en su autocontrol y tratamiento. En relación a las habilidades a desarrollar, se le adiestrará en la toma de la medicación prescrita, en particular en la técnica de los dispositivos de inhalación que utilice; en el reconocimiento de las agudizaciones y cómo actuar precoz-mente; y en la evitación de los desencadenantes alérgicos. (Moral, 2015).

Metodología de la educación:

La educación en asma se puede realizar a través de diferentes métodos. Los programas educativos basados exclusivamente en la información consiguen aumentar los conocimientos, pero no mejoran los resultados en términos de salud. Los que son verdaderamente eficaces son los que incorporan información, autocontrol (a través de los síntomas y/o FEM), revisiones periódicas y un plan de acción escrito con el fin de que el paciente sea capaz de manejar su asma. La educación debe ser progresiva, secuenciada y recordatoria, aprovechando todos los momentos que el niño tiene contacto con su pediatra

y enfermera. Además, es muy importante que se empleen materiales gráficos para entender lo que se les explica y además en un lenguaje comprensible por la familia. (Roman, 2011).

Protagonistas de la educación

Los niños y sus padres son los destinatarios de la educación y a ellos se deben adaptar los contenidos educativos, que serán distintos según las edades de los niños y el nivel socio-cultural de la familia.

Los pediatras, médicos de familia y enfermeros serán los responsables de proporcionar la educación y para ello se debe iniciar previamente un reciclaje en técnicas y contenidos educativos, al que modestamente queremos contribuir con nuestro taller. Sería interesante que en el ámbito de la escuela se pudieran incorporar también nociones sobre educación para la salud y evitación de desencadenantes. (Crespo, 2010).

Papel de enfermería en la educación

La enfermería desempeña un papel fundamental en la educación del niño asmático y de otros profesionales de la salud. Diversos estudios demuestran la reducción de recaídas en niños hospitalizados que recibieron educación impartida por personal de enfermería así podemos mencionar a:

(Rodríguez Alvarez, 2014) Publicaron un artículo en la revista de Patología Respiratoria titulado: “Enfermería y la adherencia al tratamiento en el asma”, Las investigadoras realizaron una revisión bibliográfica acerca de la adhesión del paciente al tratamiento en el asma por parte de Enfermería, y se encontraron con pocos estudios que ponen de manifiesto cuál es nuestra actuación y contribución en esta materia. La mayor parte de ellos hacen referencia a la educación como la base fundamental con la que conseguir la mayor adherencia posible al tratamiento por parte del paciente. Educación de

la que la enfermera es parte fundamental, siendo pieza clave en la relación con el paciente y con el médico que pauta el tratamiento. Por lo tanto, es necesario a nivel de Enfermería realizar más trabajos de investigación que refuercen la educación terapéutica como camino principal hacia la adherencia al tratamiento en el asma.

Asimismo, (Perez, 2014), realizaron una revisión bibliográfica sobre “Educación para la salud: esencial para el control del niño asmático”. En esta monografía se hace una revisión del alcance que tiene el asma infantil tanto a nivel familiar como social, de los factores condicionantes y de la importancia de llevar un buen control de la enfermedad. Se hace especial hincapié en que un diagnóstico precoz, un seguimiento correcto de las medidas preventivas y el cumplimiento eficaz del tratamiento farmacológico pueden controlar e incluso evitar la aparición de las crisis agudas. Uno de los puntos esenciales de esta monografía es resaltar la importancia del papel que desempeña la enfermera en la consulta de atención primaria desarrollando una labor educativa tanto a los niños (dependiendo de la edad de estos) como a los familiares e incluso pudiendo llevar la educación sanitaria a los profesores en las escuelas.

Por otro lado; (Saez, 2014), realizó una revisión monográfica sobre “La educación sanitaria en el asma infantil” con el objetivo de lograr el control de la enfermedad, para que la mayoría de los niños y adolescentes con asma puedan llevar una vida normal para su edad. Con esta Revisión Bibliográfica pretendió acentuar la importancia de la educación sanitaria en el asma infantil desde el ámbito enfermero y resaltar que una participación activa de la familia (padres y niños) es fundamental para la mejora de la enfermedad. La intervención educativa se debe desarrollar en todos los ámbitos donde el niño vive y es atendido, pero el enfermero/a de Atención Primaria es el que, por cercanía y accesibilidad,

desempeña un papel fundamental en la educación del niño asmático. La enfermera debe implicarse en aspectos como explicación de la enfermedad, intervención sobre actitudes y hábitos no saludables, revisión y aprendizaje de técnicas de inhalación, uso correcto del flujo espiratorio máximo (FEM) y estimular sobre el autocontrol y autorresponsabilidad.

Diagnósticos de enfermería según NANDA 2015-2017, NIC, NOC

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)
<p>Limpieza ineficaz de la vía aérea (00031) R/C estrechamiento de la pared bronquial y exceso de secreciones M/P disnea, ruidos respiratorios adventicios (sibilancias)</p>	<p>Mantener el estado respiratorio con la permeabilidad de las vías respiratorias.</p> <p>Mantener Signos Vitales</p>	<p>Monitorización Respiratoria (3350):</p> <p>Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <p>Monitorizar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones Kussmaul, respiraciones Cheyne – Stokes, respiración amneustica, esquemas atáxicos, etc.</p> <p>Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios (sibilancias, estertores).</p> <p>Valorar la capacidad del paciente para toser eficazmente.</p> <p>Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.</p> <p>Anotar aparición, características y duración de la tos.</p> <p>Monitorizar las características de las secreciones bronquiales del paciente.</p> <p>Instalar tratamientos de terapia respiratoria como nebulizador.</p> <p>Enseñarle a oxigenar haciendo ejercicios respiratorios, inflando globos, etc.</p> <p>Manejo de las vías aéreas (3140)</p> <p>Colocar al paciente en la posición semifowler para permitir que el potencial de ventilación sea al máximo posible.</p> <p>Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula.</p> <p>Administrar oxígeno y/o nebulizaciones prescritas.</p>

		<p>Administrar medicamentos broncodilatadores, antiinflamatorios, esteroideos, mucolíticos o medicación prescrita por el médico.</p> <p>Fomentar una respiración lenta y profunda.</p> <p>Identificar al paciente que requiera de manera real o potencial la intubación de vías aéreas: oral o nasofaríngea.</p> <p>Eliminar o estimular la expulsión de secreciones fomentando la tos productiva.</p> <p>Enseñar a toser de manera efectiva.</p> <p>Aumentar la ingesta de líquidos si está permitido para ayudar a la humidificación y expulsión de secreciones bronquiales.</p> <p>Aspiración de las vías aéreas. (3160)</p> <p>Determinar la necesidad de la aspiración oral.</p> <p>Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</p> <p>Disponer de precauciones universales guantes, cubre bocas, etc.</p> <p>Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión de la vía aérea y utilizar oxígeno suplementario, si es necesario.</p> <p>Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.</p> <p>Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.</p>
--	--	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)
<p>Ansiedad (00146) R/C con dificultad para respirar M/P verbalización del paciente, diaforesis.</p>	<p>Mantener autocontrol de la ansiedad.</p> <p>Aceptación de la crisis, y estado de la salud.</p>	<p>Disminución de la ansiedad (5820)</p> <p>Utilizar un enfoque sereno de seguridad.</p> <p>Se motiva a tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre su crisis de salud actual.</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p> <p>Animar a los familiares a permanecer con el niño, si fuera el caso.</p> <p>Identificar los cambios en el nivel de ansiedad como: niveles de tensión arterial, frecuencia y ritmo de la respiración.</p> <p>Reforzar los conocimientos sobre la enfermedad (implementar las actividades mencionadas en el diagnóstico de conocimientos deficientes).</p> <p>Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista de los niños.</p> <p>Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad en caso de ser necesario, por prescripción médica.</p> <p>Mejorar el afrontamiento (5230)</p> <p>Valorar la comprensión y el conocimiento del paciente acerca del proceso de enfermedad.</p> <p>Valorar la capacidad del paciente para tomar decisiones.</p>

		<p>Apoyar el uso de mecanismos de defensa específicos como la confrontación con la realidad.</p> <p>Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>Animar al paciente a desarrollar relaciones con sus compañeros de cubículo y personal de salud.</p> <p>Disponer un ambiente de aceptación.</p> <p>Utilizar el enfoque sereno de reafirmación.</p> <p>Alentar la aceptación de sus limitaciones.</p> <p>Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.</p> <p>Sugerir la solicitud de interconsulta a psicología, en caso de que se valore necesario.</p>
--	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO (NOC)	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)
<p>Diagnóstico: Conocimientos deficientes (00126) r/c mala interpretación de la información e/p seguimiento inexacto de las instrucciones respecto a los desencadenantes físicos, medicamentos, tratamiento de los signos tempranos de alarma secundarios a una información insuficiente acerca del asma</p>	<p>Conocimiento del manejo del asma.</p>	<p>Enseñanza en el proceso de la enfermedad (5602) Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionados con el asma. Explicar breve y claramente la fisiopatología del asma. Describir los signos y síntomas comunes del asma. Explicar al paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas del asma. Proporcionar información al paciente acerca del asma. Proporcionar información a la familia sobre los cuidados del paciente: niños, adultos con o sin alteración neurológica, adultos mayores, etc. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso del asma, entre ellas no exponerse a los cambios bruscos de temperatura, utilizar ropa adecuada al clima y zona geográfica, etc. Discutir las opciones de terapia o tratamiento informando la importancia de no automedicarse con antiinflamatorios como: Diclofenaco, Naproxen0, etc. Enseñar al paciente a identificar las posibles complicaciones del asma: disminución de la capacidad para hacer ejercicio, insomnio por los síntomas nocturnos, cambios</p>

		<p>permanentes en la función pulmonar, tos persistente, dificultad respiratoria que requiera asistencia médica sanitaria, etc.</p> <p>Informarle de la importancia de evitar factores que desencadenen una crisis asmática, por ejemplo: Animales domésticos, hongos, exposición a irritantes inespecíficas, infecciones, ácaros, polen, etc.</p> <p>Recomendar al paciente y familia implementar medidas preventivas de factores desencadenantes del asma acorde a las necesidades y condiciones de la enfermedad.</p>
--	--	---

Enseñanza de la capacidad de uso efectivo de los dispositivos inhaladores

La administración de las medicaciones respiratorias mediante inhalación alcanza una concentración elevada en las vías aéreas, un inicio de acción más rápido y una menor frecuencia de efectos adversos sistémicos, en comparación con la administración sistémica. Sin embargo, el uso de un inhalador es una capacidad que debe ser aprendida y mantenida con objeto de que la medicación se administre de una forma efectiva.

La mala técnica de uso del inhalador conduce a un mal control del asma, un aumento del riesgo de exacerbaciones y un aumento de los efectos adversos. La mayor parte de los pacientes (hasta un 70–80%) no son capaces de utilizar el inhalador de manera correcta. Lamentablemente, muchos profesionales de la salud no son capaces de mostrar correctamente la forma de utilizar los inhaladores que prescriben. La mayoría de las personas que aplican una técnica incorrecta no son conscientes de que tienen un problema. No existe el inhalador “perfecto” – los pacientes pueden tener problemas con el empleo de cualquier dispositivo inhalador. (GINA, 2014).

Las estrategias destinadas a asegurar un uso efectivo de los dispositivos inhaladores se resumen en:

Verificar:

Verificar la técnica de uso del inhalador en cada oportunidad que se presente

Pedir al paciente que le muestra la forma en la que utiliza el inhalador (no simplemente preguntarle si sabe cómo usarlo)

Identificar los posibles errores con el empleo de una lista de verificación específica para el dispositivo

Corregir:

Mostrar al paciente la forma de utilizar el dispositivo correctamente con una demostración física, por ejemplo, utilizando un inhalador de placebo

Verificar nuevamente la técnica, prestando atención a los pasos problemáticos. Es posible que tenga que repetir este proceso 2–3 veces

Considerar únicamente el uso de un dispositivo alternativo si el paciente no es capaz de utilizar el inhalador correctamente después de repetir varias veces la enseñanza

Volver a verificar la técnica de uso del inhalador con frecuencia. Tras la enseñanza inicial, es frecuente que reaparezcan errores en un plazo de 4–6 semanas.

Confirmar:

Los clínicos deben ser capaces de mostrar la técnica de uso correcta de cada uno de los inhaladores que prescriben

Los farmacéuticos y las enfermeras pueden proporcionar una formación muy eficaz en la capacidad de uso de los inhaladores.

La verificación y corrección de la técnica de uso del inhalador con el empleo de una lista de verificación estandarizada requiere tan solo 2–3 minutos y conduce a una mejoría en el control del asma. Una demostración física es esencial para mejorar la técnica de uso del inhalador. La manera más fácil es que el profesional de la salud disponga de inhaladores de placebo y una cámara de inhalación. Tras la enseñanza, la técnica de uso del inhalador se va perdiendo con el paso del tiempo, por lo que es preciso verificar y repetir la enseñanza de manera regular. Esto resulta especialmente importante en los pacientes con un mal control de los síntomas o con antecedentes de exacerbaciones. Las enfermeras

pueden proporcionar una formación muy eficaz en la capacidad de uso de los inhaladores. (GINA, 2014).

Programa Educativo: “Mis Pulmoncitos Limpios”

Un programa educativo es un entrenamiento que incluye asegurar conocimientos por parte del niño con asma y su familia, encontrar técnicas que apoyen dichos conocimientos y los transformen en actitudes, habilidades, cambios de conducta positivos, sentido de responsabilidad y autocuidado. Este autocuidado capacita para tomar decisiones que lleven a resultados terapéuticos adecuados. (Neira, 2007).

La educación en asma bronquial es un pilar fundamental en el manejo de estos pacientes, al igual que el tratamiento farmacológico. Sin embargo, la mayoría de los centros asistenciales de nuestro país no contemplan actividades educativas. Nuestro programa educativo pretende enseñar a los padres de pacientes acerca del asma y ayudarles a controlar su enfermedad a través del autocuidado, es decir, a través de una serie de habilidades y conductas saludables hacia sí mismos para lograr el seguimiento adecuado del tratamiento y la prevención de las crisis. Además, pretende ser una enseñanza participativa.

Objetivos del programa.

Objetivo general

Proporcionar los conocimientos necesarios sobre el asma a los padres de niños hospitalizados en el servicio de Pediatría del HONADOMANI San Bartolomé, para que los niños puedan realizar la vida que él y su familia deseen, con las menores limitaciones posibles, como si no tuvieran la enfermedad.

Objetivos específicos

Adquirir habilidades y destrezas.

Modificar actitudes, comportamientos y estilos de vida.

Aumentar su autoconfianza.

Aumentar la adherencia al tratamiento.

Disminuir la morbilidad.

Estrategias

La metodología que se utilizó fue la enseñanza participativa, personalizada y grupal. Se les invitó a los padres a expresar sus preocupaciones y temores ante la enfermedad, mostraron sus puntos de vista y de acuerdo a ello, se moduló la información para un mejor aprovechamiento de la educación. Durante el proceso educativo mostraron las habilidades aprendidas (por ejemplo, técnica inhalatoria, identificación segura de los inhaladores según su acción y tiempo de uso). Además, se empleó ayuda audiovisual. Esta estrategia permitió el aprendizaje de manera más sencilla y práctica. (Reyes, 2006)

De igual forma se motivó la participación permanente de los padres haciendo uso de: premios (bolos, sorteo de canasta de víveres), cartilla educativa del programa, halagos y felicitaciones por las cosas que lograban aprender y así potenciar en el niño y su familia todos aquellos aspectos positivos y logros observados a fin de poder aumentar al máximo su autoestima y confianza.

Contenidos del programa educativo

Conocer qué es el asma.

Concepto de inflamación y asma en actividad.

¿Qué ocurre en las vías aéreas durante un ataque de asma?

Función de los medicamentos.

Diferencias entre medicación de control que hay que administrar durante largos periodos de tiempo y la medicación de alivio o rescate de crisis.

Habilidades

Enseñanza del uso apropiado de los inhaladores mediante demostración y comprobación posterior.

Como emplear las cámaras de inhalación.

Como registrar los síntomas y medir el pico de flujo, así como reconocer precozmente los signos de empeoramiento del asma.

Medidas de control ambiental.

Identificar y evitar los factores que desencadenan el asma.

Mostrar cuándo y cómo tomar la medicación de alivio.

Tener un plan de automanejo por escrito lo de que previamente se le ha explicado.

Actividades

Para la implementación del programa Mis Pulmoncitos limpios se realizaron las siguientes actividades:

Planificación, organización y coordinación de actividades con el jefe del departamento de Pediatría y enfermera jefe del servicio de Pediatría de la institución.

Elaboración de módulos y materiales educativos, con juicio de expertos de la Institución.

Captación de los padres en las 5 salas de hospitalización del servicio.

Aplicación del consentimiento informado y del pre test al grupo de padres participantes del estudio.

Ejecución de las reuniones educativas y talleres prácticos.

Aplicación del post test al grupo de padres en estudio.

Clausura del Programa Educativo y entrega de premios.

Sesiones educativas y talleres prácticos

El modelo educativo que se utilizó fue una cartilla diseñada en base a la Guía de práctica clínica “Asma Bronquial de la niña y en niño” emitida por el Ministerio de salud, la guía de práctica clínica para el diagnóstico (GPC) “Atención integral y seguimiento de niños y niñas con diagnóstico de asma”, cartilla para padres basado en las orientaciones de las guías británica y americana para el manejo del asma; el cual lo hemos adaptado a nuestra realidad, asimismo fue sometido a una evaluación de expertos en el tema. Dicha cartilla estuvo conformada por 18 páginas y su objetivo fue hacer que los padres conozcan el tratamiento y los cuidados que deben tener en casa con sus hijos, para controlar la enfermedad y prevenir las crisis.

Este módulo educativo se desarrolló en tres sesiones, usando técnicas participativas, que abarcaron la teoría y la práctica.

1ª Sesión educativa

La primera sesión se realizó en tres etapas:

Etapa I. Para la evaluación inicial del conocimiento de los padres, se aplicó un cuestionario con preguntas relacionadas al tema.

Etapa II. Se hizo la sesión educativa, se explicó y se reforzó los conceptos de la enfermedad, utilizando la cartilla diseñada. Así mismo se explicó el tratamiento farmacológico prescrito por el médico de una manera clara y sencilla, en el caso que algún concepto no quedo claro, solventando las dudas.

Etapa III. Se explicó a los padres el manejo correcto del inhalador previamente prescrito, explicándoles sus ventajas e inconvenientes. Para ello se realizó una demostración práctica y se pidió a los padres que hagan una redemonstración de cómo se utiliza el inhalador.

Al finalizar la sesión, se entregó la cartilla educativa para padres.

2da. Sesión educativa:

El objetivo principal de la segunda sesión fue el reforzamiento de los contenidos educativos y aclaración de dudas que les vayan surgiendo a los padres y al niño respecto a su enfermedad.

3ra. Sesión educativa:

Se realizó en dos etapas:

Etapa I. valoración de los conocimientos adquiridos sobre la enfermedad, síntomas, y tratamiento farmacológico; en el caso de que algún concepto no haya quedado del todo claro, se reforzó el contenido, solventando sus dudas.

Etapa II. Aplicación del cuestionario, el mismo del pre test, con ello se valoró si tras las dos sesiones anteriores los padres adquirieron los conocimientos básicos sobre la enfermedad de sus hijos.

Clausura del programa educativo “Mis Pulmoncitos Limpios”

Sorteo de canasta de víveres, agasajo y entrega de polos alusivos al programa educativo como signo de agradecimiento a los padres participantes del estudio.

Definición de términos

Niño y adolescente: Se considera niño a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años; adolescente desde los doce hasta cumplir los dieciocho años de edad. (Chunga, 2005)

Niño y adolescente asmático: Para esta investigación fueron aquellos niños y adolescentes diagnosticados con crisis asmática y asma no controlada que fueron hospitalizados en el servicio de Pediatría del HONADOMANI San Bartolomé.

Padre: Del latín “pater”, un padre es un varón o macho que ha engendrado o que ha adoptado una función paternal, esto quiere decir que un hombre puede convertirse en padre en un sentido biológico, tras mantener relaciones sexuales con la madre del niño, o a partir de una responsabilidad social y cultural que adquiere al recurrir a la adopción, citado por (Loaiza, 2013).

Conocimiento: Es todo lo que se adquiere mediante la interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona. (Zañudo, 2015).

Para este estudio se clasificó el conocimiento por categorías: alto, medio y bajo dependiendo del puntaje obtenido según el resultado derivado del cuestionario de conocimientos sobre el asma. (Rodríguez, 2005).

Hipótesis general

Hipótesis alterna: El programa educativo “Mis pulmoncitos limpios” es efectivo en el conocimiento del asma de los padres de niños hospitalizados en el HONADOMANI “San Bartolomé”, después de la intervención.

Hipótesis Nula: El programa educativo “Mis pulmoncitos limpios” no es efectivo en el conocimiento del asma de los padres de niños hospitalizados en el HONADOMANI “San Bartolomé”, después de la intervención.

Hipótesis específicas:

Hipótesis alterna: El programa educativo “Mis pulmoncitos limpios” es efectivo en el nivel de conocimiento en el factor I: factores asociados a mitos y creencias de los padres de niños hospitalizados en el HONADOMANI “San Bartolomé”, después de la intervención.

Hipótesis alterna: El programa educativo “Mis pulmoncitos limpios” es efectivo en el nivel de conocimiento en el factor II: manejo de inhaladores y enfermedad de los padres de niños hospitalizados en el HONADOMANI “San Bartolomé”, después de la intervención.

Hipótesis alterna: El programa educativo “Mis pulmoncitos limpios” es efectivo en el nivel de conocimiento en el factor III: factores asociados al asma de los padres de niños hospitalizados en el HONADOMANI “San Bartolomé”, después de la intervención.

Operacionalización de las variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
<p>Variable independiente</p> <p>Programa educativo “Mis pulmoncitos limpios”</p>	Documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación y la información detallada del programa educativo.	Programa a través del cual se organiza las actividades de enseñanza-aprendizaje teniendo en cuenta los objetivos a lograr, las actividades y contenidos a desarrollar.	<p>Contenidos a desarrollar,</p> <p>Metodología educativa</p> <p>1.-Conocimiento sobre el asma</p> <p>2.-Educación</p> <p>3.-Programa educativo</p>	<p>1.-Contenido teórico: cartilla educativa.</p> <p>2.-Contenido práctico: taller educativo.</p>	
<p>Variable dependiente</p> <p>Conocimiento de los padres sobre asma bronquial</p>	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o a través de la introspección.	Conjunto de preguntas tipificadas dirigidas a una muestra representativa, para averiguar los conocimientos de los padres sobre el asma en un antes y después	<p>Factor I:</p> <p>Mitos y creencias con respecto al manejo de la enfermedad (preguntas del 1-6).</p>	<p>1.- Los inhaladores pueden producir dependencia o adicción.</p> <p>2.- Los inhaladores pueden afectar o dañar el corazón.</p> <p>3. Es perjudicial aplicar los inhaladores mucho tiempo a los niños.</p> <p>4. Después de que a un niño le da una crisis de asma hay que suspender los inhaladores y los medicamentos cuando le pase la tos.</p>	<p>Las respuestas en todas las preguntas son de tipo Likert.</p> <p>1. Muy de acuerdo (5)</p> <p>2. De acuerdo (4)</p> <p>3. Ni de acuerdo ni en</p>

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
		<p>de aplicar el programa educativo.</p> <p>Escala de evaluación de la variable:</p> <p>Conocimiento bueno: entre 63 y 85.</p> <p>Conocimiento regular: entre 40 y 62.</p> <p>Conocimiento malo: entre 17 y 39.</p>	<p>Factor II:</p> <p>Conocimientos de Asma. (preguntas del 7-13)</p>	<p>5. Los niños que sufren de asma deben usar medicamentos para el tratamiento solo cuando tengan síntomas (tos, congestión o sonido en el pecho).</p> <p>6. Es mejor usar los inhaladores directamente, sin Aero cámara, para que el medicamento llegue más directo a los pulmones.</p> <p>7. Cuando un niño tiene una crisis de asma es mejor ir a urgencias, aunque los síntomas sean leves.</p> <p>8. La principal causa del asma es la inflamación de las vías respiratorias.</p> <p>9. Las crisis de asma se pueden evitar si se toman medicamentos en los momentos en que no hay síntomas (entre las crisis).</p> <p>10. Las gripes son los principales causantes o desencadenantes de crisis de asma.</p> <p>11. A los niños con problemas de asma, cuando les empieza una</p>	<p>desacuerdo (3)</p> <p>4. En desacuerdo (2)</p> <p>5. Muy en desacuerdo (1)</p>

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
			<p>Factor III: Factores asociados, como deportes y tabaquismo. (Preguntas del 14 al 17).</p>	<p>gripe, hay que aplicarles inhaladores, aunque no tengan tos o sonido en el pecho.</p> <p>12. 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>13. Algunos medicamentos para el tratamiento del asma no funcionan a menos que se administren todos los días.</p> <p>14. Es recomendable pedir al médico un justificante para que los niños con asma no hagan ejercicio o educación física.</p> <p>15. Los niños que sufren de asma no deberían practicar deportes en los cuales tengan que correr mucho.</p> <p>16. Es recomendable no fumar ni dejar que nadie fume cerca de los niños con asma.</p>	

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
				17. Si los padres de los niños con asma fuman fuera de la casa no afectan al niño(a).	

Capítulo III

Materiales y Métodos

Tipo y diseño de estudio

El diseño metodológico que se empleó en esta investigación fue pre experimental, (porque se trabajó con un solo grupo, a quien se le aplicó un pre prueba y post prueba de una intervención educativa). El tipo de estudio fue cuantitativo (porque se realizó una medición cuantitativa del puntaje alcanzado en el nivel de conocimiento antes y después del programa). El corte del estudio fue longitudinal; (porque se realizó la medición de las variables en dos momentos a lo largo de un periodo de tiempo); y prospectivo (según el tipo de ocurrencia de los hechos). (Hernandez, 2010)

En este trabajo de investigación se describió el nivel de conocimientos que tienen los padres de niños con asma antes y después de una intervención educativa clasificando los resultados en alto, medio y bajo conocimiento relacionándolo con los tres factores que evalúa el “cuestionario de conocimientos acerca de asma” (Rodriguez, 2005). El diseño de investigación se muestra a continuación:

G1 O1----- X ----- O2

Dónde:

G1 = Grupo único de investigación.

O1 = Intervención antes de la ejecución del programa.

X = programa “Mis pulmoncitos limpios”

O2 = Intervención después de ejecución del programa.

Variables

Variable independiente.

Efectividad del programa educativo “Mis Pulmoncitos Limpios”

Variable dependiente.

Conocimiento de los padres de niños con crisis asmática.

Descripción del área geográfica de estudio

El estudio se realizó en el HONADOMANI “San Bartolomé”, con categoría III-1, 7 nivel de complejidad, tercer nivel de atención; ubicado en la Av. Alfonso Ugarte # 825, del distrito de Lima Cercado, que pertenece al Ministerio de Salud. Tiene como director al Dr. Edgardo Vásquez Pérez, jefa del departamento de enfermería a la Lic. Miriam Ortiz Espinoza y jefa del servicio de medicina pediátrica a la Lic. Teresa Carranza Catillo.

Es un hospital especializado en atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer; atención integral del neonato, niño y del adolescente. Es un establecimiento de atención recuperativa, rehabilitación altamente especializada y de enfoque integral a la Mujer con necesidades de atención en su salud sexual y reproductiva, al Neonato, Niño y Adolescente, que proceden de cualquier punto del ámbito nacional.

El servicio de Medicina pediátrica cuenta con seis salas de hospitalización de las cuales dos salas son para lactantes (12 camas), dos salas para pre-escolares, escolares y adolescentes (20 camas). Asimismo cuenta con una sala de dos camas para pacientes aislados, siendo un total de 34 camas. Cuenta con 25 enfermeras ,22 técnicos de enfermería y un jefe de enfermería que realizan turnos rotativos y fijos; 6 horas y 12 horas (diurno y noche).

El hospital atiende a pacientes afiliados al seguro social y pacientes que no tienen ningún tipo de seguro; según la jurisdicción de su vivienda, para el año 2016 el servicio de Medicina Pediátrica conto aproximadamente con 18 a 22 niños que ingresan semanalmente; con diferentes patologías que demandan servicios de atención

intrahospitalaria provenientes de emergencia pediátrica, consultorios y/o transferencias de otros hospitales. Al momento de la admisión del paciente la enfermera realiza un conjunto de actividades con el objetivo de recepcionar al paciente para valorar su estado físico, psicosocial, así como el respectivo trámite administrativo. Posteriormente la enfermera identifica al familiar cuidador del paciente hospitalizado, se le capacita mediante una pequeña charla sobre normas hospitalarias, prevención de caídas y medidas de bioseguridad sobre manejo de residuos sólidos; ya que el familiar puede permanecer las 24 horas en compañía de su niño.

Población y muestra

Estuvo conformado por 32 padres de niños(as) hospitalizados con diagnóstico de Asma, en el servicio de Medicina Pediátrica del HONADOMANI San Bartolomé los mismos que fueron inscritos previo consentimiento informado, en el programa “Mis pulmoncitos limpios”, durante el periodo de estudio que se desarrolló en los meses de enero a mayo 2017.

Muestra

De acuerdo a las características de la investigación el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, en el cual no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser elegidos. (Hernandez, 2010)

La muestra estuvo conformada por el 100% de la población que son los padres de niños con diagnóstico de asma bronquial que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

Todos los padres de niños hospitalizados con diagnóstico de asma durante el tiempo de estudio.

Padres que estén aptos mentalmente.

Padres que decidan participar en la investigación de manera voluntaria.

Padres que acepten participar en el programa “Mis pulmoncitos limpios”

Criterios de exclusión.

Padres de niños con otras patologías agudas, crónicas o bajo tratamiento psicológico.

Padres con limitación auditiva o visual.

Padres que no acepten participar en el estudio.

Padres que no completen la asistencia al programa “Mis pulmoncitos limpios”

Técnica de Instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se utilizó para esta investigación fue el cuestionario realizado por el Doctor Carlos Rodríguez, “Cuestionario de conocimientos acerca del asma”, el cual fue validado y publicado en la revista Archives of Bronconeumology, en el año 2005. Su objetivo principal fue desarrollar y validar un cuestionario de conocimientos acerca del asma para ser cumplimentado por los padres y/o personas encargadas del cuidado de pacientes pediátricos asmáticos.

Un grupo multidisciplinario de expertos en el tema evaluaron la validez de apariencia y de contenido del cuestionario. El coeficiente alfa de Cronbach para el cuestionario total fue de 0.73, y los coeficientes alfa de Cronbach para cada uno de los dominios que lo componen variaron entre 0.60 y 0.77 lo que demuestra la fiabilidad de este cuestionario,

una concordancia de Lin de 0.92 muestra la estabilidad del cuestionario en su capacidad de medición del grado de conocimiento del asma. (Martinez, 2010)

Posteriormente se realizaron pruebas piloto al cuestionario en cuatro grupos de niños asmáticos y sus padres. Los estudios piloto evaluaron la claridad del formato del cuestionario, la comprensión, la ambigüedad y la frecuencia de respuesta de cada uno de los ítems, y la habilidad para diligenciar el cuestionario. Con base en la información reunida en cada uno de estos pasos, se adicionaron, modificaron o eliminaron ítems, desarrollando finalmente un cuestionario compuesto por 17 ítems. Concluyeron que este cuestionario era una herramienta útil y fiable para cuantificar el nivel basal de conocimiento acerca del asma en padres de niños asmáticos, así como para determinar la eficacia de una intervención educativa destinada a aumentar el conocimiento y la comprensión de la enfermedad, el mismo que fue aplicado en investigaciones posteriores como: (Martinez, 2010). “Factores asociados a consultas repetidas al servicio de urgencias por asma en pacientes pediátricos: implicaciones para un programa educativo”. (Curbelo, 2010): “Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos”. (Otarola, 2009) “Correlación entre calidad de vida de niños con asma y conocimientos de los cuidadores sobre la enfermedad”. (Ardila, 2013) “Conocimientos de los cuidadores informales de niños con asma entre los 6 - 12 años de edad que asisten a una institución educativa en la ciudad de Bogotá”.

Este cuestionario estuvo constituido por 17 ítems y caracterizado por tres factores en el que se evaluó el nivel de conocimientos en mitos y creencias, conocimientos y factores asociados, que se encuentran relacionados con conocimientos acerca del asma, tales como su naturaleza inflamatoria, la actividad física que deben realizar los niños asmáticos, la

severidad que pueden llegar a tener las crisis, y la necesidad de la administración continua de medicamentos controladores, así como ítems relacionados con factores que se consideró pueden afectar el grado de adherencia a los medicamentos antiasmáticos, tales como el miedo a la dependencia, adicción y a los efectos adversos que pueden resultar de la administración prolongada de inhaladores, de igual manera se contemplaron ítems relacionados con las medidas que realizan los padres al inicio de los episodios gripales y de las crisis asmáticas de sus hijos. Cada ítem fue calificado por los padres mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos, con un rango de respuestas variando desde “Muy en desacuerdo” hasta “Muy de acuerdo”. Se estableció una graduación de las respuestas para cada ítem desde 1 a 5, asignando una puntuación mayor a las respuestas correctas, cada una de las preguntas será calificada de 1 a 5, si la pregunta de cada uno de los ítems corresponde a una afirmación verdadera se asignará un puntaje de la siguiente manera: 5 si está muy de acuerdo, 4 si está de acuerdo, 3 si está indeciso, 2 si está en desacuerdo y 1 si está muy en desacuerdo. 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. El puntaje total estuvo entre 17 y 85 puntos, y se dividió en conocimiento bajo entre 17 y 39, conocimiento medio entre 40 y 62, conocimiento alto entre 63 y 85. (Martinez, 2010).

Para medir el conocimiento en cuanto a los tres factores se realizó las siguientes escalas:

El nivel de conocimiento en el factor I mitos y creencias, el rango de puntajes fue: entre 1 a 13 el puntaje será bajo, de 14 a 22 el puntaje será medio y del 23 al 30 el puntaje será alto.

El nivel de conocimiento en cuanto al II factor; conocimientos el rango de puntajes fue: entre 1 a 12 el puntaje será bajo, de 13 a 25 el puntaje será medio y del 26 al 35 el puntaje será alto.

El nivel de conocimiento en cuanto al III factor; factores asociados el rango de puntajes fue: entre 1 a 7 el puntaje será bajo, de 8 a 13 el puntaje será medio y del 14 al 20 el puntaje será alto

Además de los ítems relacionados con el conocimiento acerca del asma, se registraron otras variables, tales como la edad, sexo y el nivel educativo de los padres.

Proceso de recolección de datos

Esta investigación se desarrolló en seis fases:

Primera fase

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema en sitios autorizados de Internet y bibliografía autorizada, para diseñar la cartilla cuyo contenido se basó en la guía de práctica clínica: “Asma bronquial del niño” (MINSA) y una cartilla desarrollada por expertos colombianos quienes utilizaron guías Británicas y Americanas para el manejo de asma.

Segunda fase

Para la recolección de datos se realizó previamente el trámite administrativo solicitando el campo clínico a través de un oficio dirigido al Director del hospital. Luego se efectuaron las coordinaciones respectivas con el jefe del departamento de Pediatría y enfermera jefe del servicio de Medicina Pediátrica de la institución, a fin de dar a conocer los objetivos y el aporte del estudio de investigación

Tercera fase

La captación e inscripción de los padres de niños con diagnóstico de asma, se llevó a cabo gradualmente de acuerdo a como vayan ingresando al servicio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; se realizó una entrevista en plena hospitalización, explicando en que consiste la investigación y previo consentimiento informado se recolecto números telefónicos y direcciones con el objetivo de ser citados posteriormente.

Cuarta fase

Se reunieron a los padres captados en la institución y se aplicó el cuestionario para evaluar los conocimientos previos acerca del programa luego se brindó el programa educativo de acuerdo a la cartilla desarrollada, teniendo en cuenta la participación de los padres. Finalmente se entregó una cartilla informativa acerca del manejo y control del asma a cada padre asistente.

Posteriormente fueron citados para realizar una segunda sesión educativa con el objetivo de reforzar los contenidos educativos respecto a la enfermedad.

Quinta fase

Los padres fueron citados posteriormente y se volvió a aplicar el mismo cuestionario, con la finalidad de evaluar los conocimientos adquiridos. Luego se realizó la clausura del programa realizando un sorteo de canasta de víveres y entrega de polos alusivos al programa educativo como agradecimiento por su participación en el estudio.

Procesamiento y Análisis de datos

La interpretación de los resultados de estudio se realizó en base a los objetivos propuestos en la investigación para el análisis de la investigación.

Se realizó el análisis de los datos obtenidos del cuestionario, la tabulación se hizo mediante la hoja electrónica Excel del programa Windows paquete estadístico SPSS

versión 21 y el estadístico que se utilizó para medir la efectividad del programa fue el estadístico T de Student para muestras relacionadas.

La decisión de aplicar el estadístico T de Student se dio, debido a que las puntuaciones obtenidas para las variables cumplieron los supuestos de normalidad.

En nuestro estudio se presentaron tablas y figuras con su respectiva numeración en orden de presentación de los resultados.

Consideraciones éticas

Se solicitó el permiso a la institución para la aplicación del trabajo de investigación; de acuerdo a la normativa.

Asimismo se diseñó un formato de consentimiento informado por medio del cual los participantes autorizaron su participación en el estudio, donde se dio a conocer el objetivo, los propósitos y los beneficios al participar en la investigación.

En esta investigación predominó el principio de respeto a la dignidad humana protección de los derechos y un trato justo a los padres; a partir de la privacidad y comodidad ante las entrevistas que se realizaron basados en el cuestionario.

Capítulo IV

Resultado y discusión

Resultados

Tabla 7

Caracterización sociodemográfica de los padres de niños hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica en el HONADOMANI “San Bartolomé” 2016

Ítem	Indicadores	N	%
	15-25 años	3	9,4%
	26-35 años	11	34,4%
Edad de los padres	36-45 años	12	37,5%
	46-55 años	4	12,5%
	>55 años	2	6,3%
Sexo de los padres	masculino	7	21,9%
	femenino	25	78,1%
	primarios	5	15,6%
Grado de instrucción de los padres	secundarios	24	75,0%
	superior	3	9,4%
	2-4 años	11	34,4%
Edad de los niños	5-10 años	17	53,1%
	11-18 años	4	12,5%
Sexo de los niños	masculino	8	25,0%
	femenino	24	75,0%
	Total	32	100,0%

Fuente: Base de datos del trabajo de investigación

En la tabla 1, se puede apreciar que el 37,5% de los que participaron en el programa “mis pulmoncitos limpios”, tiene una edad de 36-45 años, la mayoría de los participantes son de género femenino con un 78,1%, en cuanto al nivel de instrucción el 75,0% cursó estudios de nivel secundario.

En cuanto a los niños un 53,1% tiene una edad de 5 a 10 años de edad y la mayoría son niñas con un 75,0%.

Tabla 8

Nivel de conocimiento el factor I: factores asociados a mitos y creencias antes y después de participar en el programa “mis pulmoncitos limpios” de los padres de niños hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica en el HONADOMANI “San Bartolomé” 2016.

Factor I mitos y creencias	Antes		Después	
	n	%	N	%
Bajo	4	12,5	0	0,0
Medio	22	68,8	2	6,3
Alto	6	18,8	13	93,8
Total	32	100,0	32	100,0
Media de puntuación	18,81		30,75	
Nivel Sig. Diferencia medias (95%)		0,000		

Fuente: Base de datos del trabajo de investigación

En la tabla 2, se puede apreciar que antes de aplicar el programa “mis pulmoncitos limpios”, el 68,8% de los padres, obtuvo un grado de conocimiento medio y sólo el 12,5%, obtuvo un grado de conocimiento bajo.

Sin embargo, después de aplicar programa el grado de conocimiento mejoró, pues el 93,8% obtuvo un grado de conocimiento alto., en donde se observa que antes de la implementación del programa “mis pulmoncitos limpios”, la media antes de aplicar el

programa fue 18,81. En contraste con la media después del programa se incrementó en un 30,75, mostrando una significancia de 0,000 en la prueba de diferencia de medias, que indica que el programa es efectivo en esta dimensión.

Tabla 9

Nivel de conocimiento en el factor II: Manejo de inhaladores y enfermedad antes y después de participar en el programa “Mis pulmoncitos limpios” de los padres de niños hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica en el HONADOMANI “San Bartolomé” 2016.

factor II conocimiento de asma	Antes		Después	
	N	%	n	%
Bajo	1	3, 1	0	0,0
Medio	2	84, 4	7	21,9
Alto	4	12, 5	25	78,1
Total	3		32	100,
	2	100,0	0	
Media de puntuación		19,94		28,69
Nivel Sig. Diferencia medias (95%)	0,000			

Fuente: Base de datos del trabajo de investigación

La tabla 3, en cuanto al grado de conocimientos en el factor II, en la tabla 3, se puede apreciar que antes de aplicar el programa “Mis pulmoncitos limpios”, el 84,4% de los padres, obtuvo un grado de conocimiento medio y sólo el 3,1%, obtuvo un grado de conocimiento bajo.

Sin embargo, después de aplicar programa el grado de conocimiento mejoró, pues el 78,1% obtuvo un grado de conocimiento alto.

Asimismo, la tabla 3, presenta que el promedio de puntuación obtenido para la escala de conocimiento en la dimensión factor II, en donde se observa que antes de la implementación del programa “mis pulmoncitos limpios”, la media antes de aplicar el

programa fue 19,94. En contraste con la media después del programa se incrementó en un 28,69, mostrando una significancia de 0,000, en la prueba de diferencia de medias, que indica que el programa es efectivo en esta dimensión.

Tabla 10.

Nivel de conocimiento en el factor III: Factores asociados al asma, antes y después de participar en el programa “mis pulmoncitos limpios” de los padres de niños hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica en el HONADOMANI “San Bartolomé”, 2016.

Factor III	Antes		Después	
	N	%	N	%
Bajo	0	0,0	0	0,0
Medio	1	59,4	0	0,0
Alto	9	40,6	32	100,0
Total	3	100,0	32	100,0
Media de puntuación	2	13,28	19,84	
Nivel Sig. Diferencia medias (95%) 0,000				

Fuente: Base de datos del trabajo de investigación

En cuanto al grado de conocimientos en el factor III, en la tabla 4, se puede apreciar que antes de aplicar el programa “mis pulmoncitos limpios”, el 59,4% de los padres, obtuvo un grado de conocimiento medio y solo un 40,6 obtuvo un grado de conocimiento alto.

Sin embargo, después de aplicar programa el grado de conocimiento mejoró, pues el 100,0% obtuvo un grado de conocimiento entre alto.

Asimismo, la tabla 4, presenta que el promedio de puntuación obtenido para la escala de conocimiento en el factor III, en donde se observa que antes de la implementación del programa “mi pulmoncito limpio”, la media antes de aplicar el programa fue 13,28. En

contraste con la media después del programa se incrementó en un 19,84, mostrando una significancia de 0,000 en la prueba de diferencia de medias, que indica que el programa es efectivo en esta dimensión.

Tabla 11.

Nivel de conocimiento antes y después de participar en el programa “mis pulmoncitos limpios” de los padres de niños hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica en el HONADOMANI “San Bartolomé”, 2016.

Conocimientos	Antes		Después	
	n	%	n	%
Bajo	1	3,1	0	0,0
Medio	2	90,6	2	6,3
	9			
Alto	2	6,3	3	93,3
			0	
Total	3	100,	3	100,
	2	0	2	0
Media de puntuación	52,03		79,28	
Nivel Sig. Diferencia medias (95%)	0,000			

Fuente: Base de datos del trabajo de investigación

En cuanto al grado de conocimientos, en la tabla 5, se puede apreciar que antes de aplicar el programa “mis pulmoncitos limpios”, el 90,6% de los padres, obtuvo un grado de conocimiento medio y sólo el 6,3%, obtuvo un grado de conocimiento bajo. Sin embargo, después de aplicar programa el grado de conocimiento mejoró, pues el 93,3% obtuvo un grado de conocimiento alto.

Asimismo, la tabla 5, presenta que el promedio de puntuación obtenido para la escala de conocimiento, en donde se observa que antes de la implementación del programa “mi pulmoncito limpio”, la media antes de aplicar el programa fue 52,03 en contraste con la

media después del programa que se incrementó a 79,28, mostrando una significancia de 0.000 en la prueba de diferencia de medias que indica que el programa ha sido efectivo.

Discusión

Los resultados del presente estudio de investigación muestran que; en relación a las características sociodemográficas de nuestra población de estudio, se evidencio que la mayoría de los padres participantes, se encuentra entre los 36 a 45 años de edad lo que indica que el cuidado de los niños está a cargo de adulto joven y adulto. Según la teoría de Erickson sobre el ciclo vital las personas en el estudio se encuentra con mayor prevalencia en adulto joven y en adulto, debido a que en la etapa de adulto joven las personas van creando vínculos afectivos y matrimoniales con sus parejas dando paso a la formación del núcleo familiar. (Rice, 1997).

Asimismo se evidencio ampliamente que el cuidado de los niños esta predominantemente a cargo del sexo femenino. La literatura demuestra que las mujeres asumen en su rol maternal mayor dedicación de tiempo al cuidado de sus hijos, por lo tanto son poseedoras de mayor conocimiento en cuanto a la enfermedad; ya que los patrones culturales tradicionales asignan a las mujeres el papel de proveedora principal de atención y cuidado a las personas dependientes como niños con problemas de salud. (Delgado Calva, 2013). Este concepto es corroborado por una encuesta publicada en un artículo del diario la república en el cual señala que el 80% del cuidado de niños y ancianos está en manos de mujeres. (Batthyany, 2015)

Además los resultados obtenidos en relación con el nivel de educación de los padres mostraron notoriedad en el grado de instrucción secundaria lo que evidencia que el nivel

educativo cumple un papel fundamental a la hora de tener conocimientos acerca de la enfermedad. (Hawes, 2004)

En cuanto al nivel conocimientos de los padres de niños con asma en el factor I; factores asociados a mitos y creencias se puede observar que se clasificó en bajo conocimiento con un puntaje de 1 a 13 puntos, medio conocimiento de 14 a 22 y alto conocimiento de 23 a 30 puntos. De acuerdo a lo anterior al hacer el análisis se identificó que el conocimiento en el factor de mitos y creencias en la población estudio, antes de aplicar el programa “Mis pulmoncitos limpios fue medio con un 68,8%; lo que hace pensar que aunque la mayoría de los padres tienen un nivel de educación secundaria, los mitos siguen jugando un papel importante en algunos de ellos acerca del tratamiento del asma, que se pueden relacionar con las creencias culturales que se siguen teniendo en la sociedad los cuales se pueden modificar reforzando la educación que brinda el profesional de enfermería, en la cual se debe aclarar a los padres ciertos mitos y creencias. Después de la aplicación del programa fue de un conocimiento alto con un 93,8%. Asimismo, el programa ha sido efectivo según el estadístico T de student; la media antes de aplicar el programa fue 18,81 en contraste con la media después del programa se incrementó en un 30,75, mostrando una significancia de 0,000 en la prueba de diferencia de medias. Estudios realizados demuestran que existe en pacientes y cuidadores, un conocimiento parcial y particular de la enfermedad, con mitos y creencias que impiden un adecuado manejo. Así tenemos el estudio por Ardila Galeno, donde aplicaron un cuestionario de conocimientos acerca del asma a 30 cuidadores de niños con asma que asistían a una institución educativa en la ciudad de Bogotá. La mayoría de cuidadores tenían dificultad en la fisiopatología, las complicaciones y el tratamiento de la enfermedad evidenciado que el 63% presento medio

conocimiento. En el conocimiento de mitos y creencias de la enfermedad se obtuvo un nivel medio, en el conocimiento acerca del asma se obtuvo un nivel medio y en el conocimiento de factores asociados de la enfermedad se obtuvo un nivel alto en toda la población estudio. Llegando a la conclusión de que nivel de conocimiento de los cuidadores de este estudio no permite a los niños tener controlada la enfermedad ni tener una buena adherencia al tratamiento. El reto para el profesional de enfermería es asumir el rol de educadores para continuar con la labor de brindar educación en salud a las personas y a las comunidades.

En cuanto al nivel conocimientos de los padres de niños con asma en el factor II: manejo de inhaladores y manejo de la enfermedad, se clasificó en bajo con un puntaje de 1 a 12 puntos, medio de 13 a 25 y alto de 26 a 35 puntos. De acuerdo a lo anterior se evidenció en el factor de conocimientos de asma en la población estudio, antes de la aplicación del programa “Mis pulmoncitos limpios”, arrojó un 84,4% con un mediano conocimiento, es decir que en este factor, aún existen ciertas falencias respecto al uso de medicamentos, la etiología y la fisiopatología de la enfermedad en la población estudio. Después de la intervención mejoro pues se obtuvo un 78,1% con alto conocimiento. De igual manera”, según el estadístico T de student se observó que la media antes de aplicar el programa fue 19,94 en contraste con la media después del programa se incrementó en un 28,69, mostrando una significancia de 0,000, en la prueba de diferencia de medias, que indica que el programa es efectivo en este factor.

En comparación al estudio realizado por Serrano Noguera, en el 2015, sobre “La eficacia de una intervención educativa en el manejo de dispositivos de inhalación” con el objetivo de evaluar el efecto de la intervención educativa enfermera en el manejo de

dispositivos de inhalación. Los investigadores realizaron un estudio en 70 sujetos en el grupo control (GC) y 69 en el grupo intervención (GI) sobre pacientes con enfermedad respiratoria. En el GI se realizó un adiestramiento hasta que el paciente lo hizo de forma correcta, y posteriormente se le entregó material escrito de apoyo; en el GC solo se les dio la información escrita. A los tres meses se efectuó la medición de evaluación. Se consideró como técnica inhalatoria aceptable realizar una inspiración profunda y apnea de 10 segundos. En el tratamiento y análisis de los datos se empleó el test de McNemar para datos apareados (antes y después de la intervención) y Chi-cuadrado en el contraste de hipótesis de datos apareados (medición post intervención). El resultado del estudio fue que el porcentaje de realización aceptable de la técnica con el inhalador presurizado fue el que tuvo un mayor incremento entre antes y después de la intervención (antes: 13,5%, después: 70,3%; $p=0,001$), aunque también se produjo un incremento significativo ($p<0,05$) en el Turbuhaler y Accuhaler. En la comparación post intervención, en el grupo control un 49,1% ($n=27$) realizaba la técnica de forma aceptable, y en el grupo intervención, un 93,3% ($n=56$), siendo una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$). Concluyendo que el adiestramiento en el manejo de dispositivos de inhalación, junto con información escrita de apoyo, mejora la técnica empleada por el paciente, frente a entregar solo información escrita.

Respecto al nivel conocimiento de los padres de los niños con asma en el factor III: factores asociados al asma como el tabaco y el deporte, se clasificó en bajo; con un puntaje de 1 a 7 puntos, medios de 8 a 13 y alto de 14 a 20 puntos. De acuerdo a lo anterior se evidenció que el conocimiento en la población antes de aplicar el programa “Mis Pulmoncitos Limpios”, el 59,4% de padres, obtuvo un conocimiento medio. Sin embargo

después de la intervención mejoró aún más porque se obtuvo un 100% con alto conocimiento. Asimismo al aplicar el estadístico T de student; se observó que la media antes de aplicar el programa fue 13,28. En comparación con la media después del programa se incrementó en un 19,84, mostrando una significancia de 0,000 que indica que el programa es efectivo en este factor. Según el presente análisis los padres de niños con asma si creen conveniente que deberían de practicar deportes si el asma es controlado debidamente y también es recomendable no fumar, ni dejar que nadie fume cerca de los niños con asma, lo que evidencia que los padres tuvieron algún tipo de información por parte del personal de salud y solo se tuvo que reforzar esos conocimientos.

Al contrario de Curbelo, Pinchak y Gutierrez quienes realizaron un estudio titulado “Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos” donde aplicaron un cuestionario de conocimientos sobre el asma enfermedad en padres de niños con historia clínica evolutiva de asma. Los padres cuyos hijos presentaban diagnóstico de asma en el momento de realizar el cuestionario se designaron como grupo A y quienes no lo presentaban como grupo B. Se entrevistaron a 73 padres de los cuales presentaban diagnóstico de asma 32 niños. El 100% de los encuestados presentó bajo conocimiento. Con respecto al dominio de conocimiento vinculado al conocimiento de mitos y creencias de la enfermedad el conocimiento fue también bajo. En relación al dominio de conocimiento vinculado al conocimiento de la enfermedad se obtuvo alto conocimiento en los padres del grupo A, con una puntuación media estadísticamente significativa con respecto al grupo B ($p < 0,05$).

En el área de conocimiento vinculado a la realización de deportes y el tabaquismo el nivel de conocimiento fue bajo en toda la población de estudio.

Son numerosos los estudios que han demostrado el papel de la contaminación ambiental del humo del tabaco como causa del asma infantil: Melgar, Villalobos y Del Arco realizaron un estudio en España titulado “Tabaquismo pasivo y asma infantil “ llegando a la conclusión que la exposición al humo del tabaco es un riesgo para el desarrollo del asma infantil, determinando una mayor prevalencia de asma en los hijos de mujeres fumadoras ,sobre todo si fumaron durante la gestación y quizás coadyuvando para desencadenar obstrucción bronquial en los que se expusieron al tabaquismo de otras personas en ese período. (Melgar, 2005)

Asimismo el ejercicio físico en niños asmáticos mejora su condición física, así como la propia tolerancia al ejercicio debido a una mejora de la musculatura respiratoria permitiendo un aumento de la capacidad pulmonar tal como se evidencia en un estudio realizado en España titulado “Efectos de un programa de actividad físico deportiva sobre la función pulmonar, composición corporal, condición física, salud y calidad de vida en niños asmáticos”, cuyo objetivo de este estudio fue analizar la capacidad física, funcional y el auto concepto de escolares con asma después de un entrenamiento físico de 12 semanas concluyendo que los alumnos que han participado en el programa de actividad física han mejorado la capacidad física y funcional y se han adaptado a la realización de ejercicio físico. Estas adaptaciones al entrenamiento pueden ser particularmente relevantes para los pacientes asmáticos el auto concepto de los niños mejoro tras la intervención. (Navarro Martinez, 2013)

En cuanto al nivel de conocimiento general obtenido posterior a una intervención educativa entre padres de niños con asma; lo que se encontró, fue que hay una diferencia significativa en los conocimientos antes y después de la aplicación del programa educativo “Mis pulmoncitos limpios”, ya que el puntaje obtenido en global de todos los encuestados previo a la aplicación del programa educativo fue de un conocimiento de bajo a medio; lo que nos indica que los padres en su gran mayoría aún tenían falencias en el manejo, la adherencia al tratamiento y conocimientos de la enfermedad. Posterior a la intervención

educativa y aplicación de la segunda evaluación, se percibió que aumentaron su grado de conocimiento, en un 93.3% que obtuvo un nivel de conocimiento alto. Asimismo se demostró que el programa fue efectivo según el estadístico T student con un nivel de confianza del 95% y mostrando una significancia de 0.000 en la prueba de diferencia de medias. Por lo tanto se evidencio que hubo una buena adherencia al programa por parte de los padres lo cual se ha visto reflejado en el resultado final del estudio. Con ello se cumplió con los objetivos del programa: proporcionar los conocimientos necesarios sobre el asma a los padres y así poder lograr el autocontrol de los síntomas y la toma de decisiones de forma oportuna.

Existen estudios previos que miden distintos aspectos en relación con el coste-efectividad de estos programas y que han demostrado resultados significativos en la mejora de la calidad de vida del niño asmático. Estas afirmaciones se ven reforzadas por las investigaciones de: Perez, Garcia la Rosa en Cuba sobre las una intervención comunitaria con pre y post prueba en el Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila. Con el objetivo de determinar la utilidad de una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre asma bronquial en familiares o tutores de pacientes asmáticos en edad pediátrica. Se obtuvo una muestra significativa por muestreo aleatorio simple, la cual se dividió en un grupo control y un grupo experimental. Se aplicó un cuestionario a las madres o tutores de los niños en ambos grupos, se diseñó un programa de intervención educativa que se impartió al grupo experimental, se aplicó el cuestionario a ambos grupos con un intervalo de 6 meses. Los investigadores llegaron a la conclusión que el grupo experimental, mejoraron los conocimientos de manera significativa, se demostró además la

utilidad de este programa de intervención para elevar los conocimientos sobre asma bronquial en la familia de los niños asmáticos, en la Atención Primaria de Salud.

Asimismo cabe resaltar que en la investigación realizada en el (2014) sobre el Nivel de Información del Asma en Padres de preescolares con y sin asma, posterior a un folleto, donde realizaron un estudio en 148 padres de preescolares con o sin asma. Se realizó un folleto sobre información de asma; se efectuó una encuesta de 15 preguntas revisada por especialistas, aplicándose la encuesta en 2 ocasiones, una previa a la lectura del folleto y la segunda 24 horas posterior a la lectura. Los resultados fueron: De la 1° evaluación fue: Sujetos preescolares con asma: bueno 2 (3.0%), regular 27 (40.3%), bajo 38 (56.7%). Sin asma: bueno 1 (1.4%), regular 46 (62.2%), bajo 27 (36.5 %); P 0.33. El resultado de la 2° evaluación: sujetos con preescolares con asma: bueno 43 (58.1%), regular 31 (41.9%), bajo 0 (0.0%). Sin asma: bueno 24 (35.8%), regular 39 (58.2%), bajo 4 (6.0%); p 0.007. Alfa de Cronbach de 0.640. Concluyendo que el nivel de conocimiento se incrementó posterior a la lectura del folleto, entre los padres de preescolares asmáticos y no asmáticos.

Por lo tanto el resultado de nuestro estudio demuestra la importancia de las intervenciones educativas, por parte del personal de enfermería hacia los padres para mejorar la efectividad al momento del uso de los medicamentos, los sistemas inhaladores en los pacientes asmáticos y así lograr una adecuada adherencia al tratamiento médico y disminuir las consultas a urgencias y contribuir a disminuir la morbilidad de esta enfermedad crónica. Sin embargo hasta ahora, pocas son las investigaciones realizadas sobre la efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento, prevención y control de la enfermedad Asma.

Creemos que es necesario realizar más estudios que incluyan estrategias educativas y autocontrol en los cuales se mida la modificación de la calidad de vida de niños con asma y así confirmen el efecto beneficio de una intervención educativa.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Del total de la muestra encuestada un grupo mayoritario tuvieron entre los 36 y 45 años de edad. En relación sexo que predominó fue el femenino y el nivel de educación de los mismos fue de estudios secundarios. En relación al sexo de los niños que participaron en el estudio la mayoría son de sexo femenino y tenían entre 5 a 10 años.

En relación al factor I: factores asociados a mitos y creencias, el nivel de conocimientos, la mayoría antes de aplicar la intervención fue medio y después de la intervención fue alto, asimismo el programa ha sido efectivo según el estadístico aplicado.

En cuanto al factor II: manejo de inhaladores y manejo de la enfermedad, el conocimiento de los padres de igual manera se evidenció que antes de la intervención fue mediano y después de la intervención obtuvieron un conocimiento alto.

En cuanto al factor III: factores asociados al asma el nivel de conocimientos igualmente tuvo la misma variación la mayoría de los padres alcanzo un conocimiento alto y el programa fue efectivo en esta dimensión.

Por ultimo en relación del total del nivel de conocimientos de los tres factores podemos ver que la mayoría de los padres antes de la intervención del programa “Mis Pulmoncitos Limpios” tuvo un conocimiento de bajo a medio y después de la intervención la mayoría alcanzo un nivel alto que fue nuestro objetivo que nos planteamos al inicio. Asimismo la media también tuvo una alta variabilidad según el estadístico T de student , indicando que el programa es efectivo con un nivel de confianza del 95% y con un nivel de significancia de 0.00.

Recomendaciones

Se recomienda al Departamento de Enfermería aplicar este programa en otras patologías, como las enfermedades crónicas, en donde los padres cumplen un rol muy importante, ya que en el hospital se practica el alojamiento conjunto y los niños dependen de sus padres.

Se recomienda que el programa se mantenga en el tiempo. Este trabajo será presentado en la institución para que se pueda incrementar y conservar, para que sirva de base para otros programas educativos y que se designe un personal exclusivo para las sesiones educativas.

Se recomienda que este estudio se aplique en otras áreas para ver la medición y los resultados.

Se espera que el presente trabajo de investigación sirva de guía en nuestro servicio y en otras instituciones de salud de nuestro país, que el profesional de enfermería se sienta motivado e implemente programas educativos dirigidos a las madres de los niños con asma con la finalidad de incrementar los conocimientos y propiciar en ellos una participación activa y responsable asegurando la continuidad del tratamiento y prevención de la enfermedad y de esa manera mejorar la calidad de vida del niño y su familia.

Referencias

- Ardila Galeano, K., Camacho Umbarila, Y. P., & Mora Campos, V. A. (2013). Conocimientos de los cuidadores informales de niños con asma entre los 6-12 años de edad que asisten a una institución educativa en la ciudad de Bogotá(Bachelor's thesis). Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de:
<https://repository.javeriana.edu.co:8443/bitstream/handle/10554/13787/ArdilaGaleanoKatherine2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Asensi Monzó, MT, Castillo Laita JA, Esteller Carceller M. (2012). Diagnóstico del asma. El Pediatra de Atención Primaria y el Diagnóstico de Asma. Documentos técnicos del GVR (publicación DTGVR-6). Recuperado de: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>
- ASIS 2015, Documento técnico “Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria del HONADOMANI San Bartolomé” Recuperado de:
<http://www.sanbartolome.gob.pe:8080/Transparencia/Publicacion2016/Epidemiologia/ASIS%202015.pdf>
- Bacilio Pérez, Diana Aracelli, Villalobos Vargas, Johana Fiorella, 2013, Perú, Nivel de Conocimientos y Cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central en unidades de cuidados críticos del hospital Belén de Trujillo, Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, Universidad Antenor Orrego. Recuperado de:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/235/1/BACILIO_DIANA_NIVEL_CONOCIMIENTO_ENFERMERA.pdf
- Batthyány, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales. Fecha de publicación: 2015-02 Serie Asuntos de Género No.124, 50 p.; tablas. Símbolo ONU:LC/L.3958 recuperado de:
<Zhttp://repositorio.cepal.org/handle/11362/37726>
- Beltrán, C, C., Vela, P. (2013). “Mitos, creencias y prácticas en cuidadores de niños con asma respecto al tratamiento con inhaladores en Chiclayo, Perú – 2013 ”.,Perú.(Tesis de Grado) . Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado de:
tesis.usat.edu.pe/.../TL_BeltranCa...edoSilvia.pdf
- Benito, A. L. (2008, Octubre 09). El Conocimiento. Brasil: BeniRos.

- Berbesí, F., Segura, C., García, J., Posada, S., (2013). Seguimiento a una cohorte de niños con asma luego de una intervención familiar. *Ces medicina*, volumen 27, n° 2. Recuperado de: www.Scielo.org.co/pdf/cesm
- Boletín Epidemiológico del Perú SE.11 2016, Análisis de Situación de Salud, MINSA. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/11.pdf>
- Bordignon, Nelso Antonio (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto *Revista Lasallista de Investigación*, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 50-63 Corporación Universitaria Lasallista Antioquia, Colombia recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Camino Peraldo, G. (2016). Prevalencia de asma bronquial en alumnos de primer año de medicina de la Universidad Ricardo Palma en el año 2015. Recuperado de <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/491>
- Cano M. Alenandro, Aranda D. Yudi, Molina P. Libertad (2009), *Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y la Universalidad*, Universidad de Panamá. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/Modelos09/diversidad-y-la-universalidad-de-los-cuidados-culturales-de-madeleine-leininger>
- Cano R, Useros A, Muñoz E. (2010) Eficacia de los programas de educación terapéutica y de rehabilitación respiratoria en el paciente con asma. *Arch Bronconeumol*. Vol. 46, n°11: 600. Recuperado de: www.archbronconeumol.org/.../eficacia...programas-educacion-terapeutica/.../S03002
- Carlín, F. L. V. (2016). Alimentación complementaria temprana como factor asociado a asma bronquial en niños de 5 a 14 años. *Cientifi-k*, 3(2), 31-37. Recuperado de: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/viewFile/907/711>
- Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica (2016). *Guías Gina y Practall*. Recuperado de: <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/06/2016-guias-practal-4.pdf>
- Cruz L, Pastor A. (2014) *Intervención Educativa para la población infanto Juvenil, Educación para la Salud/Educación Terapéutica*. *Asoc Enfermería Comunitaria*. 2014;1-4. Recuperado de : revzoiomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/441
- Curbelo, N., Pinchak, C., & Gutiérrez, S. (2010). Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 81(4), 225-230.

Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492010000400002&script=sci_arttext

Chaparro, Fernando (1998), Conocimiento, Innovación y Construcción de Sociedad: Una Agenda para la Colombia del siglo XXI, Colciencias, Recuperado de: <http://200.25.59.71:8081/jspui/bitstream/11146/728/1/339.%20CONOCIMIENTO%20INNOVACION%201998.pdf>

Chunga Lamoja, F.(2005). Código de los niños y los adolescentes (Ley 27337). Perú. Universidad de San Martín de Porres, Fondo editorial.

Dávila, Magda (2011), Antecedentes del Conocimiento Científico, Aprende a Pensar, Fundación Santa María . Ediciones SM, España. Recuperado de: prenderapensar.net/faq/politica-de-privacidad/

Delgado Calva, F. A., Andrade Peñaloza, X. F., Ruiz, C., & Emanuel, P. (2013). Percepción de la calidad de atención en salud en el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca “CEDIUC”, Cuenca, 2013 Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de medicina, tesis para obtención de título médico recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5297/1/MED227.pdf>

De la Vega, pazitková; Pérez Martínez, Víctor T; Bezos Martínez, Lenia, 2010. Factores de Riesgo de Asma Bronquial en Niños, Revista Cubana de Medicina General Integral. La Habana-Cuba. 26(2) 190-214. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n2/mgi02210.pdf>

Díaz, V., (1999). Educación Sanitaria a padres y niños con Asma, Formación Médica continúa en atención primaria, volumen 6, n° 9, 611-612. Recuperado de: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/educacion_fm99.pdf

Elena Teresa Jose, (2006) Conocimiento pensamiento y lenguaje, Argentina www.editorialbiblos.com

Espinosa, A., & Elizabeth, N. (2016). Los factores psicológicos en los niños asmáticos del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de riobamba período agosto-noviembre del 2012 (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2016.). Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1308/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2016-0011.pdf>

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

Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Niñez (ISAAC): Fundamento y Métodos de la fase tres autor : ellwood p, asher mi, beasley r y colaborado restitulo original: [the international study of asthma and allergies in Childhood (ISAAC): Phase Three Rationale and Methods] 9(1):10-16, Ene 2005 Recuperado de:

<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/pediatweb416.htm>

Fabré OD, Caraballo PM, González SS, Cabezas GMJ, Arjona RR, Coutin MJ, Aguilar FL, Rodríguez VR. (2005). Factores psicológicos que contribuyen al asma en niños y adolescentes asmáticos y sus padres Revista Alergia México ; 52 (4). Recuperado de:

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=7062>

Fasciglione, M. P., & Castañeiras, C. E. (2010). El componente educativo en el abordaje integral del asma bronquial. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 36(2), 252-259. Recuperado de:

https://scholar.google.com.pe/scholar?q=El+componente+educativo+en+el+abordaje+integral+del+asma+bronquial&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Gaboli, Mirella, 2012, Asma en Pediatría, Gías Académicas, Universidad de Salamanca, España. Recuperado de:

<http://campus.usal.es/~ogyp/Clases%20teoricas%202012%202013/Respiratorio/Asma%20en%20Ped.pdf>

Global Institutive For Asthma (GINA), 2014, Guía de bolsillo para el Manejo y Prevención del Asma, Informe distribuido por Cheise, Recuperado de: http://farmacosalud.com/wp-content/uploads/2015/04/1-Gui%C3%ACas_GINA_2014.pdf

Gualán, J., & del Cisne, M. (2016). *Factor ambiental y su relación con enfermedades que presentan los niños del programa creciendo con nuestros hijos del Barrio Colinas Lojanas* (Bachelor's thesis). Recuperado de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/11376>

Hawes, G., & Corvalán, O. (2005). Construcción de un perfil profesional. Universidad de Talca, Chile. Proyecto Mecsup Talo101 Recuperado de:

http://www.iide.cl/medios/iide/publicaciones/revistas/Construccion_de_un_Perfil_Profesional.pdf

Herrera, A., León, A, Ubilla, C., Pérez, M. A., & Lozano, J. (2014). Utilidad de la educación en asma bronquial infantil: experiencia piloto. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 30(4), 197-202. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482014000400002&script=sci_arttext

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Hernando, B. M. (2016). Evaluación de una intervención educativa grupal de enfermería en niños con asma. Nure investigacion, vol13, n°81. Recuperado de:
[file:///C:/Users/USUARI/Downloads/734-1-3277-5-10-20160225%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USUARI/Downloads/734-1-3277-5-10-20160225%20(2).pdf)
- Hoyos, P. (2016). Prevalencia de crisis asmática en pacientes pediátricos de 5 a 14 años atendidos en la emergencia pediátrica de la Clínica Maison de Sante – Lima Enero a Noviembre 2015 .Perú. Recuperado de: V Hoyos Pastor - 2016 - cybertesis.unmsm.edu.pe
- Ildauro Aguirre sosa, Carlos carrasco Macedo, José castillo Vergara, Colegio Medico del Perú. (1997). Normas y recomendaciones para el manejo de Asma en Pediatría. Peru. Recuperado de: www.globalasthmanetwork.org/management/guides/peru/ASMA97C.doc
- Instituto Nacional de Estadística e informática. (2015) .Asma –INEI. Recuperado de:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../cap04.pd
- Instituto Nacional de Estadística e informática. (2012).Asma –INEI. Recuperado de:
http://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/boletin/epidemiologia/asis/ASIS_2012.pdf
- Korta Murua, J. y Lopez – Silvarrey, A. (2012). El Asma en la infancia y adolescencia . ESPAÑA.ed. Bilbao: Fundacion BBVA.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) Recuperado de:
<http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/el-asma-es-la-enfermedad-cronica-mas-frecuente-en-la-infancia-y-en-la-adolescencia>
- Leonardo Cabello, M. T., Oceja-Setien, E., García Higuera, L., Cabero, M. J., Pérez Belmonte, E., & Gómez-Acebo, I. (2013). Evaluación de los conocimientos paternos sobre asma con el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire. Pediatría Atención Primaria, 15(58), 117-126. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000200003>
- Limón, A. B., & Díaz, V. V. (2013). Guía para el tratamiento de la crisis asmática. Archivos de Medicina de Urgencia de México, 5(2). Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2013/aur132c.pdf>
- Loaiza Ordóñez, M. P. (2013). Necesidad de regular en el código de la niñez y adolescencia sanciones más duras para los padres, representantes legales y tutores que obligan a trabajar a sus

representados menores de edad. Ecuador (Tesis de licenciatura). Recuperado de:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16347/1/Tesis%20Lista%20Julio.pdf>

Martínez, C. R., & Sossa, M. P. (2010). Validación de un cuestionario de conocimientos acerca de asma. *Revista Colombiana de Neumología*, vol. 22. pág. 4. Recuperado de:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.scielo.org.co/pdf/rcneu/v16n3/v16n3a2.pdf>

Martínez, C., & Sossa, M. (2012). Factores asociados a consultas repetidas al servicio de urgencias por asma en pacientes pediátricos: implicaciones para un programa educativo. *Rev Col Neumo*, 16(4), 224-235. Recuperado de: <http://neumologia-pediatrica.com/documentospdf/Consultas%20repetidas%20a%20urgencias.pdf>

Martínez Marín, Andrés; Ríos Rosas, Francy, (2006), Los Conceptos de Conocimiento, Espistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado, Universidad de Oriente Venezuela, *Cinta Moebio* 25: 111-12. Recuperado de: <http://www.cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/25960/27273>

Melgar A. R., Alonso-Villalobos, V. S., Del Arco, M. M., & Cortina, A. R. (2005). Tabaquismo pasivo y asma infantil. *Bol Pediatr*, 45, 185-191. Recuperado de:
https://sccalp.org/documents/0000/1058/BolPediatr2005_45_185-191.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015) *Guía de Práctica Clínica sobre Asma Infantil*. España. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Ministerio de Salud (2014). “Guía de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales en la niña y el niño. Perú. Dirección general de salud de las personas.

Molina Alexandra, Aviles Liza (2012), *Teoría de la Diversidad y la Universalidad Enfermería Transcultural*, Dewey Univesity, Recinto de Hoto Rey, Puerto Rico. Recuperado de:
<https://prezi.com/u3ljjoyfnkt6/madeleine-leininger-teoria-de-la-diversidad-y-la-universalidad-enfermeria-transcultural/>

Moral, V. P. (2015). GEMA 4.0. Guía española para el manejo del asma. *Archivos de Bronconeumología*, 51, 2-54. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030028961532812X>

Moral, L., Torres-Borrego, J., Murua, J. K., Valverde-Molina, J., Belinchón, J. P., Praena-Crespo, M., ... & Rey, C. C. (2013, September). Asociación entre la exposición a paracetamol y el

- asma: estado de la cuestión y recomendaciones prácticas. In *Anales de Pediatría* (Vol. 79, No. 3, pp. 188-e1). Elsevier Doyma. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403313000039>
- Murua, J. K., Molina, J. V., Crespo, M. P., Mulet, J. F., Fernández-Oliva, C. R., Esteban, S. R., ... & Piñana, J. R. (2007, May). La educación terapéutica en el asma. In *Anales de Pediatría* (Vol. 66, No. 5, pp. 496-517). Elsevier Doyma. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403307704800>
- Nagusia, Eusko Jaularitzaren Argitalpen Servitzu (2015) *Guía de Práctica Clínica sobre Asma Infantil*. E Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Narcisa, J., H, C. (2013). Implementación del programa de capacitación a personas al cuidado de niños asmáticos para la prevención, manejo y cuidado de las crisis asmáticas en el hospital IESS Guaranda, en el periodo de enero a octubre 2013. Ecuador. (Tesis de grado) Universidad Nacional de Chimborazo. Recuperado de: dspace.unach.edu.ec/.../UNACH-EC-ME...013-0028.pdf.
- Navarrete, E , Sienna, J ,Pozo, C. (2016) *Asma en pediatría*. Servicio de Alergia e Inmunología. Vol. 59. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un164b.pdf>
- Navarro-Martínez, A. V. (2013). Efectos de un programa de actividad físico deportiva sobre la función pulmonar, composición corporal, condición física, salud y calidad de vida en niños asmáticos. Universidad de Jaen, facultad de humanidades y ciencias de la educación departamento de didáctica de la expresión musical plástica y corporal tesis doctoral Recuperado de <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/515/1/9788484397915.pdf>
- Neira Rodriguez, M. A. (2007). *Ambitos de la educación en el asma infantil* In: Sociedad Española de Neumología Pediátrica. IV Curso para Educadores en Asma: ponencias. Tenerife: Grupo de Asma y Educación de la Sociedad Española de Neumología, 65-9. Recuperado de:
http://www.neumoped.org/docs/ivcurso_educadoresasma2007.pdf
- Neumología Pediátrica, A. C. (2013). *Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico, atención integral y seguimiento de niños y niñas con diagnóstico de asma*. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social–Colciencias. Guía, (1). Recuperado de:
[.http://www.saludpereira.gov.co/attachments/article/327/GPC%20ASMA%20PARA%20PADRES%20Y%20CUIDADORES%20julio2013.pdf](http://www.saludpereira.gov.co/attachments/article/327/GPC%20ASMA%20PARA%20PADRES%20Y%20CUIDADORES%20julio2013.pdf)

- Nueva Reina Valera, 2000, Santa Biblia, Sociedad Bíblica Enmanuel, Buenos Aires, Argentina, Ediciones New Life.
- Núñez, M., & Mackenney, J. (2015). Asma y ejercicio: Revisión bibliográfica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 31(1), 27-36. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-73482015000100004&script=sci_arttext
- Ortiz, M., Cano, F., Lazcano, O., Romo, H., Escamilla, A. (2012). Factores de riesgo en niños asmáticos. Conocimiento que tienen sus padres sobre asma. *Acta Pediátrica de México*, volumen 33, n° 3, 126-132. Recuperado de:
www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2012/apm123e.pdf
- Osorio, Francisco, 2007, *Epistemología de las Ciencias Sociales. Breve Manual*, Chile, Ediciones UCSH. Recuperado de:
http://www.libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/269/submission/proof/files/assets/common/downloads_847a3ed6/Epistemolog.pdf
- Paredes Aguirre de Beltrán, Ángela, 2016, *Ética Cristiana para Enfermería*, Universidad Peruana Unión, Lima – Perú.
- Pediatrica, s. E. (2007). *IV curso para educadores del asma*. (D. J. Dr. J Figuerola Mulet, Performer) España.
- Peña Camarena Hugo, 2016, *Dosificación de Medicamentos en Pediatría*, 7ma edición, Perú, Editorial Carolina.
- Pérez Vega, M. V. (2014). *Educación para la salud: esencial para el control del niño asmático*. Recuperado de:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5226?locale-attribute=fr>
- Pérez Calleja, N. C., García La Rosa, A., & La Rosa González, I. (2009). Intervención educativa para elevar los conocimientos sobre asma bronquial en familiares de niños asmáticos policlínico norte de ciego de Ávila. *Mediciego*, 15(supl. 2). Recuperado de:
bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_supl2_09/articulos/a3_v15_supl209.htm
- Pérez Arreortúa Noe (2012), *La Importancia del Conocimiento*, nvinoticias.com. Recuperado de:
<http://old.nvinoticias.com/opini%C3%B3n/nacional/120742-la-importancia-del-conocimiento>
- Praena, M. y Sevilla, C. (2010). *Educación sanitaria del niño con asma y su familia*. III Foro de pediatría de atención primaria de extremadura. Recuperado de:
<http://www.spapex.es/3foro/pdf/tallerasma.pdf>

- Reyes Ruiz gallardo, Arturo Valdés Santiago castaño (2006) estrategias didácticas participativas en educación ambiental recuperado de [file:///C:/Users/Jose-pc/Downloads/Dialnet-EstrategiasDidacticasParticipativasEnEducacionAmbi-2280907%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jose-pc/Downloads/Dialnet-EstrategiasDidacticasParticipativasEnEducacionAmbi-2280907%20(1).pdf)
- Rice, F. P. (1997). Desarrollo humano: estudio del ciclo vital segunda edición. Editorial Pearson Educación. Prentice Hall capítulo I herencia influencias ambientales pag 91.
- Ríos Otálora, R. (2009). Correlación entre calidad de vida de niños con asma y conocimientos de los cuidadores sobre la enfermedad. Colombia. Colegio Mayor Nuestra Señora Del Rosario Facultad Medicina departamento de pediatría. Recuperado de:
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/1677/7712601.pdf>
- Rivera, C., & del Pilar, T. R. (2017). Asociación entre características clínico epidemiológicas del asma bronquial y la estancia hospitalaria en pacientes del servicio de Pediatría del Hospital Militar Central, Enero 2010 a Diciembre 2015. Recuperado por <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/1051>
- Roberto Reyner, Vindas Madelene, Smith Yamileth (2013), Diversidad y la Universalidad de los Cuidados, Universidad de Panamá CRUBO. Recuperado de:
<https://es.slideshare.net/Modelos09/diversidad-y-la-universalidad-de-los-cuidados-culturales-de-madeleine-leininger>
- Rodríguez, C. (2005). Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma entre padres o tutores de niños asmáticos.
- Rodríguez, J. C. F., & García, C. G. (2015). Presencia de factores psicológicos en pacientes con asma bronquial. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo ISSN: 2007-2619, (10). Recuperado de: <file:///C:/Users/USUARI/Downloads/282-1110-1-PB.pdf>
- Rodríguez Fernández-Oliva, C. M., & Moneo Hernández, I. (2015). Abordaje de la tos crónica en Atención Primaria a través de casos clínicos. Pediatría Atención Primaria, 17, 53-57. Recuperado de:
https://scholar.google.com.pe/scholar?q=abordaje+de+la+tos+cronica+en+atencion+primaria+a+travez+de+casos+clinicos&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- Rodríguez, A. B., Alonso, S. A., Rodríguez, L. P., Lozano, P. V., Jiménez, M. E., & López, S. Á. (2014). Enfermería y la adherencia al tratamiento en el asma. Revista de patología respiratoria, 17(3). Recuperado de:
http://www.revistadepatologiaspiratoria.org/descargas/pr_17-3_90-93.pd

- Román, J. (2011). Abordaje de la educación en pacientes con asma. II Jornadas profesionales sobre Asma y Educación, 8. Recuperado de:
<http://www.neumoped.org/docs/Educaasma8.pdf#page=6>
- Ruiz Mori Hernán Jorge (2007), Eficacia de la terapia de nebulización vs inhalación con Fenoterol en la crisis asmática moderada infantil, en el Hospital de Emergencias Pediátricas, Perú, tesis para optar el grado de Magister en Docencia e Investigación en Salud, Universidad Mayor de San Marcos, recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1067/1/Ruiz_mh.pdf
- Sarmiento, A. P. G., & Sandoval, J. O. J. (2014). Nivel de Información del Asma en Padres de preescolares con y sin asma, posterior a un folleto. Recuperado de:
<https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Alma.pdf>
- San Bartolomé, S. D. (2015). Guía de práctica clínica para la atención a pacientes con diagnóstico de asma bronquial. Lima: Hospital San Bartolomé.
- Sáez Sánchez, M. S. (2014). La educación sanitaria en el asma infantil. Recuperado de:
<https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/123108>
- Serrano Noguera, A., Sánchez Martínez, A., García Palacios, M., Abellán, M., & Arnau Sánchez, J. (2015). Eficacia de una intervención educativa en el manejo de dispositivos de inhalación. *Metas de Enfermería*, 18(5), 18-23. Recuperado de:
www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/807
- Solis Yanahara; Machaca Gonzalo; Vega-Briceño Luis; Cerdal Jaime (2009), Técnica Inhalatoria en Lactantes Hospitalizados, *Revista Chilena de Pediatría*, v-79, n.2, página 152-156.
Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000200004
- Tapia Morales, Carlos; Nájera Castellón, Rodrigo; Contreras, Edgar, 2015, Protocolo del Manejo del Paciente con Asma en la Emergencia, Asociación de Medicina Interna, Guatemala, C.A, Volumen 19, N°. 03, pág. 7-18. Recuperado de: <http://asomigua.org/wp-content/uploads/2015/11/revista-volumen-3-vol-19-no-3-final-para-publicacion.pdf>
- Universidad Peruana Unión, 2015, Diseño Curricular de la Carrera Profesional de Teología, Facultad de Teología, Ñaña – Perú. Recuperado de: <http://www.upeu.edu.pe/teologia/wp-content/uploads/sites/18/2016/09/Plan-Curricular-Facteo-2016.pdf>

- Veja, M. A., García, I. M., Andino, O. P. (2015). Intervención educativa para población infanto-juvenil asmática. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, volumen 38,(10) Recuperado de: revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/download/441/pdf_111
- Vergara, R. S. A., López, V. O., Monge, J. J. L. S., & Lezana, J. L. (2009). Diagnóstico y tratamiento de crisis asmática infantil en la Sala de Urgencias. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 68(S2), S134-S142. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2009/nts092h.pdf>
- Vega-Angarita, O. M., & Gonzalez-Escobar, D. S. (2016). Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y cuidado*, 4(1), 28-35. Recuperado de: <file:///C:/Users/USUARI/Downloads/919-1947-1-SM.pdf>
- White, Elena, 2009, *La Educación*, Copyright. Recuperado de: <http://www.youblisher.com/p/405364-La-Educacion-Elena-G-de-White>
- White, Elena, 1957, *La Conducción del Niño*, Asociación Publicadora Interamericana, Colombia. Recuperado de: https://adventistasrd.interamerica.org/uploaded_assets/5
- Zamora-Mendoza, B. N., Pierdant-Pérez, M., Jiménez-González, C. A., Mandeville, P. B., Rosales-Romo, J. A., & Sánchez-Aguilar, M. (2015). Eficacia de una intervención educativa en el control de asma infantil. *Salud pública de México*, 57(6), 483-484. Recuperado de: www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036.
- Zañudo, H., & Llova, G. (2015). Conocimientos sobre El Virus del Papiloma Humano en Mujeres de 15 a 35 años que acudieron al Centro de Salud Perú-Corea Pachacutec Ventanilla Callao, Mayo 2014. Peru (Tesis de licenciatura). Recuperado de: <http://repositorio.upsb.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/UPSB/90/HidalgoZa%C3%B1udoGiovanaLlova.pdf?sequence=3&isAllowed=y> citado

Apéndices

“Mis Pulmoncitos limpios”
Cartilla de Atención integral para manejo del
Asma, dirigida a los padres.



124

Apéndice A Cartilla informada

Programa Educativo

“Mis Pulmoncitos Limpios”



Cartilla de Atención Integral para manejo del Asma,
dirigida a los padres.

Lic. Yule Florián Plasencia.

Lic. Lita Maldonado Rojas.

Lic. Mery Mamani Gutiérrez.

Lic. Nélide Sánchez León.

HONADOMANI “San Bartolomé”

Servicio: Medicina Pediátrica



¿Qué es una cartilla de asma?

Es una guía que está desarrollada para padres y cuidadores de los niños que tengan o estén propensos a tener la enfermedad del asma. El objetivo es dar a conocer la manera de prevenir la enfermedad, tratamiento y los cuidados que deben tener con el niño enfermo. También le ayudará a entender los últimos resultados de investigación, para que los padres puedan manejar la condición de su hijo en el hogar. Esta cartilla ha sido elaborada por un equipo de enfermeras del servicio de Medicina Pediátrica del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

El contenido se basa en la práctica clínica “Asma Bronquial del Niño y la niña” emitida por el Ministerio Salud (MINSA), tomando como referencia para el diseño una cartilla desarrollada en base a un consenso realizados por expertos colombianos quienes utilizaron guías Británicas y Americanas para el manejo del asma.



CONTENIDO DE LA

PAG	TEMAS DESARROLLADOS
1	Cartilla de Asma
2	Contenido de la Cartilla
3	¿Qué es el asma? – Síntomas
4	¿Qué factores pueden desencadenar el asma en los niños y jóvenes?
5	¿Cómo se hace el diagnóstico del asma en niños y jóvenes?
6	Recomendaciones para hacer un mejor control
7	¿Cuál es el tratamiento para controlar el asma en el niño?
8	Inhaladores comunes
9	¿Qué debo saber acerca de los medicamentos que debe tomar mi hijo para el asma?
10	¿Cómo saber si aún queda medicamento dentro de un inhalador?
11	¿Cómo debe tomar sus medicamentos para el asma? Técnica inhalatoria
12	¿Cómo limpiar el aerocámaras?
13	¿Qué sucede durante una crisis de asma y cómo puede ser manejada?
14	Que puedo hacer para ayudar a controlar el asma de mi hijo?
15	Otras situaciones relacionadas con el desarrollo de asma en los niños
16	¿Cómo se maneja el asma en adolescentes?
17	Asma y actividad física.
18	Resumen del control del asma.
19	Formato: plan para manejo del asma.



¿Qué es el Asma?

Es una enfermedad que obstruye e inflama las vías respiratorias. En el pulmoncito del niño se produce tres procesos; inflamación, estrechez de la luz bronquial (broncoespasmo) y aumento de la producción de moco que obstruye el ingreso de aire a los pulmones, desencadenando episodios agudos y recurrente de crisis de asma bronquial.

Síntomas

Si su hijo tiene asma es posible que a veces tenga algunos de los siguientes síntomas:



- Sibilancias (un sonido ruidoso o silbido procedente del pecho del niño).
- Mucha tos (especialmente después del ejercicio o por la noche).
- Dificultad respiratoria, ahogo o fatiga al realizar actividades.
- Sensación de opresión en el pecho del niño.

Los síntomas del asma pueden aparecer y desaparecer. Usted puede encontrar que su hijo tiene síntomas en diferentes momentos del día o incluso diferentes momentos del año.



Como se hace el diagnóstico del asma en el niño

Puede ser difícil de diagnosticar, especialmente en niños pequeños. Es probable que su hijo no presente síntomas en el momento de la visita médica, pero pueden presentarlos en otras ocasiones (tos, sibilancias, dificultad respiratoria o dolor en el pecho), síntomas ante los que usted debe estar muy atento (o) para informarle al médico en la consulta. Allí el médico de su niño podría preguntarle:

- ¿Cuáles son los síntomas respiratorios que está teniendo su niño?
- ¿Con qué frecuencia y cuándo se presentan los síntomas?
- ¿Cuándo empeoran los síntomas? (Por la noche, temprano en la mañana o ambos)
- ¿Aparecen síntomas durante o después de hacer ejercicio o jugar?
- ¿Qué piensa que desencadena síntomas de asma en su hijo?



También el médico; realizará el examen físico escuchará el pecho del niño y podrá solicitar una prueba de función pulmonar (Espirometría), rayos X de pulmón, análisis de sangre, etc.

Además su médico le puede preguntar por alergias e historial de asma en la familia.



Recomendaciones para hacer un mejor control ambiental de los factores desencadenantes de asma

Para controlar la exposición al polvo



- Utilizar protectores de colchones.
- Eliminar las alfombras.
- Eliminar los juguetes de peluche de la cama de los niños.
- Lavar regularmente la ropa de cama con agua caliente.
- Lograr una buena ventilación con o sin deshumidificación.
- Barrer o aspirar cuando el niño no esté presente.
- Cambiar sábanas y cobijas frecuentemente.
- Usar trapo húmedo para limpiar los armarios.
- No acumular en la habitación objetos, juguetes o cajas que guarden polvo.

Para controlar la exposición a olores fuertes.



- Usar poca cantidad de sustancias con olores fuertes para el aseo de la casa.
- No dormir en la casa, cuando se hagan reparaciones o construcciones.
- Cerrar o tapar la basura. Sacarla continuamente.
- Ventilar la casa.
- Cerrar ventanas si hay fuentes de olores fuertes externos (carros, fábricas, industrias).
- No aplicarse directo el perfume.

Para controlar la exposición al humo.



- No fumar o no exponerse a ambientes con humo de cigarrillo.
- Alejarse de lugares que tengan humo.
- Ventilar la vivienda.
- Usar pañuelo en lugares en los que haya humo.
- No prender inciensos dentro de la casa.
- Protegerse ante la presencia de humo de vehículos o de construcciones y fábricas en

Para controlar otros factores ambientales

- Dejar las mascotas fuera de la habitación.
- Lavar las manos con frecuencia.
- Usar bufanda o pañuelo en los cambios de clima o en el frío de la mañana y de la noche.
- No oler flores o plantas con polen.
- No usar ropa húmeda.
- No dormir en habitaciones húmedas.
- Reducir la exposición a alérgenos intra y extra-domiciliarios a los cuales el niño



¿Cuál es el tratamiento para controlar el asma en el niño?

Clases de inhaladores y recomendaciones para su uso

El niño que presenta crisis de asma desencadenado por factores alérgenos dentro y fuera de su cuerpo no puede respirar adecuadamente, porque los bronquios que se encuentran en sus pulmoncitos se inflaman, luego se cierran, limitando el flujo de aire; hay presencia de moco y muchas veces le es difícil eliminarlo, siendo necesario, recibir tratamiento de medicamentos, nebulizaciones y/o inhaladores.

Inhaladores: son dispositivos que contienen medicamento que van directamente a los bronquios facilitando la dilatación y el pase del aire a los pulmones (apertura de la luz bronquial); los cuales son fáciles de usar, prácticos, económicos y portátiles.





INHALADORES (MÁS COMUNES)



SALBUTAMOL

Actúa rápidamente dilatando los bronquios. se puede usar en nebulización o inhalación. El inhalador debe usarlo cuando su hijo sienta los síntomas de asma en casa.



BROMURO DE IPATROPIO

Utilizado juntamente con el salbutamol mejora la función pulmonar. Se usa generalmente en niños hospitalizados cuando el salbutamol no ha logrado controlar la crisis de asma.



BUDESONIDA



FLUTICASONA



BECLOMETASONA



Se le conocen como inhaladores preventivos o de mantenimiento, es decir ayuda a mantener las vías respiratorias desinflamadas y previene la producción de moco. Pertenecen al grupo de Corticosteroides y se usan por periodos largos de tiempo en niños asmáticos y es indicado por el médico.

¿Qué debo saber acerca de los medicamentos que debe tomar mi hijo para el asma?

Es importante que el niño tome los medicamentos sugeridos por el médico y siga su plan de tratamiento y que también incluya cuidados ambientales. Cuando se administran por primera vez los inhaladores, su médico o enfermera deben enseñarle a usted y su hijo (si está en capacidad de comprender), a usarlos.

A continuación, debe comprobar regularmente si su hijo los está tomando para asegurarse de que lo está haciendo correctamente. Puede ver video o demostración de cómo utilizar un inhalador y el espaciador en un sitio o web adecuado y confiable.

¿Cuáles son los efectos secundarios de los medicamentos para el asma de mi hijo?

Los inhaladores tienen muy pocos efectos secundarios en los niños, sin embargo, ocasionalmente y en algunos niños pueden aumentar temporalmente los latidos del corazón de su hijo o presentar temblores leves. Estos efectos son más comunes si su niño está usando una dosis alta del medicamento, desaparecen después de unos minutos o unas pocas horas. La posibilidad de que su hijo tenga efectos secundarios de tomar su medicamento preventivo es bajo, pero existe un pequeño riesgo de efectos secundarios que incluyen: dolor en la lengua o en la garganta, voz ronca, placas blanquecinas en la boca (candidiasis oral).

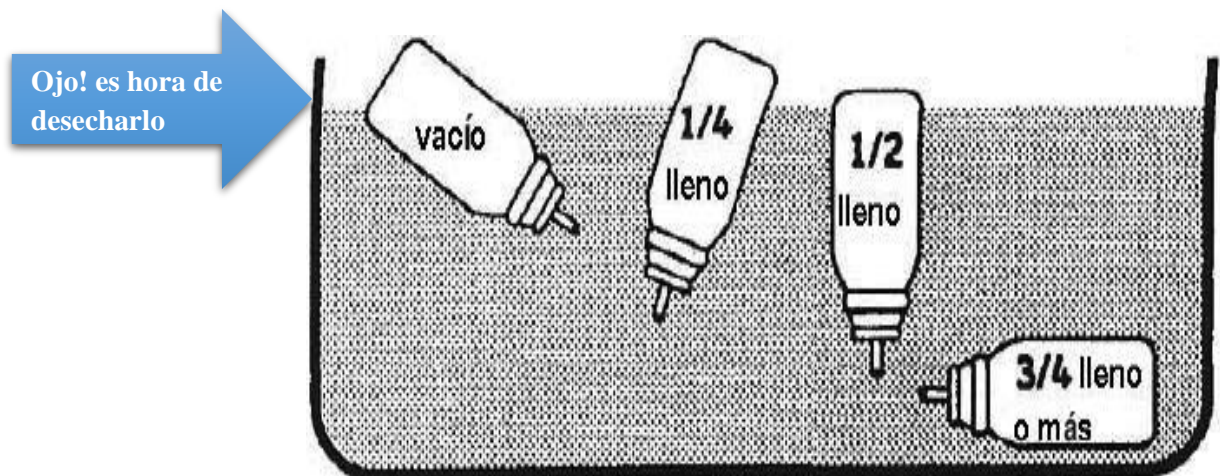
Para un pequeño número de los niños, las dosis altas de esteroides inhalados puede estar relacionado con efectos secundarios tales como problemas en el crecimiento. A pesar de estos efectos secundarios que son raros, la talla de su hijo y el peso deben ser evaluados cada año por su médico. Si su hijo utiliza altas dosis de inhalador preventivo, su médico debería derivarlo al hospital para ser evaluado por un especialista. Aunque hay efectos secundarios asociados al uso de estos medicamentos de uso prolongado, estos se ven compensados por los beneficios de buen control del asma.



¿Cómo saber si aún queda medicamento dentro de un inhalador?

La cantidad de medicamento en el inhalador puede verificarse de la siguiente manera: Agitar el inhalador permitirá saber si queda algo de medicamento.

Otras alternativas: retirar el aerosol del adaptador bucal y ponerlo en un recipiente con agua. El contenido del aerosol puede estimarse observando su posición en el agua (ver Figura).





¿Cómo debe tomar sus medicamentos para el asma? Técnica inhalatoria

En niños menores de 7 años, se recomienda usar **aerocámara**, que son recipientes de plástico con una boquilla o una máscara en un extremo y un agujero para el inhalador, que aseguran el depósito del medicamento en los bronquios. Los adolescentes pueden usarlo disparando directo en la boca.

Pasos para una correcta técnica inhalatoria.

CON INHALOCAMARA



Destapar



Mezclar y ubicar el
inhalador en la inhalocámara



Soplar



Hacer un disparo o puff y
aspirar lento y profundo



Aguantar el aire 10 segundos

Enjuagar la boca con agua

SIN INHALOCAMARA



Destapar



Mezclar



Soplar



Hacer un disparo o
puff y aspirar lento y
profundo.



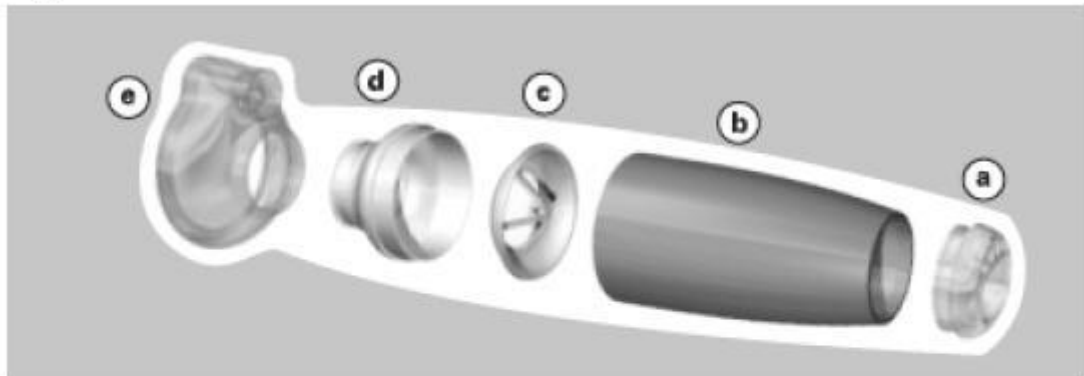
Aguantar el aire 10
segundos

Enjuagar la boca con
agua



¿Cómo limpiar la Aero cámara o los espaciadores
que usan con los inhaladores?

Figura 1



- a. Tapa + silbato
- b. Cuerpo
- c. Portaválvula + válvula
- d. Portamáscara
- e. Máscara pediátrica

- Diluir jabón de polvo en agua.
- Desarmar la cámara y dejar las partes en el agua con jabón (20min).
- Lavar con abundante agua.
- Dejar secar al aire.
- No usar trapo, ni toallas para secarla.
- Lavar una vez a la semana.
- Dejarla en un sitio fresco y limpio.



¿Qué sucede durante una crisis de asma y cómo puede ser manejada?

Una crisis de asma ocurre cuando las vías respiratorias de su niño se inflaman y los músculos que las rodean se vuelven muy apretadas, lo que hace más difícil que pueda respirar. El niño empezará a manifestar tos seguida, sonidos o silbidos en el pecho y agitación.

Si su hijo empieza una crisis usted debe seguir este esquema de crisis:

1. Hacer dos inhalaciones de su inhalador de alivio inmediato. (Salbutamol).
2. Sentar al niño y tratar de hacer respiraciones lentas y constantes.
3. Si no mejora, su hijo debe seguir tomando dos inhalaciones de Salbutamol cada 10 minutos durante 1 hora. Se le conoce como terapia de rescate.
4. Si no se siente mejor después de tomar el inhalador como se describió anteriormente, diríjase al servicio de urgencias más cercano.
5. Si su asma mejora y ya no es necesario ir a urgencias, consulte pronto con su médico (pida una cita prioritaria).

Revise el plan de auto manejo del asma de su hijo y haga los ajustes necesarios, revise los consejos sobre cuidados ante





¿Qué puede hacer para ayudar a controlar el asma de su hijo?

Estas son algunas sugerencias para que usted y su hijo puedan controlar el asma.

Aprenda sobre el asma. Solicite toda la información que usted necesita. Debe preguntar si tiene alguna preocupación.

Asegúrese de que su hijo tome sus medicamentos para el asma cuando y como se debe y no automedicarlo.

Use información clara y sencilla con el niño, para que aprenda. Muestre imágenes, haga la técnica inhalatoria delante de su hijo.

Asegúrese de que se mantenga alejado del humo del cigarrillo, olores fuertes y protéjalo ante cambio fuertes de temperatura.

CONTROL DEL ASMA

Si el asma de su hijo está bien controlada, él puede y debe participar en actividades escolares, tareas del hogar y demás actividades cotidianas

Lleve al niño a los controles medico de forma regular o periódica y participe en el club de niños con asma.

Tome medidas de higiene frente a alérgenos externos (ácaros, polvo, caspa de los animales, etc.

Acuda al centro de salud con su niño para que reciba las vacunas de acuerdo al calendario.



Otras situaciones relacionadas con el desarrollo de asma en los niños

Lactancia materna

Todas las mujeres son alentadas a amamantar a sus bebés con leche materna, puede reducir la posibilidad de desarrollar asma infantil. Recuerde que la lactancia materna es exclusiva hasta los primeros seis meses de vida y luego ofrezca alimentos saludables. Siga dándole el pecho hasta los dos años.

Vestimenta adecuada

De acuerdo a la estación, contar con mudas de prendas que debe tener el niño(a) durante viajes cortos y largos.

Dieta

No hay evidencia suficiente para sugerir que evitar ciertos alimentos o el uso de suplementos dietéticos durante el embarazo puede prevenir el asma infantil en desarrollo.

Vacunación

Su hijo debe recibir las vacunas habituales para su edad. No hay evidencia de que el tener estas vacunas aumenta el riesgo del asma infantil en desarrollo. Es importante que su hijo reciba las vacunas necesarias para ayudar a protegerlo contra las



¿Cómo se maneja el asma en los jóvenes?

Los jóvenes con asma, pasan por situaciones que requieren especial atención. Por su condición de adolescentes, están sufriendo cambios corporales, inmersión en nuevos grupos y modalidades de comportamiento, asumen mayores responsabilidades y pasan más tiempo solo en ambientes sociales. Sin embargo, por su condición de salud deben tener pleno conocimiento de lo que es el asma, identificar claramente sus síntomas y los factores desencadenantes.



Uno de los cuidados que más recomienda es que **NO FUME**, ya que el humo del cigarrillo puede desencadenar una crisis de asma y debe cuidarse de ambientes en los que esté presente el cigarrillo.



El plan escrito de automanejo del asma, debe ser acordado entre el joven y su médico, lo cual le permitirá asumir el control del asma mediante la adopción de comportamientos responsables.



El joven debe usar sus inhaladores, a tiempo y de forma correcta. Para usar bien los inhaladores, necesita:

- Recordar y seguir los horarios y dosis, recomendados.
- Saber para qué sirve cada inhalador.
- Aspirar fuerte y profundo en cada puff.

El médico y/o enfermera le enseñará a usar el inhalador y verificar que lo está utilizando.



A algunas personas se inclinan por usar la medicina naturista o complementaria como una forma de tratar las condiciones médicas como el asma. Nunca se debe reemplazar los tratamientos médicos por estos porque no hay evidencia suficiente de sus beneficios y su uso indebido puede ocasionar crisis de asma. Consúltelo con su médico.



El plan de automanejo del asma a cargo del médico y/o enfermera es individualizado y las indicaciones le entregara en forma escrita, debe asesorarlo para hacer frente a los sentimientos y enseñarle de acuerdo a sus expectativas y necesidades.



¿El tener el asma afecta la elección de una carrera? El médico debe discutir las opciones futuras de carrera con el joven y él le dirá qué puestos de trabajo podría aumentar el riesgo de síntomas de asma relacionados con el trabajo, que es causada por sustancias como el polvo de madera, el polvo de la harina y los cereales, el látex y el polvo de insectos y animales, carpintería, pintura en aerosol, el trabajo de laboratorio, entre otros. Pero si el asma está bien controlada no debe tener miedo, podrá participar en múltiples actividades y no tendrá problemas en el desarrollo de su vida profesional y



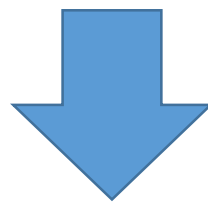
Asma y actividad física

Si el asma de su hijo está bien controlada, él puede y debe participar en actividades escolares, tareas del hogar y demás actividades cotidianas.



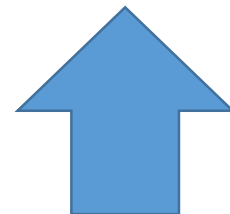
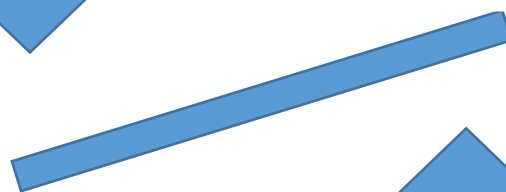
Recomendaciones para hacer ejercicio si su hijo tiene asma

- ✓ Usar inhalador de rescate (Salbutamol) antes del ejercicio (Si requiere)
- ✓ Hacer calentamientos previos.
- ✓ Hacer ejercicio progresivo tener una buena hidratación.
- ✓ Hacer estiramientos al terminar el ejercicio.
- ✓ Suspender actividad en caso de presentar síntomas.
- ✓ Cambios de prendas húmedas después de una intensa jornada de deporte.



Asma controlada
(sin síntomas)
SÍ EJERCICIO

Asma NO controlada
(con síntomas)
NO EJERCICIO





Resumen: Cómo se puede controlar el asma?

1

Usando unos medicamentos especiales que van directo a los bronquios de su hijo.



Cuidando a su hijo de algunas sustancias del ambiente que le producen síntomas.

2

3

Visitando al doctor con frecuencia para que él; revise a su hijo y le diga cómo debe cuidarlo.



¿Ha aprendido cosas sobre asma?
SI___ NO___

Aprendiendo sobre asma, los cuidados, los medicamentos, las recomendaciones y las actividades que puede hacer su hijo.

4

5

Cuando haya mejorado del asma, participando en diferentes actividades, como todos los niños de su edad. Jugando, estudiando y siendo feliz con su familia.



Tener un plan para no enfermarse de asma?
SI___ NO___

Teniendo un plan para manejar el asma en casa, donde estén escritos los cuidados que debe tener su hijo, el horario de los medicamentos y el esquema si le da una crisis.

6



Formato
Plan de manejo para el asma

1. Mis datos:

Nombre: _____
Edad _____ años. Tipo de asma: _____



2. Medicamentos que usas:

Medicamento	Color	Horas de uso	Número de puff	Cuando lo uso
Beclometasona	Rojo	7 am y 7 pm	2 cada vez	Todos los días

3. Cosas del ambiente que te hacen daño: dibuja en los recuadros cosas que te hacen daño y tengas crisis de asma.

--	--	--	--	--

¡¡¡Debe evitar estar en contacto con estas sustancias!!!

4. ¿Cómo debes de cuidarte en casa?

5. ¿Cómo debes de cuidarte en el colegio?

Recuerda que un plan de automanejo para el asma debe tenerse en cuenta todos los días y debe cumplirse siempre. Tus profesores deben conocerlo.



Esta cartilla está dedicada a cada una de las familias de niños y jóvenes con asma de nuestro país, que luchan día a día por alcanzar el control del asma de sus hijos y por mejorar así la calidad de vida de los mismos.

Con este material sencillo y práctico, ponemos a su disposición las orientaciones, cuidados y recomendaciones más adecuadas, según la evidencia médica actual, para llevar adelante el tratamiento del asma.

Esperamos que sea aplicado y aprovechado en los hogares, centros de salud y hospitales, para prevenir que los niños se enfermen con crisis de Asma y lleguen a la hospitalización.

Apéndice B. Consentimiento informado

Título del proyecto:

Efectividad del programa “Mis pulmoncitos limpios” en el conocimiento del asma en padres de niños hospitalizados del servicio de Medicina Pediátrica del HONADOMANI “San Bartolomé” Junio a Diciembre 2016

Estimado Sr.(a):

El presente cuestionario es parte de un estudio de investigación, a través del cual se pretende recolectar información confiable y precisa sobre “En el conocimiento del asma en padres de niños Hospitalizados”

Toda información que usted brinde será recolectada y procesada en forma anónima, lo cual será utilizada de manera confidencial por el equipo de investigación responsables del proyecto.

En ningún momento se difundirá la información individual; si tiene alguna duda puede solicitar su aclaración, su aporte es muy valioso. Le agradecemos nos brinde información verdadera.

Muchas gracias.

Cuento con su participación: SI () NO ()

Nombre de los investigadores:

Lidia Yule Florian Placencia

Mery Yaneth Mamani Gutiérrez

Lita Eufemia Maldonado Rojas

Nélida Sánchez León

Fecha: 06/05/17

hora de inicio: 3:00pm

Apéndice C. Cuestionario

Conocimiento de asma en padres de niños hospitalizados

Buenos días, Somos enfermeras del servicio de Pediatría, estamos realizando una encuesta con el objetivo de medir los conocimientos sobre el Asma en padres de niño hospitalizados, con la finalidad de implementar un programa educativo que beneficiará en la prevención de la enfermedad.

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:

A continuación se aplicara una encuesta que contiene una serie de preguntas relacionados con la enfermedad del Asma. Llene los datos solicitados correctamente y marque con un (X) la respuesta correcta.

Muchas gracias

ENCUESTA SOBRE LAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION INVESTIGADA

Datos del cuidador:

<p>Nombre:</p> <hr/> <p>EDAD:</p> <p>a) 15 – 25 años</p> <p>b) 26 – 35 años</p> <p>c) 36 – 45 años</p> <p>d) 46 – 55 años</p> <p>e) > 55 años</p>	<p>ESTUDIOS:</p> <p>a. Primarios</p> <p>b. Secundarios</p> <p>c. Superior.</p> <p>SEXO:</p> <p>a) Masculino</p> <p>b) Femenino</p>
--	---

Datos del niño asmático:

<p>EDAD:</p> <p>a) 2 – 4 años</p> <p>b) 5 – 10 años</p> <p>c) 11 – 18 años</p>	<p>SEXO:</p> <p>a) Masculino</p> <p>b) Femenino</p>
---	--

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE ASMA PARA CUIDADORES

Las afirmaciones que va a leer son opiniones con las que algunas personas están de acuerdo y otras en desacuerdo. Por favor señale que tan acuerdo o desacuerdo está usted con cada una de estas opiniones

1. Los inhaladores pueden producir dependencia o adicción.

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

2. Los inhaladores pueden afectar o dañar el corazón.

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

3. Es perjudicial aplicarle los inhaladores mucho tiempo a los niños.

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

4. Después de que a un niño(a) le da una crisis de asma hay que suspenderle los inhaladores y los medicamentos cuando le pase la tos.

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

5. Los niños que sufren de asma deben usar medicamentos para el tratamiento del asma sólo cuando tengan síntomas (tos, congestión o sonido de pecho).

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

6. Es mejor usar los inhaladores directamente, sin aerocámaras, para que el medicamento llegue más directamente a los pulmones.

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

7. La principal causa del asma es la inflamación de las vías respiratorias.

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

8. Es recomendable pedir le al médico una excusa para que los niños con asma no hagan ejercicio o Educación física.

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

9. Los niños que sufren de asma no deberían practicar deportes en los cuales tengan que correr mucho.

- a. Muy de acuerdo

- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

10. Cuando un niño tiene una crisis de asma es mejor ir a urgencias aunque los síntomas sean leves.

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

11. Las crisis de asma se pueden evitar si se toman medicamentos en los momentos en que no hay síntomas (entre crisis).

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

12. Las gripas son los principales causantes o desencadenantes de crisis de asma.

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

13. Es recomendable no fumar ni dejar que nadie fume cerca de los niños con asma.

- a. Muy de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. En desacuerdo

e. Muy en desacuerdo
14. Si los padres de los niños con asma fuman fuera de la casa, esto NO afecta al niño. a. Muy de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo d. En desacuerdo e. Muy en desacuerdo
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. a. Muy de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo d. En desacuerdo e. Muy en desacuerdo
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. a. Muy de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo d. En desacuerdo e. Muy en desacuerdo
17. Algunos medicamentos para el tratamiento del asma no funcionan a menos que se administren todos los días. a. Muy de acuerdo b. De acuerdo c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo d. En desacuerdo e. Muy en desacuerdo

Apéndice D. Carta de autorización

Lima, 05 de enero del 2017

Dra. Miriam Ortiz Espinoza

Jefa del Departamento de Enfermería del HONADOMANI – San Bartolomé.

Presente:

Apreciada Doctora:

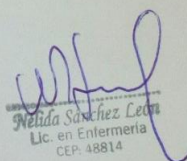
Es grato dirigirme a Ud. Para saludarla cordialmente deseando bendiciones de Dios en su importante labor que viene realizando.

Por intermedio de la presente debo mencionarle que soy estudiante de la Especialidad de Pediatría de la Universidad Peruana Unión y como requisito para optar el grado de especialista es la presentación de un trabajo de investigación.

El proyecto de tesis lleva por título Efectividad del programa Educativo “Mis pulmoncitos limpios” en el conocimiento del Asma en padres de niños hospitalizados en el servicio de Medicina Pediátrica HONADOMANI San Bartolomé, marzo 2016- abril 2017, por lo que solicito su autorización para poder aplicar el instrumento en el mencionado servicio, el cual ayudará a recopilar información para el cumplimiento de los adjetivos de la tesis.

Agradezco anticipadamente su apoyo, que contribuirá a mejorar la atención que se brinda al usuario y su familia acompañante.

Atentamente


Nelida Sánchez León
Lic. en Enfermería
CEP: 48814

