



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE
RIESGO DEL ASMA BRONQUIAL DE LAS MADRES CON
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL
HOSPITAL JORGE REATEGUI – SETIEMBRE - OCTUBRE 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

ISOLINA JUDIT, ALVAREZ GARRIDO

PIURA - PERÚ

2016

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL ASMA BRONQUIAL DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL JORGE REATEGUI - SETIEMBRE - OCTUBRE 2015”

DEDICATORIA

A Dios, Por haberme permitido lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis familia por su apoyo a lo largo de este tiempo, por su comprensión, tolerancia y porque creyeron en mis capacidades.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas con su Escuela Profesional de Enfermería, donde encontré muy buenos profesionales para mi formación

Gracias a todas las personas que ayudaron en la realización de esta investigación.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue Determinar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el hospital Jorge Reátegui- Setiembre-Octubre 2015. Fue un estudio de tipo no experimental de nivel descriptivo y de corte transversal. Tenía como muestra a 35 madres de niños menores de 5 años hospitalizados por asma bronquial. Entre sus principales conclusiones están: La población estudiada, según su edad se encuentra en promedio en la etapa de adulta joven y con un nivel de instrucción de secundaria completa y muy pocas de ellas tiene instrucción superior. El 51%(18) madres tienen un nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del asma bronquial de nivel medio, seguido del nivel bajo y un mínimo porcentaje tienen un nivel alto.

El conocimiento sobre los factores de riesgo desencadenantes del asma bronquial es de nivel medio en el 54%(19) de las madres el 26% (9) tienen un nivel bajo y un 20%(7) tienen un nivel alto. El conocimiento sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico sobre el asma bronquial es de nivel medio en más del 50% de las madres y un mínimo porcentaje tienen un nivel alto.

Palabras Claves: Asma bronquial, factores desencadenantes

ABSTRAC

The aim of the research was to determine the level of knowledge about the risk factors of bronchial asthma of mothers with children under 5 hospitalized in the hospital Jorge Reategui September-October 2015. Fue a study of non-experimental descriptive level and cross section. He had as sample 35 mothers of children under 5 hospitalized for asthma. Among its main conclusions they are: The study population by age is on average young adult stage and with a level of complete secondary education and very few of them have instruction superior. El 51% (18) have mothers level of knowledge about the risk factors of bronchial asthma mid-level, followed by the low level and a small percentage have a high level.

Knowledge about risk factors of bronchial asthma triggers is average at 54% (19) of mothers 26% (9) have a low level and 20% (7) have a high level. Knowledge of the pharmacological and non-pharmacological treatment of bronchial asthma is medium level of more than 50% of mothers and a fraction having a high level.

Key words: bronchial asthma, triggers

INDICE

	Pág.
CARATULA	
TITULO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
INDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	7
1.2.2. Problemas Específicos	7
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos	8
1.4. Justificación del estudio	8
1.5. Limitaciones de la investigación	10
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	11
2.2. Base teórica	19
2.3. Definición de términos	55
2.4. Variables	57
2.4.1. Definición conceptual de la variable	57
2.4.2. Definición operacional de la variable	57
2.4.3. Operacionalización de la variable	58

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	61
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	61
3.3. Población y muestra	62
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	62
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	63
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	64
3.7. Consideraciones éticas	65
CAPITULO IV: RESULTADOS	67
CAPITULO V: DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

Existen factores negativos que producen contaminación ambiental en este ámbito se ubican algunas enfermedades como las que afectan las vías respiratorias, las cuales constituyen una de las primeras causas de consulta en la actualidad. Dentro de este grupo cabe destacar el asma bronquial, que es una enfermedad respiratoria crónica infantil más común, los ataques ocurren cuando algo irrita los pulmones y desencadena una reacción asmática. Muchas cosas pueden desencadenar o provocar el asma, los irritantes, tales como el humo de cigarrillos, fragancias, vahos, y vapores provenientes de la pintura y de la gasolina, también pueden desencadenar ataques de asma. La exposición a dichos irritantes puede estimular a los receptores en las vías respiratorias. Los receptores envían señales a las vías circundantes a contraerse lo cual puede ocasionar un ataque de asma.

El asma sería por tanto una combinación de herencia, inflamación, fenómenos alérgicos, hiperactividad bronquial y síntomas; en diferentes proporciones según cada caso. El tipo de asma más frecuente es el asma extrínseca (agentes causales externos como los alergenos); pero algunos niños presentan asma intrínseca (sin evidencia de desencadenantes).

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de

recolección y procesamiento de datos. Luego los aspectos administrativos en el cual se aprecia el Presupuesto de la investigación y el cronograma de actividades terminando con la presentación de la referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades respiratorias constituyen el principal impacto en las estadísticas de la morbilidad o mortalidad. Según la Iniciativa Global para el Asma, GINA (2007) reseña que “más de 300 millones de personas en todo el mundo sufre de asma, la enfermedad crónica más común entre los niños”⁽¹⁾. Los padecimientos crónicos de las vías aéreas a nivel mundial se están incrementando, por ello se ha planteado la necesidad de un mayor énfasis en la prevención de ésta enfermedad, que por ser un padecimiento crónico afecta la calidad de vida y el desempeño educativo, social y laboral del niño.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2009) sostiene que "la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso"⁽²⁾. Es decir que la comunidad tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud de los niños asmáticos, para ayudarlo a manejar la enfermedad y a mejorar su calidad de vida relacionada con

la salud, para que el niño pueda llevar el tipo de vida que él y su familia deseen con las menores limitaciones posibles.

En América Latina la prevalencia del asma en niños va en aumento. En general se observa la más alta incidencia, es decir 10 de cada 100 niños tienen asma". A pesar de que es difícil de obtener datos fiables, diferentes estudios han demostrado que la enfermedad del asma está aumentando en todo el mundo, además de que varía mucho de un país a otro. En los últimos veinte años se ha registrado un aumento en su incidencia debido en parte el estilo de vida actual, la mayor contaminación, la menor vegetación y arboleda y las consecuencias de esta, y en parte al aumento de la población mundial. ⁽³⁾

El asma es una enfermedad muy frecuente, que puede afectar a individuos de cualquier edad, raza y área geográfica, aunque es mayor en los países más desarrollados. En España su recurrencia se sitúa en torno al 5% de la población adulta y hasta en un 10 % de los niños, tendiendo a incrementarse en los últimos 20 años en ambos grupos de población

En los últimos tiempos, el asma se ha vuelto una de las enfermedades que está prevaleciendo sobre otras; en especial porque ataca a los niños más pequeños, esta enfermedad se ha definido como un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas en el que intervienen múltiples células, (mastocitos, eosinófilos, linfocitos T, neutrófilos y células epiteliales). El mecanismo por el que se origina la inflamación, aproximadamente en el 80% de los casos, es alérgico. Esta inflamación causa episodios recurrentes de sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos (especialmente por la noche y/o primeras horas de la madrugada). Revista Pediatría (2005)

En el mundo, los países en los que existen más casos de pacientes asmáticos son Gran Bretaña, Australia y Canadá; y que el Perú ocupa el sexto lugar. ⁽⁴⁾.

Los demás países de la región en los que se registra la mayor cantidad de niños con asma son Brasil, Argentina, México y Chile. En comparación con otros países de América Latina, el Perú ocupa el primer lugar en cuanto a prevalencia de asmáticos. "Esto puede deberse a la diferencia que existe en cuanto a clima y contaminación entre nuestro país y los demás países de América Latina". Viviana Lezana, (2009)

La incidencia del asma en nuestro país es 15-20%, existiendo 265 mil niños menores de cinco años con asma, siendo de los cuales la gran mayoría se concentra en Lima. Además, la mayor cantidad de atenciones de pacientes asmáticos se da entre los meses de mayo y agosto, debido al característico clima húmedo de la ciudad.

Los departamentos del interior del país con mayor prevalencia de niños con asma son Lambayeque, La Libertad y El Callao.

En la edad infantil es más frecuente esta enfermedad en los varones que en las mujeres, aunque con los años se va igualando progresivamente para pasar a ser más frecuente en las mujeres, a partir de la cuarta década de la vida.

El árbol respiratorio comienza por la tráquea que se divide originando los bronquios principales, estos a su vez se ramifican en bronquios secundarios y bronquiolos. Los bronquios transportan el aire desde la tráquea hasta los alvéolos pulmonares. Ante determinados estímulos, las vías respiratorias se contraen y provocan con frecuencia disnea, especialmente por la noche y en las primeras horas de la mañana. Si el asma no se trata o no se trata de forma adecuada, la capacidad de funcionamiento de los pulmones será cada vez peor, ya que las vías

respiratorias pueden estrecharse de forma permanente, señala asimismo a los factores de riesgo “como aquellos que alteran el normal funcionamiento del individuo desde el punto de vista biopsicosocial” (4) Por su lado la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (1998), “agrupa a estos factores de la siguiente manera: nutricionales, socioeconómicas, emocionales, genéticos y neuroendocrinos”

En los niños menores de 5 años, los virus son los principales inductores de hiperactividad bronquial y, para muchos expertos, la existencia de dos episodios de sibilancias asociados a infección respiratoria se considera ya diagnóstico de asma bronquial. Sin embargo, en los niños escolares, aunque los virus pueden comportarse como desencadenantes de una crisis de asma, una base alérgica demostrada es la responsable de la inflamación de la vía aérea y, en consecuencia, del asma en más del 80% de los casos

Se consideran siete factores para abarcar las causas premonitorias del episodio agudo: Las infecciones virales en todas las edades son el estímulo más frecuente. El ejercicio es uno de los desencadenantes de las crisis agudas. En estos casos se comprometen la hiperventilación, la temperatura, el contenido de agua del aire inspirado y la severidad de la obstrucción bronquial. Los alérgenos en el aire inspirado como plumas, caspa de animales, ácaros, mohos y otro. Dentro de los fármacos implicados como desencadenantes de episodios agudos están la aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos y los betabloqueadores.

Los colorantes y las conservas alimenticias producen reacciones cruzadas con otras sustancias como ensaladas, frutas frescas, papas, mariscos y vino. Los factores ambientales que la provocan son el ozono, el dióxido de nitrógeno y el azufre. Los factores laborales incluyen las sales metálicas, polvos de madera y vegetales, productos industriales

y plásticos, detergentes, productos de origen animal o de insectos. Tensión emocional.⁵

En este año la región Piura informó 9831 casos de esta enfermedad, ocupando el 9º a nivel de Perú lugar respectivamente, el comportamiento epidemiológico y de morbilidad respecto al asma es 2.6% incluidas a otras enfermedades de las vías respiratorias. Unidad de investigación (2013).

El asma bronquial constituye un problema de salud en el país, por lo que resulta de gran interés conocer la posible influencia de la exposición prolongada a concentraciones moderadas de contaminantes del aire así como también aspectos psicológicos que realizan presión sobre el niño desencadenando una crisis asmática.

En el Hospital Jorge Reátegui, existe una alta demanda de atenciones en el servicio de pediatría por enfermedades respiratorias; en niños menores de 5 años la demanda de este servicio ha llegado a un 60% de atención por consulta de las vías respiratorias y de este grupo el 49 % es asma bronquial infantil. Al interactuar con las madres de familia manifiestan ; que la enfermedad de sus niños se debe al clima de la ciudad, al polvo de las obras que se realiza en Piura, también piensan que el estrés puede ser una de las causas que influya en la enfermedad de su niño que tiene diagnóstico confirmado; entre otros factores que perciben pueden estar causando la enfermedad.

Al no haberse realizado en este ámbito ningún estudio que permita identificar el nivel de conocimiento que influyen en el asma bronquial en niños menores de 5 años surge la motivación para realizar este trabajo que está relacionado con la repercusión social del asma en los niños debido a que los cuadros paroxísticos que repiten de manera imprevista y producen diferentes causas de invalidez transitoria, que representa

una pérdida en valores de producción por ausencias reiteradas a las instituciones educativas.

Es preciso por tanto, valorar la magnitud de los factores asociados a dicha enfermedad y la importancia que resulta que las madres de estos niños que sufren de asma bronquial, tengan el conocimiento de esta enfermedad específicamente sobre los factores desencadenantes y el tratamiento farmacológico, que les permita afrontar sin dificultad esta enfermedad.

Considera que esta investigación sentará las bases para identificar cuanto saben las madres respecto a los factores de riesgo tales como los psicológicos y ambientales y en base a ello elaborar estrategias educativas para que mejoren su conocimiento respecto a la prevención y control del asma, y por lo tanto mejorar la calidad de vida del niño afectado por esta enfermedad.

Es importante resaltar que la educación sobre prevención y control del asma bronquial, constituye elementos necesarios para disminuir los elevados índices de morbilidad - mortalidad y aunque los programas se diseñen para uso general, cada niño, cada familia tienen sus propias necesidades que precisan de un apoyo educativo individualizado, que le permite transmitir seguridad, tranquilidad y refuerce los mecanismos de superación a nivel familiar.

El asma es la causa más común de afección en los niños y la responsable de una parte importante de los ingresos pediátricos en servicios de emergencia. Es importante resaltar que tanto el paciente como su familia deben adaptarse a los efectos de esta enfermedad, entre los que se pueden mencionar el desánimo, la falta de apetito, los cambios de humor, el aislamiento social del niño, entre otros, que repercuten de una manera en el estilo de vida familiar.

Frente a la situación planteada se formula la interrogante de investigación:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el Hospital Jorge Reátegui- Setiembre-Octubre 2015?

1.2.1. Problemas Específicos

- ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para desarrollar asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el Hospital Jorge Reátegui- Setiembre-Octubre 2015?
- ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre los factores de desencadenantes del asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el Hospital Jorge Reátegui- Setiembre-Octubre 2015?
- ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico del asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el Hospital Jorge Reátegui- Setiembre-Octubre 2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el Hospital Jorge Reátegui- Setiembre-Octubre 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para desarrollar asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el Hospital Jorge Reátegui- Setiembre-Octubre 2015
- Identificar el nivel de conocimiento sobre los factores de desencadenantes del asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el Hospital Jorge Reátegui- Setiembre-Octubre 2015.
- Reconocer el nivel de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico del asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el Hospital Jorge Reátegui- Setiembre-Octubre 2015.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación representa un aporte teórico para enfermería, ya que contribuirá al enriquecimiento de los conocimientos de los factores de riesgo del asma bronquial, en cuanto a la orientación e información y el desarrollo de programas dirigido al usuario para el mantenimiento de su salud y disminuir la tasa de incidencia de este padecimiento en los niños, siendo que ésta es una de las importantes enfermedades crónicas más frecuente en las primeras décadas de la vida.

A nivel Institucional permite contribuir al desarrollo de programas educativos y asistenciales dirigidas a las madres que acuden por un servicio de atención su niño que padece la enfermedad y prevenir el desarrollo de la misma entre los niños que no la padecen. Asimismo hacia los profesionales de enfermería que laboran en el hospital Jorge Reátegui, para enriquecer los conocimientos adquiridos. Desde el punto de vista de práctico impulsará el desarrollo de estrategias para mantener informado al

usuario, familia y comunidad sobre la prevención primaria del asma en cuanto al fomento de la salud y protección específica del asma bronquial, así mismo proporcionará herramientas útiles para mejorar la calidad de atención del niño. La realización de este estudio es necesaria, porque los resultados obtenidos podrán utilizarse para mejorar las acciones de enfermería al niño con asma bronquial y a su vez disminuir los riesgos de complicarse en el mismo y servirá como marco de referencia para investigaciones futuras que aumenten el avance de las técnicas que permitan marcar pautas a otras disciplinas.

La presente investigación responde a la necesidad de conocer las causas de recurrencia del asma bronquial en niños menores de 5 años, ya que es una problemática social muy común, preocupante y poco investigada. En tal sentido, los resultados se pretenden develar esas causas socio-ambientales culturales que están presentes en la recurrencia de esta patología y a la vez, utilizar este aporte científico para que se puedan establecer nuevas políticas con la finalidad de disminuir el incremento de casos con asma bronquial.

Además, se espera que esta investigación traiga grandes beneficios a las comunidades adyacentes, mediante los aportes que de ella se puedan obtener y que permitan implementar nuevos métodos aplicables en las comunidades para combatir el asma bronquial.

Por otro lado, es preciso mencionar que, dentro del ámbito de la salud hoy en día se ha generado mayor participación de parte de diversos actores sociales involucrados, es decir, la salud ha dejado de ser solo de competencia médica y se ha convertido en un problema social en el cual intervienen diversos profesionales.

De lo expuesto anteriormente, se deduce que el presente trabajo viene a llenar un vacío existente por la ausencia de una investigación suficientemente documentada que permita a la comunidad afectada, un abordaje efectivo en el tratamiento de la enfermedad.

1.5. LIMITACIONES

Las limitaciones que hemos podido encontrar en esta investigación son las siguientes:

- a) Factor tiempo: Lo consideramos una limitante, sobre todo en la etapa de la recopilación de la información concerniente con la investigación, así como en la aplicación de los instrumentos establecidos para la misma, que abarcará desde Setiembre – Octubre de 2015.

- b) Financiamiento: Es limitado, sin embargo, los costos serán asumidos en su totalidad por el investigador.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales

MERCADO, A. OROPEZA, N. Y PALENCIA, R. (2008) presentaron un trabajo investigación sobre: la capacitación de madre en lo concerniente a la prevención y atención del asma, con la intención de que actúe como unidades de asistencia comunitaria a favor de controlar el asma en niños de 1 a 5 años, en la comunidad de San Valentín, Municipio la Trinidad, Estado Yaracuy. La población estuvo conformada por 90 mujeres residentes de la comunidad en estudio. Se aplicó como instrumento un cuestionario, tipo dicotómico (Si-No), de 19 ítems, que fue validado por juicio de expertos y aplicada una confiabilidad donde dio como resultado 0,86. En este estudio se concluyó, que fue positivo el trabajo con las mujeres de la comunidad a favor de proteger los niños contra el asma. Esta investigación coincide con el presente estudio en cuanto se evalúan la participación del profesional de enfermería con las mujeres de la comunidad a favor de proteger los niños contra el asma.⁶

PÉREZ SALAS ALICIA ESTELA, MARIBEL RIVAS CRUZ NATALÍ. Conocimiento de los padres o cuidadores sobre los signos de alarma del asma bronquial y que motiven llevar al niño menor de 1 año a un centro de salud. Chile 2009. Las Infecciones respiratorias agudas (IRA) son consideradas unos de los principales motivos de consulta en menores de 5 años, transformándose en uno de los problemas más importantes de Salud Pública en nuestro país. Asimismo se puso en este estudio mucha atención al problema bronquial del asma por la incidencia de atenciones por esta afección. La educación y el conocimiento que los padres o cuidadores adquieran podrían ser un factor clave en la disminución de las cifras de morbilidad de estas patologías que colapsan los centros de atención. El objetivo es describir el nivel de conocimiento que manejan padres o cuidadores en relación a los signos de alarma del asma bronquial como infección respiratoria entre los niños y sobre todo por la falta de conocimiento sobre los factores desencadenantes para hacer y/o desarrollar la enfermedad. El asma bronquial está relacionado con infección respiratoria aguda, que inciten llevar a su hijo menor de 1 año a un centro de salud y su relación con el perfil socioeconómico familiar. Es un estudio de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo. El grupo estudio lo conforman 118 madres o cuidadores de niños que asisten al control de niño sano en el Consultorio Externo de Valdivia, entre la tercera semana de noviembre de 2008 y la segunda semana de enero de 2009. Se analizó el nivel de conocimientos de signos y síntomas y perfil socioeconómico relacionados a Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Los principales resultados muestran que el 76.3% nivel socioeconómico bajo. El 46.6% de los niños en estudio ha presentado alguna patología de tipo respiratorio, de éstos el 54.5% corresponde al sexo masculino. El nivel de conocimiento respecto a signos o síntomas de alarma para IRA, fue de 14%

nivel bajo, 61% nivel medio y 25% nivel alto. Existe un aumento en los índices de escolaridad a medida que aumenta el nivel de conocimientos en relación a las IRAs. Los factores de riesgo que presentan mayor incidencia en IRA son, bajo nivel socioeconómico con 51.1%, lactancia mixta o artificial con un 50%, ventilación del hogar menor a 3 veces por semana con 48.8% y antecedentes mórbidos familiares de tipo respiratorio con 47.5%. Bajo nivel socioeconómico, sin educación previa en IRA obtuvieron índices que disminuían a medida que aumentaba el nivel de conocimientos en IRA. Hospitalización del niño, antecedentes mórbidos en el niño y familiar de tipo respiratorio, mostraron índices que aumentaban a medida que aumentaba el nivel de conocimientos respecto a signos o síntomas de alarma en IRA lo que pudiese indicar un proceso educativo vivenciado por estas madres durante estas experiencias. En general, el nivel de conocimientos respecto a IRA es directamente proporcional a la escolaridad, nivel socioeconómico y educación previa respecto al tema, también muestra un aumento cuando la madre o cuidador que ha tenido la experiencia de un hijo con patologías respiratorias u hospitalización por esta causa y un familiar con una enfermedad respiratoria crónica. Por lo tanto se hace necesario potenciar el área de educación respecto al tema en atención primaria, para disminuir la morbimortalidad infantil por esta causa.⁷

MARTÍNEZ, ARIAS. MADELEINE (2009), realizó una investigación que tiene como objetivo: describir las orientaciones de 24 enfermería a padres y representantes sobre la prevención del asma en niños menores de 5 años del Centro Integral de Salud, CIS Tipo III, en Boyacá V, en Barcelona. La investigación corresponde al tipo descriptivo y de un diseño de campo. La población estuvo conformada por doce (12) padres y representantes de niños asmático. Los resultados del estudio

revelan que la intervención de enfermería en el control de la enfermedad con los padres y representantes son deficientes, ya, que no se establece un diálogo abierto y una revisión regular del asma, en particular los que son diagnosticados por vez primer necesitan información sobre aspectos básicos del asma, cómo se controla y en particular cómo evitar y tratar las situaciones de emergencia. Se recomienda Incentivar al personal de enfermería de informar y ayudar a la población a prevenir el asma y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen esa enfermedad, promoviendo un medio ambiente saludable en el hogar. Esta investigación se relaciona con el presente estudio en vista que incentiva al personal de enfermería informar y ayudar a la población a prevenir el asma y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen esa enfermedad, promoviendo un medio ambiente saludable en el hogar⁸

FARÍAS, M. OJEDA, Y. Y SALAZAR, M. (2005), realizaron una investigación cuyo objetivo principal fue: determinar la información sobre el asma, que posee las madres de los niños menores de 5 años, hospitalizado en el área de Pediatría, Hospital “Dr. Domingo Luciani”. La investigación fue descriptiva, la población la conformaron madres con niños hospitalizadas en el área de Pediatría del hospital en referencia. El instrumento aplicado fue un cuestionario de dieciocho (18) ítems de varias respuestas para seleccionar una. El mismo fue validado a juicio de expertos y con una confiabilidad de 0,87. Los resultados demostraron la urgencia de 25 25 promover en las madres aportes informativos sobre el asma bronquial, su forma de manejar a fin de prevenirla. En relación a la investigación antes mencionada, dicho estudio demuestra una vez más promover en las madres aportes informativos sobre la forma y el manejo del asma, a fin de prevenirla.⁹

MACÍAS SOLÍS LUIS LEONARDO Y VILLEGAS SANTOS JUAN CARLOS realizaron una investigación denominada “ Evaluación del impacto familiar en la población infantil con asma bronquial de la ciudad de Portoviejo, que acude a la emergencia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda” en el año 2011 en Portoviejo- Ecuador cuyo objetivo principal fue evaluar el impacto en la familia de la población infantil con Asma Bronquial

Los resultados obtenidos fueron. Se concluyó que el paciente y su cuidador perciben un elevado impacto en la Calidad de Vida y la vida familiar respectivamente, y que su percepción está relacionada con la gravedad del asma bronquial, la morbilidad y la edad del niño. El asma bronquial pediátrica tiene fuertes repercusiones en las dimensiones funcional, emocional y social del paciente y su familia. En el caso del paciente, éste vive con limitaciones en sus actividades cotidianas, deportivas y recreativas, mostrando un alto absentismo escolar, visitas a las áreas de urgencias hospitalarias y hospitalizaciones, que modifican las rutinas diarias de su familia.¹⁰

MARTIN MARTIN, ROCÍO. Realizó una tesis sobre “Estudio de las variables psicológicas, calidad de vida e intervención psicoeducativa en el asma bronquial infantil” en el 2010 en España; Entre sus resultados hallados uno de los más importantes fue la ansiedad, angustia, excitación, irritabilidad, pueden actuar como precipitantes de las crisis asmáticas en personas que ya presentan una hiperactividad bronquial. Por otro lado, los factores psicológicos juegan un papel importante en la percepción y conciencia de la severidad de la enfermedad, la adhesión al tratamiento, el manejo de la enfermedad por parte del paciente y la habilidad para mantener una adecuada contracción de los músculos respiratorios durante una crisis de asma. Otro es que los asmáticos y las personas alérgicas en general presentan

una hipersensibilidad biológica es decir, su sistema inmunitario reacciona de una manera excesiva ante estímulos que son dañinos.¹¹

LOAYZA PELÁEZ, KIMBERLY, LOJA LANDY, MIRIAM, Y MOLINA ORTIZ DIANA. realizaron la tesis “factores ambientales intradomiciliarios y la posible condición de asma bronquial es escolares de 10-12 años de las escuelas benigno Astudillo, julio Abad chica, Carlos R. Vintimilla. cuenca- ecuador 2013” cuyos conclusiones fueron. Los principales resultados de la encuesta ISAAC se encontraron que en el 25.3% de los casos se presentó silbidos en el pecho en alguna ocasión, sin embargo un porcentaje menor es decir el 12% lo hizo en el último año; el 12.3% de los niños/as presentaron entre 1 y 3 ataques de silbidos en el último año; despertándose por estos procesos en el 11% y con un 7.7% de afectación del habla dentro de los antecedentes de asma estos se presentaron en el 4.3% y el 13,7% de niños presentaron silbidos durante el ejercicio o después de este y por último el 30,7% de la población presento tos seca por la noche a parte de la tos relacionada por infección respiratoria.¹²

DIANA MALDONADO DÍAZ realizo la tesis “prevalencia de asma y su relación con la contaminación del medio externo en niños de 2 a 5 años en los centros de desarrollo infantil comunitarios” cuenca-ecuador 2012; cuyos objetivos principal fue determinar la prevalencia de asma y su asociación con la contaminación del medio externo como: contaminación vehicular, contaminación industrial, contaminación con SO²,NO², ozono, PTS; en niños y niñas de 2 a 5 años que acuden a centros de desarrollo infantil de la ciudad de cuenca y cuyas conclusiones más importantes destacan que la prevalencia de asma fue mayor en niños que residen en el área industrial con fábricas cercanas y con exposición a trafico mediano, en las demás variables el asma fue

menor en los niños no expuestos, sin embargo ningún factor presento significancia.¹³

2.1.2. Antecedentes nacionales

MIRANDA ULLOA CECILIA FLOR: Conocimiento de las madres de niños menores de cinco años sobre prevención y tratamiento de síndrome obstructivo bronquial en el servicio de Emergencia Area Ppediátrica en el hospital Santa Rosa- 20011. El objetivo fue determinar los conocimientos de las madres de niños menores de cinco años sobre prevención y tratamiento de SOB en el Servicio de emergencia en el Hospital Santa Rosa 2011. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 40 madres. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (40), 55%(22) no conoce y 45%(18) conoce. En la dimensión prevención 60%(24) no conoce y 40%(16) conoce, en la dimensión tratamiento 75%(30) no conoce y 25%(10) conoce. Conclusiones. El mayor porcentaje de las madres no conoce sobre prevención y tratamiento de SOB, referido a que solo una o dos personas deben compartir la habitación con el niño, la frecuencia de limpieza en su domicilio es diario, la terapia respiratoria es importante porque favorece la eliminación de flema, la colocación de oxígeno durante el SOB es importante porque favorece la respiración, seguido de un porcentaje significativo que conocen que se deben suspender los cítricos cuando el niño esta con SOB, en temporada de frío y humedad se debe abrigar adecuadamente al niño, la limpieza de la aerocámara se realiza con agua y detergente, y la secuencia de pasos de la inhalo terapia.¹⁴

LÓPEZ CHUMBE TEOBALDO realizó la tesis denominada calidad de vida de los niños escolares de 8 a 12 años con asma bronquial del distrito de Tartapoto, mayo- octubre 2011 cuyo objetivo específicos fueron determinar la calidad de vida de los niños escolares con asma bronquial de 8 a 12 años del distrito de Tarapoto. Determinar el nivel de sus dimensiones física, emocional. Social y escolar y cuyas conclusiones fueron El asma bronquial tiene una relación directa con la calidad de vida de los escolares de 08 a 12 años del distrito de Tarapoto, es decir que a mayor problema asmático menor calidad de vida. Los escolares de 08 a 12 años de Tarapoto con asma bronquial tienen Calidad de vida media relacionada a la salud. Todas las dimensiones de la calidad de vida están afectadas, principalmente la dimensión escolar.¹⁵

RUIZ MÉNDEZ, ÁNGELO. Realizó la tesis denominada “factores asociadas a la aparición del asma bronquial en niños con antecedentes de bronquiolitis” Lima- Perú 2013 cuyos objetivos planteados fueron: Reconocer los factores que se asocian al asma en relación a la bronquiolitis, incidencia entre asma y bronquiolitis. El trabajo con los niños entre 6- 9años, con antecedes de hospitalización por bronquiolitis; en el servicio de pediatría en el hospital docente de Trujillo con antecedes de bronquiolitis.¹⁶

2.1.3. Antecedentes locales

En Piura; **Olenka Maco Pacherre**, Vania realizó la tesis denominada “factores epidemiológicos en niños con asma bronquial en el hospital II ESSALUD Talara junio- julio 2009 cuyo objetivo general fue Determinar los factores epidemiológicos asociados a asma bronquial en niños atendidos en el Hospital II

EsSalud Talara durante Junio - Julio del 2012.y cuyos resultados fueron Respecto a la presencia de alérgenos en el entorno de nuestros pacientes encontramos que la exposición al polvo domestico fue el más frecuente representando el 65.4%, mientras que la presencia de mascotas (gato y/o perro) representó el 36.2%. Así mismo encontramos que la exposición al humo de carbón constituyo un 30.1% y la exposición al humo de tabaco 21.1%. Los niños cuya vivienda se encontraba ubicada cercana a la Refinería de Talara representaron un 39.8.¹⁷

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Conceptos generales del marco teórico.

✓ Factores que influyen en las conductas en salud.

El conocimiento.

En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas. El modelo de conocimiento-acción establece, que habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Gutierrez, y Brenes, (2008).

Finalmente, el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada.

Fases entre el conocimiento y la conducta

De lo anterior se desprende que:

- En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.
- Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.
- La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.
- Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.

Actitudes, valores, creencias y conductas

Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud.

Valor se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad. Creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real. Actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes.

Los valores, entonces, preceden a las actitudes.¹⁷

La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o malinterpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece.

No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud.

2.2.2. Base conceptual entorno al asma bronquial

El asma es un trastorno definido por sus características clínicas, fisiológicas, y patológicas. La característica predominante de la historia clínica es en los episodios de dificultad respiratoria, particularmente en la noche, y acompañada frecuentemente por tos. Las sibilancias en la auscultación del tórax es el hallazgo físico encontrado más frecuentemente.

La característica fisiológica principal del asma es la obstrucción episódica de vía aérea caracterizada por la limitación espiratoria del flujo de aire. La característica patológica predominante es la inflamación de la vía aérea, asociada a veces a – cambios estructurales de la misma. Figueroa, W, (2008).

El asma tiene importantes componentes genéticos y ambientales, pero debido a que su patogénesis no está clara, mucho de su definición es solamente descriptiva. De acuerdo con las consecuencias funcionales de la inflamación de la vía aérea, una descripción operacional del asma es:

El asma es un trastorno inflamatorio crónico de la vía aérea en la cual participan diversas células y elementos celulares. La inflamación crónica está asociada a un aumento en la hiperreactividad de la vía aérea que conduce a los episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica, y tos, particularmente en la noche o temprano en la mañana. Estos episodios se asocian generalmente a la obstrucción generalizada pero variable en el flujo aéreo pulmonar que es a frecuentemente reversible espontáneamente o con el tratamiento.

Debido a que no hay una definición clara del fenotipo del asma, los investigadores que estudian el desarrollo de esta compleja enfermedad se inclinan hacia las características que pueden ser medidas objetivamente, por ejemplo la atopía (manifestada por la presencia de pruebas cutáneas positivas o la reacción clínica a los alérgenos ambientales más comunes.), hiperreactividad de la vía aérea (la tendencia de vías aéreas a estrecharse excesivamente en respuesta a los disparadores que tienen poco o ningún efecto en individuos normales), y otras medidas de sensibilización alérgica. Aunque la asociación entre el asma y la atopía está bien establecida, la relación exacta entre estas dos condiciones no ha sido claramente y comprensiblemente definida.

Hay actualmente buenas evidencias que las manifestaciones clínicas del asma, trastornos durante el sueño, limitaciones de la actividad diaria y el uso de terapia de rescate pueden ser controladas con el tratamiento apropiado. Cuando el asma es controlada, debe haber recurrencia mínima de síntomas y las exacerbaciones graves deben ser poco frecuentes.¹⁸

Diagnóstico de asma en niños de 5 años y menores

Sibilancias y diagnóstico del asma: El diagnóstico del asma en niños de 5 años y menores presenta un problema particularmente

difícil. Esto es porque las sibilancias episódicas y la tos también son comunes en niños que no tienen asma, particularmente en aquellos menores de tres años. Las sibilancias están usualmente asociadas con enfermedades virales de las vías respiratorias- predominantemente el virus respiratorio sincitial en niños menores de 2 años, y otros virus en preescolares más grandes. Tres categorías de sibilancias han sido descritas en niños de 5 años y menores:

- Sibilancias tempranas transitorias, estas desaparecen en los primeros tres años. Esto se asocia con niños prematuros, o padres fumadores.
- Sibilancias persistentes de inicio temprano, (antes de los 3 años). Estos niños presentan episodios recurrentes de sibilancias asociados con infecciones virales respiratorias agudas, sin evidencia de atopia y sin historia familiar de esta. Sus síntomas persisten durante toda la edad escolar, y están aún presentes en una gran proporción de niños a los 12 años. La causa de los episodios de sibilancias es usualmente un virus respiratorio sincitial en los niños menores de 2 años, mientras que otros virus predominan en niños de 2-5 años.
- Sibilancias tardías / asma. Estos niños tienen asma que comúnmente persiste a lo largo de la niñez y hacia la edad adulta. Ellos tienen antecedentes de atopia, normalmente como eczema, y patologías de la aérea que son características del asma.

Las siguientes categorías de síntomas son altamente sugestivas para un diagnóstico de asma: episodios frecuentes de sibilancias (más de una vez al mes), tos y ahogo provocado por actividad física, tos nocturna en periodos libres de infecciones virales, ausencia de variación estacional del ahogo, y síntomas que persisten después de los 3 años. Un índice simple clínico basado en la presencia de sibilancias antes de los 3 años, y la presencia de un factor de riesgo

mayor (historia familiar de asma y eczema) o dos de tres factores de riesgo menor (eosinofilia, sibilancias sin presencia de resfriados, y rinitis alérgica) ha demostrado ser predictores para la presencia de asma en la niñez tardía.

Exacerbaciones Ninguna una o más por año, una por semana

Otras causas de sibilancias recurrentes deben ser consideradas y excluidas. Estas incluyen:

- Rino-sinusitis crónica
- Reflujo gastroesofágico
- Infecciones virales recurrentes del tracto respiratorio bajo
- Fibrosis quística
- Displasia broncopulmonar
- Tuberculosis
- Malformaciones congénitas que causan estrechamiento de las vías respiratorias intra torácicas
- Aspiración de cuerpo extraño
- Síndrome disquinesia ciliar primaria
- Deficiencias inmunológicas
- Enfermedades cardíacas congénitas

Síntomas que inician en la etapa neonatal (asociados a fallo de crecimiento) o asociados al vómito, y signos localizados en los pulmones o cardiovasculares sugieren un diagnóstico alternativo e indican la necesidad de más investigación.

Exámenes para el diagnóstico y monitoreo. En niños de 5 años y menores, el diagnóstico del asma debe ser fundamentalmente basado en un juicio clínico y una evaluación de síntomas y de hallazgos físicos. Un método útil para confirmar el diagnóstico del asma en este grupo de edad es un proceso de tratamiento con bronco dilatadores de corta acción y glucocorticoides inhalados. La mejoría clínica

durante el tratamiento y deterioro cuando el tratamiento es interrumpido apoya el diagnóstico del asma. Las medidas diagnósticas recomendadas en niños mayores y adultos como medición de reactividad bronquial y marcadores inflamatorios de la vía aérea resulta difícil y requiere de un equipo complejo que impiden que sean cómodos en el uso rutinario.¹⁸

Control del Asma

El control del asma se refiere al control de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Un programa de trabajo basando en la opinión actual que no ha sido validada brinda las características de asma controlada, parcialmente controlada, y asma descontrolada. El control completo del asma se logra comúnmente con tratamiento, cuyo objetivo tendría que ser, el lograr mantener el control por periodos prolongados, con la debida atención a la seguridad del tratamiento y potenciales efectos adversos, y además el costo del tratamiento.

Manejo y prevención del asma

Para lograr y mantener el control del asma por periodos prolongados la estrategia para el manejo del asma y prevención incluye cinco componente interrelacionados:

Desarrollar de una sociedad entre el Doctor y Paciente/Pariente/Tutor;
(2) Identificar y Reducir la Exposición de los factores de riesgo; (3) Evaluar, tratar, y monitorear el asma;
Manejar las exacerbaciones del asma; y Consideraciones especiales.

Componente 1 – Desarrollar sociedad entre Paciente y Doctor:

La educación debe ser una parte integral de todas las interacciones entre profesionales de la salud y los pacientes. A pesar de que el enfoque de la educación de los niños pequeños va estar en manos de

los padres o sus cuidadores, a los niños de 3 años de edad se les pueden enseñar destrezas simples del manejo del asma.

Componente 2 – Identificar y Reducir la Exposición al Riesgo

Factores: A pesar de que las intervenciones farmacológicas para tratar el asma establecida son bastante efectivas para controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida, las medidas para prevenir el desarrollo del asma, síntomas del asma, y las exacerbaciones del asma evitando y reduciendo la exposición al factores de riesgo – en particular al humo del tabaco- deben ser implementados en la medida de lo posible. Niños mayores de 3 años con asma severa deben ser vacunados contra la influenza todos los años, o por lo menos cuando la vacunación de toda la población es recomendada. Sin embargo, la vacunación rutinaria contra la influenza en niños con asma no parece protegerlos de las exacerbaciones del asma o mejorar el control de ésta. MACHADO, C, (2009).

Componente 3 – Evaluar, Tratar, y Monitorear el Asma:

El objetivo del tratamiento del asma, que es, lograr y mantener el control clínico, puede ser alcanzado por la mayoría de los pacientes con una estrategia de intervención farmacológica desarrollada en conjunto con el paciente o su familia y su doctor.

La literatura disponible sobre el tratamiento del asma en niños menores de 5 años excluye recomendaciones detalladas para el tratamiento. El tratamiento mejor documentado para controlar el asma en estos grupos de edades en la segunda etapa son los glucocorticosteroides inhalados en baja dosis, los cuales son recomendados como el tratamiento controlador inicial. Dosis equivalentes de glucocorticosteroides inhalados, los cuales pueden ser suministrados como una sola dosis diaria,

Si las dosis bajas de glucocorticosteroides inhalados no controlan los síntomas, un aumento en la dosis de estos puede ser la mejor opción.

Las técnicas inhalatorias deben ser monitoreadas cuidadosamente, ya que, pueden ser mal practicadas en este grupo de edad.

La terapia combinada, o la suma de beta dos agonistas de acción prolonga o un modificador leucotrienos, o teofilina cuando el asma de un paciente no está controlada con dosis moderadas de glucocorticoesteroides inhalados, no ha sido estudiada en niño de 5 años o menores.

El tratamiento intermitente con glucocorticosteroides inhalados es en el mejor de los casos no es tan efectivo. El mejor tratamiento de las sibilancias inducidas por virus en sibilancias transitorias tempranas (sin asma) no es conocido. Ninguna de las drogas antiasma disponibles han demostrado efectos convincentes en estos niños.

Duración y Ajuste al Tratamiento

Los síntomas asmáticos desaparecen espontáneamente en una proporción considerable de niños de 5 años y menores. Por lo tanto, la necesidad continua de tratamiento para el asma en este grupo de edad debe ser evaluada por lo menos dos veces al año.

Componente 4 – Manejar las Exacerbaciones del Asma.

Las exacerbaciones del asma (ataques de asma o asma aguda) son episodios de un aumento progresivo de falta de aire, tos, sibilancias, o pecho apretado, o la combinación de algunos de estos síntomas. Las exacerbaciones severas amenazan la vida potencialmente, y su tratamiento requiere de una supervisión continua. Los pacientes con exacerbaciones severas deben ser alentados a ver a su doctor inmediatamente, o dependiendo de la organización de los servicios de salud local, proceder a la clínica más cercana o al hospital que brinde acceso de emergencia a los pacientes con asma aguda. Seidel, M D, Jaime, (2006).

Evaluación: Varias diferencias en la anatomía pulmonar y en la fisiología ubica a los niños en un riesgo teóricamente mayor que niños mayores para fallos respiratorios. A pesar de esto, los fallos respiratorios son raros en la infancia permitirían una evaluación bastante certera. La falta de aire suficientemente severa que le impide al paciente alimentarse es un síntoma importante de fallo respiratorio inminente. NABERAN, T, (2008).

La saturación de oxígeno, la cual debe ser medida en los niños con oxímetro, es normalmente, mayor del 95%. La medición del gas en la sangre capilar en las arterias debe ser considerada en niños con saturación de oxígeno menor del 90%, con un flujo alto de oxígeno cuya condición se está deteriorando. Los rayos X de tórax rutinarios no son recomendados a menos de que los signos físicos sugieran enfermedad parenquimatosa.

Tratamiento: Para lograr la saturación arterial de oxígeno al 95 %, el oxígeno debe ser administrado por cánula nasal, mascarilla, o rara vez con halo en algunos niños. BERKOWITZ, C, (2011).

2.2.3. Conceptualización del asma bronquial desde varios enfoques en salud

El asma Es una enfermedad crónica del sistema respiratorio, Según el Proyecto ISAAC_UNICEF (2002) definen la enfermedad del asma como “inflamación crónica de las vías aéreas con episodios recurrentes de síntomas obstrucción bronquial e hiperreactividad de las vías aéreas” (p. 10). 26 26 Esta enfermedad evoluciona desde la infancia, es progresiva y residual, es decir quien la padece sufre muchas recaídas a lo largo de su vida. En el criterio de Castillo, J. (2000) “El asma bronquial es una enfermedad clásica, conocida desde los tiempos de Hipócrates; La palabra asma se origina de una

antigua palabra griega que significa jadeante”. (p. 88). Esencialmente, el asma es una incapacidad de respirar adecuadamente. Cuando una persona inhala, el aire pasa por los pulmones mediante las vías respiratorias progresivamente hasta llegar a los llamados los bronquiolos. Los pulmones contienen millones de bronquiolos, todos conducen a los alvéolos --bolsas microscópicas donde oxígeno y dióxido de carbono se intercambian. Precisamente, Álvarez, E. (2003) define el asma como “es una enfermedad caracterizada por la reactividad aumentada de tráquea y bronquios ante una variedad de estímulo y manifestada por un estrechamiento difuso de las vías aéreas que cambian en intensidad espontáneamente o como resultado del tratamiento” (p. 13). El asma continúa siendo una enfermedad crónica que ocupa el primer lugar de consultas médicas y hospitalización del paciente, siendo más frecuente en los niños que en los adultos. El asma es causada por una inflamación de las vías respiratorias. Cuando se presenta un ataque de asma, los músculos que rodean las vías respiratorias se tensionan y el revestimiento de dichas vías aéreas se inflama. Esto reduce la cantidad de aire que puede pasar y puede conducir a que se presenten sonidos sibilantes.

Epidemiología Las enfermedades alérgicas y el asma bronquial en particular han experimentado un aumento en prevalencia en los últimos años hasta el punto de convertirse en un problema de Salud Pública. 27 27 El asma es la enfermedad crónica más frecuente en los menores, pero su diagnóstico es difícil y a veces errado en infantes de menos de dos años, específicamente. Sin embargo, señala Niño, I. (2007) que “su frecuencia es alta: 10, 3% de la población la padece y en infantes de 1 a 4 años, la prevalencia es del 23 %”. (p. 16). Entre los niños más pequeños, el asma se desarrolla dos veces más frecuentemente en los niños que en las niñas, pero después de la edad de 10 años, el número de hombres y mujeres que contraen la enfermedad es aproximadamente igual y en particular los niños hispanos, que viven en barrios pobres de las ciudades, parecen

enfrentarse a esta enfermedad. Según datos aportados por Ministerio del Poder Popular para la Salud y Desarrollo Social, (2007) señala que la situación actual del Asma Bronquial en Venezuela, es que la tasa mortalidad es ascendente, los estudios de prevalencia son escasos y en ellos la cifra varía del 2% al 20% , constituyendo un importante problema de salud en nuestros tiempos , tiene una distribución universal aunque los índices de prevalencia y de mortalidad son diferentes entre distintos estados del país, variando también en las distintas edades. El asma es una enfermedad respiratoria crónica común en los niños, que causa problemas para respirar y que puede afectar su calidad de vida como noches de sueño interrumpido, limitación en la actividad física, ausentismo escolar y alteraciones a las rutinas familiares y de las personas que les cuidan. Es decir, que hay síntomas que, pueden ser suficientemente serios para impedir que un niño con asma pueda llevar una vida totalmente activa. Su frecuencia y severidad varían muy ampliamente. A pesar de que no hay cura para esta enfermedad todavía, el asma puede ser controlada a través de tratamiento médico y el manejo de los factores que provocan ataques de asma. Es importante destacar que las teorías que explican este ascenso notable apuntan a mejores condiciones de vida en los países industrializados. Un estudio reciente encontró que los niños en guarderías tienen un mayor riesgo de la sibilancia y las infecciones de las vías respiratorias inferiores. Algunos estudios indican que el riesgo de asma es alto en los niños menores de cinco años que se presentan con sibilancia, tienen resfriados con frecuencia o tienen una tos crónica, aunque algunos expertos creen que los síntomas de asma se asocian a síntomas de rinitis, conjuntivitis o dermatitis. En niños es posible que el único dato sea la tos persistente y crónica que no responde a la administración de antitusígenos. Etiología El asma bronquial es común en personas jóvenes con una historia clínica de catarrros recurrentes, o con antecedentes familiares asmáticos. Las

crisis de asma se relacionan con el consumo de ciertos alimentos o la presencia de determinados agentes alérgenos. Según Mazzei J. A. (2006) refiere “Las causas que provocan el asma bronquial y motivan la respuesta de los mecanismos principalmente inmunológicos se clasifican en: Extrínsecas e Intrínsecas o idiopática y mixtas”. (p. 57). Así mismo, Mazzei J. A. (op cit) expresa que “las causas extrínsecas se inicia en la infancia con antecedentes familiares positivos para alergias y se asocia con una hipersensibilidad tipo 1 y otras manifestaciones alérgicas IgE” (p. 57), generalmente éstas son inducidas por agentes alérgenos como el polen, lana, polvo y la contaminación atmosférica, materias irritantes, variaciones meteorológicas, aspergilosis y otros. 29 29 Continúa señalando Mazzei J. A. (op cit) En “aproximadamente el 50% de los niños con asma y un porcentaje menor de adultos, la exposición a alérgenos es responsable parcial o sustancialmente de la inflamación asmática por medio de reacciones de hipersensibilidad”. (p. 59). Las crisis son súbitas, autolimitadas y breves en duración. Cursan con buen pronóstico, responden a la inmunoterapia y a esteroides a largo plazo por vía inhalada con absorción sistémica minúscula, de modo que los efectos sobre el resto del cuerpo son virtualmente inexistentes. También refiere Mazzei J. A. (op cit) en cuanto a las causas intrínsecas o idiopática, “se inicia por estímulos no inmunológicos, sin elevar IgE, representados por hongos, tos, trastornos psíquicos, estrés y otros” (p. 59). Por lo general comienza en mayores de 35 años y sin antecedentes personales ni familiares. En cuanto a las causas mixtas, es una combinación con frecuencia de naturaleza bacteriana de factores intrínsecos y extrínsecos. Esta clasificación puede posibilitar una mayor comprensión del trastorno, ya que identifica no sólo factores desencadenantes, sino también el mecanismo a través del cual actúan y las características de la respuesta que provocan, facilitando una mayor comprensión del trastorno en cada uno de los pacientes, ayudando además a una

correcta planificación terapéutica. Sintomatología Entre los síntomas más característicos del asma bronquial Istúriz G. (2007) expresa que son “la disnea o dificultad respiratoria de intensidad y duración variable y con la presencia de espasmos bronquiales, 30 30 habitualmente acompañados de tos, secreciones mucosas y respiración sibilante”. (p. 64). En algunos pacientes estos síntomas persisten a un nivel bajo, mientras que en otros, los síntomas pueden ser severos y durar varios días o semanas. Bajo condiciones más severas, las funciones ventilatorias pulmonares pueden verse alteradas y causar cianosis e incluso la muerte Entre las exacerbaciones se intercalan períodos asintomáticos donde la mayoría de los pacientes se sienten bien, pero pueden tener síntomas leves, como permanecer sin aliento, después de hacer ejercicio, durante períodos más largos de tiempo que un individuo no afectado, que se recupera antes. Los síntomas del asma, que pueden variar desde algo leve hasta poner en peligro la vida, normalmente pueden ser controlados con una combinación de fármacos y cambios ambientales pues la constricción de las vías aéreas suele responde bien a los modernos broncodilatadores. Los síntomas principales del asma son tos, sibilancia y la falta de aliento (disnea). En los niños con síntomas asmáticos, es particularmente importante que primero se considere como causa posibles objetos extraños inhalados como los manís, las infecciones víricas como el crup y las infecciones bacterianas, que pueden ser acompañadas de fiebre elevada, y progresan rápidamente. Cualquier niño que tiene tos frecuente o infecciones respiratorias debe ser examinado para determinar la presencia de asma. De esta forma, Iniciativa Global para el asma, GINA. (2007) describe en los casos de asma “el paciente que presenta o refiere crisis de tos, disnea, sibilancias, tos de predominio nocturno, con ejercicio o risa que mejoran con la administración de broncodilatadores” (p. 75). Igualmente se considera pacientes asmáticos los que sufren de laringotraqueobronquitis y bronquiolitis a

repetición. 31 31 Ese estrechamiento causa obstrucción y por tanto dificultad para pasar el aire que es en gran parte reversible, a diferencia de la bronquitis crónica donde hay escasa reversibilidad. Cuando los síntomas del asma empeoran, se produce una crisis de asma. Por lo general son crisis respiratorias de corta duración, aunque puede haber períodos con ataques asmáticos diarios que pueden persistir por varias semanas. En una crisis severa, las vías respiratorias pueden cerrarse tanto que los órganos vitales no reciben suficiente oxígeno. En esos casos, la crisis asmática puede provocar la muerte. Según la Norma Oficial Venezolana del Programa Nacional Integrado del Control del Asma (2002) en el criterio clínico se establece que “presencia de tos, frecuencia respiratoria por encima del promedio normal según la edad, auscultación pulmonar anormal, sibilancia difusas y roncus, tiraje universal, uso de músculos accesorios: aleteo nasal, músculo del cuello.” (p. 10). Estos síntomas deben ser tomados en cuenta por el personal de enfermería para definir un criterio del asma en el momento de aplicar los cuidados y de las orientaciones a los padres. Clasificación de la enfermedad El proyecto ISAAC-_UNICEF (2002) Basada en los patrones de obstrucción bronquial medida a través de aparatos de registro tipo flujometría o espirometría clasifica la enfermedad en: Asma intermitente: el síntoma aparece menos de una vez por semanas con síntomas nocturnos menos de 2 veces cada mes. Las exacerbaciones tienden a ser breves y entre una crisis y la próxima, el paciente está asintomático. Asma persistente: tiene tres variedades, la persistente leve con síntomas más de una vez por semana, con 32 32 síntomas continuos, limitación de las actividades físicas. (35). Así mismo agrega que presenta una clasificación como fundamento en los niveles de control del paciente ya diagnosticado con asma: Controlado: sin síntomas diarios o nocturnos, no necesita medicamentos de rescate, sin exacerbaciones y un PEF normal. Parcialmente controlado: síntomas diurnos o más de dos veces por semana, algún síntoma

nocturno, a menudo amerita uso de medicamento de rescate > de 2 veces por semana, con 1 o más crisis por año. No controlado: 3 o más características del asma, con exacerbaciones semanales. (p. 36). Esta clasificación se adapta con facilidad a la clínica diaria, permitiéndonos de una manera rápida, sencilla y práctica categorizar la gravedad del asma de los pacientes. La principal diferencia respecto a la clasificación propuesta en la GINA es el no considerar como leve al niño afecto de asma persistente. De cualquier modo no se trata de hacer encajar al niño asmático en una determinada categoría, sino de utilizar la clasificación para decidir el tratamiento más adecuado que posteriormente iremos adaptando a la respuesta del paciente.

Diagnóstico El diagnóstico del asma comienza con una evaluación del cuadro clínico, la historia familiar y antecedentes de riesgo o crisis anteriores tomando en consideración el tiempo de evolución del cuadro y las crisis. La mayoría de los casos de asma están asociados a condiciones alérgicas, de modo que diagnosticar trastornos como rinitis y eczema conllevan a una 33 33 sospecha de asma en pacientes con la sintomatología correcta: tos, asfixia y presión en el pecho. El examen físico por lo general revela las sibilancias que caracterizan al asma. Es importante evaluar si el paciente ya recibió algún tratamiento antes de la consulta médica, así como los eventos desencadenantes de la crisis. El examen físico es vital, a veces no da tiempo examinar con detalle, sin embargo se perciben las características sibilancias a la auscultación. En algunos casos severos, la bronco-obstrucción es tal que se presenta un silencio auscultatorio, sin embargo, el resto de la clínica es tan florida por la incapacidad respiratoria que el diagnóstico no amerita la percepción de sibilancias para el tratamiento de estas crisis severa de asma. Esa angustia y sed de aire puede indicar una crisis severa que amerita tratamiento de rescate inmediato para revertir el bronco-espasmo antes de continuar con el examen físico detallado. Así mismo, la inspección del tórax puede mostrar tiraje o retracción

subcostal o intercostal. Las dimensiones del tórax en pacientes asmáticos crónicos varían en comparación con niños no asmáticos, característico el aplanamiento costal. La inspección puede revelar detalles al diagnóstico, como el descubrimiento de dermatitis alérgicas, conjuntivitis, entre otros. Existen varios exámenes que ayudan al diagnóstico del asma, entre ellas pruebas de función pulmonar, pruebas de alergia, exámenes de sangre, radiografía del tórax y senos paranasales. Por su parte, la Norma Oficial Venezolana del Programa Nacional Integrado del Control del Asma (2002) en criterio funcional afirma que “los procesos respiratorios de presentación y evolución aguda, caracterizado por disminución del flujo pico por los menos el 20% con relación al valor basal de predicción” (p. 10). En razón de ello, que la enfermera con la participación 34 34 de los padres y representantes, deben tener presente que la presencia de uno de los criterios en los casos mencionados o de los dos, en cualquier caso nuevo, será suficiente para diagnosticar crisis asmática. En caso de existir signos de insuficiencia respiratoria, se ameritará referir al nivel superior para su hospitalización en la unidad de cuidados intensivos. De esta manera, la enfermera puede enseñar dentro del entorno domiciliario y hacer que el proceso de enseñanza en el tratamiento del asma tenga sentido. Es importante precisar que la principal vía de administración es la aérea. En todos los casos en que se diagnostica crisis de asmática, se deberá administrar soluciones para su nebulización o aerosoles presurizados con la utilización de un espaciador. En el control de la enfermedad se debe hacer revisiones periódicas al niño, en las que se realiza todo el protocolo diagnóstico, son muy importantes y debe mantenerse informada a la familia de los hallazgos que se producen. Cuando el niño recibe tratamiento anti-inflamatorio de fondo parece lógico revisarlo al menos cada 15 días, acortando o alargando este tiempo según la evolución clínica. En situaciones de estabilidad clínica o sin tratamiento de fondo las visitas

pueden realizarse cada mes o dos meses. Al respecto Castillo, J. (2000) para controlar el asma señala que “se requiere un plan a largo plazo, que incluye la educación del paciente, cambios en el comportamiento, evitar los factores que causan el asma, terapia farmacológica, y un monitoreo médico frecuente” (p. 24). Cabe destacar que la intervención de enfermería, es un elemento básico de apoyo en el control de la enfermedad, una orientación adecuada, el paciente pueda seguir un régimen terapéutico óptimo y logre la mejoría de sus síntomas. Los familiares de niños asmáticos, en particular los que son diagnosticados por 35 35 vez primer necesitan información sobre aspectos básicos del asma, cómo se controla y en particular cómo evitar y tratar las situaciones de emergencia. Para ello es importante que la enfermera establezca continuidad y que se asocie con los familiares, estableciendo un diálogo abierto y una revisión regular del asma en los niños en base a las directrices internacionales y locales. Así, tal y como ponen de manifiesto numerosos programas de educación para la salud puestos en práctica en otros países, la incorporación de los autocuidados en el manejo del asma, mejora el cumplimiento del tratamiento y la integración social del enfermo y racionaliza la utilización de los servicios sanitarios, obteniendo el paciente mayor autonomía y autocontrol (corresponsabilidad en el control) de su enfermedad, y mejorando su calidad de vida. La Norma Oficial Venezolana del Programa Nacional Integrado del Control del Asma (2002) refiere que “el pilar del manejo farmacológico en asma son los corticoides inhalados” ⁽¹⁹⁾. Asma leve puede no requerirlos. Se recomienda el uso de cámaras espaciadoras para lactantes con mascarilla. La dosificación depende del fármaco a emplear y de la gravedad y frecuencia de los síntomas. Mensualmente se revisa el tratamiento, aumentando o reduciendo la dosis según la evolución. Recordar que esta medicación suprime la respuesta inflamatoria del asma, mejora por tanto la situación clínica del niño, incluso dejándolo completamente sin síntomas, aunque

existen dudas de que modifique la historia natural de la enfermedad. Pasado un tiempo de suprimido el fármaco, la inflamación y los síntomas pueden reaparecer. En consecuencia, existen diversos motivos que pueden contribuir a que la enfermedad asmática no esté suficientemente controlada: diagnóstico incorrecto, tratamiento inadecuado, persistencia de factores desencadenantes, mal cumplimiento del tratamiento, falta de coordinación entre los niveles asistenciales, poca información sobre la enfermedad y falta de educación sobre la misma, en concreto sobre el tratamiento de la inflamación subyacente, que aparentemente sólo conocen un 30% de los pacientes. Prevención Prevenir significa anticipar y evitar la llegada de algo que ocurriría si no se evita. La palabra prevención, del verbo prevenir, al respecto Asensi, Jesús (2005) la define como "preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa"(p. 155). Queda claro entonces que al utilizar este término se refiere a una acción de carácter anticipatorio. La prevención en el campo de la salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar. Es también un modo de organizar y de actuar, un organizador imprescindible en la concepción de un Sistema de Salud. Así mismo, la prevención representa la capacidad del sujeto para poder anticiparse con herramientas conceptuales y luchar contra los elementos que pueden afectar su salud y llevarlo a la muerte. (En conclusión si no hay prevención, no hay salud). Hay tres niveles de prevención, pero solo uno de ellos es para mantenerse sano y este generalmente no llega a la comunidad. Se hace hincapié en la prevención secundaria y en la terciaria, y el remedio es la prevención primaria. De acuerdo con el Informe sobre la Salud en el Mundo 2003, la clave del éxito está en el fortalecimiento de los sistemas de salud orientados por las 37 37 estrategias y principios de la atención primaria, y en la preparación de respuestas que promuevan un desarrollo integrado y a largo plazo de los sistemas de salud, en

beneficio de toda la población. Al respecto, Rebolledo, P. (2008) define la Atención primaria de Salud como: Es el conjunto de acciones para promover estilos de vida saludables y el autocuidado personal y familiar, como una forma de evitar las enfermedades y generar una mejor calidad de vida, reconociendo a todos los seres humanos como el centro de todos los esfuerzos de la atención Primaria y que son sujetos de derechos que deben ser respetados por el sistema público de salud. (p. 8). Este concepto significa actuar en la satisfacción de las necesidades de salud de la población, promoviendo la comunicación transdisciplinaria y la participación del paciente con sus comunidades, establecer parámetros claros de relación entre dolencia–enfermedad–enfermo–persona y de esta forma optimizar los cuidados de salud y la calidad de los servicios. En base a este contexto, la condición del profesional de la enfermería en la atención primaria de salud, exige de un juicio independiente, competencia y habilidad en la toma de decisiones. En su aprendizaje requiere aptitudes, conocimientos y actitudes que deberán permitirle responder conductualmente a los progresos científicos y tecnológicos que generan cambios en el manejo de los problemas de salud. La incorporación de nuevas variables en el diagnóstico e intervenciones de enfermería no constituye un cambio de rol de la enfermera, sino nuevas dimensiones en las prescripciones de éste, es decir, que las obligan a crecer en un sentido multidireccional hasta los límites que la ciencia y tecnología del momento lo aconsejan. 38 38 Para mejorar la comprensión de los aspectos preventivos aplicados a la atención domiciliaria, se adopta el modelo de los niveles epidemiológicos básicos de prevención en salud del Modelo de Levell & Clark, según el cual la prevención puede efectuarse en una etapa primaria, secundaria y terciaria y se adapta a los principios científicos de fomento de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, a los cuales se pueden adaptar a la situación que se presente. Esta clasificación resulta funcional y práctica, permite también delimitar

campos de acción y volver una vez más a las especificidades necesarias e imprescindibles, pues uno de los principios generales en prevención es que para prevenir se debe conocer qué es lo que va a evitar.

Prevención Primaria En cuanto a la prevención primaria, Asensi, Jesús (2005) la define como “la prevención auténtica. Cuando se evita que una enfermedad aparezca se conoce como profilaxis primaria. Precede a la enfermedad o a la disfunción y se aplica a los usuarios considerados física y emocionalmente sanos”. (p. 175). Esta prevención forma parte integrante del sistema nacional de salud, como el desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con las personas, la familia y la comunidad, en los procesos de asistencia sanitaria. Según Murphy, J. (2004) la define como “un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad” (p.15). La prevención primaria del asma, consiste en evitar que la persona susceptible o predispuesta genéticamente a desarrollar la dolencia se exponga a los factores causales y aparezca la sensibilización. Al respecto “Con la prevención primaria se pretende evitar la sensibilización inmunológica y el desarrollo de los anticuerpos IgE” (p. 99).

39 39 Agrega además “el cuidado integral reconoce que la salud del individuo y la población no solo dependen de las acciones del sector sanitario, sino de las que realizan todos de la sociedad” (p. 13). En ese sentido, ellos tienen el derecho de participar activamente en las acciones dirigidas a la obtención y mantenimiento de su salud e intervenir en el proceso de su propio desarrollo, y que su participación activa sea decisiva en la obtención y mantenimiento del bienestar. Es por eso, que la función de enfermería en la prevención primaria conlleva a capacitar al núcleo familiar y la comunidad de modo que puedan identificar necesidades propias y específicas y realizar las acciones como hábitos, creencias y formas de vida que influyan en diferentes aspectos de la salud. Es importante destacar que lo

señalado por Archer, S. R. Flesman, M. Jacobson, J. (2002) sobre la prevención primaria “trata del fomento de la salud y de la protección específica contra las enfermedades y/o trastornos” ⁽¹⁹⁾ En este nivel se trata de educar a los padres de los niños sobre medidas específicas para evitar el asma, poniendo en acción actividades de orden general, educativas o sociales, dirigidas para modificar ciertos comportamientos que fomentan la actividad social y disminuir el asma. También la puesta en práctica de estrategias necesaria para un cambio de mentalidad en los padres y pacientes, dándoles la responsabilidad social que les permite su desarrollo biológico, mediante acciones de fomento de la salud. Fomento de la salud Potter, P. Perry, A. (2002) refieren que “las actividades de fomento de la salud, motivan a las personas a actuar de manera positiva para alcanzar un estado de salud más estables” (p.10). Es por ello, que se deben ejecutar actividades dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludable, así como a modificar conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos y las orientadas al fomento de los autocuidados. Según la OMS (2006) uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es “la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud”. (p. 23). La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitario. El fomento de la salud se presenta entonces como una estrategia que se desarrolla de acciones individuales y colectivas para vivir con más salud, mejorarla continuamente, alcanzar bienestar creando las condiciones para una vida saludable, base fundamental para un mayor desarrollo intelectual y de las potencialidades

personales de los hombres que en formación hay, son el potencial del desarrollo de las fuerzas productivas mañana. En ese sentido, el fomento de la salud en el niño, enfatiza la importancia de la orientación adecuada, la detección temprana y la atención oportuna de los principales problemas de salud del escolar, para evitar daños y secuelas y favorecer el desarrollo integral de este importante núcleo de población.¹⁹

2.2.4. Teóricas que dan sustento a la investigación

Virginia Henderson

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizara sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Los elementos más importantes de su teoría son:

- ✓ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.
- ✓ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- ✓ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “Los cuidados enfermeros” esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa la similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están

relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto – actualización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1. Respirar con normalidad

Esta es la más importante ya que se relaciona con uno de los objetivos que se basa reducir los episodios de ataque asmático esto va a favorecer a la respiración sin utilizar medios mecánicos que hagan que esta se realice.

2. Comer y beber adecuadamente

3. Eliminar los desechos del organismo

4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

5. Descansar y dormir

6. Seleccionar vestimenta adecuada

7. Mantener la temperatura corporal

8. Mantener la higiene corporal

9. Evitar los peligros del entorno

10. Comunicarse con otro, expresar emociones, necesidades, medios u opiniones.

Este es otro de los puntos en que Henderson se basa y cual también está muy enraizado con el tema ya que los medios psicológicos influyen y en ciertos casos ocasiona episodios asmáticos, por el mismo hecho de que el niño se siente diferente y en ciertos casos la comunicación y los procesos familiares se ven interrumpidos por la falta de comunicación entre padres e hijos.

11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión

12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13. Participar en todas las formas de recreación y ocio
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacer por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.²⁰

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Describe la relación enfermera – paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las 14 necesidades humanas básicas. DONNA, L WONG, (2008).

Nora Pender (Modelo de promoción de la salud)

La presente investigación está sustentada en el Modelo de Promoción de la salud de la Dra. Nola Pender. En su Modelo, Nola Pender, revolucionó los conocimientos sobre Promoción de la salud a través de la investigación, docencia, comunicaciones y escritos, publicó un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva que constituyó una base para estudiar el modelo en que las personas toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la Enfermería ⁽²⁰⁾

Nola Pender sugirió que la protección de la salud y el comportamiento en la promoción de la salud podrían ser vistos como componentes complementarios de un modo de vida saludable y propuso el Modelo de Promoción de la salud, como un paradigma para explicar el comportamiento organizado en la salud

El Modelo de Promoción de la salud, Según Nola Pender, se basa en el aprendizaje social (Albert Bandura) sobre la acción razonada (Fishbein), que postula la importancia sobre el proceso cognoscitivo en la modificación de la conducta; además identificó en las personas factores cognitivo-perceptuales, como mecanismos principales de motivación para la adquisición y mantenimiento de conductas para la salud preventiva que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales lo cual

da como resultado la participación de conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción.

El Modelo está basado en una síntesis de investigaciones de estudios de promoción de conductas de salud y su utilidad radica en que introduce el orden entre conceptos que pueden explicar la ocurrencia de las conductas promotoras de la salud y que estas pueden ser parte integral del estilo de vida de un individuo, tales como, la autorrealización, el ejercicio físico, las prácticas nutricionales, el desarrollo de relaciones interpersonales, responsabilidad de salud y técnicas para manejar el estrés ²⁰

Nola Pender, en la descripción de la promoción de la salud, incorporó la afirmación de Ardell (1979), que un estilo de vida saludable incluye aquellos comportamientos sobre la cual la gente tiene control y tiene un impacto significativo en su salud ²⁰.

Madeleine Leninger. La teoría de la transculturalidad aporte realizado por La enfermería transcultural nos dice que un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado está basada en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlos a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades. En este caso el trabajo de investigación tiene en cuenta la teoría fundamentada en que debemos considerar el nivel cultural de los adultos mayores y con ello también tener en cuenta el nivel de instrucción, sus creencias, costumbres y que estas pueden ser adecuadas y/o erróneas, además aún considerar la edad de las personas.

2.2.5. Dimensiones del asma bronquial

2.2.5.1. Factores desencadenantes del asma bronquial

Los factores desencadenantes son las cosas que hacen que el asma de su niño empeore. Hay un conjunto de factores

que desencadenan el asma de su niño; éstos pueden ser diferentes de los de otros niños. Es importante saber cuáles son, y tratar de eliminarlos o reducirlos.

Entre los factores desencadenantes comunes se incluyen:

- Infecciones tales como los resfríos y la gripe;
- El humo del cigarrillo y otros irritantes como la contaminación del aire, el aire frío y los vapores de productos químicos;
- Alérgenos como la caspa de las mascotas, los ácaros del polvo, el polen y el moho;
- Ciertos medicamentos.

Infecciones tales como los resfríos y la gripe

Las infecciones virales como los resfríos y la gripe son factores desencadenantes comunes del asma. Para ayudar a proteger a su niño:

- Mantenga a su niño alejado de las personas que estén resfriadas.
- Asegúrese de que su niño y los miembros de su familia se laven las manos con frecuencia.
- Consulte a su médico, todos los años a principios del otoño, si es necesario colocarle la vacuna contra la gripe a su niño.
- Recuerde que debe mantener el asma constantemente bajo control. Esto ayudará a que su niño tenga menos síntomas de asma cuando esté resfriado.

Irritantes

Los irritantes son las cosas que pueden irritar las vías respiratorias de su niño y provocar síntomas de asma. Aunque a veces puede ser difícil mantenerse alejado de los irritantes, existen maneras de ayudar a su niño a evitarlos.

Algunos ejemplos de irritantes son:

- Humo del cigarrillo;
- Humo de la madera o del aceite;
- Contaminación del aire;
- Aire frío;
- Vapores de productos químicos y olores fuertes.

Humo del cigarrillo

Un desencadenante frecuente del asma infantil es el tabaquismo pasivo. Aquí se ofrecen algunas indicaciones que le permitirán proteger a su niño del humo del cigarrillo:

- Si usted fuma, trate de dejar el hábito.
- No fume dentro de su casa. A toda persona que fume, pídale que lo haga puertas afuera.
- Recuerde que el humo del cigarrillo permanece en la ropa. Si una persona que ha estado expuesta al humo del cigarrillo está cerca de su niño, el asma del niño puede empeorar.
- Evite los ambientes donde haya humo. Ayude a su niño a evitar el humo del cigarrillo cuando usted sale.
- No permita que nadie fume en el auto.

Humo de la madera o del aceite

El humo de una estufa a leña o de una fogata también puede ser irritante. Aquí se ofrecen algunas indicaciones que le permitirán proteger a su niño:

- Mantenga a su niño alejado de las personas que estén resfriadas o engripadas.
- Asegúrese de que su niño y los miembros de su familia se laven las manos con frecuencia.

Contaminación del aire

La contaminación del aire es más alta durante los días calurosos y húmedos de verano. Aquí se ofrecen algunas indicaciones que le permitirán proteger a su niño de la contaminación del aire:

- Manténgase al tanto del índice de calidad del aire consultando la televisión o el Internet.
- Cuando la calidad del aire en el exterior sea mala, trate de que su niño permanezca puertas adentro, en lugares donde haya aire acondicionado. Puede ser en una casa con aire acondicionado, un centro comercial o un edificio de oficinas.
- Cuando la calidad del aire sea mala, mantenga cerradas las ventanas de su casa y del auto. De ser posible, encienda el acondicionador de aire.

Aire frío

El asma de su niño puede empeorar ante un cambio repentino de temperatura. Aquí se ofrecen algunas indicaciones que le permitirán impedir que el aire frío desencadene un episodio de asma:

- Cuando haga frío, antes de que su niño salga, asegúrese de que lleve una bufanda que le cubra la nariz y la boca. De este modo ayudará a calentar y humidificar el aire que respira.
- Deje que su niño se ejercite puertas adentro en los días fríos.
- Es posible que deba pedirle a la maestra que le permita permanecer puertas adentro durante el recreo.

Vapores de productos químicos y olores fuertes

Algunos olores fuertes y vapores de productos químicos pueden irritar las vías respiratorias del niño. Algunos ejemplos son:

- Productos de limpieza;
- Pinturas y decapantes;
- Perfumes;
- Blanqueador;
- Desodorante de ambiente;
- Plaguicida.

Aquí se ofrecen algunas indicaciones que le permitirán proteger a su niño de estos irritantes:

- Mantenga al niño alejado de los vapores de productos químicos y de los olores fuertes.
- Trate de mantener las ventanas abiertas y ventilar después de pintar una habitación. No permita que su niño entre en la habitación hasta que se haya desvanecido el olor.

Alérgenos

Los alérgenos son las cosas a las que su niño es alérgico. No todos los niños asmáticos tienen alergias, pero si su niño es alérgico, es

importante controlar o mantenerlo alejado de los alérgenos que le molestan.

Los alérgenos pueden hacer que el asma de un niño empeore cuando los inhala. Ellos hacen que las vías respiratorias de los pulmones se inflamen y estrechen. Esto dificulta el paso del aire. Pueden causar tos, sibilancia, falta de aire y otros síntomas del asma.

Algunos ejemplos de alérgenos son:

- Caspa de las mascotas;
- Ácaros del polvo;
- Polen;
- Moho.

Caspa de las mascotas

Si su niño es alérgico a las mascotas, la mejor manera de evitar episodios de asma es encontrarles un nuevo hogar a las mascotas. Es muy importante que limpie su casa bien a fondo una vez que retire las mascotas, porque pueden quedar vestigios del animal durante mucho tiempo en las áreas habitables. Es posible que deba limpiar los muebles, las alfombras, los muñecos de peluche y el sistema de calefacción y aire acondicionado.

Ácaros del polvo

Los ácaros del polvo son insectos diminutos que se alimentan de piel humana desprendida. Los niños con alergias al polvo en realidad son alérgicos a los excrementos de los ácaros del polvo. Los ácaros del polvo viven principalmente en lugares cálidos y húmedos que contienen grandes cantidades de piel humana desprendida, tales como los colchones, las almohadas, la ropa de cama, las moquetas, las alfombras y los muebles tapizados. Para controlar las alergias del

niño, debe eliminar todos los excrementos y matar a los ácaros del polvo.

Algunas acciones útiles son:

- Lavar todas las sábanas en agua muy caliente, todas las semanas.
- Cubrir el colchón, el sommier y las almohadas del niño con fundas antialérgicas especiales o cubiertas impermeables que encierren completamente el colchón.
- Quitar las moquetas, las alfombras y las cortinas pesadas del dormitorio del niño. De ser posible, lo ideal es eliminarlas del resto de la casa.
- Eliminar los animales o muñecos de peluche de la habitación del niño, o guardarlos en el armario. Al reducir el abarrotamiento en el dormitorio habrá menos posibilidades de que se acumule polvo.
- Aspirar la alfombra y quitar el polvo todas las semanas.
- Mantener el nivel de humedad del hogar por debajo del 50%. Puede utilizar un deshumidificador en las áreas húmedas. Los ácaros del polvo no sobreviven bien en ambientes secos.

Polen

El polen proviene de los árboles, los pastos y las malezas. Puede viajar varios kilómetros en el viento y se vuelve más problemático durante la primavera y los meses cálidos.

Si su niño es alérgico al polen, son varias las cosas que usted puede hacer para ayudarlo a evitar ese alérgeno:

- En la medida de lo posible, mantenga cerradas las ventanas de su casa y del auto los días en que la densidad de polen es elevada.

Utilice un acondicionador de aire, si fuera necesario, y cambie el filtro con frecuencia.

- Manténgase al tanto de la densidad de polen y decida si su niño debe quedarse en casa los días en que la densidad es alta. Se pueden consultar los informes de densidad de polen en la televisión o en línea.
- Si su niño sale de la casa cuando la densidad de polen es alta, haga que se duche y se cambie de ropa al regresar.
- Seque la ropa y las sábanas del niño en una secadora, en lugar de colgarlas al sol.

Moho

El moho crece durante todo el año en zonas que se mantienen húmedas, como los sótanos y los cuartos de baño. Puede viajar por el aire a cualquier parte de la casa.

Aquí se ofrecen algunas indicaciones para que pueda mantener su casa libre de moho:

- Use jabón o detergente y agua para limpiar las pequeñas áreas enmohecidas que encuentre en su casa. Para áreas más grandes, es posible que necesite una sustancia que sirva específicamente para exterminar el moho (un fungicida).
- Utilice un deshumidificador en las áreas húmedas de su hogar, como por ejemplo el sótano. Mantenga el nivel de humedad de su hogar por debajo del 50%.
- Ventile bien su casa; el moho no sobrevive bien en zonas ventiladas.
- Abra la ventana o use un extractor de baño después de usar la ducha.

- Arregle de inmediato las goteras del techo o las fugas de agua de las tuberías.

2.2.5.2 Tratamiento farmacológico y no farmacológico

Tratamiento farmacológico

Los fármacos utilizados en el tratamiento del asma bronquial (AB) son los siguientes:

Bronco dilatadores:

1. Beta2 de duración corta (Salbutamol, Terbutalina)
2. Beta2 de duración larga (Formoterol, Salmeterol)

Antiinflamatorios:

1. Cromonas (Cromoglicato de sodio, Nedocromil sódico.
2. Corticoides inhalados (El más potente es la Fluticasona, le siguen orden de frecuencia Beclometasona, Budesonida y Flunisonida).
3. Corticoides orales.

ANTILEUCOTRIENOS: Montelukast, Zafirlukast

Asma intermitente

- Beta2 de corta duración a demanda si hay síntomas.
- Beta2 inhalado o Cromonas antes del esfuerzo o, de la exposición al alérgeno.
- En las exacerbaciones, el tratamiento dependerá de la intensidad de los síntomas.

Asma persistente leve

- Corticoides inhalados a dosis bajas; si es preciso añadir Beta2 inhalados de larga duración sobre todo para síntomas nocturnos.
- Considerar antileucotrienos en algunos casos.
- Beta2 inhalados de corta duración a demanda si hay síntomas (que no exceda de 3-4 veces/día).

Asma persistente moderada

- Dosis medias de corticoides inhalados y beta2 de larga duración.
- Considerar antileucotrienos (en pacientes sensibles a la aspirina y para prevención del bronco espasmo inducido por ejercicio).
- Beta2 inhalados de corta duración a demanda si hay síntomas (que no exceda de 3-4 veces/día).

Asma persistente grave

- Dosis altas de corticoides inhalados más broncodilatador de larga duración.
- Corticoides orales en los más graves.
- Beta 2 inhalados de corta duración a demanda si hay síntomas.

Tratamiento No farmacológico

El manejo no farmacológico del asma debe incluir la evaluación exhaustiva de los factores de riesgo que podrían contribuir a desencadenar las crisis y/o agravar el asma en los niños. Los factores fundamentales a considerar son: el control ambiental, insistiendo primordialmente en mantener un ambiente

intradomiciliario libre de tabaco, humedad e irritantes pulmonares como quemas, cloro, humo de tráfico e industrias. Se debe promover la actividad física regular, adecuándola al estado de salud del niño, y la misma debe ser individualizada, recomendando actividades poco asmógenas (aeróbicos, yoga, natación, caminar, juegos, entre otros). Por último recomendamos una nutrición balanceada, enfatizando en la lactancia materna y en el control de la obesidad. La multicausalidad es determinante en la etiopatogenia del asma; por lo que la mejor opción en su manejo es utilizar múltiples recursos terapéuticos integrados para poder garantizar una mejor calidad de vida, tanto al niño como a sus familiares.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Asma Bronquial:** "Asma bronquial es un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas, en el cual intervienen varios tipos celulares, destacándose el mastocito, el eosinófilo y el linfocito T. La inflamación crónica produce una condición de hiper-respuesta de las vías aéreas que conduce a episodios recurrentes de sibilancias, falta de aire (ahogos), opresión torácica y tos, preferentemente de noche y al despertar. Estos episodios se asocian habitualmente con una obstrucción del flujo aéreo que es generalmente reversible espontáneamente o con el tratamiento, pero que puede evolucionar a irreversible en relación con una remodelación de las vías aéreas." BERKOWITZ (2011).
- **Atopias:** Producción de anticuerpo reaginicos (IgE), en respuestas a los alérgenos específicos. DONNA,LWONG (2008)

- **Hiperreactividad Bronquial:** Se define como la disminución del 20%, del volumen espiratorio forzado en un segundo, en respuesta a un agente provocador: metacolina, histamina o carba col. En los pacientes está aumentando lentamente. Estos hechos revelan que la prevalencia del asma esta en acenso, aunque también es posible que esta mayor mortalidad pueda deberse, por lo menos en parte, tratamientos tardíos o inapropiados. Diferentes estudios en asmáticos, la respuestas a la metacolina o histamina, es hasta 10 a 100 veces mayor que en los individuos normales.GESTAL,(2002)
- **Factores Psicológicos:** Las variables psicológicas relacionadas con el asma bronquial, ya estén centradas el paciente o en su familia no hay que considerarlas de forma aislada, especialmente en el caso de pacientes en edad infantil. Los factores psicológicos actúan a menudo según un modelo circular, afectando los problemas del paciente a la familia y los problemas de la familia al propio paciente, demostrándose una relación entre los procesos familiares y la sintomatología asmática en niños y adolescentes .NABERAN,T(2008)
- **Factores Ambientales :** Son factores Estimulantes no específicos como el humo, el polvo, el gas o vapores del diésel pueden inducir un ataque asmático en las personas con un aumento en la hiperreactividad de las vías superiores. En esas circunstancias, generalmente no existe un período de latencia desde la exposición inicial al ataque de asma y la paciente generalmente regresa a su punto de referencia preexistente en el momento en que se eliminó la exposición. NABERAN, T(2008)

2.4. VARIABLES

2.4.1. Definición conceptual de Variables

Nivel de conocimientos de las madres sobre los factores de riesgo que influyen en la recurrencia del asma bronquial .

Es el conjunto de saberes que poseen las madres sobre los factores de riesgo que influyen en la recurrencia del asma bronquial, considerado como un trastorno inflamatorio crónico de la vía aérea en la cual participan diversas células y elementos celulares. La inflamación crónica está asociada a un aumento en la hiperreactividad de la vía aérea que conduce a los episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica, y tos, particularmente en la noche o temprano en la mañana.

2.4.2. Definición operacional de Variables

Es un conjunto de saberes de las madres sobre los factores que influyen en la recurrencia del asma bronquial en niños menores de 5 años hospitalizados en el Jorge Reategui- Piura. (Se mide la variable a través de un cuestionario.)

Las dimensiones a medir son : el nivel de conocimiento que poseen las madres sobre el asma bronquial , nivel de conocimiento que poseen las madres sobre factores desencadenantes del asma bronquial: psicológicos y ambientales y nivel de conocimiento que poseen las madres sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico

2.4.3.Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
<p>Nivel de Conocimientos sobre factores de riesgo en la recurrencia asma bronquial.</p>	<p>Conocimiento sobre los factores de riesgo para desarrollar asma bronquial</p> <p>Conocimiento sobre los factores desencadenantes del asma bronquial</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El asma es una enfermedad que se caracteriza por? <ol style="list-style-type: none"> a) Inflamación de las vías respiratorias inferiores b) En respuestas a la gente externo (físico) c) Bronco constricción exagerada d) Todas las anteriores. 2. ¿El ruido respiratorio del niño con asma es caracterizado por? <ol style="list-style-type: none"> a) Emitir sonido como la cuerda de un violín, cuando bota el aire. b) Respiración sin ruido c) Emitir un sonido como la cuerda de un violín, cuando toma aire. d) A y C son correctas 3. ¿El niño con asma cuando toma aire? <ol style="list-style-type: none"> a) Muestra dificultad para respirar b) Respirar muy rápido c) Respirar sin dificultad con la boca abierta d) Todas las anteriores 4. ¿El niño con asma puede presentar? <ol style="list-style-type: none"> a) Tos en la mañana b) Tos en la noche c) Tos en la tarde d) A cualquier hora del día 5. ¿El asma produce en el niño? <ol style="list-style-type: none"> a) Aumento de temperatura corporal b) Alergias en la piel (dermatitis) c) Falta de apetito (inapetencia) d) Todas las anteriores 6. ¿Los ruidos respiratorios que presenta el niño con asma son conocidos cómo? <ol style="list-style-type: none"> a) Sonido perrunos b) Húmedos (catarro) c) Secos d) Ninguna es correcta 7. ¿El estrés emocional es un factor desencadenante del asma en el niño y puede ocurrir por? <ol style="list-style-type: none"> a) Discusiones en presencia del niño b) Carencia en la demostración de afecto c) Ausencia de padres d) Todas son correctas 	<p>Nominal</p>

	<p>Conocimiento sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico del asma bronquial</p>	<p>8. ¿Las variaciones climáticas que estimulan la crisis de asma en el niño se dan por?</p> <p>a) El aire frío b) El exceso de calor c) La lluvia d) Todas las anteriores</p> <p>9. ¿Dentro de los contaminantes presentes en el hogar, que estimula la crisis asmática en el niño se encuentran?</p> <p>a) Basura b) Polvo c) Ropas sucias d) Todas son correctas</p> <p>10. ¿Los alérgenos (cosas que producen alergias) en el hogar que estimulan el asma en el niño pueden ser?</p> <p>a) Matas b) Los adornos florales c) Ropas guardadas d) Todas son correctas</p> <p>11. ¿Los olores que estimulan la crisis asmática en el niño son?</p> <p>a) Detergentes y aerosoles b) Pinturas c) Kerosén d) Todas son correctas</p> <p>12. ¿En cuánto a los animales domésticos que estimulan la crisis de asma en el niño se encuentran?</p> <p>a) Perros b) Gatos c) Tortugas d) A y B son correctas</p> <p>13. ¿Los alérgenos atmosféricos desencadenantes del asma en el niño son?</p> <p>a) Fumigaciones b) Florecimiento de planta c) Vivienda cerca de cauchera, mueblería y construcción d) todas las anteriores</p> <p>14. ¿Dentro de los hábitos del grupo familiar que estimulan las crisis asmáticas en el niño son?</p> <p>a) Fumar cigarrillo cerca del niño b) Uso de plaquitas o quema de basura c) Barrer y eliminar el polvo cerca del niño d) Todas las anteriores</p>	
--	--	---	--

		<p>15. ¿En relación al tratamiento del asma en el niño tenemos primero?</p> <p>a) Supervisión especialista b) Asistencia al servicio de urgencia c) Aliviar la obstrucción del paso del aire d) Todas son correctas</p> <p>16. ¿Los recursos farmacológicos para tratamiento inmediato del niño con asma se encuentran?</p> <p>a) Nebulizador b) Posición semi sentada c) Control de la frecuencia respiratoria d) Todas son correctas</p> <p>17. ¿Para evitar la recurrencia del asma en el niño y el tratamiento oportuno debe ser?</p> <p>a) Atención primaria continuada b) Control y evaluación periódica del tratamiento (medicamento) c) Aumento de actividades de confort en el entorno d) Todas son correctas</p> <p>18. ¿La vigilancia y el control médico requerido por el niño, en función de prevenir la recurrencia del asma tenemos?</p> <p>a) Respetar la indicaciones del tratamiento b) Asistencia a la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño c) Vacunación del niño d) Todas son correctas</p>	
--	--	--	--

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de **tipo Cuantitativo**. Porque la recolección de datos, con base en la medición numérica en el análisis estadístico para establecer patrones de comportamientos y comprobar teorías.

De nivel Descriptivo: se aplica describiendo todas sus dimensiones, en este caso se describe el órgano u objeto a estudiar. Los estudios descriptivos se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es.

De corte transversal: porque los datos se recolectaron en un solo espacio y tiempo, con el propósito de describir y analizar las variables en el momento dado.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El Hospital Jorge Reátegui Delgado, se encuentra ubicado en la Av. Grau N° 1150 en la provincia de Piura distrito de Piura cuenta con varios servicios como son: emergencia, cirugía, medicina general, neonatología,

pediatría, diálisis peritoneal, hemodiálisis. Es un hospital que cuenta con áreas específicas de hospitalización.

El ámbito a desarrollar esta investigación se desarrollara en la unidad de hospitalización de pediatría del actual nosocomio.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Estuvo constituido por las 35 madres de niños menores de 5 años que durante los meses de setiembre y octubre fueron hospitalizados en el hospital Jorge Reátegui que padecen de asma bronquial.

Muestra

Fue de manera no probabilística e intencional ya que se trabajará con las 35 madres de niños menores de 5 años que durante los meses de setiembre y octubre fueron hospitalizados en el hospital Jorge Reátegui con diagnóstico de asma bronquial.

Criterios de inclusión.

- Madres de niños menores de 5 años hospitalizados en el hospital Jorge Reátegui que padecen de asma bronquial.
- Madres de niños menores de 5 años diagnóstico de asma atendidos en el hospital Jorge Reátegui de Piura , que dan su consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Madres de los niños que sean menores de edad o con déficit cognitivo.
- Presencia de cualquier otra enfermedad crónica en los niños
 - ✚ Rinosinusitis crónica
 - ✚ Reflujo gastroesofágico
 - ✚ Infección respiratoria baja recurrente.

- ✚ Fibrosis quística
 - ✚ Displasia Broncopulmonar
 - ✚ Tuberculosis
 - ✚ Malformaciones congénitas
 - ✚ Aspiración de cuerpo extraño
 - ✚ Síndrome de disquinesia ciliar
 - ✚ Inmunodeficiencia
 - ✚ Cardiopatía congénita
 - ✚ Trastornos mentales incapacitantes que alteren la calidad de vida.
- Madres de niños mayores de 5 años diagnóstico de asma atendidos en el hospital Jorge Reátegui de Piura , que no dan su consentimiento informado.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas

Se hizo uso de la encuesta

Instrumento

Se utilizó un cuestionario para medir conocimientos. Las preguntas se estructuraron en base a los tres indicadores planteados:

El nivel de conocimiento que poseen las madres sobre el asma bronquial, los indicadores a medir los ítems: 1,2,3,4,5,6,7.

Nivel de conocimiento que poseen las madres sobre factores desencadenantes del asma bronquial , los indicadores a medir son : 8,9,10,11,12,13,14. .

El nivel de conocimiento que poseen las madres sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico, los indicadores a medir son :15,16,17,18..

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue validado por juicio de expertos, haciendo uso del coeficiente de proporción de rango corregido.

Para garantizar la confiabilidad se aplicó una encuesta y un test piloto a una población similar y con las características de nuestra muestra, la cual quedó descartada para la aplicación del test de la investigación.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Recolección de datos

Para la recolección de datos necesarios del estudio, se procederá del siguiente modo:

1. Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital Jorge Reátegui para la realización del presente trabajo de investigación
2. Se elaboró la ficha tipo cuestionario para la respectiva recolección de datos.
3. El cuestionario se logró reproducir tomando en cuenta el número de la muestra, los resultados de la prueba piloto, así como la prueba de validez y confiabilidad y los datos serán recolectados en el hospital "Jorge Reátegui"; informando y orientando a la madre acerca del instrumento previa a su aplicación.
4. Una vez obtenida la información y con la finalidad de facilitar el manejo de los datos recolectados referente a los conocimientos, la cual permitió obtener información del total de la muestra seleccionada para luego clasificar los resultados mediante la escala de calificación, los cuales así fueron procesados, para la presentación de hallazgos se realizó cuadros estadísticos los cuales sirvieron de base para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida.
5. Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS FOR WINDOWS Versión 21, que es la abreviatura en inglés del paquete estadístico para las Ciencias Sociales (Statistical Package for the Social Sciences)

Una vez recolectado los datos de nuestra investigación, se procedió a realizar el análisis correspondiente, mediante la estadística descriptiva y

el análisis se realizó tabulando las encuestas a partir de los cuales se analizaron en el gráfico.

3.7. CONSIDERACIONES ETICAS

Para el presente trabajo de estudio se tomaron en cuenta los siguientes principios éticos:

Autonomía

El principio de autonomía supone la capacidad de actuar con conocimientos de causa y sin coacción. Toda persona autónoma es capaz de tomar sus decisiones, incluso cuando está enfermo. El respeto a la autonomía supone la no interferencia en sus derechos, deberes y valores y la aceptación de las opciones que el escoja.

Toda persona tiene derecho a ser informada sobre su situación, alternativas y tratamientos, favoreciendo y respetando la toma de decisiones, es un reconociendo explícito de la igual dignidad de las personas, pone su acento en el respeto a la voluntad del paciente frente a la del médico.

Beneficencia

Se trata de la obligación de hacer el bien. Es otro de los principios clásicos hipocráticos. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. Por lo tanto, actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, sus valores, modo de vivir y deseo a no es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.

No maleficencia

Define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones biológicas, tales como raza, sexo, edad, situación de salud, etc. Determina el correspondiente deber de no hacer daño, aun

cuando el interesado lo solicitara expresamente. Para el presente caso se trata de no hacer daño, ni lesionar la imagen de las personas encuestadas.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA: 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES CON NIÑOS HOSPITALIZADOS

EDAD	N	%
19 a 26	15	43
27 a 34	12	34
35 a 42	8	23
Total	35	100

Interpretación: Se observa que el 52%(52) de las madres tienen 26 a 46 años, un 35% (35) tienen más de 47 años y un 12%(12) tienen 20 a 25 años.

GRAFICO: 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES

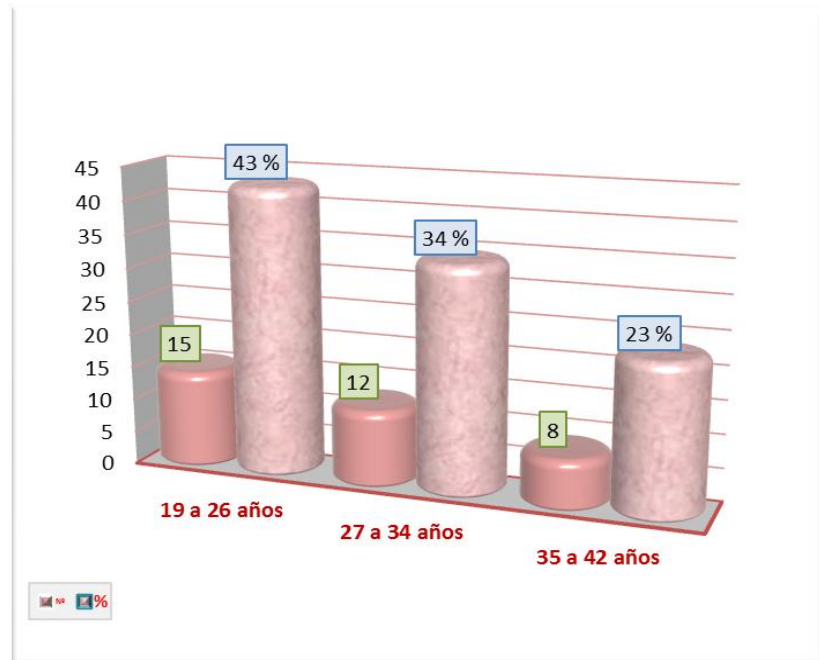


TABLA: 2

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES
CON NIÑOS HOSPITALIZADOS**

EDAD	N	%
Primaria Comp.	10	29
Secundaria Comp.	17	48
Superior	8	23
Total	35	100

Interpretación: Se observa que el 48%(17) de las madres secundaria Completa, un 29% (10) tienen primaria completa y un 23%(8) tienen educación superior.

GRAFICO: 2

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS
MADRES CON NIÑOS HOSPITALIZADOS**

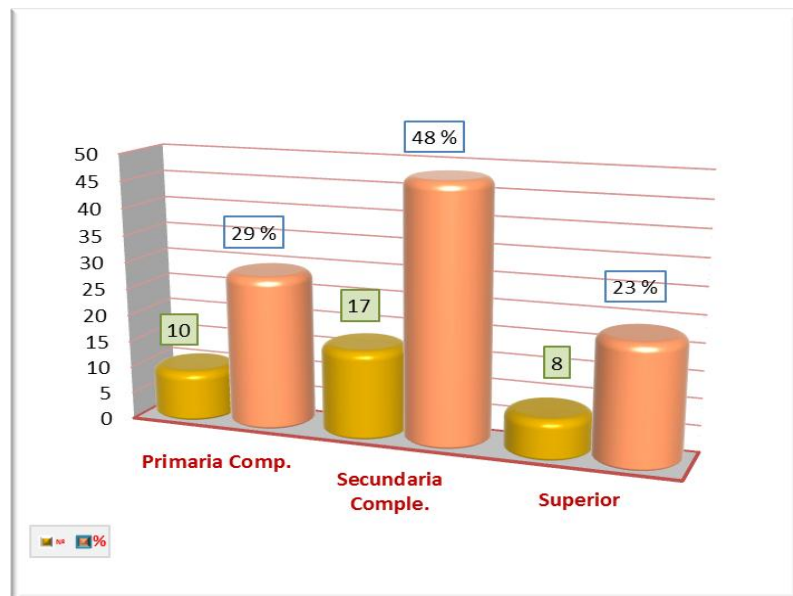


TABLA: 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO PARA
DESARROLLAR ASMA BRONQUIAL DE LAS MADRES CON NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS**

EDAD	N	%
Alto.	8	23
Medio.	18	51
Bajo	9	26
Total	35	100

Interpretación: Se observa que el 51%(18) de las madres tienen un nivel medio de conocimientos, un 26% (9) tienen un nivel bajo y un 23%(8) tienen un nivel alto.

GRAFICO: 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO
PARA DESARROLLAR ASMA BRONQUIAL DE LAS MADRES CON
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS**

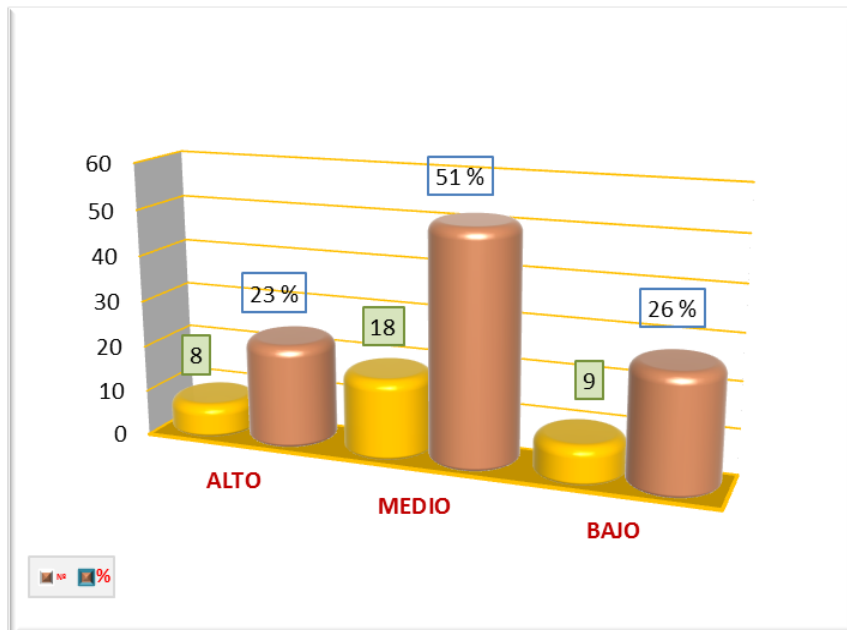


TABLA: 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO
DESENCADENANTES DEL ASMA BRONQUIAL DE LAS MADRES
CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS**

EDAD	N	%
Alto.	7	20
Medio.	19	54
Bajo	9	26
Total	35	100

Interpretación: Se observa que el conocimiento sobre los factores de riesgo desencadenantes del asma bronquial es de nivel medio en el 54%(19) de las madres el 26% (9) tienen un nivel bajo y un 20%(7) tienen un nivel alto.

GRAFICO: 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE DESENCADENANTES DEL ASMA BRONQUIAL DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS

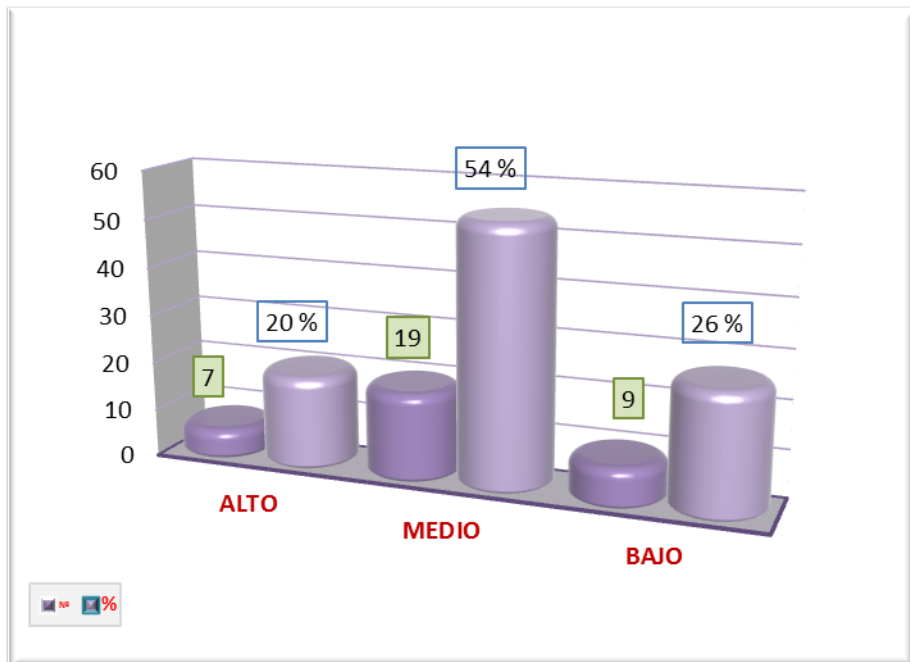


TABLA: 5

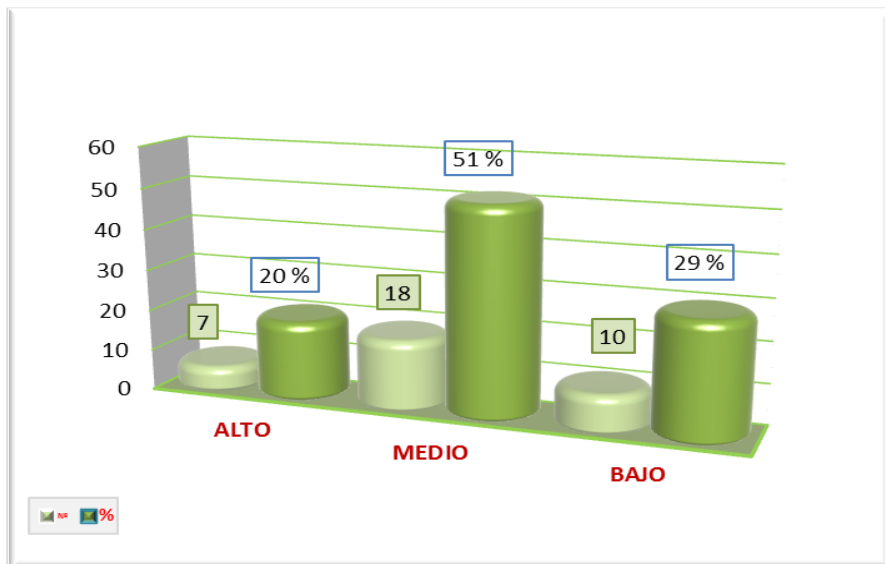
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DEL ASMA BRONQUIAL
DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
HOSPITALIZADOS**

EDAD	N	%
Alto.	7	20
Medio.	18	51
Bajo	10	29
Total	35	100

Interpretación: Se observa que el conocimiento sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico sobre el asma bronquial es de nivel medio en el 51%(18) de las madres, el 29% (10) tienen un nivel bajo y solamente un 20%(7) tienen un nivel alto.

GRAFICO: 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DEL ASMA BRONQUIAL DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS



CAPITULO V: DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta las variables intervinientes se puede decir que el mayor porcentaje de madres según su edad se encuentran en la etapa adultas jóvenes, seguida de las madres en edad adulta y que el nivel de instrucción que tienen en su mayor registro es de secundaria completa y muy pocas de ellas tiene educación superior.

Analizando el conocimiento que tienen sobre la enfermedad que padecen sus niños menores de 5 años se puede decir que es predominantemente de nivel medio, seguido de un nivel bajo y solamente un mínimo porcentaje tiene un nivel de conocimiento alto.

Este resultado nos hace pensar que los niños llegan incluso a ser hospitalizado recibiendo atención continua como nebulización, administración de oxígeno y antibióticos por ser madres muy jóvenes y no contar con el conocimiento adecuado sobre la enfermedad del asma bronquial enfermedad que padecen sus niños. Asimismo el nivel de conocimiento es bajo encontrándose sobre que no identifican entre los factores de riesgo a los alérgicos y la falta de cambios y toma de conciencia sobre los hábitos nocivos en el hogar entendiéndose por qué también acuden al área de salud llegando a ser hospitalizados y entonces ya no se deba a la condición propia de la enfermedad sino al factor conductual de los padres en casa ya que tendrían que tener en cuenta que existen factores condicionantes que pueden influenciar que se presenten las crisis de asma hasta que no respondan al tratamiento ambulatorio teniendo que recibir tratamiento hospitalario.

CONCLUSIONES

- ☑ La población estudiada, según su edad se encuentra en promedio en la etapa de adulta joven y con un nivel de instrucción de secundaria completa y muy pocas de ellas tienen instrucción superior.
- ☑ El 51%(18) madres tienen un nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del asma bronquial de nivel medio, seguido del nivel bajo y un mínimo porcentaje tienen un nivel alto.
- ☑ El conocimiento sobre los factores de riesgo desencadenantes del asma bronquial es de nivel medio en el 54%(19) de las madres el 26% (9) tienen un nivel bajo y un 20%(7) tienen un nivel alto.
- ☑ El conocimiento sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico sobre el asma bronquial es de nivel medio en más del 50% de las madres y un mínimo porcentaje tienen un nivel alto.

RECOMENDACIONES

- ☑ Se recomienda hacer llegar los resultados a las autoridades hospitalarias, a fin de buscar en equipo la mejor estrategia de educación para las madres.
- ☑ Se recomienda que el profesional de enfermería durante los cuidados que brinda al niño hospitalizado con asma oriente a la madre para seguir los cuidados necesarios en el hogar
- ☑ Se recomienda educar a las madres sobre todo en las medidas de prevención frente a los factores de riesgo de la enfermedad y con ello evitar la recurrencia del asma en sus hijos.
- ☑ Fomentar entre las propias madres la organización de reuniones para que interactúen entre ellas y compartan sus experiencias del cuidado en sus niños y sobre todo en actividades de educación para la salud a nivel intra hospitalario, buscando de esta manera democratizar el conocimiento sobre el cuidado específico en contra del asma.
- ☑ Publicar la investigación tanto para el nivel Educativo como preventivo, para así disminuir las hospitalizaciones en niños por una enfermedad que puede ser controlada en casa y sobre todo evitarse que se presenten las crisis asmáticas por los factores desencadenantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARAUJO, L, (2008). Participación de Enfermería en la atención del Niño Asmático. Trabajo Especial de Grado Escuela de Enfermería Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela .
2. BAEZ, Z, (1999). Rol Educativo del personal de Enfermería en la Prevención del asma Bronquial. Trabajo Especial de Grado Escuela de Enfermería Facultad de medicina, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
3. BERKOWITZ, C, (2011). *Atención Primaria Pediátrica*. Mosby / Doyma, Libro. México, D F.
4. DONNA, L WONG, (2008). *Enfermería Pediátrica*. Mosby / Doyma, Libros.
5. FIGUEROA, W, (2008). *Actividades Educación para la Salud en la Prevención de la Crisis Asmática*. Trabajo Especial de Grado Escuela de Enfermería Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
6. GESTAL, (2002). Factores de Riesgo_ www.infosalud.com.ar
7. GUTIERREZ, Y BRENES, (2008). *Conocimiento y Creencia*. www.todosalud.com.
8. Organización mundial de la salud. (2003). *Situación de Salud del Niño*. Revista N°6 Volumen 14 Ginebra.
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS), (1998), www.zonapediatrica.com accedido el 28 junio 2011
10. MACHADO, C, (2009). *Prevención de los Riesgos Ambientales que Ocasianan el Asma en los niños*. Trabajo Especial de Grado Escuela de Enfermería Facultad de Medicina Universidad Central de Venezuela.
11. NABERAN, T, (2008). *Factores Desencadenante del Asma*. www.infosalud.com.ar

12. Revista Pediatría de Atención Primaria Vol. VII, Suplemento 2, (2005)
13. SEIDEL, M D, JAIME, (2006). *Asma en Niño*: www.todosalud.com.
14. Unidad de investigación epidemiológica y análisis situacional de servicios / oficina de epidemiología / Instituto Especializado de Salud del Niño. (2013)
15. Viviana Lezana, J. Carlos Arancibia. Universidad de Valparaíso. Hospital , Gustavo Fricke de Viña del Mar, (2009)
16. Marriner Tomey a, [et al.]. *Modelos y teorías de enfermería*. 4ta ed. España. Editorial Harcourt Brace. 2004

ANEXOS

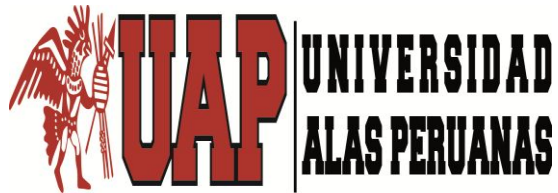


ANEXOS N° 01 “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL ASMA BRONQUIAL DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL JORGE REATEGUI-SETIEMBRE-OCTUBRE 2015”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES
¿Cuál es nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el hospital Jorge Reátegui- Setiembre- Octubre 2015?	Determinar nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el hospital Jorge Reátegui- Setiembre- Octubre 2015	Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del asma bronquial	Nivel de conocimiento sobre Factores de riesgo para desarrollar

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para desarrollar asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el hospital Jorge Reátegui-Setiembre-Octubre 2015 ▪ Identificar el nivel de conocimiento sobre los factores de desencadenantes del asma bronquial de las madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el hospital Jorge Reátegui-Setiembre-Octubre 2015. ▪ Reconocer el nivel de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico del asma bronquial de las 		<p>Nivel de conocimiento de las madres sobre factores desencadenantes del asma bronquial.</p> <p>Nivel de conocimiento sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico del asma bronquial</p>
--	---	--	--

	madres con niños menores de 5 años hospitalizados en el hospital Jorge Reátegui- Setiembre-Octubre 2015		
--	---	--	--



ANEXO N^o 02

CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL ASMA BRONQUIAL DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL JORGE REATEGUI- SETIEMBRE-OCTUBRE 2015

Estimada Madre le pido llenar esta encuesta y como puede ver no hay necesidad que coloque su nombre en ella solamente están datos muy generales. Le doy las gracias por aceptar participar.

DATOS GENERALES

Edad

- a) Edad. 19 a 26 años
- b) 27 a 34 años
- c) 35 a 42 años

Grado de Instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

1. ¿El asma es una enfermedad que se caracteriza por?

- a) Inflamación de las vías respiratorias inferiores
- b) En respuestas a la gente externo (físico)
- c) Bronco constricción exagerada
- d) Todas las anteriores.

2. ¿El ruido respiratorio del niño con asma es caracterizado por?

- a) Emitir sonido como la cuerda de un violín, cuando bota el aire.
- b) Respiración sin ruido
- c) Emitir un sonido como la cuerda de un violín, cuando toma aire.
- d) A y C son correctas

3. ¿El niño con asma cuando toma aire?

- a) Muestra dificultad para respirar
- b) Respirar muy rápido
- c) Respirar sin dificultad con la boca abierta
- d) Todas las anteriores

4. ¿El niño con asma puede presentar?

- a) Tos en la mañana
- b) Tos en la noche
- c) Tos en la tarde
- d) A cualquier hora del día

5. ¿El asma produce en el niño?

- a) Aumento de temperatura corporal
- b) Alergias en la piel (dermatitis)
- c) Falta de apetito (inapetencia)
- d) Todas las anteriores

6. ¿Los ruidos respiratorios que presenta el niño con asma son conocidos cómo?

- a) Sonido perrunos
- b) Húmedos (catarro)
- c) Secos
- d) Ninguna es correcta

7. ¿El estrés emocional es un factor desencadenante del asma en el niño y puede ocurrir por?

- a) Discusiones en presencia del niño
- b) Carencia en la demostración de afecto
- c) Ausencia de padres

d) Todas son correctas

8. ¿Las variaciones climáticas que estimulan la crisis de asma en el niño se dan por?

a) El aire frío

b) El exceso de calor

c) La lluvia

d) Todas las anteriores

9. ¿Dentro de los contaminantes presentes en el hogar, que estimula la crisis asmática en el niño se encuentran?

a) Basura

b) Polvo

c) Ropas sucias

d) Todas son correctas

10. ¿Los alérgenos (cosas que producen alergias) en el hogar que estimulan el asma en el niño pueden ser?

a) Matas

b) Los adornos florales

c) Ropas guardadas

d) Todas son correctas

11. ¿Los olores que estimulan la crisis asmática en el niño son?

a) Detergentes y aerosoles

b) Pinturas

c) Kerosén

d) Todas son correctas

12. ¿En cuanto a los animales domésticos que estimulan la crisis de asma en el niño se encuentran?

a) Perros

b) Gatos

c) Tortugas

d) A y B son correctas

13. ¿Los alérgenos atmosféricos desencadenantes del asma en el niño son?

- a) Fumigaciones
- b) Florecimiento de planta
- c) Vivienda cerca de cauchera, mueblería y construcción
- d) todas las anteriores

14. ¿Dentro de los hábitos del grupo familiar que estimulan las crisis asmáticas en el niño son?

- a) Fumar cigarrillo cerca del niño
- b) Uso de plaquitas o quema de basura
- c) Barrer y eliminar el polvo cerca del niño
- d) Todas las anteriores

15. ¿En relación al tratamiento del asma en el niño tenemos primero?

- a) Supervisión especialista
- b) Asistencia al servicio de urgencia
- c) Aliviar la obstrucción del paso del aire
- d) Todas son correctas

16. ¿Los recursos farmacológicos para tratamiento inmediato del niño con asma se encuentran?

- a) Nebulizador
- b) Posición semi sentada
- c) Control de la frecuencia respiratoria
- d) Todas son correctas

17. ¿Para evitar la recurrencia del asma en el niño y el tratamiento oportuno debe ser?

- a) Atención primaria continuada
- b) Control y evaluación periódica del tratamiento (medicamento)
- c) Aumento de actividades de confort en el entorno
- d) Todas son correctas

18. ¿La vigilancia y el control médico requerido por el niño, en función de prevenir la recurrencia del asma tenemos?

- a) Respetar las indicaciones del tratamiento
- b) Asistencia a la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño

c) Vacunación del niño

d) Todas son correctas