



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría Académica de Posgrados e Investigación
Decanato Académico de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería

Título de la investigación
Nivel de conocimiento acerca del asma en padres de niños asmáticos

Para obtener el grado de la Especialidad de Enfermería pediátrica

Presenta
González Guzmán María Herminia

Nombre del asesor metodológico
MCE. José Alfredo Romero Soriano

Nombre del asesor de contenido
MCE. María Juana González Monterrosa



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN

1.1 Antecedentes	5
1.2 Problema de investigación	13
1.3 Pregunta de investigación	21
1.4 Objetivo general	22
1.4.1 Objetivos específicos	22
1.5 Justificación de la investigación	23

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Patricia Benner	27
---------------------	----

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Alcance y enfoque de la investigación (El fenómeno a explicar)	36
3.2 Hipótesis	37
3.3 Definición operacional de las variables	37
3.4 Tipo de estudio	38
3.4.1 Universo	38
3.4.2 Muestra y Muestreo	38
3.4.3 Criterio de selección	38
3.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos	39
3.6 Recursos	39
3.7 Procedimiento para la recolección de información	40
3.7.1 Plan de tabulación y análisis de datos	40
3.8 Consideraciones éticas	41

CAPÍTULO 4.

Tabla 1 Características generales de la población de estudio

Tabla 2 Porcentaje de aciertos de cada uno de los 31 ítems del cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma.

Tabla 3 Clasificación del nivel de conocimientos acerca de asma de los padres de niños asmáticos según la teoría de Patricia Benner

CONCLUSIONES

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

Anexo B. Instrumento Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAKQ), Valoración de conocimientos sobre asma.

Anexo C. Cronograma de Actividades

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

RESUMEN

Introducción: el control del asma se logra a través de un adecuado plan de educación, control y tratamiento de la inflamación.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre el asma de los padres de niños asmáticos que se encuentran hospitalizados por una crisis.

Material y métodos: estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, mediante encuestas autocomplementadas. Los conocimientos sobre asma se evaluaron usando el el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAQK). Se realizó el cuestionario a padres de niños asmáticos que se encontraban atendidos en Hospital General N. 24. Poza Rica, Veracruz. Las encuestas fueron realizadas entre Abril y Mayo del 2015.

Resultados: Se encuestó a 23 progenitores, un 69.9% fue contestado por la madre del paciente y un 30.4% por el padre.

Un 100% de los padres identificó correctamente los síntomas de las exacerbaciones. La implicación de la broncoconstricción y la inflamación bronquial en las exacerbaciones fue reconocida por un 95.7 y un 91.3%, respectivamente. Sin embargo, el 60.9% opinó que el asma no es «problema nervioso», y un 91.3% supo nombrar correctamente tres factores precipitantes de una crisis.

En relación con el tratamiento, un 56.5% reconoció dos fármacos útiles ante las exacerbaciones de la enfermedad, el 91.3% nombraron dos tratamientos de mantenimiento para el asma. El 60.9% conoce que los ciclos cortos no tienen

efectos secundarios importantes. El 100% de los padres sabe que con el tratamiento adecuado un niño asmático puede llevar una vida normal sin restricciones en sus actividades. El 95.7% afirma que los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar tratamiento preventivo. Un 60.9% mencionaron que los antibióticos no son parte fundamental del manejo del asma.

En relación a mitos o creencias en torno al asma, el 69.6% de los encuestados niegan que los niños con asma sufren un aumento de mucosidad cuando consumen leche de vaca. , y el 62.6% que pueden consumir productos lácteos.

Conclusiones: los niveles de conocimiento de los padres en esta muestra no son suficientes para lograr que los niños presenten un asma controlada. Considero que una intervención educativa puede mejorar los conocimientos sobre asma y contribuir a disminuir la morbilidad de esta enfermedad crónica.

Palabras clave: Conocimiento de asma, crisis asmática, tratamiento y prevención

INTRODUCCION

El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la infancia. A pesar de los muchos avances en el conocimiento de su fisiopatología y su tratamiento, aún hoy se acompaña de una morbilidad y una mortalidad muy significativas y representa un importante problema de salud pública en todo el mundo; en términos de calidad de vida y costos de atención. A nivel mundial, afecta a cerca de 300 millones de personas, su prevalencia varía entre 2 y 20 % y su mortalidad se estima en 250.000 muertes al año. La Organización Mundial de La Salud (OMS) calcula que al año se pueden perder 15 millones de años de vida sana por discapacidad por asma. (Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica, 2013)

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica, reversible con o sin tratamiento, de elevada magnitud en la población infantil. En México, de acuerdo con diferentes estudios de investigación, es de 8%. En infantes, la prevalencia de asma es de 6%, es mayor en niños en comparación con las niñas; sin embargo, se ha reportado que la prevalencia de asma en niños en los países latinoamericanos ha aumentado, con prevalencia de 5 a 10% en México. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006, en Veracruz se reportó una prevalencia de 13.09% en preescolares. A la fecha no existe algún registro actualizado de prevalencia e incidencia de asma en esa entidad federativa. (Dulce María Aquino Pérez, 2013)

La importancia del asma radica en su elevada frecuencia, en su carácter crónico que afecta a la calidad de vida, al ausentismo escolar y laboral, y en los elevados costos sanitarios que genera. Se estima que un elevado porcentaje del costo que origina el asma está ocasionado por su mal control.

El impacto de esta enfermedad es tremendo, no solo por su alta morbilidad, sino por el efecto económico y social asociado a ella. Frecuentemente, la enfermedad y los síntomas nocturnos acompañados con las alteraciones del sueño, tanto en los niños como en sus padres, dan como resultado un desempeño escolar pobre y días de trabajo perdidos.

En años recientes se reporta que este padecimiento afecta a 10% de la población de niños, en países desarrollados; siendo uno de los principales motivos de atención médica y se estima que es causa de alrededor de 3.4 millones de consultas médicas y 146 mil hospitalizaciones por año. Uno de los estudios más importantes con respecto a la prevalencia del asma es el Estudio Internacional sobre Asma y Alergias en la Niñez (**ISAAC**, por sus siglas en inglés), la prevalencia en México, Chile y Argentina se sitúa entre 5% y 10% y en Uruguay, Panamá y Paraguay entre 15% y 20%. Estudios previos realizados en Uruguay mostraron una prevalencia del asma bronquial del 18,7% con un leve predominio del sexo masculino. El abordaje actual en el tratamiento del asma se apoya en dos pilares fundamentales: por un lado, las medidas no farmacológicas, que influyen en evitar o reducir al máximo la exposición a los agentes desencadenantes, así como el proporcionar la educación necesaria al familiar del

niño asmático en cuanto al manejo de la enfermedad para alcanzar el control. El paciente debe conocer la fisiopatología del asma y se le debe explicar la presencia de los factores para identificarlos y evitarlos. Y por otro, las medidas farmacológicas dirigidas a controlar la inflamación crónica y a mejorar la función pulmonar. (Nicolás Curbelo, 2010)

Lo anteriormente mencionado se observa en los pacientes y familiares que ingresan al servicio de pediatría en el Hospital General # 24 (IMSS), Poza Rica en quienes, la falta de conocimientos sobre los factores predisponentes y desencadenantes de las crisis de asma, contribuye a la persistencia de estos episodios.

Por eso es muy importante evaluar el nivel de conocimientos que poseen los padres de niños asmáticos, particularmente en el caso de patologías crónicas que requieren la activa participación del enfermo y su familia en el tratamiento. En este sentido, en los últimos años se han dirigido muchos esfuerzos hacia la formación de los niños asmáticos y sus cuidadores. El tratamiento de un paciente asmático no sólo incluye un esquema farmacológico individualizado, sino también intervenciones educativas, como explicar la naturaleza de la enfermedad, la importancia de usar el tratamiento de mantenimiento de forma constante, el uso correcto del inhalador o aprender a controlar los factores ambientales que desencadenan las crisis.

La mayoría de los estudios demuestran que las intervenciones educativas añadidas al tratamiento del asma son beneficiosas, ya que mejoran la sintomatología, aumentan el grado de entendimiento sobre la enfermedad, conducen a la adquisición de habilidades y promueven la participación de la familia en el manejo de la enfermedad, favoreciendo así el cumplimiento terapéutico. Sin embargo, para conseguir una disminución de la morbilidad que mejore la calidad de vida de los pacientes es necesario complementarla con planes de acción individualizados, revisiones periódicas y aprendizaje del automanejo del asma. La evaluación del nivel de conocimientos y su progresión es una parte primordial en el proceso educativo del asma; para ello, se utilizó un cuestionario traducido y validado al castellano, el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAKQ), ya utilizado en diversos estudios, que contempla no sólo los conceptos clásicos de inflamación broncoconstricción, medicamentos y creencias sobre la enfermedad, sino también estrategias de automanejo y toma de decisiones ante situaciones concretas. El NAKQ ha demostrado ser un instrumento válido para evaluar los conocimientos sobre el asma de los pacientes y sus padres o cuidadores; su versión española es aceptable, equivalente culturalmente a la original, y tiene un buen grado de fiabilidad, validez y reproducibilidad. (M.R. García-Luzardo, 2012)

CAPÍTULO 1

PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN

1.1 Antecedentes

En lo que se refiere a la medicina oriental, las primeras aseveraciones sobre el asma datan de 460-375 a.C., contenidas en el corpus Hippocraticum, aunque el término era usado para describir un síntoma, el jadeo, y no una enfermedad. Fue hasta el año 25 d.C. que los conceptos hipocráticos fueron modificados por Cornelius Celsus, introduciendo una clasificación de acuerdo con el trabajo respiratorio, en donde se menciona también la palabra “disnea”, refiriéndose a la dificultad para respirar moderada; el siguiente nivel de dificultad respiratoria incluía al paciente que no puede respirar sin hacer un sonido con la garganta. Cuando era necesario que el paciente se mantuviera con el cuello rígido para respirar se denominaban orthopnea. (Alma Gurrola Silva, 2013)

Galeno, en el 130-200, modifica la definición inicial de Hipócrates y sugiere que el asma es una enfermedad que se caracteriza por presentar una respiración acelerada, corta y ruidosa, es decir, dificultad respiratoria, pero sin la presencia de fiebre.

Es hasta 1552, cuando se traduce al latín una de las primeras descripciones clínicas del asma como enfermedad, adjudicada a Arateus de

Capadocia, donde se hace énfasis en las sibilancias, tos seca, no productiva y la imposibilidad de dormir en decúbito dorsal. Así mismo, describe la respiración ruidosa y agitada del asmático, mencionando la ansiedad y miedo que esto provoca.

A mediados del siglo XVII, dos médicos ingleses, Willis y Floyers, escriben un tratado sobre el asma, donde hacen diferencia entre el asma convulsiva, refiriéndose a los ataques agudos del asma neumónica, situación crónica asociada a la obstrucción de los bronquios por humores espesos.

Durante el siglo XX se describen la mayoría de los hallazgos fisiopatológicos del asma, acuñando el término de alergia a partir del griego allos (otros) en 1902. Se determina el papel fundamental de las histaminas y de la hipertrofia de la capa muscular bronquial.

En el año 1911 se realizan las primeras pruebas cutáneas y se inician los esfuerzos por lograr tratamientos desensibilizantes. (Alma Gurrola Silva, 2013)

Una vez definida la base alérgica del asma, se llevan a cabo investigaciones sobre los posibles alérgenos, tales como pólenes, polvos, agentes químicos y en 1928 la aspirina.

Es Osler quien a finales del siglo XIX describe la inflamación de los pequeños bronquios a partir del examen microscópico del esputo de pacientes asmáticos en donde observó células epiteliales bronquiales descamadas, eosinófilos y cristales de asma.

La hiperreactividad bronquial fue descrita por primera vez en 1946 por Curry, quien estudió el efecto de grandes cantidades de histamina en los enfermos y no enfermos

Desde finales del Siglo XVII, Thomas Willis propuso que la alteración de las fibras nerviosas pulmonares era la causa de la broncoconstricción, aunque estas teorías fueron poco aceptadas, hasta un siglo después, cuando el Dr. Henry Hyde Salter sugirió que la función nerviosa inadecuada era sin duda parte importante de la fisiopatología de la broncoconstricción. Más adelante, el campo de la neurobiología determinaría que los pulmones son inervados por el sistema simpático, parasimpático, noradrenérgico y norcolinérgico, y que el desequilibrio entre los efectos excitatorios e inhibitorios es determinante en la patogénesis de la enfermedad. (Alma Gurrola Silva, 2013)

A lo largo de los años la definición de asma ha sufrido diferentes cambios en función de los avances que se han producido en el conocimiento de la enfermedad. De todas las edades, el asma del adulto ha sido el mejor estudiado, en función de la mayor facilidad de abordaje de las vías respiratorias. De ahí que las definiciones de asma provengan de la patología del adulto y que por extensión se hayan aplicado a la patología infantil. El concepto de asma queda ligado al de inflamación de la mucosa bronquial.

GINA define el asma como un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas en el que participan muchas células y elementos celulares, en particular mastocitos, eosinófilos, linfocitos T, neutrófilos y células epiteliales. En individuos susceptibles esta inflamación origina episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente por la noche y por la mañana. Estos episodios se asocian con obstrucción generalizada y variable de la vía aérea, que suele ser reversible espontáneamente o con tratamiento. La inflamación también causa un incremento de la hiperreactividad bronquial frente a diferentes estímulos. Es la enfermedad crónica más común en la infancia, los estudios epidemiológicos en América Latina han revelado diferencias en prevalencia del asma con cifras de 5.7 a 16.5% en la población pediátrica. En los últimos años se han realizado estudios en la Ciudad de México aplicando la metodología del ISAAC, determinando que la prevalencia es de 8 a 12%. Varios factores de riesgo se asocian con el desarrollo de esta enfermedad. (Blanca Estela del Río Navarro, 2010)

Es más prevalente en niños con historia familiar de alergia, y los síntomas y exacerbaciones son provocados por una gran variedad de disparadores como infecciones virales, alergenios intra y extradomiciliarios, humo de cigarro y contaminación del aire ambiente. Muchos lactantes y preescolares presentan episodios recurrentes de síntomas bronquiales, especialmente sibilancias y tos que inician desde los primeros meses de vida y acompañan a infecciones respiratorias.

Actualmente se considera que las principales causas que contribuyen a la morbilidad del asma son el subdiagnóstico y el manejo inadecuado; factores que muy probablemente sean la causa de una educación inadecuada.

La prevalencia de asma varía de acuerdo con la zona geográfica, el clima, el estilo de vida y el desarrollo económico de cada región. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que afecta a 300 millones de personas y aún en la actualidad es causa de muerte en todo el mundo, estimando 250 000 muertes por asma al año. En las últimas cuatro décadas la prevalencia aumentó de forma importante, principalmente en las ciudades industrializadas. Sin embargo, en los últimos 10 años se ha establecido una meseta, en donde a pesar de permanecer alta, no se han reportado incrementos.

En todo el mundo se están realizando estudios epidemiológicos, predominantemente de tipo transversal, con la finalidad de determinar la prevalencia de asma y su tendencia. Así, se creó, en 1991, el *International Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) que junto con la *European Community Respiratory Health Survey* (ECR-HS =Comunidad europea de salud respiratoria), que estudia población adulta joven, han determinado que países como Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda y Australia tienen prevalencias más altas, mientras que las más bajas se encuentran en China, India, Etiopía, Indonesia y Europa del Este.

El ISAAC y la ECRHS ponen de manifiesto una gran variabilidad en la distribución espacial del asma. Los estudios epidemiológicos en América Latina han revelado diferencias en prevalencia del asma, con cifras de 5.7 a 16.5% en la población pediátrica. Valores que pueden deberse al uso de distintas metodologías o a la influencia de diversos factores geográficos, demográficos y ambientales. (Blanca Estela del Río-Navarro, 2010)

En México no se ha estimado la prevalencia del asma en la población general del país o en grupos definidos de edad y sexo. Sin embargo, se han publicado estimaciones de la prevalencia del asma en varias zonas del país. Por ejemplo, en Villahermosa, Tabasco, una encuesta realizada en 1986 mostró una prevalencia de 8.7% en la población escolar, en Guadalajara, Jalisco, en 1990 se reportó una prevalencia en escolares de 12.8%, con un predominio del sexo masculino. En 1991 en Monterrey, Nuevo León, reportaron 2.7%. En 1997 en Mérida, Yucatán, una encuesta en escolares reportó 12%. Con la metodología del ISAAC, existen en México tres estudios: el primero fue realizado en Cuernavaca, Morelos, en 1997, donde se estableció una prevalencia de asma de 5.8%. En 1998-1999, en Ciudad Juárez, Chihuahua, se determinó que la prevalencia de asma era similar a la de Cuernavaca, desafortunadamente la muestra en ambos estudios tuvo una variación de edad más amplia que el que recomienda el ISAAC (seis a ocho años y 11 a 14 años). En el estudio de Hermosillo, Sonora, la tasa de contestación del cuestionario fue muy baja (49%) para valorar adecuadamente la prevalencia y hacer comparaciones significativas. En los últimos años se han

realizado estudios en la Ciudad de México, aplicando la metodología del ISAAC, determinando que la prevalencia es de 8 a 12%. El grupo de adolescentes de 13 a 14 años es el más afectado, con una prevalencia de 9.9%, mientras que en el grupo de escolares de seis a siete años es de 6.8%. A lo largo de este estudio, se observó mayor frecuencia y gravedad de asma en las mujeres adolescentes, valorando el número de crisis, la presencia de tos y disturbios del sueño. La prevalencia de asma en México es muy similar a la observada en Europa del este y Asia; sin embargo, comparada con los países de América latina es de los países con menos prevalencia.

En cuanto a la mortalidad, se ha observado que es más frecuente en invierno, con predominio discreto en las mujeres, y México es uno de los países con tasas más elevadas. (Blanca Estela del Río-Navarro, 2010)

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia en los países desarrollados, motivo por el que adquiere una enorme repercusión no solo a nivel individual y familiar, sino también a nivel social y económico.

El carácter crónico indica que no tiene curación y, por tanto, el objetivo del tratamiento se ciñe a alcanzar un adecuado control de los síntomas, mantener una actividad física y una función pulmonar normales, así como prevenir las reagudizaciones.

En los últimos años se está insistiendo en la necesidad de la mayor dedicación por parte de los sanitarios hacia los aspectos educativos que, como en toda enfermedad crónica, requiere el asma.

La mejora en los conocimientos, la adquisición de las habilidades necesarias y el cambio en la actitud y los comportamientos de los pacientes, familiares y cuidadores facilitan una mayor adhesión a los tratamientos y permiten un mejor manejo de los síntomas y de la enfermedad. Es por eso que las principales guías y consensos de manejo del asma actuales recomiendan la intervención educativa como un pilar más de manejo y tratamiento del asma. (Leonardo cabello M.T, 2013)

El objetivo de este estudio es determinar el nivel de conocimiento sobre el asma y su manejo en los padres de niños asmáticos en el H.G.Z. # 24 Poza Rica, Veracruz, en el servicio de pediatría y urgencias pediátricas, utilizando para ello una encuesta elaborada y validada con ese fin.

1.2 Problema de investigación

El asma desde el punto de vista fisiopatológico, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como una enfermedad crónica caracterizada por hiperreactividad de las vías aéreas en respuesta a variados estímulos, como consecuencia de un proceso inflamatorio crónico que resulta de la interacción compleja de mediadores celulares (mastocitos, basófilos, eosinófilos, linfocitos T, neutrófilos) y con células y tejidos propios de la vía aérea en el cual intervienen varios mecanismos (neurológicos adrenérgicos, no adrenérgicos, colinérgicos, no colinérgicos), produciendo una dificultad del flujo aéreo, manifestándose clínicamente por cuadros de aparición episódica de tos, disnea y sibilancias (en combinación o solo uno de ellos), de frecuencia e intensidad variables, generalmente reversibles ya sea con tratamiento o espontáneamente.

Es la enfermedad crónica inflamatoria de las vías aéreas cuya prevalencia ha continuado aumentando en los últimos años en todo el mundo, especialmente en niños. Hoy día es un problema de salud pública no solo a nivel nacional sino internacional. Durante las dos últimas décadas prácticamente la prevalencia de asma se ha duplicado y es origen de morbilidad importante en una cantidad significativa de individuos. A partir de 1978 la tasa de mortalidad por asma comenzó a incrementarse a tal punto que en la actualidad sigue siendo un problema mayor de salud en todo el mundo.

Como pueden observar el asma es un problema de salud mundial, por ello el ISAAC (International Study of Asthma and allergies in childhood), realizado en más de 56 países, ha encontrado prevalencias tan altas como 36.8% en Inglaterra. Es la consulta de emergencia más frecuente en los Estados Unidos, con 6.5 millones de consultas en 1985. Las tasas de hospitalización y mortalidad aumentaron 28% y 40% respectivamente, entre 1982 y 1991, y la tendencia continúa. Se ha encontrado prevalencias de 20% en Lima; 16% en Iquitos; y 14% en Huaraz y Huancayo. Los costos directos de la enfermedad en los Estados Unidos ascendieron a más de \$5100 millones en 1994, de los cuales las hospitalizaciones representaron un 54.4%. El 80% de estos recursos es utilizado por solamente el 20% de los pacientes, a un costo anual por hospitalización de \$1,667/paciente/año.

Estudios realizados en Finlandia, Suecia, Australia, Nueva Zelanda y Gran Bretaña, y en países de América Latina como Brasil, Puerto Rico y México han hallado que la prevalencia del asma se ha ido incrementando en la última década; algunos otros revelan que la mortalidad por asma, medida a través de las defunciones que ocurren en los pacientes hospitalizados, ha tenido un incremento, particularmente entre los niños.

Este tipo de enfermedades tiene, además, un amplio impacto sobre la actividad de los niños y adolescentes. Diferentes estudios señalan que las personas con algún tipo de padecimiento crónico tienen que permanecer, en promedio, 3.4 días en cama o faltar hasta 4.4 días a la escuela. (Ángelica, 2012)

En todo el mundo se han realizado múltiples estudios, predominantemente de tipo transversal, con la finalidad de determinar la prevalencia de estas enfermedades y observar su tendencia. Se considera que existen más de 10 millones de personas que presentan asma en los EUA, y diversos estudios en algunas ciudades arrojan información sobre prevalencias que oscilan entre 6.4 a 10.8% en niños de 7 a 8 años de edad. Por otro lado, desde el punto de vista epidemiológico, se ha visto una ligera diferencia con relación al sexo y a la raza: afecta en mayor proporción al sexo masculino y a los de raza negra; no existen cambios importantes en lo referente a edad infantil.

El Asma constituye la tercera causa de muerte en los países desarrollados, su incidencia se incrementa en los países en vías de desarrollo y la prevalencia ha aumentado en casi todos los países independientemente del nivel de desarrollo a tal punto que se ha catalogado como la epidemia no infecciosa del siglo XXI. Se conoce que más del 5 % de la población de las sociedades industrializadas sufren de asma. (Ángelica, 2012)

Según la Iniciativa Global para el Asma este padecimiento afecta a 300 millones de personas en el mundo, cifra que según un estudio prospectivo puede crecer en más de los 100 millones para el año 2025. En cuanto a la mortalidad, más de 180 mil personas mueren cada año a causa de esta enfermedad. Sólo en América central y del sur 40 millones de personas tienen asma. En México la prevalencia hasta 1997 era relativamente baja, sin embargo, sólo en este año

120,000 personas fueron diagnosticadas, y se estima que arriba de 4,000 personas mueren de asma cada año en México.

Se han realizado diversos estudios para hacer comparaciones internacionales sistemáticas sobre prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas. En México, Chile y Argentina su prevalencia es entre el 5 y 10%. La prevalencia de asma en niños en los Estados de nuestro país, va desde 4.5% en el Distrito Federal, hasta 12.5% en Mérida, Yucatán. Se han identificado diversos factores relacionados con el asma en niños y en adultos. Los principales son: Infecciones respiratorias, exposición ocupacional a gases, vapores, aerosoles, etc.; contaminación de aire: ozono, dióxido de azufre, óxido de nitrógeno, etc.; cambios ambientales: frío, humedad, etc.; dieta: huevo, pescado, proteínas de la leche y derivados, soya, chocolate, fresas, cacahuate, trigo, etc.; medicamentos y fármacos: aspirina, bloqueadores de receptores beta adrenérgicos, antiinflamatorios no esteroideos, etc.; aditivos y preservantes; psicológicos: estrés, nerviosismo, depresión, frustración, etc.; hereditarios; introducción temprana de fórmulas alimentarias infantiles; reflujo gastroesofágico; peso de menos de 2,500 g al nacer; rinitis, sinusitis, dermatitis; alérgenos interiores: pelos, cucarachas, ácaros, moho, látex, etc.; infecciones virales; antecedentes de estrés, ansiedad o depresión intensos durante el embarazo. (Ortiz Mario I, 2012)

El Hospital General Zona #24, Poza Rica, no se escapa de esta realidad, ya que atiende pacientes con escasos recursos económicos e indudablemente representa una problemática para la familia del paciente asmático, afectando el

ingreso familiar, aunado al ausentismo laboral que ocasiona a los padres, así mismo gastos en recursos hospitalarios para la atención de esta unidad.

Por otra parte también se ha evidenciado que existen recurrencias en las visitas a la emergencia de los niños asmáticos, aun cuando se les han indicado terapias farmacológicas adecuadas, sin embargo, no se les ha educado correctamente ni al paciente, ni a la familia sobre la enfermedad, los factores desencadenantes, el uso correcto del asma-cámara, la importancia del tratamiento controlador y otros aspectos esenciales que influyen en el control del asma, de manera que no se ha logrado un control adecuado de la misma, tratando solamente las crisis y no se ha insistido en prevenir las recurrencias.

Al respecto sobre esta enfermedad, en el Hospital general Zona #24 (IMSS), Poza Rica., Veracruz se considera que las hospitalizaciones de niños asmáticos con crisis son muy frecuentes, con elevada prevalencia, por lo que se requiere que en este servicio es necesaria la implementación de estrategias que permitan disminuirlas.

Por lo anterior expuesto, surge la inquietud de realizar un estudio sobre el nivel de conocimiento acerca del asma en padres de niños asmáticos con la finalidad de establecer una estrategia educativa dirigida a los niños asmáticos y sus familias, de manera que les permita mejorar su conocimiento y por ende el control de su enfermedad.

El enfoque actual en la atención del niño con asma es comunitario, desde la atención primaria y considerando el asma como una enfermedad crónica en la que la familia y el niño, cuando pueda hacerlo, debe asumir un papel activo, dirigido al autocontrol. (Iniciativa Global para el Asma, 2010)

La mayoría de las guías para el tratamiento del asma insisten en que la educación sanitaria es parte esencial en la intervención terapéutica y debe ir dirigida a mejorar los conocimientos respecto de la enfermedad del paciente, desarrollar habilidades en relación con la identificación temprana de los síntomas, el manejo de la técnica inhalatoria, el empleo de los fármacos, la monitorización del estado del paciente en cada momento y evitar los factores desencadenantes. (Iniciativa Global para el Asma, 2010).

Es fundamental un conocimiento básico de la fisiopatología y el tratamiento del asma para que los niños, sus padres o ambos, adquieran habilidades en el automanejo de la enfermedad, lo que permite un mejor control del padecimiento. Este automanejo se explica debido a que, entre los factores principales en la morbilidad del asma, el tratamiento insuficiente con medicamentos antiinflamatorios, la confianza excesiva en los broncodilatadores y la demora en buscar ayuda médica durante una crisis asmática pueden modificarse cuando se tiene un mejor conocimiento de la enfermedad, lo cual es un objetivo común de los programas educativos de automanejo del asma. La educación destinada a elevar el conocimiento acerca del asma permitirá a los niños o a sus padres conocer la naturaleza de la enfermedad y los factores que pueden provocar crisis asmáticas,

proporcionar información sobre la forma adecuada de vigilar el estado de la enfermedad y la forma de usar los medicamentos durante una crisis asmática. Es decir, debe promover la adquisición de habilidades que permitan a los niños o a sus padres prevenir o tratar adecuadamente las crisis asmáticas. Sin embargo, para atribuir la mejoría en el conocimiento del asma a la intervención educativa en lugar de atribuirlos a un error en la medicación es necesario conocer el grado de conocimiento que tienen los padres o tutores de niños asmáticos sobre el asma. (Ortiz Mario I, 2012)

En nuestro medio no hay datos acerca del grado de conocimiento sobre el asma que tienen los padres o tutores de los niños asmáticos que ingresan al Hospital General Zona N. 24 Poza Rica., Veracruz. Por esta razón, el primer objetivo de la presente investigación fue conocer el nivel de conocimiento acerca del asma en padres de niños asmáticos. Con los resultados obtenidos, se conocerá la magnitud del problema y se podrán realizar estrategias educativas en salud para que estos pacientes presenten menos crisis de asma provocada por un tratamiento inadecuado.

El control del asma se va a lograr a través de un adecuado plan de educación, manejo y tratamiento preventivo de la inflamación, que es el elemento fundamental en la fisiopatología de la enfermedad. De este modo el conocimiento de los padres es indispensable para el control de los síntomas de los niños. En las últimas dos décadas se han desarrollado e implantado varios programas educativos sobre el asma, que están dirigidos a pacientes pediátricos asmáticos y

a sus padres o cuidadores. La evaluación de estos programas ha demostrado que la educación en asma puede aumentar en forma efectiva el entendimiento de la enfermedad y producir alivio significativo en varios aspectos clínicos. (Ángelica, 2012)

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca del asma en padres de niños asmáticos de 1 a 9 años?

1.4 Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimiento acerca del asma en padres de niños asmáticos de 1 a 9 años de edad en el Hospital General Zona #24, Poza Rica, Veracruz.

1.4.1 Objetivos específicos.

- Identificar el conocimiento de los padres de niños asmáticos sobre la fisiopatología del asma.
- Identificar el conocimiento de los padres de niño asmático sobre los desencadenantes del asma.
- Identificar el conocimiento de los padres de niño asmático sobre el tratamiento y prevención del asma.
- Determinar el grado de conocimiento sobre asma de los padres de niños asmáticos mediante el cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma

1.5 Justificación de la investigación

El asma es la enfermedad inflamatoria crónica más importante de las vías aéreas en el área pediátrica. Representa un problema de salud pública nacional e internacional.

Actualmente, las medidas de educación para la prevención del asma en la infancia constituye el pilar fundamental del tratamiento, a través de un impacto positivo en el paciente, para lograr disminuir la morbilidad y la presencia de complicaciones y secuelas, lo que en consecuencia disminuyen: los síntomas nocturnos, el número de hospitalizaciones, el exceso de medicamentos y la presencia de efectos colaterales, además de los problemas de la dinámica familiar.

En el marco de la globalización que impera en el país, la información que se obtenga con esta investigación será de utilidad para la institución, tomando en cuenta que no hay trabajos de investigación referidos al nivel de conocimientos acerca del asma de padres de niños asmáticos en el Hospital General N. 24. Poza Rica., Veracruz. Este estudio haría un valioso aporte de los parámetros a tomar en cuenta para buscar estrategias de implementación de programas sobre el asma y hacerlos accesibles al resto de la comunidad.

De la misma manera, esta investigación brindará una perspectiva en cuanto a la realidad del asma, específicamente en el área del conocimiento teórico y

práctico de los padres que acuden con sus hijos a la emergencia del Hospital General N. 24.

Es conocido el hecho de que el conocimiento y cumplimiento de medidas no farmacológicas en el asma inciden en su morbilidad, es por ello que se espera que este trabajo sirva para que se plantee la posibilidad, en conjunto con las autoridades de salud y se logre implementar una consulta integral que realmente funcione, destinada al paciente asmático y su grupo familiar, donde se dedique el tiempo justo y necesario por paciente, donde el personal de salud pueda con tranquilidad dedicarse a la educación y tomen conciencia de la importancia de cumplir con las normas establecidas para la prevención del asma, a fin de disminuir la morbilidad por esta patología y permitir la normal inserción del paciente asmático como un ser humano productivo y saludable a la sociedad.

El asma es una enfermedad crónica, en la que la familia debe asumir un papel activo. La educación, desarrollada dentro de un programa de intervención integral, es la herramienta fundamental capaz de lograr que los padres y el niño se responsabilicen de su problema de salud y tomen, con una autonomía cada vez mayor, decisiones positivas sobre su asma. Para ello, es preciso que comprendan el diagnóstico realizado, adquieran conocimientos sobre el asma, habilidades y destrezas, modifiquen estilos de vida inadecuados y asuman el autocontrol y control en familia de los síntomas. (M.R. García-Luzardo, 2012)

Cuando se trata de enfermedades crónicas, como el caso del asma, el cumplimiento terapéutico es difícil de mantener o se hace irregular; además, en

ocasiones hay que cambiar situaciones ambientales y determinados hábitos e instaurar otros nuevos. Si a esto se añade la necesidad de actuar de modo urgente en determinadas ocasiones (exacerbación del asma, reacción adversa a alimentos), resulta evidente la necesidad de integrar todos los conocimientos y actividades dentro de un programa educativo. Hay muchas razones que justifican la realización de intervenciones educativas en procesos crónicos, como es el caso de esta enfermedad, entre las que destacan reducir la morbilidad, los ingresos hospitalarios, las frecuentaciones a Urgencias y la demanda de asistencia a pediatras de Atención Primaria y especialistas; mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los costos que la enfermedad genera. (Leonardo cabello M.T, 2013)

La finalidad de un proceso educativo no es informar, sino intentar, a través de un programa bien estructurado, generar en el paciente los conocimientos, habilidades y aptitudes que permitan adecuar su estilo de vida al estado de salud que presenta, haciéndole tomar un papel activo en el proceso. (Leonardo cabello M.T, 2013)

Una toma de conciencia de este problema importante ha permitido llevar a cabo esta investigación para buscar estrategias e intentar encontrar propuestas para mejorar. La intervención educativa sobre el tratamiento y prevención del asma bronquial, es una estrategia imprescindible, ya que ayuda a los pacientes a adquirir conocimientos y competencias útiles en la gestión de su enfermedad,

contribuyendo a desarrollar su autonomía y disminuyendo la ansiedad que desencadena la enfermedad.

CAPÍTULO 2.

MARCO TEÓRICO

2.1 Patricia Benner

Esta investigación se basa en el marco teórico de Patricia Benner, que ha estudiado la práctica clínica profesional, intentando descubrir y describir el conocimiento que conlleva el ejercicio de la enfermería. En su experiencia afirma que las enfermeras no han adquirido suficiente aprendizaje clínico, y están faltas de competencias clínicas y pensamiento clínico. Menciona que la práctica clínica personifica la noción de superación; mediante estudios pueden desarrollar nuevos conocimientos, mediante la investigación científica deben empezar a registrar el saber práctico de la experiencia clínica. (Deborab, 2013)

Una de las primeras distinciones teóricas que Benner ha establecido es la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico, ha afirmado que el desarrollo del conocimiento en una disciplina práctica consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber práctico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de esta disciplina. (Raile & Marriner, 2011).

Benner enfatiza dentro de su teoría que para lograr un mayor nivel de conocimientos teóricos es necesario ampliar la práctica clínica, sin restar de

ninguna manera la importancia que tienen ambos, tanto la teoría como la práctica, más bien van relacionados entre sí, forman un complemento y la base de la profesión de enfermería.

Sin embargo, menciona que es posible realizar alguna práctica aún sin tener un conocimiento teórico previo a esta, y así generar u obtener el conocimiento necesario para desarrollarla, lo cual no garantiza una práctica experta y tampoco un conocimiento asertivo ya que Benner considera que:

Las enfermeras no han documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos y que la falta de estudio de nuestras prácticas y de las observaciones clínicas hace que las teorías en enfermería carezcan de la singularidad y la riqueza del conocimiento de la práctica clínica experta. Benner ha destacado la diferencia entre el saber práctico, un conocimiento práctico que puede eludir formulaciones abstractas y precisas, y el saber teórico o explicaciones teóricas. El saber teórico sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre diferentes sucesos. El saber práctico consiste en la adquisición de una habilidad que puede desafiar al saber teórico, es decir, un individuo puede saber cómo se hace algo antes de descubrir su explicación teórica. (Raile & Marriner, 2011).

Estoy de acuerdo que es posible obtener aprendizaje a través de realizar alguna actividad aún sin tener un conocimiento previo de ésta, pero no considero que sea lo ideal en cuanto a la práctica clínica enfermera se refiere, ya que al ser

una profesión que esta al cuidado de seres humanos, de lo más importante que tenemos, la salud, es indispensable una preparación adecuada y suficiente en cuanto a conocimientos teóricos para poder desempeñarla, es así como Benner lo menciona:

La práctica clínica incorpora la noción de excelencia, estudiando la práctica, las enfermeras pueden descubrir nuevos conocimientos, la enfermera debe desarrollar el conocimiento a partir de la práctica y mediante la investigación y la observación científicas debe empezar a registrar y desarrollar el saber práctico del trabajo clínico experto. Idealmente, la práctica y la teoría establecen un diálogo que abre nuevas posibilidades. La teoría proviene de la práctica y la práctica es modificada o ampliada por la teoría. (Raile & Marriner, 2011,).

Sin duda alguna teoría y práctica van de la mano, relacionadas y no puede existir teoría sin práctica ni práctica sin teoría para lograr un desempeño experto, como lo menciona Benner, dentro de las actividades de enfermería.

Las habilidades del profesional se clasificaron dentro de un modelo describiéndolas por niveles según su capacidad de respuesta ante situaciones reales, los cuales Benner adaptó a enfermería clasificando así las principales características que presenta desde una persona principiante hasta un experto, Benner adaptó el siguiente modelo:

El modelo de Dreyfus, los hermanos Dreyfus desarrollaron el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades estudiando la actuación de jugadores de

ajedrez y de pilotos en situaciones de emergencia, este modelo es situacional y describe los cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades, a) principiante, no tiene ninguna experiencia previa de la situación a la que debe enfrentarse. b) principiante avanzado, es la persona que puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o después de que un tutor le haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación. c) competente, se caracteriza por una considerable planificación y previsión, el nivel de eficiencia aumenta pero la atención se centra en la gestión del tiempo y la organización de las tareas de la enfermera, en vez de centrarse en la planificación del tiempo con respecto a las necesidades del paciente. d) eficiente, ahora la persona es capaz de reconocer los principales aspectos y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce. e) experto, para Benner, la enfermera experta posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. Los principales aspectos de la práctica de una enfermera experta son los siguientes: demostrar dominio clínico y de la práctica basada en los recursos, asimilación del saber práctico, visión general, previsión de lo inesperado. (Raile & Marriner, 2011).

El modelo está focalizado en cuatro aspectos del rendimiento: 1) el paso de confianza basada en principios abstractos y reglas del pasado al uso de experiencias concretas 2) sustitución del razonamiento analítico basado en reglas

por la intuición 3) la alteración en la percepción de la situación, desde una complicación de porciones de relevancia comparable a un todo cada vez más complejo en el que sobresale la importancia de algunas partes 4) el paso desde la condición de observador minucioso, que permanece fuera de la acción a una posición de mayor implicación. Benner resalta los límites en expansión de conocimientos. (Deborab, 2013)

Para considerar a un enfermero(a) dentro del nivel de experto es necesario demostrar tanto conocimientos como habilidades que son indispensables para el desempeño de la profesión y además de esto tener la capacidad de prever algún evento adverso, asimilar el saber práctico y demostrar un dominio de las actividades que se realizan, sería lo ideal que todos los profesionistas enfermeros nos encontráramos en este nivel.

Pero esto va a depender también del ambiente en el que nos desarrollemos, de las situaciones que se nos van presentando en nuestra vida cotidiana, de nuestro nivel socio cultural y de otros muchos factores, no solamente de nuestro nivel de conocimientos o de práctica, ya que nuestras acciones siempre dependerán del contexto en que nos encontremos como lo menciona Benner:

Las personas siempre están ligadas a una situación, es decir, dependen del contexto en el que se encuentran. Las personas llegan a una situación con una idea de su identidad en el mundo. Heidegger definió el conocimiento práctico

como el que se obtiene cuando un individuo se ve implicado en una situación, los individuos comparten conocimientos, habilidades y hábitos procedentes de sus prácticas culturales, como seres humanos tenemos inteligencia, lo que significa que llegamos a cosas nuevas por estar en situaciones. (Raile & Marriner, 2011).

Independientemente del área en que desempeñemos nuestro trabajo, todos como profesionales del área de la salud específicamente de enfermería estamos obligados a llevar a cabo ciertos roles que son indispensables para garantizar un óptimo cuidado del paciente, estos roles son los siguientes:

El enfoque de Benner busca una amplia descripción de la práctica enfermera a partir de la observación y de las relaciones de la práctica real de la enfermería, las descripciones que las enfermeras dan de las situaciones de cuidado de pacientes en los que tuvo lugar una mejoría significativa muestran la singularidad de la enfermería como una disciplina y un arte. De las competencias que fueron identificadas en situaciones reales de práctica se derivaron inductivamente los siguientes siete dominios, según la similitud de la función y la intención. a) El rol de ayuda. b) La función de enseñanza- formación, c) La función de diagnóstico y seguimiento del paciente, d) La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez, e) La administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos, f) El seguimiento y la garantía de calidad de las prácticas del cuidado de la salud, g) Las competencias organizadoras del rol del trabajo.(Raile & Marriner, 2011).

La teoría es la base y la guía del profesional de enfermería para llevar a cabo sus intervenciones al cuidado del paciente, el conocimiento aumenta con el tiempo en el ejercicio de una disciplina aplicada, Benner afirmó que:

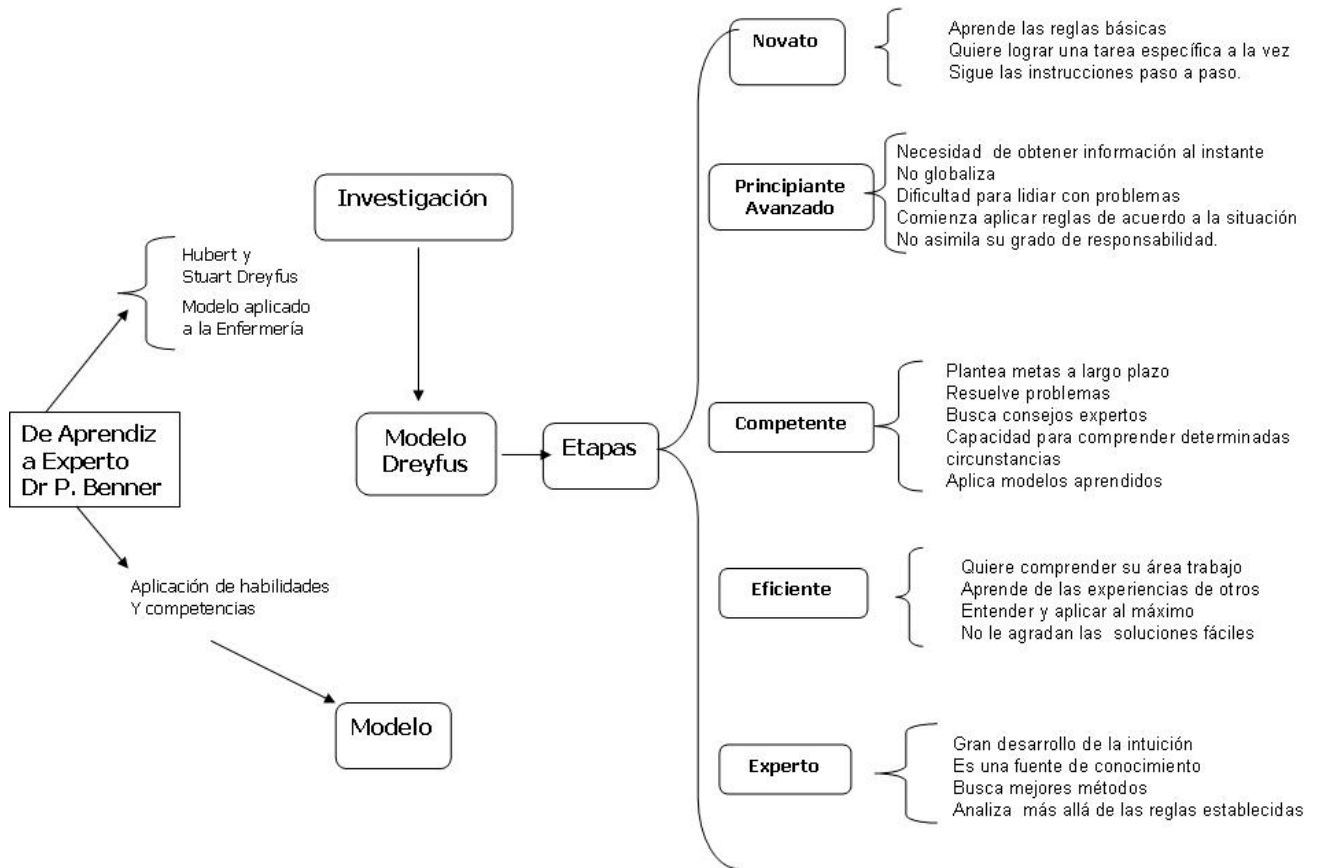
La actividad práctica es posible gracias a nuestra inteligencia, se ha considerado durante mucho tiempo como una actividad inferior a la actividad intelectual y reflexiva, pero también afirmó que las capacidades intelectuales y reflexivas dependen del conocimiento que poseemos, este conocimiento y el significado del ser son premisas para la capacidad del cuidado. Benner sostiene que la teoría resulta de vital importancia para plantear las preguntas correctas en una situación clínica, la teoría dirige al profesional en la búsqueda de problemas y en la anticipación de las necesidades de asistencia, así el ejercicio experto de la enfermería trasciende los límites de la teoría formal. La experiencia se desarrolla conforme el profesional clínico comprueba y perfecciona las proposiciones, hipótesis y expectativas basándose en los principios aplicables a las situaciones prácticas reales que se enfrenta. (Raile & Marriner, 2011, pág. 147).

Del nivel de conocimiento que posee una enfermera ya sea teórico o práctico dependerá el nivel de calidad y asertividad de cuidado que le brinde al paciente, y de esto dependerá su salud, su evolución, su futuro, y su vida de manera que:

La importancia de los resultados de las investigaciones de Benner reside en su conclusión de que el conocimiento clínico por parte de la enfermera es

importante en la medida de que su expresión durante las actividades de enfermería marca una diferencia en la calidad de la asistencia y en la evolución del paciente, El conocimiento inherente al ejercicio de la enfermería clínica no debe ignorarse por más tiempo , sino que ha de exponerse públicamente para lograr una mejor comprensión de las actividades de enfermería. (Raile & Marriner, 2011).

Origen y clasificación de la teoría de Patricia Benner.



Adaptado al español del esquema de Mathieu Berube, 2009.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Alcances y enfoque de la investigación

A nivel nacional las alteraciones del sistema respiratorio son marcadas en nuestro entorno, el nivel de conocimientos que tienen los padres de niños asmáticos en estudio tiene gran significancia para las mejoras de salud de los menores de edad. El alcance del estudio tiene factibilidad debido al alto índice de padecimientos de asma en edad pediátrica, por lo cual la población a estudio es alcanzable en la muestra seleccionada. La importancia de la investigación repercute en un estilo de vida futura del grupo etario seleccionado.

El estudio se enfoca en el nivel de conocimientos de los padres de niños con asma debido a que son el primer contacto que tienen para atender las crisis del asma y con base a su respuesta en el horizonte clínico, se atiende exitosamente la crisis asmática del niño.

3.2 Hipótesis

El conocimiento del cuidador principal del niño asmático es de un nivel de principiante avanzado por lo cual no ayuda a reducir de manera significativa las recurrencias a hospitalizaciones por episodios de crisis del asma debido a su nivel de conocimientos que tienen por lo cual se demerita la calidad de vida del niño.

3.3 Definición de operacional de las Variables

Nivel de conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante las experiencias o el aprendizaje.

Asma es una enfermedad crónica inflamatoria de las vías aéreas en la que están implicados con gran cantidad de células y elementos celulares y que en los individuos susceptibles provoca episodios recurrentes de sibilancias, falta de aire al respirar, sensación de opresión de pecho y tos. Especialmente durante la noche y en las primeras horas de la mañana. Estos episodios se asocian habitualmente a una obstrucción del flujo aéreo reversible, espontáneamente o con medicación, y la inflamación de la vía aérea a una hiperrespuesta bronquial a diversos estímulos.

Nivel de educación se define como el grado de escolaridad

Padres son dos personas que comparten un proyecto vital en común, ambos adultos son progenitores que desempeñan la crianza y socialización de los hijos.

3.4 Tipo de estudio

El estudio que se realizó fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal.

3.4.1 Universo

Estuvo conformada por padres de familia con niños asmáticos 1 a 9 años de edad que se encontraban hospitalizados en el Hospital General N. #24. Poza Rica., Veracruz.

3.4.2 Muestra y muestreo

La conformaron 23 padres de familia con niños asmáticos en el Hospital General Zona N.24, Poza Rica., Veracruz. Y el muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

3.4.3 Criterios de selección

Inclusión: Se incluyeron a la población de familiares de niños con asma a partir de 1 a 9 años de edad que estaban hospitalizados en el momento de aplicar el instrumento.

Exclusión: Pacientes con crisis de asma con otra patología agregada

Eliminación: se eliminaron a los familiares de niños con asma que omitieron preguntas del instrumento al momento de realizarles la entrevista y los que no quisieron participar en esta investigación.

3.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos

Se les aplicó a los familiares de niños con asma el instrumento de evaluación de los conocimientos paternos sobre asma con el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire, mediante una entrevista, en un tiempo aproximando de 30min. Con una confiabilidad mediana para su consistencia interna teniendo un coeficiente de .72 (alpha de Cronbach).

El instrumento está constituido por 31 ítems de los que 25 se contestan con verdadero (V) o falso (F) y 6 preguntas abiertas. Las respuestas correctas puntúan 1 y las incorrectas, 0. El máximo valor posible, por el número de contestaciones correctas, es 31.

3.6 Recursos

Humanos: 1 investigadora y una asesor de tesis.

Material y equipo: equipo de cómputo y papelería.

Económicos: los gastos fueron solventados por la investigadora.

3.7 Procedimiento para la recolección de información

Para llevar a efecto el estudio, se solicitó la autorización a las autoridades del hospital con los trámites correspondientes. Una vez dada la autorización se acudió al servicio de pediatría, y urgencias pediátricas estando con los niños con asma y sus familiares se les explicó en que consistía la investigación, de manera personal se les dió a conocer el contenido del consentimiento informado el cual de manera voluntaria firmaron como autorización para realizarles la entrevista, dada la autorización se les aplicó el instrumento y al término de la entrevista se les dió las gracias por su colaboración.

3.7.1 Plan de tabulación y análisis

Se utilizó la estadística descriptiva para obtener porcentajes y frecuencias de la variable de estudio. Para la tabulación y el procesamiento de la información se elaboraron cuadros con apoyo de los programa Word y Excel.

3.8 Consideraciones éticas

Al trabajar con seres humanos se debe poseer sumo cuidado de asegurar que sus derechos sean respetados. Por lo cual la investigación deberá cumplir el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación de seres humanos del título quinto, capítulo único con base en el artículo 100; la investigación en seres humanos se desarrollara conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se requiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- II. Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- III. Podrá efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos y daños innecesarios al sujeto de experimentación.
- IV. Se deberá contar con el conocimiento por el escrito del sujeto en quien se realiza la investigación o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para la salud.
- V. Solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez, o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Artículo 101.- quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta ley y demás disposiciones aplicables se hará acreedor de las sanciones correspondiente.

CAPÍTULO 4

4.1 RESULTADOS

Tabla 1. Características generales de la población de estudio

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 años	10	43.4%
4 a 6 años	10	43.4%
7 a 9 años	3	13.1%
Genero		
Femenino	10	43.4%
Masculino	13	56.6%
Diagnóstico		
Asma intermitente	5	21.7%
Asma leve persistente	15	62.2%
Asma moderada	3	13.1%
persistente		
Grave persistente	0	
N° de veces que se ha internado en los últimos 6 meses.		
1	3	13.1%
2	9	39.1%
3	11	47.8%
Encuestados		
Madre	16	69.9%
Padre	7	30.4%
Escolaridad de los		

padres		
Primaria	9	39.1%
Secundaria	6	26.1%
Preparatoria	4	17.4%
Universidad	4	17.4%
Ocupación		
Ama de casa	13	56.5%
Empleado	10	43.5%

Fuente: NAKQ

n = 23 padres de niños asmáticos

La Tabla 1 despliega que el 43.4% de los niños con asma corresponden al rango de edad de 1 a 3 y de 4 a 6 años; con un 13.1 % de 7 a 9 años. En relación al género el 43.4 % son femenino y el 56.6% son masculino. En cuanto diagnóstico de los niños presentan: el 21.7% es asma intermitente; el 62.2% es asma leve persistente y 13.1% asma moderada persistente. El número de veces de hospitalización de los niños en los últimos 6 meses son: el 13.1% de los niños fueron hospitalizados una vez; 39.1% dos veces y el 47.8% 3 veces de reingreso hospitalario. En cuanto a la escolaridad de los padres el 39.1% son de nivel primaria, el 26.1% secundaria; el 17.4% preparatoria al igual que la universidad. En relación a la ocupación de los padres refleja que el 56.5% son ama de casa y el 43.5% son empleados. La muestra quedó conformada por 23 cuestionarios. Fueron los padres quienes contestaron el cuestionario, concretamente un 69.9% fue contestado por la madre del paciente, un 30.4% por el padre.

Tabla 2. Porcentaje de aciertos de cada uno de los 31 ítems del cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma.

Ítems	F	%
1. ¿Cuáles son los tres síntomas principales del asma?	23	100%
2. Uno de cada diez niños tendrán asma en algún momento durante su infancia	16	69.6%
3. Los niños con asma tienen las vías respiratorias pulmonares anormalmente sensibles	19	82.6%
4. Si un niño en una familia tiene asma, entonces casi seguro que todos sus hermanos y hermanas la padecerán también	19	82.6%
5. La mayoría de los niños con asma sufren un aumento de mucosidad cuando beben leche de vaca	16	69.6%
6. Anote todas las cosas que sabe que precipitan una crisis asmática (a veces llamados factores desencadenantes)	21	91.30%
7. Durante una crisis asmática, los pitos pueden deberse a la contracción muscular de la pared de las vías respiratorias pulmonares	22	95.7%
8. Durante una crisis asmática, los silbidos pueden deberse a la inflamación del revestimiento de las vías respiratorias pulmonares	21	91.3%
9. El asma daña el corazón	21	91.3%
10. Anote dos tratamientos (medicinas) para el asma que se toman regularmente todos los días para evitar que se produzcan ataques de asma	21	91.3%
11. ¿Qué tres tratamientos (medicinas) para el asma son útiles durante Una crisis asmática?	13	56.5%
12. Los antibióticos son una parte importante del tratamiento para la mayoría de los niños con asma	14	60.9%
13. La mayoría de los niños con asma no debería consumir productos lácteos	19	62.6%
14. Las vacunas para la alergia curan el asma	20	87%
15. Si una persona muere de una crisis asmática, esto normalmente quiere decir que la crisis final debió de haber comenzado tan rápidamente que no hubo tiempo para empezar ningún tratamiento	18	78.3%
16. Las personas con asma normalmente tienen «problemas de nervios»	14	60.9%
17. El asma es infeccioso (es decir, te lo puede contagiar otra	20	87%

persona)		
18. Los medicamentos inhalados para el asma (p. ej., el inhalador Ventolín®, bromuro de ipatropio) tienen menos efectos secundarios que las pastillas/jarabes	13	56.5%
19. Los ciclos cortos de corticoides orales (como estilsona, prednisona) habitualmente causan efectos secundarios importantes	14	60.9%
20. Algunos tratamientos para el asma (como el Ventolín®) dañan el corazón	16	69.6%
21. Un niño de 5 años sufre un ataque de asma y toma dos inhalaciones de Ventolín® inhalador (inhalador dosificador). Después de 5 min no mejora. Da algunas razones para explicar por qué puede haber pasado esto	9	39.13%
22. Durante una crisis asmática tratada en casa, su hijo necesita el inhalador con cámara (o mascarilla) cada 2 horas. Está mejorando, pero después de 2 horas respira con dificultad. Teniendo en cuenta que el niño no empeora, es correcto continuar con el tratamiento cada 2 horas.	20	87%
23. Anote formas de ayudar a prevenir ataques de asma mientras se realiza ejercicio.	8	34.8%
24. Los niños con asma se hacen adictos a sus medicinas para esta enfermedad	16	69.6%
25. La natación es el único deporte adecuado para los asmáticos	21	91.3%
26. El hecho de que los padres fumen puede empeorar el asma de su hijo	23	100%
27. Con el tratamiento adecuado, la mayoría de los niños con asma debería llevar una vida normal sin restricciones en sus actividades	23	100%
28. La mejor manera de medir la gravedad del asma de un niño es que el médico le ausculte el pecho	14	60.9%
29. El asma es normalmente más problemática durante la noche que durante el día	22	95.7%
30. La mayoría de los niños con asma padece un enlentecimiento de su crecimiento	19	82.6%
31. Los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar medicinas preventivas	22	95.7%

Conocimientos generales sobre el asma (preguntas 1, 2, 3, 25, 26, 28 y 29)

El 100 % de los encuestados es capaz de enumerar los tres síntomas principales en una crisis asmática. Más de la mitad, el 69.6% conoce cuál es la prevalencia del asma en la infancia.

El 82.6% sabe que los niños con asma tienen las vías respiratorias pulmonares anormalmente sensibles. Más de la mitad, 91.3% conoce que la natación no es el único deporte adecuado para los asmáticos.

Un porcentaje alto de los encuestados, 100% tiene claro que ser fumadores puede empeorar el asma de sus hijos.

El 60.9% de los padres cree que la mejor manera de medir la gravedad del asma de un niño es que el médico le ausculte el pecho. El 95.7% sabe que el asma normalmente es más problemática durante la noche que durante el día.

Crisis aguda: reconocimiento, desencadenantes y manejo (preguntas 6, 7, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 21, 22 y 23)

Respecto a la crisis aguda de asma, el 91.3% es capaz de identificar los tres desencadenantes principales de una crisis (resfriados, alergias y ejercicio).

El 95.7% sabe que los silbidos se deben a la contracción muscular de las vías aéreas pulmonares o bien que pueden deberse a la inflamación del revestimiento de las vías aéreas, como afirma el 91.3% de los encuestados.

En relación a su manejo, cabe mencionar que el 56.5% contestó correctamente sobre los fármacos que se usan en una crisis aguda y solo el 34.8% conoce formas de prevenir un ataque en el caso del asma de esfuerzo.

El 78.3% respondió correctamente que si una persona muere de una crisis asmática, esto normalmente quiere decir que la crisis final debió de haber comenzado tan rápidamente que no hubo tiempo para empezar ningún tratamiento. El 56.5% sabe que los medicamentos inhalados tienen menos efectos secundarios que los orales, 60.9% conoce que los ciclos cortos de corticoides no tienen efectos secundarios importantes y el 69.6% afirma que el Ventolín® no daña el corazón.

La pregunta en la cual se plantea que una crisis aguda de asma que no mejora y se piden razones de ellos ha obtenido porcentaje de acierto muy bajo, 39.13%; y el 87% respondió que no es correcto continuar con el tratamiento cada 2 horas, si el niño después de 2 horas respira con dificultad pero no empeora.

Tratamiento de mantenimiento (preguntas 10, 12, 14, 19, 27 y 31)

Respecto al tratamiento de mantenimiento del asma, el 60.9% sabe que los antibióticos no son una parte importante del tratamiento y un 87% tiene claro que las vacunas para la alergia no curan el asma.

En las preguntas referentes a tratamientos, el 91.3% indicaron dos tratamientos de mantenimiento para el asma. El 60.9% conoce que los ciclos cortos no tienen efectos secundarios importantes. El 100% de los padres sabe que con el tratamiento adecuado un niño asmático puede llevar una vida normal sin restricciones en sus actividades. El 95.7% afirma que los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar tratamiento preventivo.

Falsos mitos (4, 5, 9, 13, 16, 17, 24 y 30)

En relación a mitos o creencias en torno al asma, el 69.6% de los encuestados niegan que los niños con asma sufren un aumento de mucosidad cuando consumen leche de vaca. , y el 62.6% que pueden consumir productos lácteos.

El 60.9% sabe que los asmáticos normalmente no tienen problemas de nervios, el 82.6% que no padecen un enlentecimiento de su crecimiento y un 69.6% niega que los niños asmáticos se hagan adictos a sus medicinas.

Sólo el 87% sabe que la etiología del asma no es infecciosa, y por consiguiente el 82.6% sabe que el hecho de que un niño con asma en la familia no significa que todos sus hermanos y hermanas la padezcan. El 91.3% de los encuestados sabe que el asma no daña el corazón.

Tabla 3. Clasificación del nivel de conocimientos acerca de asma de los padres de niños asmáticos según la teoría de Patricia Benner

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Principiante	5	21.7%
Principiante avanzado	7	30.4%
Competente	6	26.1%
Eficiente	3	13.1%
Experto	2	8.7%
Total	23	100%

La clasificación para evaluar el nivel de conocimiento acerca de asma de padres de niños asmáticos se fundamenta en las bases teóricas relacionadas con la teoría de Patricia Benner donde menciona que el conocimiento que se acumula a lo largo del tiempo en una disciplina práctica y de describir la diferencia que existe entre conocimiento práctico y teórico.

En un 21.7% se clasificó como principiante, ya que en el cuestionario que contestaron tuvieron de 19 a 21 respuestas correctas de los 31 ítems, un 30.4% correspondiente a siete padres con niños asmáticos, quienes están en principiante avanzado, y obtuvieron de 23 a 24 respuestas correctas de los 31 ítems, un 26.1% corresponde a padres con un nivel competente ya que obtuvieron de 26 a 27 respuestas correctas, el 13.1% se catalogan como padres con nivel de conocimiento eficiente y un 8.7% como experto.

4.2 CONCLUSIONES

Es necesario destacar que el nivel de conocimientos sobre el asma entre los progenitores encuestados es insuficiente, la mayoría no sabe identificar correctamente el comienzo de una crisis asmática ni qué fármacos usar en ella; además, un alto porcentaje de padres atribuye falsos efectos secundarios a los medicamentos para el asma, lo que puede interferir en el cumplimiento de los tratamientos. Por tanto, es fácil entender que esta situación va a interferir claramente en el control de la enfermedad y, para conseguir este objetivo, parece evidente la necesidad de fomentar estrategias educativas acerca del manejo del asma entre los pacientes y sus progenitores.

El asma es una enfermedad crónica, en la que la familia debe asumir un papel activo. La educación, desarrollada dentro de un programa de intervención integral, es la herramienta fundamental capaz de lograr que los padres y el niño se responsabilicen de su problema de salud y tomen, con una autonomía cada vez mayor, decisiones positivas sobre su asma. Para ello, es preciso que comprendan el diagnóstico realizado, adquieran conocimientos sobre el asma, habilidades y destrezas, modifiquen estilos de vida inadecuados y asuman el autocontrol y control en familia de los síntomas.

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, se pretende realizar el proyecto de investigación que lleva por título: **Nivel de conocimiento acerca del asma de los padres de niños asmáticos en el Hospital General N.24 Poza Rica Veracruz.**

Se le invita a participar en un estudio de investigación. El estudio está siendo realizado por la alumna María Herminia González Guzmán.

Usted debe decidir si participara o no. Tómese su tiempo a fin de decidir. Lea detenidamente la información que se le proporciona a continuación y está en libertad de preguntarle a la encargada del estudio cualquier duda que pueda tener.

Yo _____

En pleno uso de mis facultades mentales y libres de coacciones y violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza de la investigación, declaro:

- a) He sido informado(a) de forma objetiva, clara y sencilla por parte de la alumna que realiza el estudio, que todos los aspectos relacionados con el proyecto de investigación titulado: "Nivel de conocimiento acerca del asma de los padres de niños asmáticos del Hospital General N. 24 Poza Rica, Veracruz".
- b) Tener conocimiento claro de que el objetivo principal del trabajo, es indagar el nivel de conocimiento acerca del asma de los padres de niños asmáticos.
- c) Haber sido informado(a) de que mi participación en el proyecto consiste en contestar de manera escrita las preguntas que se me hagan en el cuestionario que me brinden.
- d) Que la información que yo brinde al investigador, será usada única y exclusivamente para determinar el nivel de conocimiento acerca del asma de los padres de niños asmáticos.

- e) Que se me han garantizado la confidencialidad relacionada a mi identidad y de toda información relativa a mi persona a la que se acceda por mi participación en el proyecto mencionado.
- f) Estoy de acuerdo con el uso de la información que suminestre, para fines académicos derivados de los resultados obtenidos por el estudio.
- g) Mi participación en este estudio no implica riesgos para mi.
- h) Cualquier pregunta que tenga en relación a este estudio me será respondida por el responsable del mismo.
- i) Bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendido recibir algún beneficio económico por mi participación en el estudio.

Una vez leído, comprendido y recibido respuestas a mis preguntas respecto a este consentimiento informado y por cuanto mi participación en este estudio es completamente voluntaria, acuerdo:

1. Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo, y autorizar al investigador la realización del estudio con fines anteriores descritos.
2. Reservarme el derecho de revocar esta autorización, así como mi participación en el proyecto en cualquier momento que lo decida.

NOMBRE DEL VOLUNTARIO: _____

FIRMA: _____ **LUGAR Y FECHA:** _____

ANEXO B

**Versión validada en español del Newcastle Asthma Knowledge
Questionnaire (NAKQ), Valoración de conocimientos sobre asma.**

Nombre del padre/madre_____ **Edad**_____

Escolaridad de la madre/padre_____

ocupación_____

Edad de su hijo/a_____ **Niña**_____ **Niño**_____ **Tipo de asma**_____

Número de veces que se ha internado en los últimos seis mese_____

**CONTESTE FALSO O VERDADERO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y 6
PREGUNTAS ABIERTAS LO QUE USTED CONSIDERE CORRECTA**

Ítems	Respuesta s correctas
1. ¿Cuáles son los tres síntomas principales del asma?	Tos, sibilancias, opresión torácica.
2. Uno de cada diez niños tendrán asma en algún momento durante su infancia	Verdadero
3.Los niños con asma tienen las vías respiratorias pulmonares anormalmente sensibles	verdadero
4. Si un niño en una familia tiene asma, entonces casi seguro que todos sus hermanos y hermanas la padecerán también	Falso
5. La mayoría de los niños con asma sufren un aumento de mucosidad cuando beben leche de vaca	Falso
6. Anote todas las cosas que sabe que precipitan una crisis asmática (a veces llamados factores desencadenantes)	Alergias, resfriado y ejercicios
7. Durante una crisis asmática, los pitos pueden deberse a la contracción muscular de la pared de las vías respiratorias pulmonares	Verdadero
8. Durante una crisis asmática, los pitos pueden deberse a la inflamación del revestimiento de las vías respiratorias pulmonares	Verdadero
9. El asma daña el corazón	Falso
10. Anote dos tratamientos (medicinas) para el asma que se toman regularmente todos los días para evitar que se produzcan ataques de asma	Motelukast Inhalados: fluticasona y

	budesonida
11. ¿Qué tres tratamientos (medicinas) para el asma son útiles durante Una crisis asmática?	Bromuro de ipatropio, salbutamol y oxígeno
12. Los antibióticos son una parte importante del tratamiento para la mayoría de los niños con asma	Falso
13. La mayoría de los niños con asma no debería consumir productos lácteos	Falso
14. Las vacunas para la alergia curan el asma	Falso
15. Si una persona muere de una crisis asmática, esto normalmente quiere decir que la crisis final debió de haber comenzado tan rápidamente que no hubo tiempo para empezar ningún tratamiento	Falso
16. Las personas con asma normalmente tienen «problemas de nervios»	Falso
17. El asma es infeccioso (es decir, te lo puede contagiar otra persona)	Falso
18. Los medicamentos inhalados para el asma (p. ej., el inhalador Ventolín®, Terbasmin) tienen menos efectos secundarios que las pastillas/jarabes	Verdadero
19. Los ciclos cortos de corticoides orales (como estilsona, dacortin, prednisona) habitualmente causan efectos secundarios importantes	Falso
20. Algunos tratamientos para el asma (como el Ventolín®) dañan el corazón	Falso
21. Un niño de 5 años sufre un ataque de asma y toma dos inhalaciones de Ventolín® inhalador (inhalador dosificador). Después de 5 min no mejora. Da algunas razones para explicar por qué puede haber pasado esto	Medicamento caducado, vacío, mala técnica, dosis insuficiente
22. Durante una crisis asmática tratada en casa, su hijo necesita el inhalador con cámara (o mascarilla) cada 2 horas. Está mejorando, pero después de 2 horas respira con dificultad. Teniendo en cuenta que el niño no empeora, es correcto continuar con el tratamiento cada 2 horas.	Falso
23. Anote formas de ayudar a prevenir ataques de asma mientras se realiza ejercicio.	Calentamiento, beta 2 de corta acción antes del ejercicio, mejorar el control del asma,

	respirar por la nariz, ambiente húmedo y cálido
24. Los niños con asma se hacen adictos a sus medicinas para esta enfermedad	Falso
25. La natación es el único deporte adecuado para los asmáticos	Falso
26. El hecho de que los padres fumen puede empeorar el asma de su hijo	Verdadero
27. Con el tratamiento adecuado, la mayoría de los niños con asma debería llevar una vida normal sin restricciones en sus actividades	Verdadero
28. La mejor manera de medir la gravedad del asma de un niño es que el médico le ausculte el pecho	Falso
29. El asma es normalmente más problemática durante la noche que durante el día	Verdadero
30. La mayoría de los niños con asma padece un enlentecimiento de su crecimiento	Falso
31. Los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar medicinas preventivas	Verdadero

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alma Gurrola Silva, J. G. (2013). Historia del asma. *Alergia, Asma e Inmunología pediátricas*, 77-86.

Ángelica, V. S. (2012). Características familiares y nivel de conocimientos de los padres de niños sobre el control del asma. *Tesis*, 17-19.

Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica. (2013). *Guía Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico, atención integral y seguimiento de niños y niñas con diagnóstico de asma*. Bogotá. Colombia: COLCIENCIAS.

Blanca Estela del Río Navarro, E. M.-C. (2010). Asma. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*.

Deborab, O. G. (2013). competencias clinicas y nivel de conocimientos de enfermería. *Tesis*, 9-10.

Dulce María Aquino Pérez, D. P. (2013). Evaluación del conocimiento del uso de inhaladores de dosis medida. *Revista Alergia México*, 51-57.

Iniciativa Global para el Asma. (2010). Guía de bolsillo para el manejo y prevención del asma. *GINA*, 3-8.

Leonardo cabello M.T, e. a. (2013). Evaluación de los conocimientos paternos sobre asma con el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire. *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 117-125.

M.R. García-Luzardo, A. A.-F.-C.-N. (2012). Conocimientos acerca del asma de los padres de niños asmáticos que acuden a un servicio de urgencias. *Acta Pediátrica Española*, 196-203.

Nicolás Curbelo, C. P. (2010). Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos. *Archivos de Pediatría del Uruguay* , 225-230.

Ortiz Mario I, C. F. (2012). Factores de riesgo en niños asmáticos. Conocimiento que tienen sus padres sobre asma. *Acta Pediátrica Mexicana*, 126-132.

