



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Conocimientos de los padres de niños asmáticos sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar servicio de emergencias pediátricas del Hospital Daniel Alcides Carrión - Callao 2014

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Pediátrica

AUTOR

María Teresa Ruiz Ruiz

LIMA – PERÚ
2015

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	5
RESUMEN	6
PRESENTACIÓN	8
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Situación problemática	10
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Justificación	12
1.4. Objetivos	12
1.4.1. Objetivo general	13
1.4.2. Objetivos específicos	13
1.5. Propósito	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	14
2.2. Bases teóricas	19
2.3. Definición operacional de términos	30
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	31
3.2. Lugar de estudio	31
3.3. Población de estudio	32
3.4. Unidad de análisis	32
3.5. Criterios de selección	32
3.5.1. Criterios de inclusión	32
3.5.2. Criterios de exclusión	32
3.6. Técnica e Instrumento de recolección de datos	32
3.7. Procedimientos para el análisis e interpretación de la Información	34
3.8. Consideraciones éticas	34
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	35
4.2. Discusión	40
CAPITULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	45
5.2. Limitaciones	45
5.3. Recomendaciones	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°	Gráfico	Pág.
1	Nivel de conocimiento de los padres de niños asmáticos sobre el manejo de la crisis asmática en el hogar. Servicio de emergencias pediátricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2014.	36
2	Nivel de conocimientos de los padres de niños asmáticos sobre prevención de la crisis asmática en el hogar. Servicio de emergencias pediátricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2014.	37
3	Descripción de principales ítems de manejo de la crisis asmática en el hogar. Servicio de emergencias pediátricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2014.	38
4	Descripción de principales ítems de prevención de la crisis asmática en el hogar. Servicio de emergencias pediátricas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2014.	39

RESUMEN

AUTOR: MARIA TERESA RUIZ RUIZ

ASESOR: DURAND BARRETO JUANA ELENA

El objetivo fue determinar los conocimientos de los padres sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en niños de 5 a 14 años en el servicio de Emergencias Pediátricas del Hospital Nacional Daniel A. Carrión - Callao 2014. **Material y Método.** El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 60 padres. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Sobre los conocimientos de los padres sobre manejo de crisis asmática tenemos que el 55.1% conoce el manejo de la crisis asmática, mientras que el 44.9% no conoce. En cuanto a los conocimientos de los padres sobre prevención de la crisis asmática tenemos que el 63.5% conoce la prevención de la crisis asmática, mientras que el 35.5% no conoce. Los principales ítems de manejo y prevención que conocen los padres están dados porque expresan que reconocen el silbido como signo de un ataque de asma, que se presenta con mayor frecuencia por las noches, que las vías aéreas de estos niños es anormalmente sensible por tanto el hecho de que los padres fumen empeora el asma y no conocen el tratamiento a iniciar en una crisis asmática, y los tratamiento preventivos para el asma.

Conclusiones: El nivel de conocimientos de los padres sobre manejo de crisis asmática aproximadamente la mitad conoce el manejo. En cuanto al nivel de conocimientos de los padres sobre prevención de crisis asmática aproximadamente un poco más de la mitad conoce el manejo.

PALABRAS CLAVES: *Conocimientos, Manejo y Prevención, Crisis asmática.*

SUMMARY

AUTHOR : MARIA TERESA RUIZ RUIZ

ADVISORY : DURAND BARRETO JUANA ELENA.

The **objective** was to determine the knowledge of parents about the management and prevention of acute asthma in children of 5-14 years in the Pediatric Emergency Service of the National Hospital Daniel A. Carrion - Callao 2014. **Material and Methods.** The study is quantitative, application level, descriptive method of cross-cutting. The population consisted of 60 parents. The technique was the survey instrument and a questionnaire prior informed consent. **Results.** On the knowledge of parents of asthmatic crisis management we have 55.1% know that the management of acute asthma, while 44.9% do not know. As for the knowledge of parents on preventing asthma attacks we have 63.5% know that prevention of asthma attack, while 35.5% do not know. The main items of management and prevention who know parents are given because they express recognizing the whistle as a sign of an asthma attack, it most often occurs at night, the airways of these children is abnormally sensitive for both fact that parental smoking worsens asthma and no known treatment to start in an asthma attack, and preventive treatment for asthma.

Conclusions: The level of knowledge of parents on managing asthma attack about half familiar management. Regarding the level of knowledge of parents about preventing flare about a little more than half known management.

KEYWORDS : *Knowledge, risk factors, prevention of asthma in children.*

PRESENTACIÓN

Dentro de las enfermedades que más afectan a la población pediátrica según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se encuentra a las enfermedades respiratorias y dentro de ellas el asma como enfermedad patológica crónica que de no ser bien manejada puede producir secuelas pulmonares que se manifestarían a lo largo de la vida del niño.

El asma es una enfermedad respiratoria en la que el espasmo y la constricción de los bronquios y la inflamación de su mucosa limitan el paso del aire, con la consiguiente dificultad respiratoria. Este estrechamiento de las vías respiratorias es típicamente temporal y reversible. La crisis asmática es la emergencia médica más común en niños. Se asocia con una tasa de morbilidad y mortalidad significativa por lo que impone una tremenda carga social mundial.

Los padres que se encargan de la crianza y cuidados de los niños deben tener un claro conocimiento sobre el manejo y prevención del asma conocer e identificar los signos, síntomas de una crisis asmática su manejo y prevención en el hogar disminuyendo así los ingresos hospitalarios y complicaciones de la patología la cual no solo ocasiona problemas al niño sino también incremento del gasto económico familiar, ausencia laboral y disfuncionalidad familiar, es de vital importancia que el profesional de enfermería realice actividades preventivas promocionales orientados al niño y su familia para identificar los conocimientos, medidas de prevención, factores de riesgo, que se presentan en la aparición de las crisis asmáticas y poder orientar a los padres a que puedan manejarlo de modo que no interfiera con el desarrollo psico- físico - emocional del niño y la familia.

El estudio titulado “Conocimiento de los padres de niños asmáticos sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar – servicio de emergencias pediátricas del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao”, tiene como objetivo determinar los conocimientos de los padres de niños asmáticos sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar- servicio de emergencia pediátrica del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao. El propósito está orientado a brindar información fidedigna al profesional de enfermería sobre los conocimientos de los padres sobre el manejo y prevención de crisis asmática en sus niños, a fin de formular estrategias educativas orientadas a educar a los padres sobre cómo identificar precozmente factores de riesgo desencadenantes de las crisis asmáticas, un manejo correcto de la crisis asmática en el hogar y medidas de prevención a fin de disminuir la morbimortalidad en estos pacientes atendidos en la emergencia.

El estudio consta de Capítulo I. Planteamiento del problema en el que se expone el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito; Capítulo II. Marco teórico que presenta los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos; Capítulo III. Hipótesis y variables; Capítulo IV. Metodología que incluye, nivel, tipo y método, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento; plan de recolección de datos, plan de análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas; Capítulo V. Aspectos administrativos; Capítulo VI. Referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El asma es una enfermedad respiratoria en la que el espasmo y la constricción de los bronquios y la inflamación de su mucosa limitan el paso del aire, con la consiguiente dificultad respiratoria. Siendo la crisis asmática la emergencia médica más común en niños, se asocia con una tasa de morbilidad y mortalidad significativa por lo que impone una tremenda carga social mundial. (López, 20013). (1)

La Organización Mundial de la Salud (2014), indica que 235 millones de personas en todo el mundo están diagnosticadas con asma, esta enfermedad afecta a todos los grupos de edades, pero se desarrolla más frecuentemente en la niñez, la incidencia de la enfermedad se incrementa en el mundo. (2)

Al respecto Bacharier y otros (2008), estima que de cada 100 niños y niñas el 5 al 10% padecen de asma y este porcentaje va en aumento; aunque se discute si se trata de un aumento real de la prevalencia o de un mejor diagnóstico. Investigaciones han demostrado que el asma es la primera causa de ingreso hospitalario en pediatría y la ubican como la primera causa de ausentismo escolar por enfermedad crónica. (3)

Los niños con asma tienen un importante nivel de absentismo escolar y limitaciones en su actividad física, factores que pueden repercutir en su rendimiento, integración social y calidad de vida. (López, 2013). (4)

Se calcula que más del 80% de las muertes por asma tienen lugar en países de ingresos bajos y medios bajos y que la mortalidad por asma aumentará en casi un 20% en los próximos 10 años si no se toman medidas urgentes. El asma no se cura, pero con un diagnóstico y tratamiento adecuado, la educación del paciente y la familia se puede lograr un buen control de la enfermedad. OMS (2014), (5)

Por tanto mucho se ha investigado sobre esta enfermedad en cuanto a los conocimientos básicos, la fisiopatología y la patogénesis, el diagnóstico y el tratamiento farmacológico; sin embargo, la morbilidad y mortalidad se han incrementado a pesar de disponer de mejores medicamentos.

De acuerdo al estudio ISAAC (Estudio Internacional sobre Asma y Alergias), Perú tiene la más alta incidencia de asma infantil en Latinoamérica y el tercero a nivel mundial. Se estima que dos de cada diez niños sufren de asma, razón por la cual esta enfermedad es considerada un problema de salud pública, aunque puede ser prevenida y controlada. (6)

El Ministerio de Salud (Minsa) (2009) reporta que los establecimientos de salud y hospitales de Lima reportan el 75% de casos de asma en menores de 5 años de edad; y a nivel nacional, los establecimientos de salud de la costa concentran el 70% de las atenciones por asma, mientras que en la sierra y la selva se registra el 30% restante. En este sentido, advirtió que un niño que presenta episodios frecuentes de sibilancias (silbido de pecho), tos y ahogo provocado por actividad física, tos nocturna en periodos libres de infecciones respiratorias, es probable que esté desarrollando un cuadro asmático. (7)

Para el 2012 el Comité de Salud Pública del Colegio Médico del Perú indica que dos tercios de las muertes por asma en los niños se da en sectores pobres de nuestra sociedad, dentro de las causas estudiadas se considera la mala calidad de aire intra domiciliario (viviendas sin adecuada ventilación), la mala calidad del aire extra domiciliario (existencia

de un viejo parque automotor, además de otros factores ambientales que producen contaminación del aire, como el tabaquismo), la pobreza que impide acudir a establecimientos de salud de manera oportuna y tener acceso a medicamentos de calidad y ser sometidos a un tratamiento a largo plazo que incluya una terapia antiinflamatoria, y no sólo acceder a una atención por emergencia que resuelva la crisis asmática con Beta-2 agonistas. (8)

El Hospital Daniel A Carrión, ubicado en la Provincia Constitucional del Callao Según datos estadísticos del Hospital en el servicio de Emergencia Pediátrica para el año 2013 se hospitalizaron 173 niños diagnosticados como crisis asmáticas, de los cuales el 45.6% (79 niños) fueron niños de 5 a 14 años respectivamente, al conversar con los padres muchos manifestaron no conocer un tratamiento adecuado del manejo de la crisis asmática en el hogar y poder identificar los factores que desencadenan la crisis.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos de los padres de niños asmáticos sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar. Servicio de emergencias pediátricas del Hospital Daniel Alcides Carrión – Callao 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El asma es una enfermedad crónica que se caracteriza por la dificultad para expulsar el aire inspirado. Su morbilidad y mortalidad ha ido en aumento en los últimos años a pesar de una mayor disponibilidad de medicamentos de buena calidad y de un mayor conocimiento de la enfermedad. Cada vez hay más conciencia de la necesidad de fortalecer el manejo por parte del padre y del paciente, por ello los conocimientos que tengan de la enfermedad son fundamentales para la buena evolución y manejo de la enfermedad.

Ante esta situación la enfermera juega un rol importante ya que contribuye directa y eficazmente en el cuidado de la salud infantil dando atención

directa a los pacientes en la exacerbación de la crisis asmática, así como en la organización, estructuración de programas de control del asma a través del cual se brindara orientación al paciente y familia sobre el abordaje, manejo del estatus o crisis asmática monitorizando el impacto que producen estos programas en la población a través de los estudios epidemiológicos contribuyendo a disminuir la incidencia de crisis asmática infantil.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1.OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos de los padres de niños asmáticos sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar.

1.4.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los conocimientos de los padres de niños asmáticos sobre manejo de crisis asmática en el hogar.
- Identificar los conocimientos de los padres de niños asmáticos sobre prevención de crisis asmática en el hogar.
- Describir el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar

1.5. PROPÓSITO

El propósito estuvo orientado a brindar información fidedigna respecto a los conocimientos de los padres de niños asmáticos sobre el manejo y prevención de crisis asmática en el hogar a fin de que la enfermera desarrolle programas de intervención dirigido a los padres de niños con asma, de esta manera disminuir el número de episodios de crisis asmática, las hospitalizaciones y el riesgo de morbimortalidad en el niño, capacitando a los padres para un adecuado manejo del tratamiento y prevención de la crisis asmática en el hogar.

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Sobre el problema investigado, existen trabajos de investigación y estudios relacionados, los cuales fueron realizados tanto en el extranjero como en el Perú.

A NIVEL INTERNACIONAL:

García-Luzardo, R., y colaboradores, el año 2012 en España; realizaron un estudio sobre: “Conocimiento acerca del asma de los padres de niños asmáticos que acuden a un servicio de urgencias”. El objetivo fue evaluar los conocimientos sobre el asma de los padres de niños asmáticos que acuden por una crisis a urgencias. El método fue descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 95 progenitores. El instrumento fue la versión validada en español del Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire a los progenitores. Llegando a las siguientes conclusiones: “El conocimiento de los progenitores respecto al asma es escaso, y existen falsas creencias acerca de la patogenia de esta enfermedad. Sin embargo, no se encontró relación entre esta deficiencia y la gravedad de la crisis, las hospitalizaciones previas o el uso de tratamiento preventivo”. (9)

Praena Crespo, M. y colaboradores, el año 2011, en España; realizaron un estudio sobre: “Situación de los conocimientos, las actitudes y la calidad de vida en asma de adolescentes y profesorado”, el objetivo fue conocer el estado de los conocimientos y las actitudes sobre asma en centros de enseñanza secundaria y su relación con la calidad de vida de estudiantes con asma. El método fue descriptivo de corte transversal, la muestra fue de 3827 estudiantes (279 con asma) y 548 profesores, el instrumento utilizado fue el cuestionario de conocimientos NAKQ, el de actitudes de Gibson frente al asma y el Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire. Para valorar la normalidad de variables se usó el test de

Kolmogorov-Smirnov y como tests no paramétricos la U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon. Los resultados encontrados fueron: “Todos tenían bajos conocimientos sobre asma. La calidad de vida en asma estaba leve a moderadamente afectada, más baja en mujeres $5,38 \pm 1,08$ (IC del 95%, 5,20-5,55) que en varones $5,77 \pm 1,18$ (IC del 95%, 5,56-5,97), $p= 0,0000$. No encontramos relación entre conocimientos, actitudes y calidad de vida en el asma”. (10)

Leonardo, MT., Oceja, E., García, L., Cabero, M., Pérez, E., Gómez, I. En el año 2010 en España; realizaron un estudio sobre: “Evaluación de los Conocimientos Paternos sobre Asma con el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire”. El objetivo fue determinar el grado de conocimiento sobre asma de los padres de niños/as asmáticos seguidos en una consulta de neumología infantil. Este es un estudio descriptivo y transversal. La muestra fue de 344, el método fue la encuesta y el cuestionario validado Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAQK). Los resultados obtenidos fueron: “72.7% fue contestado por la madre del paciente, un 14.9% por el padre en un 6.7% fueron ambos progenitores y un 5.8% fue otra persona diferente. Los pacientes fueron 203 niños (59%) y 141 niñas (41%) con una edad media de 8 ± 4 años. La puntuación media fue de 18.5 sobre 31 los encuestados han obtenido un nivel de conocimiento medio en comparación con otras muestras similares”. (11)

Ortiz, M., Cano, C., Lazcano M., Romo, G., y Escamilla, M. el año 2010 en México realizaron un estudio sobre: “Factores de Riesgo en niños Asmáticos. Conocimiento que tienen sus padres sobre asma”, el objetivo de fue conocer los factores de riesgo pre-existentes antes de que la enfermedad se manifieste; el segundo objetivo conocer y evaluar la evolución de los pacientes durante las últimas cuatro semanas de la enfermedad, y el tercer objetivo, determinar el grado de conocimiento que tienen sus padres al respecto. Fue un estudio descriptivo de corte transversal, la muestra fue de 53 padres. El instrumento aplicado fue el cuestionario. Las conclusiones fueron: “Se encontró que los padres tienen un conocimiento bajo del padecimiento de sus hijos, por lo que es

necesario realizar programas educativos al respecto, para mejorar los cuidados que requieren los pacientes asmáticos”. (12)

Ríosotarola, R. y Suescún, J. En el año 2009, en Colombia, realizaron un estudio sobre: “Correlación entre calidad de vida de niños con asma y conocimientos de los cuidadores sobre la Enfermedad”. El objetivo fue establecer la correlación entre la calidad de vida de niños con asma y el nivel de conocimiento de los padres y/o cuidadores sobre los aspectos de la enfermedad de sus hijos. El método fue descriptivo correlacional cross sectional. Participaron 80 pacientes y sus padres. Los instrumentos utilizados fueron la encuesta de conocimiento a los padres, y a los niños el cuestionario PAQLQ. Las conclusiones del estudio fueron: “El nivel de conocimiento se categorizó en tres desenlaces: bueno, 62,5%, regular 35% y malo 2,5%. Existe una asociación significativa ($p < 0,001$) entre nivel de Calidad de Vida y el conocimiento sobre asma de los cuidadores, esta asociación tiene correlación significativa ($p < 0,001$) y positiva entre el nivel medido por el PAQLQ y el nivel de conocimientos sobre asma evaluados por el cuestionario, además la relación tiene una dirección significativa ($p < 0,001$) que consiste en: entre mayor nivel de conocimientos sobre asma de los cuidadores de los niños se presenta mayor Calidad de Vida de los niños con asma”. (13)

A NIVEL NACIONAL:

Muro, D. en el 2012, realizó un estudio sobre: “Factores desencadenantes más frecuentes de crisis asmática, en niños de 3 a 14 años, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional PNP Luis Nicasio Sáenz”, el objetivo fue identificar los factores desencadenantes más frecuentes de crisis asmáticas en niños. Este estudio es de tipo Observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, que incluyó a 1359 pacientes que acudieron al servicio de emergencia. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. Las conclusiones entre otras fueron: “Los factores desencadenantes más frecuentes, las infecciones respiratorias representó el más frecuente, en

relación con la edad, sexo, lugar de procedencia, estaciones del año y según el tipo de intensidad de la crisis asmática”. (14)

Rodríguez, M. en el año 2011 en Lima, realizó un estudio de investigación titulado: “Conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las madres de niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda que acuden al Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui.” Con el objetivo de determinar los conocimientos y cuidados que brindan en el hogar las madres de niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo, y de corte transversal, el cual fue aplicado a una muestra de 58 madres, se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento una encuesta; las conclusiones encontradas fueron: “La mayoría de madres conocen los síntomas iniciales de la IRA, pero son pocas las que reconocen los signos de alarma lo que constituye un riesgo a la búsqueda de ayuda médica oportuna, así mismo la mayoría de las madres realizan cuidados adecuados frente a la sintomatología de la IRA, pero lo que aún es preocupante es que hay madres que realizan ciertos cuidados que generan un riesgo para el niño como la aplicación de sustancias mentoladas, suspensión de la alimentación, administración incorrecta de antipiréticos, un mayor cumplimiento del rol educador de enfermería durante su interacción con la madre de familia podría revertir los hallazgos encontrados en este proyecto”.(15)

Solano, A., en el año 2009 en La Libertad realizó un estudio sobre: “Nivel de conocimiento sobre asma bronquial entre padres de niños asmáticos, del Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray-Essalud” el objetivo fue comparar el nivel de conocimiento sobre asma bronquial entre padres de niños asmáticos. El diseño del estudio fue observacional, analítico, seccional, transversal, la muestra fue de 246 padres de niños de 5 a 14 años asmáticos y no asmáticos y el instrumento fue la encuesta. Se obtuvieron las siguientes conclusiones: “Los padres de niños asmáticos tienen un mejor nivel de conocimiento sobre asma bronquial que los padres de niños no asmáticos, no se encontraron diferencias significativas

entre las edades de los niños con respecto al nivel de conocimiento de los padres de niños asmáticos y no asmáticos". (16)

Calderón, G., el año 2008, en Lima realizó un estudio sobre : "Nivel de Conocimiento de las madres acerca del asma bronquial en niños preescolares del Centro Materno Infantil y Emergencias Tablada de Lurín", con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de las madres acerca del asma bronquial en niños preescolares, la investigación, fue de tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal, con una muestra a 48 madres de niños preescolares y el instrumento utilizado fue el cuestionario, las conclusiones a la que llegó fueron: "Hay un alto porcentaje de madres que tienen un nivel de conocimiento medio pero existe también un porcentaje de la población que no está muy preparada ni debidamente informada sobre el asma en niños pre escolares, lo que pondría en riesgo la salud de los niños en cuanto al reconocimiento de la enfermedad y tratamiento del asma.(17)

Tal es así que en las últimas décadas la prevalencia del asma ha aumentado dramáticamente con relación a enfermedades alérgicas como la dermatitis atópica y la rinoconjuntivitis alérgica, existiendo también un aumento en la mortalidad y severidad del asma. Este incremento incesante tiene que ver con los cambios de vida (incremento del consumo de tabaco, cambios en los hábitos alimentarios, contaminación ambiental, polución, entre otros) de los países occidentales que operan fundamentalmente en la infancia. Por lo tanto existen estudios acerca del tema, según los antecedentes y la metodología, sin embargo es importante realizar el estudio para obtener datos sobre el conocimiento de los padres sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar para disminuir la morbimortalidad, y genera estrategias que reduzcan los factores de riesgo utilizando sus conocimientos en la prevención ante una posible crisis.

Estos antecedentes aportaron aspectos acerca del conocimiento de los padres sobre el manejo, prevención del asma en el niño, así mismo

orientaron sobre las base teóricas, la metodología de investigación respecto a esta variable lo que permitieron finalmente actualizar la búsqueda bibliográfica y contribuyeron en la elaboración del marco teórico y el instrumento.

2.2. BASE TEÓRICA

GENERALIDADES SOBRE ASMA EN NIÑOS

El Asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas que produce episodios recurrentes de sibilancias, dificultad respiratoria y tos que se acentúa en la noche y la madrugada. La obstrucción de las vías aéreas es reversible espontáneamente o con tratamiento específico. (18)

El asma afecta a unos 300 millones de personas en todo el mundo, es la enfermedad crónica más frecuente en niños y afecta alrededor de 5 a 10% de la población infantil. En Estados Unidos genera, aproximadamente, 400.000 hospitalizaciones al año y 4.000 muertes. La mortalidad general esta reportada entre 0 y 5 por 100.000, (19).

Según el estudio ISAAC (*International Study off Asthma and Allergies in Childhood*) en Latinoamérica, entre 4,1 y 32,1% de los niños tienen asma.

No hay duda de que la prevalencia y la morbilidad por la enfermedad han aumentado en aquellos países latinoamericanos donde se ha realizado el ISAAC, tenemos que México, Chile y Argentina sitúan su prevalencia entre el 5-10%. Uruguay, Panamá y Paraguay entre el 15-20%. por encima de este porcentaje aparecen Perú, Costa Rica y Brasil (20).

En el Perú existen 265,000 niños menores de cinco años con asma, 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.

Según el Dr. Carlos Seminario, Director Médico del Laboratorio Astra Zeneca, los departamentos del interior del país con mayor prevalencia de niños con asma son Lambayeque, La Libertad y el Callao. Por otro lado, Seminario comentó que, 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” (21).

CRISIS ASMÁTICA

- **DEFINICIÓN**

Para Asensi y Rodríguez (2013), “Una crisis o exacerbación de asma es un episodio agudo o subagudo de aumento progresivo o empeoramiento de los síntomas de asma (tos, sibilantes, fatiga y opresión torácica) asociado a obstrucción del flujo de aire reversible con fármacos broncodilatadores”. Otros síntomas pueden ser letargia, discapacidad o impedimento para las actividades diarias, incluido la alimentación, disminución de la tolerancia al ejercicio o pobre respuesta a la medicación de rescate. (22).

- **VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA CRISIS ASMÁTICA**

La historia clínica debe hacer hincapié en aspectos que pongan de manifiesto la evolución reciente del asma del paciente, como tratamiento de base, ingresos y visitas a urgencias los últimos meses, así como el antecedente de anteriores crisis especialmente graves y con rápido empeoramiento. Además de estos antecedentes, disponemos de tres parámetros fundamentales en la valoración del episodio asmático: La valoración Clínica, score clínico, peak flow (PEF) y saturación de O₂. (Asensi y Rodríguez 2013) (22).

- **TRATAMIENTO**

Se usan fármacos llamados broncodilatadores por su capacidad para abrir los bronquios y disminuir así la obstrucción al paso del aire, en general en forma de inhaladores, aunque a veces es necesario darlos en inyecciones subcutáneas o nebulizadas. Según la intensidad de la crisis, se administra o no oxígeno o corticoides. Si no hay una respuesta satisfactoria con lo ya dicho se utilizarán medidas más agresivas, como medicamentos intravenosos y, en los peores casos, se precisa intubación y ventilación mecánica. (Asensi y Rodríguez 2013) (22)

- **PREVENCIÓN DE LA CRISIS ASMÁTICA**

Según GINA (2010) Para prevenir la crisis asmática en el niño existen cuatro componentes básicos:

Componente 1: Desarrolla una adecuada relación entre el paciente el médico y el equipo de salud.

A través de la educación los padres aprenderán a:

- Evitar factores de riesgo
- Tomar los medicamentos correctamente
- Entender la diferencia entre los medicamentos controladores y de rescate
- Monitorizar el control del asma por medio de los síntomas
- Reconocer los síntomas de empeoramiento y tomar acción
- Buscar ayuda médica cuando sea apropiado

Componente 2: Identificar y reducir la exposición a factores de riesgo:

Con el fin de mejorar el control de asma y reducir la necesidad del uso de medicamentos, los pacientes deben de cumplir con una serie de pasos para lograr evitar los potenciales factores de riesgo que puedan causar la presencia de la sintomatología asmática (Figura 1). Sin embargo, muchos de estos pacientes reaccionan ante múltiples factores de riesgo, muchos de los cuales son propios del medio

ambiente. En muchos casos el lograr evitarlos por completo es prácticamente imposible. Por este mismo motivo, el lograr un adecuado control del asma es fundamental ya que así disminuimos la sensibilidad del paciente a estos factores.

La actividad física es una causa frecuente de exacerbación de síntomas, sin embargo los pacientes asmáticos no deben de evitar el ejercicio. La sintomatología podría prevenirse si se utiliza un β agonista inhalado de acción rápida previo al ejercicio.

Los pacientes con asma moderada o severa deben de recibir la vacuna contra influenza cada año, o por lo menos cuando exista una campaña masiva de vacunación. Vacunas inactivadas de influenza son seguras para niños mayores de tres años y adultos.

Figura 1. Estrategias para Evitar Alérgenos y Contaminantes Comunes

Factores a evitar que mejorarían el control del asma y reducen la necesidad de medicamentos:

- Fumar Tabaco: evite el contacto con el fumador. Los pacientes o familiares no deben de fumar.
- Medicamentos, alimentos y aditivos: evitar aquellos de los que se sabe precipitan los síntomas.
- Sensibilizantes ocupacionales: reducir o preferiblemente evitar la exposición a estos agentes, algunas medidas razonables que se pueden evitar y deben de ser recomendadas, pero que no han demostrado un beneficio clínico:
- Ácaros en el polvo casero: lavar sábanas y cobijas semanalmente con agua caliente y secar al sol o en secadora caliente. Colocar las almohadas y colchones en cobertores especiales. Reemplazar las alfombras por piso, especialmente en los cuartos. (Si fuera posible utilizar aspiradoras con filtro. Utilizar acaricidas o ácido tánico para eliminar los ácaros – asegurarse antes que el paciente no esté en casa a la hora de utilizar estos productos).
- Animales domésticos con pelaje: Utilizar filtros de aire. (Remover al animal del hogar, o por lo menos de los dormitorios. Lavar continuamente a la mascota.
- Cucarachas: Limpiar de manera rutinaria y eficiente todos los rincones de las casas. Utilizar insecticidas, sin embargo asegurarse que el paciente no esté en casa cuando se utiliza.
- Pólenes exteriores y mohos: Mantener cerradas puertas y ventanas. Tratar de evitar salir cuando existe mayor concentración del polen.
- Mohos intradomiciliarios: reducir la humedad en las casas, limpie cualquier área húmeda frecuentemente

(Fuente) GINA (Iniciativa Global para Asma) Guía de Bolsillo para el manejo y prevención del asma dirigido para médicos y enfermeras. 2010.

Componente 3: Abordaje, tratamiento y monitoreo del asma

La meta del tratamiento del asma - lograr y mantener un adecuado control clínico – éste se puede lograr en la mayoría de los pacientes a través de un ciclo continuo de acciones:

- Abordaje del Control de Asma
- Tratamiento para lograr el Control del Asma
- Monitoreo para mantener el Control del Asma

Debe de realizarse un adecuado abordaje para el control del asma en cada paciente para lograr establecer el tratamiento actual, la adherencia a dicho tratamiento y el nivel de control del asma.

Tratamiento para lograr el Control del Asma; En cada uno de los pasos, el tratamiento de rescate debe de ser utilizado para el alivio de los síntomas según sea necesario. (Sin embargo, es importante tener en cuenta cuan frecuente este tratamiento de rescate es utilizado ya que si se utiliza de manera regular o su utilización ha ido aumentando se considera un paciente no controlado).

Existe gran variedad de medicamentos controladores y de rescate .Los medicamentos inhalados son de elección ya que se distribuyen directamente en las vías aéreas, siendo una terapia efectiva y potente con menos efectos sistémicos secundarios. Inhalados. Enseñe a los pacientes (y a sus padres) a utilizar los dispositivos. Cada uno de ellos exige una técnica de inhalación diferente. (23)

ROL DE LOS PADRES EN EL MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA CRISIS ASMÁTICA

El asma es una enfermedad crónica, que requiere la participación activa de la familia (padres y niño) para la mejora del problema de salud.

La educación, 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.

El objetivo de la educación sanitaria en el asma es que la familia tome un número, cada vez mayor, de decisiones autónomas positivas sobre su asma. La educación debe ser individualizada para cada familia, adaptada a su capacidad, coherente con el estado actual de la ciencia, clara, realista y gradual; basándose en el consenso (acuerdo) y no en la orden médica (cumplimiento).

El primer paso en el proceso educativo es asegurar una correcta comprensión del diagnóstico de asma.

De forma progresiva se deberá profundizar en el conocimiento de la enfermedad, la adquisición de habilidades en técnicas de inhalación, la modificación de estilos de vida y el autocontrol en familia de los síntomas.

(24)

Para la Prevención de la crisis asmática en el hogar es necesario que los padres tengan conocimientos sobre los desencadenantes de la crisis en sus niños, evitar el humo de tabaco en el hogar, no olvidar administrar el tratamiento preventivo; así mismo evitar las restricciones del ejercicio físico, salvo las necesarias según el estado físico del niño/a. Evitar las actitudes sobreprotectoras y el uso del asma para manipular al niño/a, ya que los factores emocionales pueden jugar un papel importante en la iniciación y mantenimiento de una crisis de asma, será importante reducir el componente ansioso durante las crisis y mantener un ambiente de tranquilidad y toma de decisiones correctas para remediar la crisis asmática.

CONOCIMIENTO DE LOS PADRES

• DEFINICIÓN DE CONOCIMIENTO

“El conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, fundados, vago e inexacto; el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar, y científico”. Siendo conocimiento científico aquellos probados y demostrados y conocimientos ordinario o vulgar aquellos que son inexactos productos de la experiencia y que falta probarlo o demostrarlos. (Bunge 1971). (25)

Por otro lado la definición de conocimiento expresada por Davenport, aclara inmediatamente de que el conocimiento no es algo ordenado o simple, sino que es una mezcla de distintos elementos; es tanto fluido como estructurado formalmente; es intuitivo, y por lo tanto, difícil de traducir en palabras o de entender por completo en términos lógicos. El conocimiento existe en las personas y forma parte de la complejidad e imprevisibilidad humana. (Valhondo, 2003). (26)

Así mismo sobre el conocimiento Kant afirma que está determinado por la intuición sensible y los concepto; distinguiéndose 2 tipos de conocimiento, el puro y el empírico

Conocimiento ordinario o empírico: Son aquellos conocimientos que en la práctica humana resultaron necesarios para la ejecución de varias acciones, que se reafirman y transmiten de generación en generación con un nuevo acervo cognoscitivo derivado de la actividad cotidiana del hombre, no es sistemático, ni metódico, es superficial.

El conocimiento ordinario es el resultado de la vida cotidiana, fundamentalmente de la experiencia común.

Conocimiento científico: Es el resultado de la ciencia y, por sobre todas las cosas, de la investigación científica. Es un producto de la

investigación científica en cuya adquisición intervienen los órganos sensoriales y del pensamiento del sujeto, apoyados en la teoría científica, guiados por el método científico; capta la esencia de los objetos y fenómenos elaborando así principios, hipótesis y leyes científicas. (Yarihuaman 2009). (27)

Entonces se considera que el conocimiento es el conjunto de ideas, hechos y conceptos que tiene la persona por medio de la información formal e informal, de la experiencia referida o de la práctica. Lo cual se explica de forma objetiva la realidad.

De lo expuesto por los autores se puede considerar que el conocimiento, es la adquisición de conceptos por medio de una educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales.

Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente, sin embargo esto no se evidencia en una población urbana- marginal pues ellos continúan poniendo en práctica creencias y costumbres que forman parte de su cultura que actúan ante las enfermedades, medicina popular, actitudes y su manera de prevenirlos, las concepciones populares de la salud que constituyen un saber independiente, emanado de las tradiciones propias de una clase popular y fruto del hacer cotidiano.

Algunos conocimientos de los padres puede ser el producto de las acciones de promoción y prevención desarrolladas por el personal de salud. Pero también responde a la información recibida de otras personas y las creencias y tradiciones impuesta por la cultura.

LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON CRISIS ASMÁTICA

El personal que se encargue de los cuidados del niño deberá ser la enfermera pediátrica. En la etapa de valoración durante la crisis asmática aguda la enfermera controla la ventilación y el esfuerzo requerido para respirar mediante la evaluación de los patrones respiratorios.

Si la crisis es grave, se puede prever la necesidad de medir con frecuencia los gases sanguíneos e insertar un catéter arterial permanente para evitar las punciones repetidas. Evaluaremos la intensidad de la disnea y el esfuerzo necesario para respirar.

Controlaremos también el equilibrio de líquidos durante una crisis prolongada, ya que estos pacientes suelen experimentar excesiva disnea para poder ingerir líquidos, que pierden en exceso a causa de la elevada ventilación por minuto.

Entre los diagnósticos de Enfermería asociados con una crisis de asma se incluyen:

- Patrón de respiración ineficaz, relacionado con aumento de resistencia de la vía aérea.
- Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión y alteración de la difusión.
- Ansiedad y miedo relacionado con la sensación de muerte inminente.
- Fatiga y pérdida de energía relacionada con el aumento del esfuerzo necesario para respirar.
- Déficit del volumen de líquidos relacionado con disminución de la ingesta y aumento de la pérdida insensible.

En la etapa de Planificación y ejecución, para establecer una ventilación y un intercambio gaseoso adecuados, administraremos broncodilatadores, corticoides prescritos por el facultativo.

El síntoma principal del asma suele ser la disnea, por lo que nuestras intervenciones irán encaminadas a reducir su intensidad. Además de la medicación prescrita una buena medida es colocar al paciente en semi-fowler

Mantendremos un balance de líquidos, sin sobrecargar al paciente. Si no es posible la vía oral, se administrará por vía intravenosa; las cantidades no serán excesivas ya que ello puede aumentar el agua extravascular pulmonar y agravar el desequilibrio entre ventilación y perfusión.

Facilitaremos el entorno físico siempre que se pueda para conservar la energía de estos pacientes y evitar la excesiva fatiga. Por ejemplo, el cuidado matinal irá seguido de un periodo de reposo antes de cualquier otra actividad.

Realizaremos las gasometrías pertinentes y resto de analítica necesaria.

Favoreceremos la expulsión de secreciones y si no es posible de una forma espontánea, aspiraremos secreciones cada vez que sea necesario para evitar tapones mucosos, e infección concomitante.

Aplicaremos fisioterapia respiratoria cuando esté indicada, que no suele ser precisamente en plena crisis.

La administración de medicamentos prescritos, tiene distintas vías, la más frecuente en el medio hospitalario es la intravenosa pero no debemos olvidar la importancia en esta patología de la vía inhalatoria en la cual enfermería tiene un papel importante tanto en la ejecución como en la educación sanitaria.

También a veces se administran medicamentos mediante nebulización, sobre todo broncodilatadores.

Controlaremos también la posible aparición de efectos secundarios de algunos fármacos.

Estos pacientes suelen mostrarse tensos y ansiosos durante las crisis. Tranquilizaremos al paciente con una información adecuada en cada caso y no perderemos la calma en nuestras intervenciones, mostrando siempre control sobre la situación.

Reduciremos también la ansiedad, aconsejando también una respiración lenta y profunda, siempre que las circunstancias lo permitan (en estado grave, no será posible).

En la etapa de evaluación; los datos que indican mejora de la ventilación y la oxigenación son normalidad en la frecuencia respiratoria y del volumen circulante, sonidos respiratorios claros y respiración tranquila sin usar los músculos accesorios. Una vez que los síntomas mejoran, el paciente comunicará disminución de la disnea y del esfuerzo necesario para respirar y se mostrará alerta, relajado y menos ansioso.

Medidas de educación sanitaria

Antes de ser dado de alta un paciente que ha sufrido crisis asmática debemos asegurarnos de que conoce y domina las técnicas de inhalación y empleo del medidor del F.E.M. También averiguaremos si conoce las señales de empeoramiento del asma y los factores que desencadenan estas crisis y le daremos unos consejos:

- Medidas de control ambiental, evitando la exposición a alérgenos en pacientes sensibilizados.
- Insistir, si el paciente es fumador, en el consejo antitabaco y también evitar la exposición al humo.
- Evitar fármacos desencadenantes de las crisis.
- Explicar que el ejercicio físico no hay que evitarlo, en todo caso, tomar un inhalador adrenérgico antes de realizarlo.
- Con respecto al tratamiento farmacológico, que sepa que hay fármacos “aliviadores” de los síntomas (broncodilatadores) y los que “disminuyen la inflamación” y los posibles efectos secundarios y adversos además de cómo evitarlos en caso de que sea posible.
- Debemos explicarles la importancia del cumplimiento del tratamiento ya que se trata de una enfermedad crónica que bien tratada puede proporcionar una buena calidad de vida a la mayor parte de los pacientes que la padecen.
- Nos aseguraremos de que lleva el tratamiento por escrito y de que lo entiende. (28)

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Conocimiento de los padres sobre el manejo de la crisis asmática

Es la respuesta expresada por los padres sobre las diferentes acciones y actitudes que realiza en el hogar ante la presencia de los signos y síntomas de una crisis asmática en su niño.

Conocimiento de los padres sobre la prevención de la crisis asmática

Es la respuesta expresada por los padres acerca de las diferentes acciones anticipadas que realiza en el hogar con el fin de evitar la aparición de los signos y síntomas de una crisis asmática en su menor hijo.

Crisis asmática

Episodio aislado agudo o sub agudo de tos, sibilancias y dificultad respiratoria progresiva. De acuerdo a la intensidad y grado de dificultad puede ser leve, moderado o severo.

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, porque se obtuvo información sobre las variables a investigar, se describió los conocimientos de los padres sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar en niños de 05 a 14 años.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio de investigación se realizó en el Servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, el cual se encuentra ubicado en el distrito de Bellavista de la Provincia Constitucional del Callao, Lima – Perú, la unidad de Emergencia pediátrica consta de 4 ambientes distribuidos de la siguiente manera:

- 01 tópico de pediatría donde el paciente recibe la atención directa y personalizada del pediatra de guardia.
- 01 área de observación y atención de enfermería donde se realiza la observación directa a los pacientes, nebulizaciones, medios físicos administración de medicamentos etc.
- 01 unidad de reanimación, son atendidos los pacientes críticos.
- 01 unidad de hospitalización – observación que consta de 5 camas en donde se hospitalizan pacientes de 1mes a 14 años en las diversas especialidades pediatría, traumatología, cirugía pediátrica neurocirugía.
- El personal que labora en dicho servicio está constituido por profesionales: Médico pediatra responsable de la guardia, Enfermera jefe, Enfermeras asistenciales y personal técnico de enfermería.

La atención es las 24 horas del día todos los días.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por 60 padres de niños con crisis asmática que acudieron al servicio de emergencias pediátricas del Hospital Daniel A. Carrión – Callao durante los meses marzo y abril 2015.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Se analizaron a todos los Padres que tuvieron a sus niños con crisis asmática y acudieron a la atención al servicio de Emergencia Pediátrica durante las semanas correspondientes a la realización del estudio

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a. Padres y/o tutores cuyos niños oscilan entre los 5 a 14 años.
- b. Niños que son atendidos en el servicio de emergencia pediátrica con diagnóstico médico de crisis asmática en tóxico y/o hospitalizados en reposo.
- c. Padres que acepten participar en el estudio.

3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a. Familiares y/o acompañantes que no sean responsables del cuidado del niño.
- b. Padres que no sepan leer ni escribir
- c. Padres que hablen otro idioma o dialecto.
- d. Niños con otros diagnósticos médicos.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la Encuesta y como instrumento un formulario tipo cuestionario, aplicado previo consentimiento informado a todas los padres participantes.

Se valoró de acuerdo:

- Si conoce
- No conoce

El cuestionario aplicado fue : Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (Cuestionario de Conocimientos para los padres de niños con asma (NAKQ)) fue desarrollado por Fitzclarence y Henry (1990) en Inglaterra y traducido al idioma español por Praena Crespo, M y colaboradores en el año 2008 en España, realizo una adaptación transcultural y análisis de fiabilidad y validez. La consistencia interna del cuestionario se determinó con el coeficiente alfa de Cronbach y la reproducibilidad test-retest, con el coeficiente de correlación tau-b de Kendall y el índice kappa. El coeficiente global de Cronbach del cuestionario fue 0,72, la tau-b de Kendall fue 0,8573, con significación ($p = 0,01$) y el índice kappa mostro en más de la mitad de los ítems buena o muy buena reproducibilidad. La versión española del NAKQ es aceptable y equivalente culturalmente a la versión original y tiene un buen grado de fiabilidad, validez y reproducibilidad (Praena, M., Et al, 2012) (22). (ANEXO B)

Al no hallarse estudios en la realidad Nacional que hayan utilizado el instrumento este fue sometido a la prueba de confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto a 20 encuestados en una realidad similar y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Richard Kunderson (ANEXO H)

La validez del contenido del instrumento Cuestionario se realizó mediante juicio de expertos conformado por 8 profesionales de la salud, los cuales fueron (2) Médicos pediatras y (6) enfermeras especialista en pediatría cuyas opiniones sirvieron para mejorar el instrumento.

Los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial para el error de significancia mediante la tabla de concordancia de modo que luego de

haberse realizado las modificaciones de acuerdo a las sugerencias se procedió a recoger los datos (ANEXO G)

El estudio permitió obtener los datos sobre los conocimientos de los padres sobre manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar

3.7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La tabulación de los datos fue en forma manual previo control de calidad del instrumento, con la colaboración del estadista y los resultados se presentaron en gráfico de barras. El método estadístico SPSS VS. 22, y para ver la validez se utilizara K-Richarson..

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tuvo en cuenta que la información obtenida fue confidencial previo consentimiento informado de los padres para la realización del estudio y los resultados obtenidos fueron brindados únicamente a las autoridades correspondientes para que se realice estudios de investigación utilizando el enfoque de investigación participativa que permita un mayor abordaje sobre los conocimientos que poseen los padres para el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar. Se tuvo en cuenta:

- Explicar si el conocimiento que se obtuvo fue para la aplicación del estudio
- Expresar claramente las garantías de seguridad que se brindaron a los participantes.
- Contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.
- Relacionar la experiencia de los investigadores y la responsabilidad de una entidad de salud.
- Establecer que la investigación se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización, del representante legal de la institución donde se realizó la investigación; el consentimiento informado de los participantes; y la aprobación del estudio por parte del comité de ética en investigación de la institución.

CAPÍTULO IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados presentándose los resultados en gráficos y tablas estadísticas para su análisis e interpretación respectiva. Así tenemos que:

4.1. RESULTADOS

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

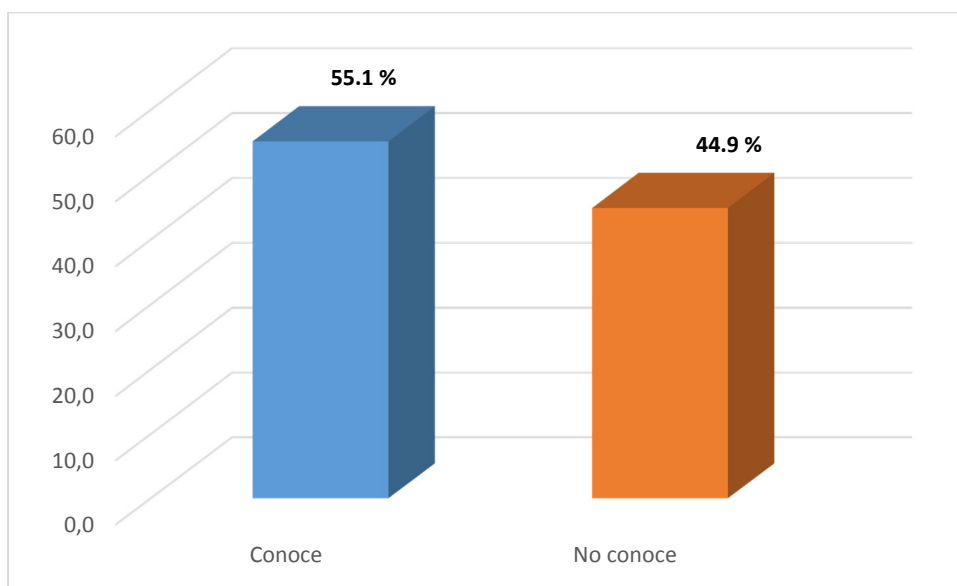
En relación a la edad de los encuestados, tenemos que el 100% (60) de los padres, 68.3% (41) tienen de 21 a 40 años, 31.7% (19) tienen de 40 años a más. En cuanto al sexo de los padres el 8.3% (5) es de sexo masculino, el 55% (91.7) es de sexo femenino. Con respecto al grado de instrucción de los padres el 6.7% (4) tienen primaria completa, el 45% (27), tienen secundaria completa, el 6.7% (4) tienen secundaria incompleta, el 23.3% (14) posee superior completa, el 18.3% (11) posee superior incompleta.

En cuanto a la edad de los niños el 45% (27) tienen entre 4 a 7 años, el 41.7% (25) tienen entre 8 a 11 años, el 13.3% (8) tiene de 11 años a más. Con respecto al sexo de los niños el 70% (42) es de sexo masculino, 30% (18) es de sexo femenino. (ANEXO J).

Por lo expuesto podemos evidenciar que la mayoría de los encuestados son las madres que en mayor proporción tienen secundaria completa. Con respecto a los niños son en su mayoría de sexo masculino, entre 4 y 7 años de edad.

B. DATOS ESPECÍFICOS

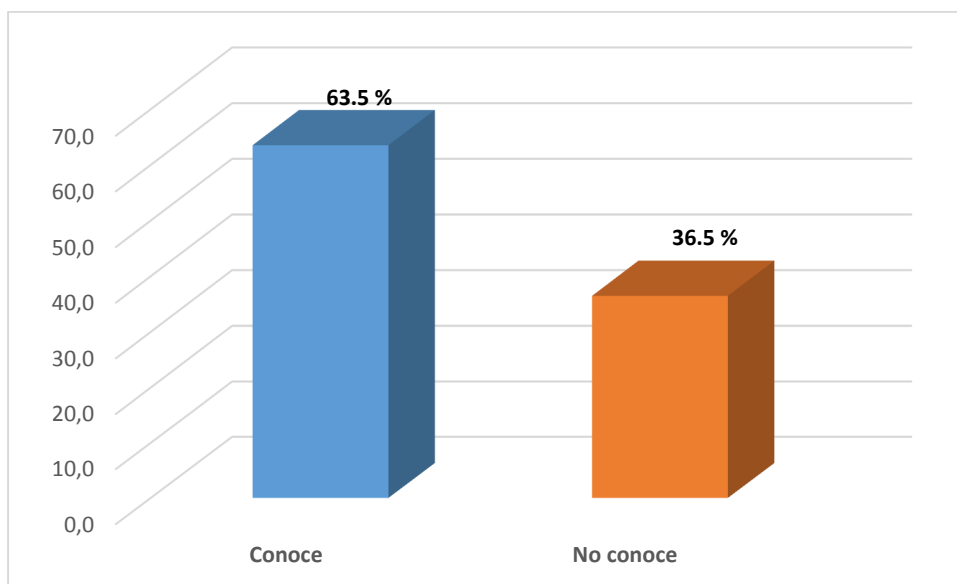
GRÁFICO N° 1:
“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE NIÑOS
ASMÁTICOS SOBRE EL MANEJO DE CRISIS ASMÁTICA
EN EL HOGAR -SERVICIO DE EMERGENCIAS
PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DANIEL
ALCIDES CARRION CALLAO
2014”



Fuente: Instrumento aplicado a los padres de los niños del servicio de emergencia pediátricas del HNDAC – Callao. 2014

Respecto a los conocimientos de los padres sobre manejo de crisis del asmática tenemos que del 100% (60) de los padres, el 55.1% (33) conoce el manejo de la crisis asmática, mientras que el 44.9% (27) no conoce. (Gráfico N° 1)

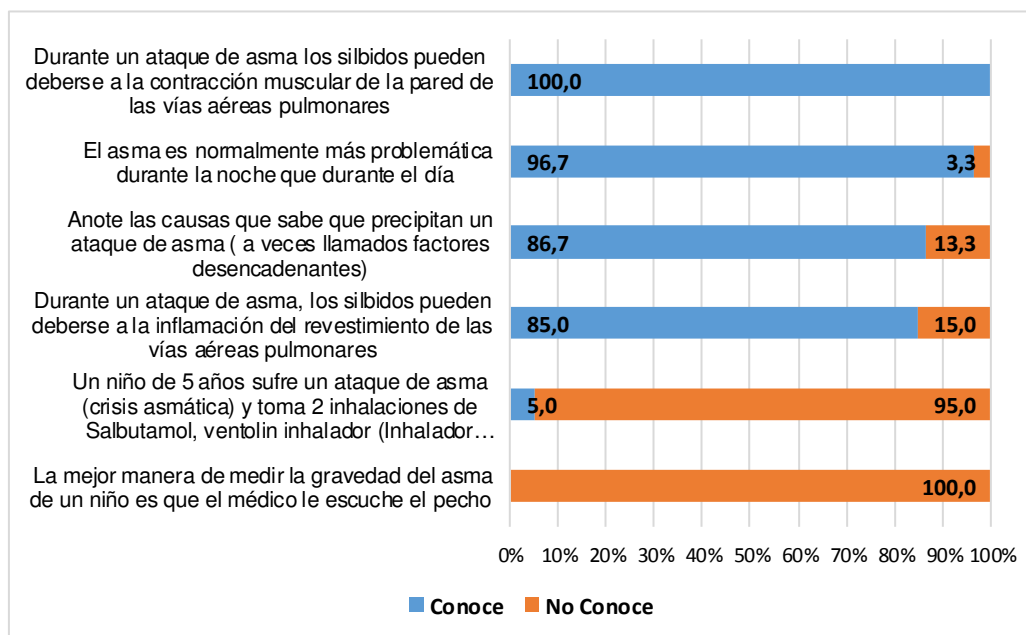
GRÁFICO N° 2
“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE NIÑOS
ASMATICOS SOBRE PREVENCION DE LA CRISIS
ASMÁTICA EN EL HOGAR SERVICIO DE
EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL
HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRION – CALLAO 2014”



Fuente: Instrumento aplicado a los padres de los niños del servicio de emergencia pediátricas del HNDAC – Callao. 2014.

En cuanto a los conocimientos de los padres sobre prevención de la crisis asmática del 100% (60), tenemos que el 63.5% (38) conoce la prevención de la crisis asmática, mientras que el 36.5% (22) no conoce. (Grafico N° 2)

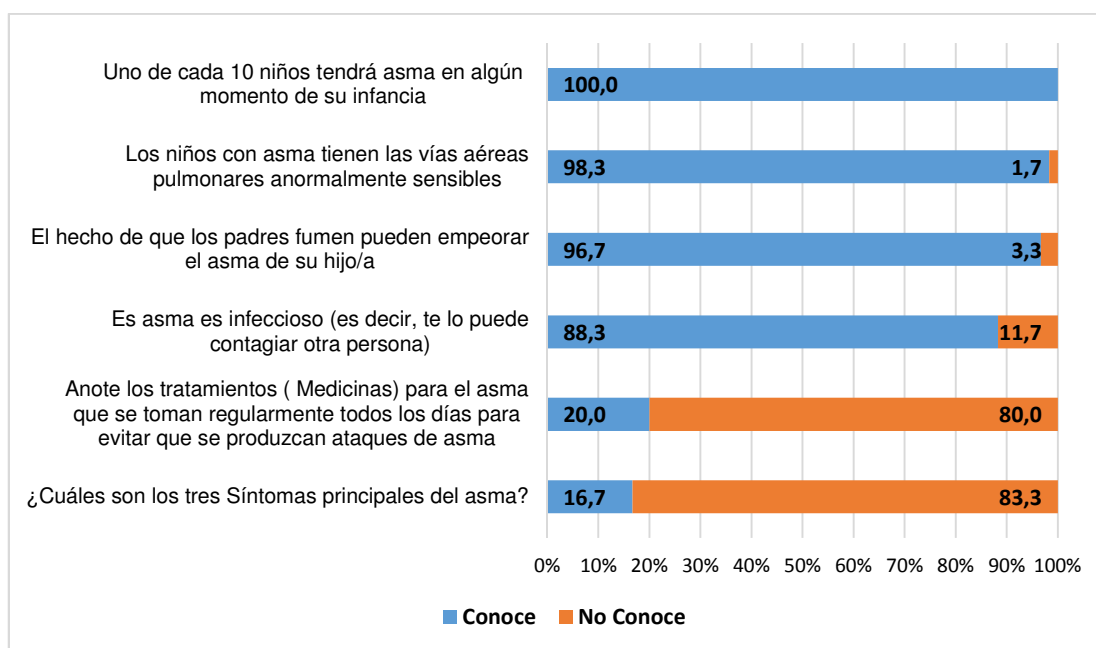
GRÁFICO N° 3
“DESCRIPCIÓN DE PRINCIPALES ÍTEMS DE SOBRE EL MANEJO
DE LA CRISIS ASMÁTICA EN EL HOGAR - SERVICIO DE
EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL
HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN CALLAO
2014”



Fuente: Instrumento aplicado a los padres de los niños del servicio de emergencia pediátricas del HNDAC – Callao. 2014.

Los aspectos que conocen están dados porque expresan que reconocen al 100% (60) que durante un ataque de asma los silbidos pueden deberse a la contracción muscular de la pared de las vías aéreas pulmonares, así mismo el 96.7% (58) conoce que el asma es normalmente más problemática durante la noche que durante el día, de igual forma el 86.7% (52) conoce los factores desencadenantes que precipitan un ataque de asma, así mismo el 85% (51) conoce que durante un ataque de asma, los silbidos pueden deberse a la inflamación del revestimiento de las vías aéreas pulmonares. Por el contrario solo el 5% (3) conoce los motivos porque no es efectivo una terapia de ataque (medicamento caducado, inhalador vacío, mala técnica, dosis insuficiente) y el 100% (60) cree erróneamente que la mejor manera de medir la gravedad del asma de un niño es que el médico le escuche el pecho.

GRÁFICO N° 4
“DESCRIPCIÓN DE PRINCIPALES ÍTEMS DE SOBRE LA
PREVENCIÓN DE LA CRISIS ASMÁTICA EN EL
HOGAR SERVICIO DE EMERGENCIAS
PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL
DANIEL ALCIDES
CARRIÓN CALLAO
2014”



Fuente: Instrumento aplicado a los padres de los niños (a) del servicio de emergencia pediátricas del HNDAC – Callao. 2014.

Los aspectos que conocen sobre la prevención de la crisis asmática, están dados porque expresan que reconocen al 100% (60) que uno de cada 10 niños tendrá asma en algún momento de su infancia, asimismo el 98.3% (59) conocen que los niños con asma tienen las vías aéreas pulmonares anormalmente sensibles, también el 96.7% (58) reconocen el hecho de que los padres fumen pueden empeorar el asma de su hijo(a), así mismo el 88.3% (53) conoce que el asma no es una enfermedad contagiosa. Por el contrario solo el 16.7 (10) conoce los 3 síntomas principales del asma y además solo el 20% (12) conoce más de 2 de los tratamientos (Medicinas) para el asma que se toman regularmente todos los días para evitar que se produzcan ataques de asma.

4.2. DISCUSIÓN

Al respecto de los resultados del Gráfico N°1, Mario Bunge define el conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos. El conocimiento como base de muchos procesos también forma parte de la salud que tiene como finalidad promover y mantener el mayor grado de bienestar físico, mental y social de las personas; esto lo va lograr a través de la educación y prevención, conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada, siendo el asma bronquial una enfermedad respiratoria en la que el espasmo, la constricción de los bronquios y la inflamación de su mucosa limitan el paso del aire, con la consiguiente dificultad respiratoria, es típicamente temporal y reversible. La crisis asmática es la emergencia médica más común en niño, se asocia con una tasa de morbilidad y mortalidad significativa por lo que impone una tremenda carga social siendo un problema de salud pública en las naciones en desarrollo. El asma es una enfermedad crónica, que requiere la participación activa de la familia (padres y niño) para la mejora del problema de salud. La educación, 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.

Por lo tanto, según los hallazgos obtenidos y la teoría confrontada podemos observar que del 100%(60) padres encuestados el 55.1% (33) conoce el manejo de la crisis asmática y el 44.9% (27) no conoce.

Estos resultados coinciden con lo mencionado por Leonardo, MT., Oceja, E., García, L., Cabero, M., Pérez, E., y Gómez, I. (2010), quienes obtuvieron un nivel de conocimiento medio. Por otro lado los resultados obtenidos

difieren de lo mencionado por García-Luzardo, R., y colaboradores, (2012) quienes encontraron que el conocimiento de los progenitores respecto al asma es escaso, y existen falsas creencias acerca de la patogenia de esta enfermedad. De manera similar ello difiere de lo mencionado por Praena Crespo, M. y colaboradores (2011), quienes obtuvieron un nivel de conocimiento bajo.

A la luz de los resultados podemos concluir que la mitad de los padres del estudio conocen sobre el manejo de la crisis asmática en el hogar pero es necesario realizar programas educativos al respecto, para mejorar el nivel de conocimiento de los padres de los niños asmáticos.

En cuanto a los conocimientos de los padres sobre prevención de la crisis asmática, Grafico 2, tenemos que el 63.5% (38) conoce la prevención de la crisis asmática, mientras que el 36.5% (22) no conoce la prevención de la crisis asmática, dichos resultados coinciden con lo mencionado por Rodríguez, M. (2011), en Lima quienes obtuvieron un nivel intermedio sobre conocimientos de prevención de la crisis de esta enfermedad. De igual forma ello coincide con lo encontrado por Calderón, G., (2008) en Lima, con los siguientes resultados hay un alto porcentaje de madres que tienen un nivel de conocimiento medio pero existe también un porcentaje de la población que no está muy preparada ni debidamente informada sobre el asma en niños pre escolares, lo que pondría en riesgo la salud de los niños en cuanto al reconocimiento de la enfermedad y tratamiento del asma.

A la luz de los resultados podemos concluir que más de la mitad de los padres del estudio conocen sobre la prevención de la crisis asmática en el hogar y coinciden con los resultados de las otras investigaciones ya que todas han sido realizadas en la ciudad de Lima, pero es necesario realizar programas educativos al respecto, para mejorar el nivel de conocimiento de los padres de los niños asmáticos.

En cuanto a la descripción de los principales ítem sobre el manejo de la crisis asmática, Gráfico N°3 todos los padres participantes del estudio reconocen que durante un ataque de asma los silbidos pueden deberse a la contracción muscular de la pared de las vías aéreas pulmonares, así mismo el 96.7% (58) conoce que el asma es normalmente más problemática durante la noche que durante el día, de igual forma el 86.7% (52) conoce los factores desencadenantes que precipitan un ataque de asma, así mismo el 85% (51) conoce que durante un ataque de asma, los silbidos pueden deberse a la inflamación del revestimiento de las vías aéreas pulmonares. Por el contrario solo el 5% (3) conoce los motivos porque no es efectivo una terapia de ataque (medicamento caducado, inhalador vacío, mala técnica, dosis insuficiente) y el 100% (60) cree erróneamente que la mejor manera de medir la gravedad del asma de un niño es que el médico le escuche el pecho.

La teoría refiere que el síntoma principal del asma suele ser la disnea, por lo que nuestras intervenciones irán encaminadas a reducir su intensidad. Además de la medicación prescrita una buena medida es colocar al paciente en semi-fowler, se mantendrá una adecuada hidratación. Con respecto al tratamiento farmacológico, hay fármacos “aliviadores” de los síntomas (broncodilatadores) y los que “disminuyen la inflamación” y los posibles efectos secundarios y adversos además de cómo evitarlos en caso de que sea posible, que requiere para su uso y manejo entrenamiento adecuado. Además la importancia del cumplimiento del tratamiento ya que se trata de una enfermedad crónica que bien tratada puede proporcionar una buena calidad de vida a la mayor parte de los pacientes que la padecen. Rodríguez, M (2001)

Ante lo cual se concluye que la mitad de los padres identifican que el asma es una enfermedad de las vías aéreas respiratorias, que se agudiza durante la noche, desconocen en su mayoría identificar una crisis asmática severa y la efectividad de las técnicas de terapia de ataque.

Los aspectos que conocen sobre la prevención de la crisis asmática, Gráfico N° 4, los padres reconocen al 100% (60) que uno de cada 10 niños tendrá asma en algún momento de su infancia, asimismo el 98.3% (59) conocen que los niños con asma tienen las vías aéreas pulmonares anormalmente sensibles, también el 96.7% (58) reconocen el hecho de que los padres fumadores pueden empeorar el asma de su hijo(a), así mismo el 88.3% (53) conoce que el asma no es una enfermedad contagiosa. Por el contrario solo el 16.7% (10) conoce los 3 síntomas principales del asma y además solo el 20% (12) conoce más de 2 de los tratamientos (Medicinas) para el asma que se toman regularmente todos los días para evitar que se produzcan ataques de asma.

Según GINA (2010) Para prevenir la crisis asmática en el niño existen componentes básicos: Identificar y reducir la exposición a factores de riesgo, el abordaje, tratamiento y monitoreo del asma. En muchos casos el lograr evitarlos por completo es prácticamente imposible. Por este mismo motivo, el lograr un adecuado control del asma es fundamental ya que así disminuimos la sensibilidad del paciente a estos factores. La actividad física es una causa frecuente de exacerbación de síntomas, sin embargo los pacientes asmáticos no deben de evitar el ejercicio. La sintomatología podría prevenirse si se utiliza un β agonista inhalado de acción rápida previo al ejercicio. Existe gran variedad de medicamentos controladores y de rescate. Los medicamentos inhalados son de elección ya que se distribuyen directamente en las vías aéreas, siendo una terapia efectiva y potente con menos efectos sistémicos secundarios. Inhalados. Enseñe a los pacientes (y a sus padres) a utilizar los dispositivos. Cada uno de ellos exige una técnica de inhalación diferente.

Por lo tanto el hallazgo en la presente investigación concluye que poco más de la mitad de los padres de niños asmáticos conocen sobre el manejo de la crisis asmática en el hogar y la mitad conoce sobre las medidas de prevenir las crisis asmáticas, debido a la poca información sobre prevención que reciben en los diferentes centros de atención y las características generales de la muestra estudiada, madres

jóvenes con un nivel de instrucción secundaria completa y con niños asmáticos de sexo masculino entre los 4 y 7 años. Lo cual conlleva a que las altas tasas de morbi mortalidad de esta enfermedad sigan siendo un serio problema de salud pública.

CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La mitad de los padres de niños asmáticos conocen sobre el manejo de crisis asmática en el hogar pero es necesario concientizar a los padres sobre la importancia de los controles médicos, uso racional de los medicamentos y saber identificar los signos y síntomas de la enfermedad.
- Más de la mitad de los padres del estudio conocen sobre las medidas de prevención de la crisis asmática en el hogar pero es necesario realizar programas educativos al respecto, para mejorar el nivel de conocimiento de los padres de los niños asmáticos.
- Respecto a los principales ítem sobre manejo de la crisis asmática en el hogar, la mayoría de los padres identifican que el asma es una enfermedad de las vías aéreas respiratorias, que se agudiza durante la noche, la mayoría desconoce cómo identificar una crisis asmática severa y la efectividad de las técnicas de terapia de ataque.
- Respecto a los principales ítem sobre Prevención de la crisis asmática en el hogar, la mayoría de los padres identifican que uno de cada 10 niños tendrá asma en algún momento de su infancia, que los niños con asma tienen las vías aéreas pulmonares anormalmente sensibles, reconocen el hecho de que los padres fumadores pueden empeorar el asma de su hijo(a), que el asma no es una enfermedad contagiosa. Y la mayoría desconoce los 3 síntomas principales del asma y no conocen

los tratamientos preventivos para el asma que se toman regularmente todos los días para evitar que se produzcan las crisis asmáticas.

5.2. LIMITACIONES

La limitación derivada del estudio está referida a que los resultados y conclusiones sólo son válidos y generalizables para la población de estudio.

5.3. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio están dadas por:

- Que las autoridades del Hospital Nacional Daniel A. Carrión elaboren y reformulen un programa de intervención y educación permanente y/o continua dirigido a las madres a fin de actualizar sus conocimientos sobre el manejo y prevención de crisis asmática en sus niños en el hogar.
- Que los profesionales de enfermería que atienden en las diversas unidades (consultorios de pediatría, hospitalización, emergencia) al paciente pediátrico con asma replanteen sus programaciones y trabajen directamente con las madres realizando sesiones educativas de concientización para la identificación precoz de los signos y síntomas, factores de riesgo, y el manejo de la crisis asmática en el hogar y la manera de actuar sobre ellos.
- Realizar estudios similares en Instituciones a fin de poder conocer y confrontar la realidad de la Institución privada con la pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1)(4)López, N., García, P., Rodríguez, S.C., Mayoralas, S., Villa, J.R. y Díaz, S. (2013). Protocolo de actuación ante una crisis asmática en centros educativos. *Revista de Patología Respiratoria*, 16 (3), 98-102.
- (2)(5)Organización Mundial de la Salud. (2014). Estadísticas sanitarias Mundiales. 28/07/2014, de OMS Recuperado el 12 de enero de 2015 de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/
- (3) Bacharier, L. "et al". (2008). Diagnóstico y tratamiento del asma en los niños y adolescentes: informe de consenso del PRACTALL. *Revista Allergy*, 63, 5–34.
- (6) Munayco, C., Arana. J., Torres, J., Saravia, L. y Soto, M. (2009). Prevalencia y factores asociados al asma en niños de 5 a 14 años de un área rural del sur del Perú. *Revista Perú Medica de Salud Pública*, 26 (3), 307-313.
- (7) León, L. (11 de junio de 2009). Casos de Asma a Nivel Nacional. *El Comercio*, 1.
- (8)Palacios, M. (2012). *El asma un problema de salud*. Colegio Médico del Perú. Recuperado el 28 de julio de 2014, de <http://www.cmp.org.pe/component/content/article/56-ultimas/1586-el-asma-un-problema-de-salud-publica.html>
- (9) García, M., Aguilar, A., Rodríguez, N., y Pavlovic, S., (2012) Conocimiento acerca del asma de los padres de niños asmáticos que acuden a un servicio de urgencia. *Revista Acta Pediátrica*, 70(5), 196-203.

- (10) Praena, M., Et al (2012) Situación de los conocimientos, las actitudes y la calidad de vida en asma de adolescentes y profesorado. Necesidad de educar en los centros de enseñanza. *Revista Anales de Pediatría*, 77(4), 226-235.
- (11) Leonardo, MT., Oceja, E., García, L., Cabero, M.J., Pérez, E. y Gómez, I. (20 junio 2013) Evaluación de los Conocimientos Paternos sobre Asma con el Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire. *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 15(58) ,117 -126.
- (12) Ortiz, M., Cano, C., Lazcano M., Romo, G., y Escamilla, M. (2012) Factores de Riesgo en niños Asmáticos. Conocimiento que tienen sus padres sobre asma. *Revista Acta Pediátrica de México*, 33(3).
- (13) Ríosotarola, R. y Suescún, J. (2009). *Correlación entre calidad de vida de niños con asma Y conocimientos de los cuidadores sobre la Enfermedad*. (Tesis de especialidad). Universidad del Rosario. Recuperado el 17 de noviembre del 2014 de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/1677/7712601.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (14) Muro, D. (2012). *Factores desencadenantes más frecuentes de crisis asmática, en niños de 3 a 14 años, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional PNP Luis Nicasio Sáenz, durante el periodo julio 2011 a junio 2012*. (Tesis de especialista en pediatría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- (15) Rodríguez, M. (2011). *Conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las madres de niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda que acuden al Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui*. (Tesis Licenciatura en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- (16) Solano, A. (2009) *Nivel de conocimiento sobre asma bronquial entre padres de niños asmáticos, del Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray-Essalud*. (Tesis Licenciatura en Enfermería). Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- (17) Calderón, G. (2008) *Nivel de Conocimiento de las madres acerca del asma bronquial en niños preescolares del Centro Materno Infantil y Emergencias Tablada de Lurín*. (Tesis Licenciatura en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- (18) Pedraza, A., Stand, I., Castaño, S., Ruiz, J. (2014). Asma Infantil. *Revista de la Sociedad Colombiana de Pediatría*, 10 (2) ,36.
- (19)(23) Iniciativa Global para Asma (GINA). (2010) *Guía de Bolsillo para el manejo y prevención del asma dirigido para médicos y enfermeras*. Recuperado el 28 de julio 2014 de http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_PG_Spanish_2010_2.pdf
- (20) Coronel C. (2013). Factores Asociados al Asma Bronquial en los Niños. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70(5), 232-236
- (21) Lezana V. y Arancibia C. (2008) Consideraciones epidemiológicas del Asma en Latinoamérica. Recuperado el 17 de noviembre del 2014 de <http://www.neumologia-pediatrica.cl>.
- (22) Asensi, M., Rodríguez. O. (2013). *Tratamiento de la Crisis de asma*. . Madrid: Editorial Exibris Recuperado 27 de julio 2014 de http://cursosaeapap.exlibrisediciones.com/files/49-163-fichero/10_curso_Tratamiento%20de%20la%20crisis%20de%20asma_asensi_monzo.pdf
- (24) Díaz, C. (1999). Educación sanitaria a padres y niños con asma. *Revista Terapéutica en APS*, 6(9), 611 623.

- (25) Bunge, M. (1985). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos aires: Editorial siglo XX. pp 13-14
- (26) Valholdo, D. (2003) *Gestión del Conocimiento del Mito a la Realidad*, Recuperado el 29 de julio del 2014 de <http://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=8eMPQLvXRvAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Davenport+definicion+de+conocimiento&ots=Y4QZYkWkMY&sig=xZTphzXKNj1yCSXe-rTzl0o1uds#v=onepage&q=Davenport%20definicion%20de%20conocimiento&f=false>
- (27) Yarihuaman, A. M. (2009) *Conocimientos actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad en la canalización de vis venosa periférica que realizan las internas de enfermería* (Tesis Licenciatura en Enfermería) Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- (28) Rodríguez, M. (2001, Marzo). *Actuación ante una crisis asmática* Trabajo presentado en el XIII Congreso Neumosur Enfermería. Sevilla Recuperado de http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/cadiz/paginas_secundarias/TEXTOS/actuacion_ante_una_crisis_asmati.htm
- (29) Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2010) *Metodología de la Investigación*. (5ta ed.) México: Edit. Mc Graw Hill

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A.	Operacionalización de variable	I
B.	Instrumento	II
C.	Consentimiento informado	V
D.	Tabla de concordancia - Prueba binomial	VI
E.	Tabla de códigos	VII
F.	Tabla matriz de datos	VIII
G.	Validez del instrumento	XI
H.	Confiabilidad del instrumento	XII
I.	Medición de la variable	XII
J.	Características generales de los padres de niños asmáticos atendidos en el Servicio de Emergencia Pediátrica – Hospital Daniel A. Carrión. Callao – Perú. 2014.	XIII
K.	Conocimiento de los padres sobre el manejo de la crisis asmática en el hogar por Ítems. Servicio de Emergencia Pediátrica – Hospital Daniel A. Carrión. Callao – Perú. 2014.	XV
L.	Conocimiento de los padres sobre la prevención de crisis asmática por ítems. Servicio de Emergencia Pediátrica – Hospital Daniel A. Carrión – Callao. 2014.	XVI

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<p>Conocimiento de los padres sobre el manejo y prevención de la crisis asmática</p>	<p>Conjunto de ideas, conceptos que pueden ser científicos o empíricos que tienen los padres sobre el estado de exacerbación del asma de la que produce una hiperactividad inespecífica y prologada de las vías aéreas que provoca un bronco espasmo severo, caracterizado por disnea, polipnea marcada, disminución de concentración de oxígeno en sangre, las cuales son modificables con el uso de fármacos y acciones anticipadas que evitan la exacerbación de la enfermedad.</p>	<p>Conocimientos sobre el reconocimiento y manejo de crisis asmática</p> <p>Conocimiento sobre prevención de crisis asmática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de asma: Definición, Signos, síntomas. • Medicación • Reconocimiento de la crisis • Medicación y tratamiento • Causantes desencadenante del ambiente y en el hogar. • Eliminación de alérgenos • Estimulación por la práctica deportiva • Consumo de alimentos • Hábito y creencia de los padres 	<p>Nivel de Conocimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce 	<p>Toda aquella información que refieren los padres de niños con asma sobre los cuidados y tratamientos que debe recibir el niño ante la exacerbación de una crisis asmática y las medidas de cómo prevenirlas en el hogar que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel A. Carrión, el cual será obtenido mediante un formulario tipo cuestionario y valorado en Conoce y No conoce.</p>

ANEXO B



UNMS-FM-UPG
PSEE-2014

INSTRUMENTO

I. PRESENTACIÓN

Señor padre de familia: El presente cuestionario forma parte de un estudio que se realiza en coordinación con el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Daniel A. Carrión; con la finalidad de obtener información acerca de los conocimientos de los padres de niños asmáticos sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar. El mismo será aplicado de forma anónima, por lo que se le solicita su participación a través de su respuesta sincera y fidedigna sobre la enfermedad actual de su niño.

II. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X), la respuesta correcta según crea conveniente.

III. DATOS GENERALES:

DEL PADRE, TUTOR ACOMPAÑANTE

Edad: [] en años cumplidos. Sexo: Masculino [] Femenino []

Grado de Instrucción:

Sin instrucción [] Secundaria completa []
Primaria completa [] Secundaria incompleta []
Primaria incompleta [] Superior completa []
Superior incompleta []

Edad del niño atendido: [] en años cumplidos. Sexo: Masculino [] Femenino []

1. Con que frecuencia su niño desencadena en asma (crisis asmática)
- [] Cada semana [] Cada 6 meses
[] Una vez al mes [] Una vez al año
[] Cada 3 meses

IV. CONTENIDO

Indique si Considera verdaderas o Falsas las siguientes afirmaciones sobre el asma. Las preguntas (1, 6, 10, 11,21 y 23) son abiertas escriba su respuesta

Nº Ítems	Preguntas	Verdadero	Falso
1	¿Cuáles son los tres Síntomas principales del asma?		
2	Uno de cada 10 niños tendrá asma en algún momento de su infancia	(V)	(F)

Nº Ítems	Preguntas	Verdadero	Falso
3	Los niños con asma tienen las vías aéreas pulmonares anormalmente sensibles	(V)	(F)
4	Si un niño en una familia tienen asma, entonces casi seguro que todos sus hermanos y hermanas la padecen también	(V)	(F)
5	La mayoría de los niños con asma sufren un aumento de mucosidad cuando beben leche de vaca	(V)	(F)
6	Anote las causas que sabe que precipitan un ataque de asma (a veces llamados factores desencadenantes)		
7	Durante un ataque de asma los silbidos pueden deberse a la contracción muscular de la pared de las vías aéreas pulmonares	(V)	(F)
8	Durante un ataque de asma, los silbidos pueden deberse a la inflamación del revestimiento de las vías aéreas pulmonares	(V)	(F)
9	El asma daña el corazón	(V)	(F)
10	Anote los tratamientos (Medicinas) para el asma que se toman regularmente todos los días para evitar que se produzcan ataques de asma		
11	¿Qué tratamientos (Medicinas) para el asma son útiles durante un ataque de asma?		
12	Los antibióticos son una parte importante del tratamiento para la mayoría de los niños con asma.	(V)	(F)
13	La mayoría de los niños con asma No deberían consumir productos lácteos	(V)	(F)
14	Las vacunas para la alergia curan el asma	(V)	(F)
15	Si una persona muere de un ataque de asma, esto normalmente quiere decir que el ataque final debió de haber comenzado tan rápidamente que no hubo tiempo para empezar ningún tratamiento.	(V)	(F)
16	Las personas con asma normalmente tienen "problemas de nervios"	(V)	(F)
17	Es asma es infeccioso (es decir, te lo puede contagiar otra persona)	(V)	(F)
18	Los medicamentos inhalados para el asma (por ejemplo el inhalador Ventolin, Fenoterol, Salbutamol) tienen menos efectos secundarios que las patillas, jarabes.	(V)	(F)
19	Los ciclos cortos de corticoides orales (como Prednisona, Estilsona, Darcotin) habitualmente causan efectos secundarios importantes.	(V)	(F)
20	Algunos tratamientos para el asma (como el Ventolin, salbutamol) dañan el corazón	(V)	(F)
21	Un niño de 5 años sufre un ataque de asma (crisis asmática) y toma 2 inhalaciones de Salbutamol, ventolin inhalador (Inhalador dosificado), después de 5 minutos no mejora. De algunas razones de porque puede haber pasado esto		
22	Durante un ataque de asma que están tratando en casa un niño necesita el inhalador con aero-cámara 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	(V)	(F)
23	Anote formas de ayudar a prevenir ataques de asma mientras se hace ejercicio		

Nº Ítems	Preguntas	Verdadero	Falso
24	Los niños con asma se hacen adictos a sus medicinas para el asma	(V)	(F)
25	La natación es el único deporte adecuado para los asmáticos	(V)	(F)
26	El hecho de que los padres fumen pueden empeorar el asma de su hijo/a	(V)	(F)
27	Con el tratamiento adecuado, la mayoría de los niños con asma deberían llevar una vida normal sin restricciones en sus actividades	(V)	(F)
28	La mejor manera de medir la gravedad del asma de un niño es que el médico le escuche el pecho	(V)	(F)
29	El asma es normalmente más problemática durante la noche que durante el día	(V)	(F)
30	La mayoría de los niños con asma padecen de un enlentecimiento de su crecimiento	(V)	(F)
31	Los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar medicinas preventivas.	(V)	(F)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Lic. MARIA TERESA RUIZ RUIZ, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La meta de este estudio es obtener información acerca de los conocimientos que tienen las madres sobre el manejo y prevención de la crisis en sus niños para que posteriormente de acuerdo con los datos obtenidos se puedan desarrollar diferentes programas relacionados al tema en todos los niveles de atención, dirigido a la población en riesgo con la participación de un equipo multidisciplinario para brindar un adecuado manejo a los niños con asma.

Su participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la aplicación del cuestionario le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacerlo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Lic. MARIA TERESA RUIZ RUIZ He sido informado de que la meta de este estudio es conocer los factores de riesgo para la prevención de crisis asmáticas en los niños

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al investigador

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA - PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	0	0	1	1	1	0	1	1	*0.363
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

* En este rubro se realizaron las observaciones correspondientes antes de aplicar el instrumento.

Se ha considerado:

Favorable = 1 (si)

Desfavorable = 0 (no)

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo.

**ANEXO E
TABLA DE CODIGOS**

**DATOS ESPECÍFICOS; CONTENIDO AFIRMACIONES SOBRE EL
ASMA**

Nº ITEMS	RESPUESTA CORRECTA
1	Tos, pitos, ahogos (V)=1
2	(V) = 1
3	(V) = 1
4	(F) = 2
5	(F) = 2
6	Uno de : alergias, resfriados y ejercicios (V)=1
7	(V) = 1
8	(V) = 1
9	(F) = 2
10	Dos de: corticoides inhalados, cromonas, motelukast / combinación de corticoides y beta 2 - adrenérgicos de larga acción (V) = 1
11	Dos de : beta2 adrenérgico de acción corta, bromuro de ipatropio, corticoides orales y oxígeno (V) = 1
12	(F) = 2
13	(F) = 2
14	(F) = 2
15	(F) = 2
16	(F) = 2
17	(F) = 2
18	(V) = 1
19	(F) = 2
20	(F) = 2
21	Dos de : medicamento caducado, inhalador vacío, mala técnica, dosis insuficiente (V) = 1
22	(F) = 2
23	Dos de: calentamiento, beta 2 de corta acción o cromonas antes de ejercicio. mejorar el control del asma, respirar por la nariz , ambiente húmedo y cálido (V) = 1
24	(F) = 2
25	(F) = 2
26	(V) = 1
27	(V) = 1
28	(F) = 2
29	(V) = 1
30	(F) = 2
31	(V) = 1

ANEXO F MATRIZ DE DATOS

EDAD_P	SEXO_P	GRAD_P	EDAD_N	SEXO_N	FREC_N	PREG_1	PREG_2	PREG_3	PREG_4	PREG_5	PREG_6	PREG_7	PREG_8	PREG_9	PREG_10	PREG_11	PREG_12	PREG_13	PREG_14	PREG_15	PREG_16	PREG_17	PREG_18	PREG_19	PREG_20	PREG_21	PREG_22	PREG_23	PREG_24	PREG_25	PREG_26	PREG_27	PREG_28	PREG_29	PREG_30	PREG_31				
38	2	5	6	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			
29	2	6	6	1	3	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1		
36	2	4	10	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
41	2	6	8	1	4	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
22	2	4	5	1	3	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
30	2	4	8	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
39	2	4	7	2	3	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
38	2	7	6	1	4	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
31	2	6	10	1	5	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
22	2	4	4	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
54	2	4	8	1	4	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
30	2	4	9	2	3	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
32	2	2	8	2	4	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
44	2	4	5	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
32	2	5	9	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
33	1	4	8	2	4	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
38	2	4	7	1	3	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
37	2	7	6	1	4	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
31	2	6	10	1	5	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
22	2	4	4	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
50	2	4	8	1	4	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
30	2	4	9	2	3	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

EDAD_P	SEXO_P	GRAD_P	EDAD_N	SEXO_N	FREC_N	PREG_1	PREG_2	PREG_3	PREG_4	PREG_5	PREG_6	PREG_7	PREG_8	PREG_9	PREG_10	PREG_11	PREG_12	PREG_13	PREG_14	PREG_15	PREG_16	PREG_17	PREG_18	PREG_19	PREG_20	PREG_21	PREG_22	PREG_23	PREG_24	PREG_25	PREG_26	PREG_27	PREG_28	PREG_29	PREG_30	PREG_31					
33	2	4	8	2	4	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1				
22	2	6	5	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1			
38	2	4	6	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1			
40	1	4	5	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2			
40	2	4	5	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2			
22	2	6	5	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1			
43	2	7	8	2	5	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1			
42	2	7	5	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1			
32	2	6	10	1	3	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1			
49	2	6	8	2	4	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1			
37	2	2	6	1	4	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1			
56	2	4	14	2	4	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1		
36	1	7	13	1	3	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1		
36	2	7	13	1	3	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1		
38	2	5	6	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1		
29	2	6	6	1	3	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1		
41	2	6	8	1	4	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1		
22	2	4	5	1	3	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1		
40	2	4	5	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
22	2	6	5	1	3	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1		
43	2	7	8	2	5	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	
42	2	7	5	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	
32	2	6	10	1	3	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	
49	2	6	8	2	4	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
37	2	2	6	1	4	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1

EDAD_P	SEXO_P	GRAD_P	EDAD_N	SEXO_N	FREC_N	PREG_1	PREG_2	PREG_3	PREG_4	PREG_5	PREG_6	PREG_7	PREG_8	PREG_9	PREG_10	PREG_11	PREG_12	PREG_13	PREG_14	PREG_15	PREG_16	PREG_17	PREG_18	PREG_19	PREG_20	PREG_21	PREG_22	PREG_23	PREG_24	PREG_25	PREG_26	PREG_27	PREG_28	PREG_29	PREG_30	PREG_31	
56	2	4	14	2	4	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	
36	1	7	14	1	3	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	
36	2	7	13	1	3	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	
30	2	4	8	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	
36	2	4	10	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	
42	2	4	13	1	5	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	
51	2	4	12	2	4	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
22	2	2	6	2	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	
21	2	6	7	1	3	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
41	2	6	8	1	4	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1
22	2	4	5	1	3	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1
30	2	4	8	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1
39	2	4	7	2	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2

ANEXO G

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se aplica la fórmula "Coeficiente de Biseral puntual" en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$r_{bp} = \frac{\bar{X}_p - \bar{X}}{S_x} \sqrt{\frac{p}{q}} ; \quad r_{bp} = \frac{\bar{X}_p - \bar{X}_q}{S_x} \sqrt{p \cdot q}$$

Ítems	rbp	Ítems	rbp	Ítems	rbp
1	0.87	12	0.76	23	0.34
2	0.4	13	0.98	24	0.76
3	0.54	14	0.45	25	0.98
4	0.5	15	0.4	26	0.45
5	0.98	16	0.54	27	0.4
6	0.43	17	0.5	28	0.54
7	0.54	18	0.98	29	0.5
8	0.32	19	0.43	30	0.43
9	0.54	20	0.54	31	0.54
10	0.76	21	0.54		
11	0.34	22	0.76		

Existe validez de contenido para cada ítem si $r_{bp} > 0.20$, en la tabla se aprecia que los coeficientes de los 31 ítems presentan coeficiente de correlación biseral puntual mayores de 0.20.

ANEXO H

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 20 encuestados y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Richard Kunderson cuya fórmula es:

$$KR_{20} = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum p_i q_i}{PQ} \right)$$

Donde:

K: Número de ítems

$p_i q_i$: varianza muestral de cada ítems

PQ: varianza del total de puntaje de los ítems

Remplazando valores donde $K=31$ y $\sum (p_i q_i)^2 = 4,81$,
PQ=39,1

$$KR_{20} = \frac{31}{31 - 1} \left(1 - \frac{4,81}{39,1} \right) = 0.91$$

Confiabilidad	Valor	ítem Validos
Kuder Richarson	0.90	31

$$\alpha = 0.90$$

Si el $\alpha = 0.5$ ó $>$ el instrumento es confiable

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 20 encuestados. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.90 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno el instrumento de medición es altamente confiable.

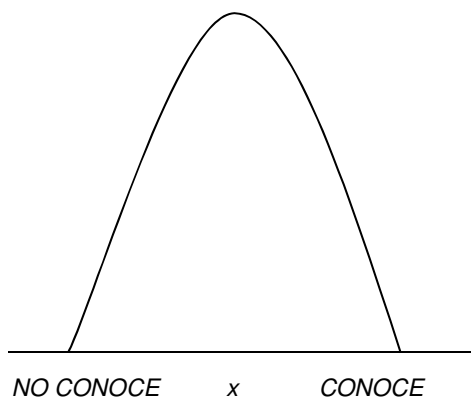
ANEXO I

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

A.- Categorización de los conocimientos de los padres sobre el manejo y prevención de la crisis asmática en el hogar en niños de 5 a 14 años

Para la clasificación de los conocimientos se utilizó la campana de Gaus donde se consideró una constante de 0.75 a través del siguiente procedimiento, dividiéndolo en 2 categorías: CONOCE y NO CONOCE.

Se determinó el promedio $(x) \quad \bar{x} = 15.33=15$



PUNTAJE:

Conoce: 16 – 31 puntos.

No conoce: 0 - 15 puntos.

ANEXO J

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – CALLAO 2014

Variable	Categoría	Nº	Porcentaje
Edad	De 21 a 40 años	41	68.3%
	De 40 años a más	19	31.7%
Sexo padres	Masculino	5	8.3%
	Femenino	55	91.7%
Grado instrucción	Prim. Completa	4	6.7%
	Sec. Completa	27	45%
	Sec. Incompleta	4	6.7%
	Sup.completa	14	23.3%
	Sup. Incompleta	11	18.3%
Edad niños	De 4 a 7 años	27	45%
	De 8 a 11 años	25	41.7%
	De 11 a más años	8	13.3%
Sexo niños	Masculino	42	70%
	Femenino	18	30%
		60	100.0

Fuente: Instrumento aplicado a los padres de los niños del servicio de emergencia pediátricas del HNDAC – Callao. 2014.

ANEXO K

**TABLA N° 2: ÍTEMS DEL CONOCIMIENTO DE LOS PADRES
SOBRE EL MANEJO DE LA CRISIS ASMÁTICA EN EL HOGAR
SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS
DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN – CALLAO
2014**

ITEMS	Conoce		No Conoce		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Anote las causas que sabe que precipitan un ataque de asma (a veces llamados factores desencadenantes)	52	86.7	8	13.3	60	100
Durante un ataque de asma los silbidos pueden deberse a la contracción muscular de la pared de las vías aéreas pulmonares	60	100.0	0	0.0	60	100
Durante un ataque de asma, los silbidos pueden deberse a la inflamación del revestimiento de las vías aéreas pulmonares	51	85.0	9	15.0	60	100
¿Qué tratamientos (Medicinas) para el asma son útiles durante un ataque de asma?	39	65.0	21	35.0	60	100
Si una persona muere de un ataque de asma, esto normalmente quiere decir que el ataque final debió de haber comenzado tan rápidamente que no hubo tiempo para empezar ningún tratamiento.	25	41.7	35	58.3	60	100
Los medicamentos inhalados para el asma (por ejemplo el inhalador Ventolin, Fenoterol, Salbutamol) tienen menos efectos secundarios que las patillas, jarabes.	36	60.0	24	40.0	60	100
Los ciclos cortos de corticoides orales (como Prednisona, Estilsona, Darcotin) habitualmente causan efectos secundarios importantes.	18	30.0	42	70.0	60	100
Algunos tratamientos para el asma (como el Ventolin, salbutamol) dañan el corazón	37	61.7	23	38.3	60	100
Un niño de 5 años sufre un ataque de asma (crisis asmática) y toma 2 inhalaciones de Salbutamol, ventolin inhalador (Inhalador dosificado), después de 5 minutos no mejora.	3	5.0	57	95.0	60	100
Durante un ataque de asma que están tratando en casa un niño necesita el inhalador con aero-cámara 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	25	41.7	35	58.3	60	100
Anote formas de ayudar a prevenir ataques de asma mientras se hace ejercicio	10	16.7	50	83.3	60	100
Con el tratamiento adecuado, la mayoría de los niños con asma deberían llevar una vida normal sin restricciones en sus actividades	49	81.7	11	18.3	60	100
La mejor manera de medir la gravedad del asma de un niño es que el médico le escuche el pecho	0	0.0	60	100.0	60	100
El asma es normalmente más problemática durante la noche que durante el día	58	96.7	2	3.3	60	100

ANEXO L

**TABLA N° 3: ÍTEMS DEL CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE
PREVENCIÓN DE LA CRISIS ASMÁTICA EN EL HOGAR
SERVICIO DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN –
CALLAO 2014**

ITEMS	Conoce		No Conoce		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
¿Cuáles son los tres Síntomas principales del asma?	10	16.7	50	83.3	60	100
Uno de cada 10 niños tendrá asma en algún momento de su infancia	60	100.0	0	0.0	60	100
Los niños con asma tienen las vías aéreas pulmonares anormalmente sensibles	59	98.3	1	1.7	60	100
Si un niño en una familia tienen asma, entonces casi seguro que todos sus hermanos y hermanas la padecen también	44	73.3	16	26.7	60	100
La mayoría de los niños con asma sufren un aumento de mucosidad cuando beben leche de vaca	45	75.0	15	25.0	60	100
El asma daña el corazón	29	48.3	31	51.7	60	100
Anote los tratamientos (Medicinas) para el asma que se toman regularmente todos los días para evitar que se produzcan ataques de asma	12	20.0	48	80.0	60	100
Los antibióticos son una parte importante del tratamiento para la mayoría de los niños con asma.	14	23.3	46	76.7	60	100
La mayoría de los niños con asma No deberían consumir productos lácteos	40	66.7	20	33.3	60	100
Las vacunas para la alergia curan el asma	49	81.7	11	18.3	60	100
Las personas con asma normalmente tienen "problemas de nervios"	26	43.3	34	56.7	60	100
Es asma es infeccioso (es decir, te lo puede contagiar otra persona)	53	88.3	7	11.7	60	100
Los niños con asma se hacen adictos a sus medicinas para el asma	21	35.0	39	65.0	60	100
La natación es el único deporte adecuado para los asmáticos	31	51.7	29	48.3	60	100
El hecho de que los padres fumen pueden empeorar el asma de su hijo/a	58	96.7	2	3.3	60	100
La mayoría de los niños con asma padecen de un enlentecimiento de su crecimiento	45	75.0	15	25.0	60	100
Los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar medicinas preventivas.	52	86.7	8	13.3	60	100