

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA



**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA
PREVENCIÓN PRIMARIA DEL ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS DE 3 A 5
AÑOS, EN LA CLÍNICA CANTAURA, ANZOÁTEGUI. PRIMER
TRIMESTRE 2010**

(Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de Licenciada en
Enfermería)

Tutora
Dra. Susana Ornelas

Autoras
Chaurant Betzaida
Hernández, Elvira
Maestre, Josefa

Puerto La Cruz 2010

**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA
PREVENCIÓN PRIMARIA DEL ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS DE 3 A 5
AÑOS, EN LA CLÍNICA CANTAURA, ANZOÁTEGUI. PRIMER
TRIMESTRE 2010**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Grado, presentado por: Chaurant Betzaida, Hernández Elvira y Maestre Josefa, para optar al título de Licenciada en Enfermería. Considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometidos a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los _____ días del mes de _____ del 2010.

Dra. Susana Ornelas

C.I.:

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas e institución que de una u otra forma colaboraron en la ejecución y culminación del presente estudio, especialmente.

Clínica Cantaura C.A., por habernos brindado la oportunidad de consolidarnos como profesionales.

A todas las Licenciadas y médicos quien con su constancia, comprensión y apoyo incondicional nos dedicaron horas de su tiempo para asesorarnos y hacer posible la culminación de este trabajo

A nuestra tutora, Dra. Susana Ornelas por sus orientaciones y comprensión.

A las Licenciadas. Ana Zuniaga, pilar fundamental en el logro de este triunfo.

A Licenciadas Lilian Betancourt, por su ejemplo para seguir adelante.

A todos los profesores que nos apoyaron transmitiendo sus conocimientos.

A las Licenciadas Teresa Figueroa y Mireya Millán, quienes nos motivaron y apoyaron en la larga lucha por la culminación de nuestra carrera. A nuestros compañeros de trabajo por su apoyo constante para así llegar a este momento deseado

**Betzaida
Elvira
Josefa**

DEDICATORIA

A nuestro Padre Celestial, por darme vida, fortaleza, voluntad y la oportunidad de culminar una de mis metas.

A mi madre, ser maravilloso que me brindó fuerza, amor y comprensión.

A mis hijos, Luis Reinaldo, Ángel Javier, quienes llenan de amor mi vida, que este triunfo sirva de estímulo y ser el ejemplo de superación.

A mis hermanos, por su cariño, apoyo incalculable, también le dedico este triunfo a ustedes.

A mi esposo José Ángel, quien con su apoyo forma parte de mi sueño hecho realidad.

A mi hermana Isbelia, inolvidable, siempre está presente en mí al alcanzar mi meta, comparte conmigo esta alegría.

A cada una de las personas que me ayudaron con este proyecto: Teresita, Mireya, Antonio Quijada, Gladys Vela, Elvira y Josefa.

Betzaida

DEDICATORIA

A Dios por ser mi fuente de inspiración y base durante estos años de estudio, “Como podré pagarte Señor todo el bien que me haz hecho”.

A mi madre María por su apoyo constante, ya que sin ella no podría haber concluido este nuevo triunfo en mi carrera profesional.

A mis hijos, por su comprensión en los momentos que no estoy con ellos, y estos es por ellos y para ellos: María, Yovanina, Yumilka, Yovani.

A mi esposo José Guerrero, por apoyarme incondicionalmente.

A cada uno de mis hermanos, en especial a Beltran por apoyarme

A mis colegas: Isabel, Teresa, Doris Guerrero, gracias por su ayuda.

A mis amigas y compañeras Betzaida y Josefa, gracias por su apoyo, cómo las Garzas cuando van en V, apoyándonos una a otra.

A la memoria de mi padre Lorenzo Hernández, aunque no esté presente físicamente, también este triunfo es tuyo.

Elvira

DEDICATORIA

El logro de mis anhelos que hoy son motivos de orgullo y felicidad para mí y quienes me rodean van dedicados:

A Dios, por ser la luz principal, mi fuente inagotable que a pesar de mis tropiezos nunca me ha desamparado y siempre me ha brindado la salud necesaria para lograr mis objetivos.

A mi esposo Omar, con el he compartido momentos difíciles y que ahora celebra este triunfo. Gracias por tenerme paciencia y por brindarme apoyo y comprensión.

A mis hijos: Yessika, Omar, Gaily, Ronny y Moises, quienes representan lo más hermoso en mi existencia, el impulso para alcanzar cada una de mis metas, les deseo un mundo de éxitos. Este logro es de ustedes.

A mis nietos: Valeria Alejandra, Omar José, Nayhelis Isabel, mis grandes tesoros, quienes vinieron alegrar mi vida con sus risas y travesuras. ¡Gracias mis pequeños!

A mi madre, Margarita, por formarme con buenos valores y sentimientos, lo cual me ha ayudado a salir adelante, buscando siempre el mejor camino. Gracias mi Vieja.

A mis nueras: Mayita, Jey y Fred, gracias por estar conmigo. Las quiero muchos.

A mis sobrinas especialmente Lilimar, Marlieth y Carito, quien le agradezco el haberme motivado para culminar mi carrera. ¡Gracias por quererme!. A mi sobrino César por dedicarme su tiempo y orientarme cuando lo necesitaba.

A mis compañeras de estudio Betzaida y Elvira, por contribuir con el logro de ésta una de mis metas.

A todos ustedes gracias por existir

Josefa

TABLA DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	p.p iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA	v
LISTA DE TABLAS.....	ix
LISTA DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	
 CAPITULO	
I El Problema.....	
Planteamiento de Problema.....	04
Objetivos.....	09
Justificación.....	09
 II Marco Teórico.....	 12
Antecedentes.....	12
Bases Teóricas.....	14
Sistema de Variables.....	49
Términos Básicos.....	50
 III Diseño Metodológico.....	 51
Tipo de Estudio.....	51
Población y Muestra.....	52
Método e Instrumento de Recolección de Datos....	52
Validez.....	52
Confiabilidad.....	53
Procedimiento de Recolección de Datos.....	53
Técnicas de Análisis.....	53
 IV Presentación y Análisis de los Resultados.....	 55
 V Conclusiones y Recomendaciones.....	 71
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	73
ANEXOS.....	76

LISTA DE TABLAS

Nº		pp.
1	Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida a la definición del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.....	56
2	Distribución absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida a la epidemiología del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.....	58
3	Distribución absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida al diagnóstico y clasificación del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.....	60
4	Distribución absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida a los síntomas del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.....	62
5	Distribución absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida al estilo de vida del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.....	64
6	Distribución absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida al control ambiental del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

Nº		pp.
1	Distribución absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida a la definición del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.....	57
2	Distribución absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida a la epidemiología del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.....	59
3	Distribución absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida al diagnóstico y clasificación del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.....	61
4	Distribución absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida a los síntomas del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.....	63
5	Distribución absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida al estilo de vida del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.....	65
6	Distribución absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida al control ambiental del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.....	68

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA
PREVENCIÓN PRIMARIA DEL ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS DE 3 A 5
AÑOS, EN LA CLÍNICA CANTAURA, ANZOÁTEGUI. PRIMER
TRIMESTRE 2010**

Autores:

Chaurant Betzaida

Hernández Elvira

Maestre Josefa

Tutor:

Dra. Susana Ornelas

Año: 2010

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo principal: Determinar las intervenciones del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010. El estudio fue de tipo descriptivo y de campo. La muestra estuvo conformada por 12 enfermeras que trabajan en la Clínica en referencia. La recolección de la información se realizó a través de la encuesta mediante la aplicación de un cuestionario estructurado en escala de Lickert, cuya categoría y valor son: Siempre (3), Alguna Veces (2) y Nunca (1), en total son 20 preguntas. Los resultados se analizaron por medio de la elaboración de cuadros estadísticos y gráficos porcentuales. En función de éstos análisis aplicados, el 17% de las enfermeras encuestadas siempre realizan acciones para la prevención primaria mediante estrategias que permiten prevenir la presentación de esta enfermedad o su incremento, el 75% algunas veces y el 8% nunca cumple con esta acción, En base a los resultados se realizan recomendaciones en relación de promover en las enfermeras la implementación de técnicas participativas con las comunidades que faciliten evaluar y mejorar el conocimiento de los pacientes asmáticos acerca de su enfermedad y su tratamiento preventivo.

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería se desarrolla y crece a la par del resto de la profesión en salud, su asistencia no solo es necesaria en momento de enfermedad, sino también para proporcionar bienestar al individuo, familia y comunidad, en la promoción y el mantenimiento de la salud y la atención integral al niño. La calidad de atención brindada a los niños con asma, requiere de la información de las medidas que puede realizar los padres para retardar o reducir las alergias en sus niños con el fin de mejorar la salud y su calidad de vida.

El asma es una enfermedad respiratoria crónica infantil más común, los ataques ocurren cuando algo irrita los pulmones y desencadena una reacción asmática. Muchas cosas pueden desencadenar o provocar el asma, los irritantes, tales como el humo de cigarrillos, fragancias, vahos, y vapores provenientes de la pintura y de la gasolina, también pueden desencadenar ataques de asma. La exposición a dichos irritantes puede estimular a los receptores en las vías respiratorias. Los receptores envían señales a las vías circundantes a contraerse lo cual puede ocasionar un ataque de asma.

Las inflamaciones del tracto respiratorio especialmente el asma, tiene una gran importancia, por su elevada frecuencia, por la modalidad que produce en todas las etapas de la vida, pero más especialmente en niños y ancianos. La característica fundamental del asma infantil es su presentación en crisis, con periodos asintomáticos entre un episodio y otro. En el pasado, los ataques de asma han llevado al profesional de la salud a tratar el asma como una serie de episodios agudos más que una enfermedad crónica recidivante y remitente. Según Álvarez, E. (2003) señala que “se han estudiado recomendaciones nacionales e internacionales para el tratamiento

del asma que incidan en el diagnóstico, evaluación de la gravedad, instrumentos de medida, la prevención y educación de los pacientes”. (p. 77).

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

Su pronóstico depende, entre otras variables, de la precocidad del diagnóstico y de la instauración, seguimiento adecuado, detección y el tratamiento correcto de las exacerbaciones, y del grado de conocimiento y control que adquieran los propios pacientes de su enfermedad, para que pueda desarrollar una vida normal, satisfactoria en las esferas personal, social o deportiva, con una calidad de vida aceptable.

En base a este contexto se realiza esta investigación la cual tiene como objetivo general: Analizar las acciones del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2009. La investigación será de tipo descriptivo y de campo, con una población conformada por 12 enfermeras que trabajan en la Clínica Cantaura. Para recolectar la información como técnica se usará la observación, con la aplicación de una guía de observación con preguntas.

El presente trabajo se sistematizó en cinco capítulos:

Capítulo I: Se plantea el problema de la investigación, los objetivos y la justificación.

Capítulo II: Contiene el marco teórico con sus antecedentes, las bases teóricas, el sistema de variables, la operacionalización y definición de términos.

Capítulo III: Se presenta el diseño metodológico, tipo de estudio, población, muestra, métodos e instrumentos de recolección de datos, los procedimientos para la recolección de la información, la validación y confiabilidad del instrumento.

El Capítulo IV: Contiene la presentación y análisis de los datos.

Y el Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones para finalizar con los Anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Las acciones del profesional de enfermería en la atención primaria, conlleva a un conjunto de actividades dirigidas principalmente al primer nivel de atención, donde se da más importancia a la salud que a la enfermedad, implica la transformación de los roles tradicionales a otros más complejos con el fin de mejorar la utilización de los recursos. Así mismo, suministra cuidado para mejorar el nivel de vida de la población, inculcando hábitos y prácticas saludables para prevenir el asma en los niños de 3 a 5 años.

En la prevención primaria, el profesional de enfermería impulsa y propaga la cultura de la salud y el cuidado de la misma a la población en general, a través de la implementación de acciones de difusión e intervención educativa que abarca el medio ambiente natural, los aspectos culturales, las relaciones sociales, la educación, la producción, el consumo, el bienestar y por ende la salud. Como lo señala Potter, P. y Perry, A. (2002) que “la enfermería basada en la comunidad, incluye los cuidados agudos y crónicos del individuo y familia, para aumentar se capacidad de autocuidado y promover su autonomía en la toma de decisiones” (p. 53). Es por ello, que la práctica de enfermería centrada en la población requiere un conjunto de habilidades y conocimientos únicos, para promover y proteger la salud del usuario dentro del contexto de la comunidad.

Para Álvarez, E. (2003) "la prevención primaria consiste en evitar que la persona susceptible o predispuesta genéticamente a desarrollar la dolencia se exponga a los factores causales y aparezca la sensibilización" (p. 77). Es por ello que, la enfermera inicia la prevención primaria desde la consulta prenatal así como antes e inmediatamente después del nacimiento, fundamentalmente en el primer año de vida. Es decir que las enfermeras establece diversas estrategias de prevención primaria para evitar la sensibilización, entre las que se destacan, el control ambiental para evitar o disminuir el contacto a diversos aeroalérgenos interiores, la manipulación en la dieta fomentando lactancia materna exclusiva hasta los 4 a 6 meses, utilizando en niños de riesgo fórmulas hidrolizadas como suplemento, evitar el tabaquismo en la embarazada y el pasivo en los niños pequeños.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (2004) sostiene que "la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso"(p. 8). Es decir que la comunidad tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud de los niños asmáticos, para ayudarlo a manejar la enfermedad y a mejorar su calidad de vida relacionada con la salud, para que el niño pueda llevar el tipo de vida que él y su familia deseen con las menores limitaciones posibles.

Desde hace años, (1960), diversos Organismos e Instituciones públicas, privadas e internacionales trabajan en el diseño y conformación de lineamientos que conduzcan a una mejor atención de enfermería. En este sentido la característica principal o esencial de la enfermería son los cuidados que se prestan al individuo mediante las acciones o procesos de

atención, dirigidos es ayudar a la población a prevenir el asma y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen esa enfermedad. El compromiso de enfermería en cuanto a la educación para la salud, para controlar el asma en el niño, se requiere un plan a largo plazo, que incluye la educación a los padres, cambios en el comportamiento que permitan evitar los factores que causan el asma, terapia farmacológica, y un monitoreo médico frecuente, es de suma importancia y su adiestramiento es determinante para el autocontrol del niño.

Las enfermedades respiratorias constituyen el principal impacto en las estadísticas de la morbilidad o mortalidad. Según la Iniciativa Global para el Asma, GINA (2007) reseña que “más de 300 millones de personas en todo el mundo sufre de asma, la enfermedad crónica más común entre los niños” (p. 3). Los padecimientos crónicos de las vías aéreas a nivel mundial se están incrementando, por ello se ha planteado la necesidad de un mayor énfasis en la prevención de ésta enfermedad, que por ser un padecimiento crónico afecta la calidad de vida y el desempeño educativo, social y laboral del niño.

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

En Venezuela existen varios estudios relacionados con el asma bronquial, sin embargo algunos existentes revelan cifras de mortalidad que oscilan entre 2 y 20%. El Ministerio del Poder Popular para la Salud y Desarrollo Social, muestra un incremento importante entre los años 2000 y 2008, en éste período las consultas aumentaron de 500 a 2500 por cada 100 habitantes. Con un porcentaje de prevalencia en algunos estados como Lara 28%. Carabobo 22%. Aragua 24%. En el último quinquenio el asma bronquial ocupó el cuarto lugar como motivo de consulta a nivel Nacional y en el grupo de las afecciones respiratorias, se ubicó el asma bronquial entre las dos primeras causas.

Según registro del Departamento de Epidemiología del Instituto Saludanz, Estado Anzoátegui, (2008), la estadística de casos por asma bronquial es de 86 números de casos en el último trimestre de ese año. Ahora bien, en estudios realizados se evalúa las nuevas evidencias científicas que surgen sobre el control del asma, además se prepara las actualizaciones de los reportes sobre su prevención.

Así mismo, múltiples estudios nacionales e internacionales, como los de la investigación ISAAC (estudio internacional de asma y alergia en población infantil, por sus siglas en inglés), efectuada en población escolar de planteles públicos y privados del área metropolitana de Caracas, han señalado que el asma y los trastornos de tipo alérgicos relacionados con ella, están aumentando en incidencia y probablemente en severidad. Esto no solo ha sido reflejado en estudios epidemiológicos, sino también en el número de ingresos hospitalario y el uso de fármacos. En tanto que se ha reconocido durante años que el asma es un trastorno de obstrucción generalizado de las vías aéreas, reversible con tratamiento, la investigación de la última década ha reafirmado el papel de la inflamación subyacente de la vía aérea como la causa de la disfunción de dicha vía.

En la Clínica Cantaura, ubicada en la Ciudad de su mismo nombre, en Anzoátegui, según datos estadísticos del Departamento de consultas y emergencias, se registraron en tres meses (Abril, Mayo y Junio 2009), 271 niños menores de 10 años con problemas de asma bronquial. Esta clínica cuenta con una plantilla de profesionales de enfermería distribuidas entre los diferentes turnos de trabajo y sólo cumple servicios asistenciales dentro de la institución, es decir que las actividades de atención primaria de salud no son ejecutadas. Por otra parte, es común observar en ésta Institución, uno de las patologías que más se atiende son los casos de crisis de asma en niños, luego del tratamiento con medicamentos antiinflamatorio dependiendo de la severidad del caso, vuelven a reingresar frecuentemente con la misma crisis leves a moderado, en muchos casos llegan a presentar ansiedad, ahogo, tos, sensación de presión en el pecho y pitos al respirar, situación ésta que hace pensar que muchos de ellos desconocen sobre el asma como enfermedad y sus causas ambientales que desencadena los ataques de asma. Además se evidencia que los padres desconocen de los cuidados de los factores de riesgo que conduce a la prevención o disminuir el asma en el niño. También se presenta que en la prevención primaria que aplica la enfermera en consulta prenatal es nula ya que sólo solo se atiende a la embarazada en lo asistencial como la toma de Tensión Arterial y control del peso, ya que no se orienta, informa y educa sobre el control ambiental para evitar o disminuir el contacto a diversos aeroalérgenos, fomento de la dieta fomentando lactancia materna exclusiva hasta los 4 a 6 meses, evitar el tabaquismo entre otro. Hecho este que nos induce a la formulación de las siguientes interrogantes:

¿Se cumple la atención primaria de salud, en cuanto a la promoción de la salud, en la prevención del asma en la Clínica Cantaura?

¿Se realizan actividades de protección específicas de prevención de esta enfermedad?

De las interrogantes antes mencionadas, surge la formulación del siguiente problema de investigación: ¿Cuáles es la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010?

Objetivo General:

Determinar las intervenciones del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.

Objetivos específicos:

Identificar las acciones del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma en cuanto al fomento de la salud.

Identificar las acciones del profesional de enfermería en cuanto a protección específica en la prevención del asma en los niños.

Justificación

Por el alto índice de niños de 3 a 5 años atendidos por crisis asmática en la Clínica Cantaura, se considera de gran relevancia realizar el estudio en donde la enfermera contribuye eficaz y directamente en el cuidado de la salud infantil, orientando a las madres responsables de la crianza del niño, en su rol preponderante de sus cuidados y en consecuencia para que comprenda el problema de salud de su hijo y se adiestre correctamente en el

control de sus síntomas, teniendo en cuenta para esto las características socio-culturales de la población, lo cual contribuirá a disminuir la morbimortalidad infantil y de esta manera mejorar la calidad de vida así como el nivel de salud de los mismos.

El asma bronquial constituye un problema de salud pública de prioridad por su magnitud y consecuencia negativas en los grupos más vulnerables. Se considera de importancia realizar esta investigación en el campo de la salud, donde la enfermera contribuye directa y eficazmente en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, lo cual contribuirá a disminuir la morbi-mortalidad infantil y de esta manera mejorar la calidad de vida así como el nivel de salud de los mismos.

La participación de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial, es de gran importancia para lograr el mayor nivel de salud en niños de 3 a 5 años con asma bronquial, contribuyendo a disminuir su incidencia, ya que ésta es catalogada como enfermedad crónica de las vías aéreas, que desde su origen inciden causas del medio ambiental como factor fundamental para su surgimiento y que requieren no solo de un tratamiento adecuado sino también de acciones que contribuyan a su prevención.

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

A nivel Institucional permite contribuir al desarrollo de programas educativos y asistenciales dirigidas hacia los profesionales de enfermería que laboran en la Clínica Cantaura, Anzoátegui, para enriquecer los conocimientos adquiridos.

Desde el punto de vista de práctico impulsará el desarrollo de estrategias para mantener informado al usuario, familia y comunidad sobre la prevención primaria del asma en cuanto al fomento de la salud y protección específica del asma bronquial, así mismo proporcionará herramientas útiles para mejorar la calidad de atención del niño.

La realización de este estudio es necesaria, porque los resultados obtenidos podrán utilizarse para mejorar las acciones de enfermería al niño con asma bronquial y a su vez disminuir los riesgos de complicarse en el mismo y servirá como marco de referencia para investigaciones futuras que aumenten el avance de las técnicas que permitan marcar pautas a otras disciplina.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se describen los elementos que conforman el marco teórico de la investigación, se señalan algunos antecedentes sobre el tema y la base que sustenta la variable del estudio.

Antecedentes de la Investigación

A continuación se describen los antecedentes de la investigación, al respecto, Mercado, A. Oropeza, N. y Palencia, R. (2007) presentaron un trabajo investigación sobre: la capacitación de madre en lo concerniente a la prevención y atención del asma, con la intención de que actúe como unidades de asistencia comunitaria a favor de controlar el asma en niños de 1 a 5 años, en la comunidad de San Valentín, Municipio la Trinidad, Estado Yaracuy. La población estuvo conformada por 90 mujeres residentes de la comunidad en estudio. Se aplicó como instrumento un cuestionario, tipo dicotómico (Si-No), de 19 ítems, que fue validado por juicio de expertos y aplicada una confiabilidad donde dio como resultado 0,86. En este estudio se concluyó, que fue positivo el trabajo con las mujeres de la comunidad a favor de proteger los niños contra el asma.

Esta investigación coincide con el presente estudio en cuanto se evalúan la participación del profesional de enfermería con las mujeres de la comunidad a favor de proteger los niños contra el asma.

En ese mismo orden de ideas, Martínez, A. (2006), realizó una investigación que tiene como objetivo: describir las orientaciones de

enfermería a padres y representantes sobre la prevención del asma en niños menores de 5 años del Centro Integral de Salud, CIS Tipo III, en Boyacá V, en Barcelona. La investigación corresponde al tipo descriptivo y de un diseño de campo. La población estuvo conformada por doce (12) padres y representantes de niños asmático. Los resultados del estudio revelan que la intervención de enfermería en el control de la enfermedad con los padres y representantes son deficientes, ya, que no se establece un diálogo abierto y una revisión regular del asma, en particular los que son diagnosticados por vez primer necesitan información sobre aspectos básicos del asma, cómo se controla y en particular cómo evitar y tratar las situaciones de emergencia. Se recomienda Incentivar al personal de enfermería de informar y ayudar a la población a prevenir el asma y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen esa enfermedad, promoviendo un medio ambiente saludable en el hogar.

Esta investigación se relaciona con el presente estudio en vista que incentiva al personal de enfermería informar y ayudar a la población a prevenir el asma y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen esa enfermedad, promoviendo un medio ambiente saludable en el hogar.

Del mismo modo, Farías, M. Ojeda, Y. y Salazar, M. (2005), realizaron una investigación cuyo objetivo principal fue: determinar la información sobre el asma, que posee las madres de los niños menores de 5 años, hospitalizado en el área de Pediatría, Hospital “Dr. Domingo Luciani”. La investigación fue descriptiva, la población la conformaron madres con niños hospitalizadas en el área de Pediatría del hospital en referencia. El instrumento aplicado fue un cuestionario de dieciocho (18) ítems de varias respuestas para seleccionar una. El mismo fue validado a juicio de expertos y con una confiabilidad de 0,87. Los resultados demostraron la urgencia de

promover en las madres aportes informativos sobre el asma bronquial, su forma de manejar a fin de prevenirla.

En relación a la investigación antes mencionada, dicho estudio demuestra una vez más promover en las madres aportes informativos sobre la forma y el manejo del asma, a fin de prevenirla.

Así mismo, Machado, R. y Ruiz, L. (2003), realizaron un estudio en el Hospital “José Ignacio Baldó” sobre: “La participación de la enfermera en la prevención de los riesgos ambientales que ocasiona el asma en los niños”. Entre los hallazgos más importantes, refiere que el asma es una enfermedad crónica pero controlable, cuando se toma las medidas de prevención sanitaria necesaria y la necesidad de desarrollar programas dirigidos a los padres y grupos de la comunidad. En opinión de los actores, es necesario que la enfermera mantenga una participación activa, constante en relación a la educación que se debe impartir a pacientes y familiares, para mejorar su estilo de vida y de esta forma prevenir crisis asmáticas.

Los antecedentes mencionados son de importancia para la investigación ya que los resultados destacan sobre los diversos factores que son condicionantes para dar origen al asma y la conducta a seguir por el individuo en la responsabilidad del auto cuidado de su salud una vez que se le eduque sobre los factores desencadenantes del asma bronquial.

Bases Teóricas

El asma

Es una enfermedad crónica del [sistema respiratorio](#), Según el Proyecto ISAAC_UNICEF (2002) definen la enfermedad del asma como “inflamación crónica de las vías aéreas con episodios recurrentes de síntomas obstrucción bronquial e hiperreactividad de las vías aéreas” (p. 10).

Esta enfermedad evoluciona desde la infancia, es progresiva y residual, es decir quien la padece sufre muchas recaídas a lo largo de su vida.

En el criterio de Castillo, J. (2000) “El asma bronquial es una enfermedad clásica, conocida desde los tiempos de Hipócrates; La palabra asma se origina de una antigua palabra griega que significa jadeante”. (p. 88). Esencialmente, el asma es una incapacidad de respirar adecuadamente. Cuando una persona inhala, el aire pasa por los pulmones mediante las vías respiratorias progresivamente hasta llegar a los llamados los bronquiolos. Los pulmones contienen millones de bronquiólos, todos conducen a los alvéolos --bolsas microscópicas donde oxígeno y dióxido de carbono se intercambian.

Precisamente, Álvarez, E. (2003) define el asma como “es una enfermedad caracterizada por la reactividad aumentada de tráquea y bronquios ante una variedad de estímulo y manifestada por un estrechamiento difuso de las vías aéreas que cambian en intensidad espontáneamente o como resultado del tratamiento” (p. 13). El asma continúa siendo una enfermedad crónica que ocupa el primer lugar de consultas médicas y hospitalización del paciente, siendo más frecuente en los niños que en los adultos. El asma es causada por una inflamación de las vías respiratorias. Cuando se presenta un ataque de asma, los músculos que rodean las vías respiratorias se tensionan y el revestimiento de dichas vías aéreas se inflama. Esto reduce la cantidad de aire que puede pasar y puede conducir a que se presenten sonidos sibilantes.

Epidemiología

Las enfermedades alérgicas y el asma bronquial en particular han experimentado un aumento en prevalencia en los últimos años hasta el punto de convertirse en un problema de Salud Pública.

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en los menores, pero su diagnóstico es difícil y a veces errado en infantes de menos de dos años, específicamente. Sin embargo, señala Niño, I. (2007) que “su frecuencia es alta: 10, 3% de la población la padece y en infantes de 1 a 4 años, la prevalencia es del 23 %”. (p. 16).

Entre los niños más pequeños, el asma se desarrolla dos veces más frecuentemente en los niños que en las niñas, pero después de la edad de 10 años, el número de hombres y mujeres que contraen la enfermedad es aproximadamente igual y en particular los niños hispanos, que viven en barrios pobres de las ciudades, parecen enfrentarse a esta enfermedad.

Según datos aportados por Ministerio del Poder Popular para la Salud y Desarrollo Social, (2007) señala que la situación actual del Asma Bronquial en Venezuela, es que la tasa mortalidad es ascendente, los estudios de prevalencia son escasos y en ellos la cifra varía del 2% al 20% , constituyendo un importante problema de salud en nuestros tiempos , tiene una distribución universal aunque los índices de prevalencia y de mortalidad son diferentes entre distintos estados del país, variando también en las distintas edades.

El asma es una enfermedad respiratoria crónica común en los niños, que causa problemas para respirar y que puede afectar su calidad de vida como noches de sueño interrumpido, limitación en la actividad física, ausentismo escolar y alteraciones a las rutinas familiares y de las personas que les cuidan. Es decir, que hay síntomas que, pueden ser suficientemente serios para impedir que un niño con asma pueda llevar una vida totalmente activa. Su frecuencia y severidad varían muy ampliamente. A pesar de que no hay cura para esta enfermedad todavía, el asma puede ser controlada a

través de tratamiento médico y el manejo de los factores que provocan ataques de asma.

Es importante destacar que las teorías que explican este ascenso notable apuntan a mejores condiciones de vida en los países industrializados. Un estudio reciente encontró que los niños en guarderías tienen un mayor riesgo de la sibilancia y las infecciones de las vías respiratorias inferiores. Algunos estudios indican que el riesgo de asma es alto en los niños menores de cinco años que se presentan con sibilancia, tienen resfriados con frecuencia o tienen una tos crónica, aunque algunos expertos creen que los síntomas de asma se asocian a síntomas de rinitis, conjuntivitis o dermatitis. En niños es posible que el único dato sea la tos persistente y crónica que no responde a la administración de antitusígenos.

Etiología

El asma bronquial es común en personas jóvenes con una historia clínica de [catarros](#) recurrentes, o con antecedentes familiares asmáticos. Las crisis de asma se relacionan con el consumo de ciertos alimentos o la presencia de determinados agentes alérgenos. Según Mazzei J. A. (2006) refiere “Las causas que provocan el asma bronquial y motivan la respuesta de los mecanismos principalmente inmunológicos se clasifican en: Extrínsecas e Intrínsecas o idiopática y mixtas”. (p. 57).

Así mismo, Mazzei J. A. (op cit) expresa que “las causas extrínseca se inicia en la infancia con antecedentes familiares positivos para alergias y se asocia con una [hipersensibilidad tipo 1](#) y otras manifestaciones alérgicas [IgE](#)” (p. 57), generalmente éstas son inducidas por agentes [alérgenos](#) como el [polen](#), [lana](#), [polvo](#) y la [contaminación atmosférica](#), materias irritantes, variaciones [meteorológicas](#), [aspergilosis](#) y otros.

Continua señalando Mazzei J. A. (op cit) En “aproximadamente el 50% de los niños con asma y un porcentaje menor de adultos, la exposición a alérgenos es responsable parcial o sustancialmente de la inflamación asmática por medio de reacciones de [hipersensibilidad](#)”. (p. 59). Las crisis son súbitas, autolimitadas y breves en duración. Cursan con buen pronóstico, responden a la inmunoterapia y a [esteroides](#) a largo plazo por vía inhalada con absorción sistémica minúscula, de modo que los efectos sobre el resto del cuerpo son virtualmente inexistentes.

También refiere Mazzei J. A. (op cit) en cuanto a las causas intrínsecas o idiopática, “se inicia por estímulos no inmunológicos, sin elevar IgE, representados por [hongos](#), [tos](#), [trastornos psíquicos](#), [estrés](#) y otros” (p. 59). Por lo general comienza en mayores de 35 años y sin antecedentes personales ni familiares.

En cuanto a las causas mixtas, es una combinación con frecuencia de naturaleza [bacteriana](#) de factores intrínsecos y extrínsecos.

Esta clasificación puede posibilitar una mayor comprensión del trastorno, ya que identifica no sólo factores desencadenantes, sino también el mecanismo a través del cual actúan y las características de la respuesta que provocan, facilitando una mayor comprensión del trastorno en cada uno de los pacientes, ayudando además a una correcta planificación terapéutica.

Sintomatología

Entre los síntomas más característicos del asma bronquial Istúriz G. (2007) expresa que son “la disnea o dificultad respiratoria de intensidad y duración variable y con la presencia de espasmos bronquiales,

habitualmente acompañados de tos, secreciones mucosas y respiración sibilante”. (p. 64). En algunos pacientes estos síntomas persisten a un nivel bajo, mientras que en otros, los síntomas pueden ser severos y durar varios días o semanas. Bajo condiciones más severas, las funciones ventilatorias pulmonares pueden verse alteradas y causar [cianosis](#) e incluso la muerte

Entre las exacerbaciones se intercalan períodos asintomáticos donde la mayoría de los pacientes se sienten bien, pero pueden tener síntomas leves, como permanecer sin aliento, después de hacer ejercicio, durante períodos más largos de tiempo que un individuo no afectado, que se recupera antes. Los síntomas del asma, que pueden variar desde algo leve hasta poner en peligro la vida, normalmente pueden ser controlados con una combinación de fármacos y cambios ambientales pues la constricción de las vías aéreas suele responde bien a los modernos [broncodilatadores](#).

Los síntomas principales del asma son tos, sibilancia y la falta de aliento (disnea). En los niños con síntomas asmáticos, es particularmente importante que primero se considere como causa posibles objetos extraños inhalados como los manís, las infecciones víricas como el crup y las infecciones bacterianas, que pueden ser acompañadas de fiebre elevada, y progresan rápidamente. Cualquier niño que tiene tos frecuente o infecciones respiratorias debe ser examinado para determinar la presencia de asma.

De esta forma, Iniciativa Global para el asma, GINA. (2007) describe en los casos de asma “el paciente que presenta o refiere crisis de tos, disnea, sibilancias, tos de predominio nocturno, con ejercicio o risa que mejoran con la administración de broncodilatadores” (p. 75). Igualmente se considera pacientes asmáticos los que sufren de laringotraqueobronquitis y bronquiolitis a repetición.

Ese estrechamiento causa obstrucción y por tanto dificultad para pasar el aire que es en gran parte reversible, a diferencia de la [bronquitis crónica](#) donde hay escasa reversibilidad. Cuando los síntomas del asma empeoran, se produce una crisis de asma. Por lo general son crisis respiratorias de corta duración, aunque puede haber períodos con ataques asmáticos diarios que pueden persistir por varias semanas. En una crisis severa, las vías respiratorias pueden cerrarse tanto que los órganos vitales no reciben suficiente oxígeno. En esos casos, la crisis asmática puede provocar la muerte.

Según la Norma Oficial Venezolana del Programa Nacional Integrado del Control del Asma (2002) en el criterio clínico se establece que “presencia de tos, frecuencia respiratoria por encima del promedio normal según la edad, auscultación pulmonar anormal, sibilancia difusas y roncus, tiraje universal, uso de músculos accesorios: aleteo nasal, músculo del cuello.” (p. 10). Estos síntomas deben ser tomados en cuenta por el personal de enfermería para definir un criterio del asma en el momento de aplicar los cuidados y de las orientaciones a los padres.

Clasificación de la enfermedad

El proyecto ISAAC-UNICEF (2002) Basada en los patrones de obstrucción bronquial medida a través de aparatos de registro tipo flujometría o espirometría clasifica la enfermedad en:

Asma intermitente: el síntoma aparece menos de una vez por semanas con síntomas nocturnos menos de 2 veces cada mes. Las exacerbaciones tienden a ser breves y entre una crisis y la próxima, el paciente está asintomático.

Asma persistente: tiene tres variedades, la persistente leve con síntomas más de una vez por semana, con

síntomas continuos, limitación de las actividades físicas.
(35).

Así mismo agrega que presenta una clasificación como fundamento en los niveles de control del paciente ya diagnosticado con asma:

Controlado: sin síntomas diarios o nocturnos, no necesita medicamentos de rescate, sin exacerbaciones y un PEF normal.

Parcialmente controlado: síntomas diurnos o más de dos veces por semana, algún síntoma nocturno, a menudo amerita uso de medicamento de rescate > de 2 veces por semana, con 1 o más crisis por año.

No controlado: 3 o más características del asma, con exacerbaciones semanales. (p. 36).

Esta clasificación se adapta con facilidad a la clínica diaria, permitiéndonos de una manera rápida, sencilla y práctica categorizar la gravedad del asma de los pacientes. La principal diferencia respecto a la clasificación propuesta en la GINA es el no considerar como leve al niño afecto de asma persistente.

De cualquier modo no se trata de hacer encajar al niño asmático en una determinada categoría, sino de utilizar la clasificación para decidir el tratamiento más adecuado que posteriormente iremos adaptando a la respuesta del paciente.

Diagnóstico

El diagnóstico del asma comienza con una evaluación del cuadro clínico, la historia familiar y antecedentes de riesgo o crisis anteriores tomando en consideración el tiempo de evolución del cuadro y las crisis. La mayoría de los casos de asma están asociados a condiciones alérgicas, de modo que diagnosticar trastornos como [rinitis](#) y [eczema](#) conllevan a una

sospecha de asma en pacientes con la sintomatología correcta: tos, asfixia y presión en el pecho. El examen físico por lo general revela las sibilancias que caracterizan al asma. Es importante evaluar si el paciente ya recibió algún tratamiento antes de la consulta médica, así como los eventos desencadenantes de la crisis.

El examen físico es vital, a veces no da tiempo examinar con detalle, sin embargo se perciben las características sibilancias a la [auscultación](#). En algunos casos severos, la bronco-obstrucción es tal que se presenta un silencio auscultatorio, sin embargo, el resto de la clínica es tan florida por la incapacidad respiratoria que el diagnóstico no amerita la percepción de sibilancias para el tratamiento de estas crisis severa de asma. Esa angustia y sed de aire puede indicar una crisis severa que amerita tratamiento de rescate inmediato para revertir el bronco-espasmo antes de continuar con el examen físico detallado.

Así mismo, la inspección del tórax puede mostrar tiraje o retracción subcostal o intercostal. Las dimensiones del tórax en pacientes asmáticos crónicos varían en comparación con niños no asmáticos, característico el aplanamiento costal. La inspección puede revelar detalles al diagnóstico, como el descubrimiento de dermatitis alérgicas, conjuntivitis, entre otros. Existen varios exámenes que ayudan al diagnóstico del asma, entre ellas pruebas de función pulmonar, pruebas de alergia, exámenes de sangre, radiografía del tórax y senos paranasales.

Por su parte, la Norma Oficial Venezolana del Programa Nacional Integrado del Control del Asma (2002) en criterio funcional afirma que “los procesos respiratorios de presentación y evolución aguda, caracterizado por disminución del flujo pico por los menos el 20% con relación al valor basal de predicción” (p. 10). En razón de ello, que la enfermera con la participación

de los padres y representantes, deben tener presente que la presencia de uno de los criterios en los casos mencionados o de los dos, en cualquier caso nuevo, será suficiente para diagnosticar crisis asmática. En caso de existir signos de insuficiencia respiratoria, se ameritará referir al nivel superior para su hospitalización en la unidad de cuidados intensivos.

De esta manera, la enfermera puede enseñar dentro del entorno domiciliario y hacer que el proceso de enseñanza en el tratamiento del asma tenga sentido. Es importante precisar que la principal vía de administración es la aérea. En todos los casos en que se diagnostica crisis de asmática, se deberá administrar soluciones para su nebulización o aerosoles presurizados con la utilización de un espaciador.

En el control de la enfermedad se debe hacer revisiones periódicas al niño, en las que se realiza todo el protocolo diagnóstico, son muy importantes y debe mantenerse informada a la familia de los hallazgos que se producen. Cuando el niño recibe tratamiento anti-inflamatorio de fondo parece lógico revisarlo al menos cada 15 días, acortando o alargando este tiempo según la evolución clínica. En situaciones de estabilidad clínica o sin tratamiento de fondo las visitas pueden realizarse cada mes o dos meses.

Al respecto Castillo, J. (2000) para controlar el asma señala que “se requiere un plan a largo plazo, que incluye la educación del paciente, cambios en el comportamiento, evitar los factores que causan el asma, terapia farmacológica, y un monitoreo médico frecuente” (p. 24). Cabe destacar que la intervención de enfermería, es un elemento básico de apoyo en el control de la enfermedad, una orientación adecuada, el paciente pueda seguir un régimen terapéutico óptimo y logre la mejoría de sus síntomas. Los familiares de niños asmáticos, en particular los que son diagnosticados por

vez primer necesitan información sobre aspectos básicos del asma, cómo se controla y en particular cómo evitar y tratar las situaciones de emergencia.

Para ello es importante que la enfermera establezca continuidad y que se asocie con los familiares, estableciendo un diálogo abierto y una revisión regular del asma en los niños en base a las directrices internacionales y locales. Así, tal y como ponen de manifiesto numerosos programas de educación para la salud puestos en práctica en otros países, la incorporación de los autocuidados en el manejo del asma, mejora el cumplimiento del tratamiento y la integración social del enfermo y racionaliza la utilización de los servicios sanitarios, obteniendo el paciente mayor autonomía y autocontrol (corresponsabilidad en el control) de su enfermedad, y mejorando su calidad de vida.

La Norma Oficial Venezolana del Programa Nacional Integrado del Control del Asma (2002) refiere que “el pilar del manejo farmacológico en asma son los corticoides inhalados” (p. 11). Asma leve puede no requerirlos. Se recomienda el uso de cámaras espaciadoras para lactantes con mascarilla. La dosificación depende del fármaco a emplear y de la gravedad y frecuencia de los síntomas. Mensualmente se revisa el tratamiento, aumentando o reduciendo la dosis según la evolución. Recordar que esta medicación suprime la respuesta inflamatoria del asma, mejora por tanto la situación clínica del niño, incluso dejándolo completamente sin síntomas, aunque existen dudas de que modifique la historia natural de la enfermedad. Pasado un tiempo de suprimido el fármaco, la inflamación y los síntomas pueden reaparecer.

En consecuencia, existen diversos motivos que pueden contribuir a que la enfermedad asmática no esté suficientemente controlada: diagnóstico incorrecto, tratamiento inadecuado, persistencia de factores

desencadenantes, mal cumplimiento del tratamiento, falta de coordinación entre los niveles asistenciales, poca información sobre la enfermedad y falta de educación sobre la misma, en concreto sobre el tratamiento de la inflamación subyacente, que aparentemente sólo conocen un 30% de los pacientes.

Prevención

Prevenir significa anticipar y evitar la llegada de algo que ocurriría si no se evita. La palabra prevención, del verbo prevenir, al respecto Asensi, Jesús (2005) la define como "preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa"(p. 155). Queda claro entonces que al utilizar este término se refiere a una acción de carácter anticipatorio.

La prevención en el campo de la salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar. Es también un modo de organizar y de actuar, un organizador imprescindible en la concepción de un Sistema de Salud.

Así mismo, la prevención representa la capacidad del sujeto para poder anticiparse con herramientas conceptuales y luchar contra los elementos que pueden afectar su salud y llevarlo a la muerte. (En conclusión si no hay prevención, no hay salud). Hay tres niveles de prevención, pero solo uno de ellos es para mantenerse sano y este generalmente no llega a la comunidad. Se hace hincapié en la prevención secundaria y en la terciaria, y el remedio es la prevención primaria.

De acuerdo con el Informe sobre la Salud en el Mundo 2003, la clave del éxito está en el fortalecimiento de los sistemas de salud orientados por las

estrategias y principios de la atención primaria, y en la preparación de respuestas que promuevan un desarrollo integrado y a largo plazo de los sistemas de salud, en beneficio de toda la población.

Al respecto, Rebolledo, P. (2008) define la Atención primaria de Salud como:

Es el conjunto de acciones para promover estilos de vida saludables y el autocuidado personal y familiar, como una forma de evitar las enfermedades y generar una mejor calidad de vida, reconociendo a todos los seres humanos como el centro de todos los esfuerzos de la atención Primaria y que son sujetos de derechos que deben ser respetados por el sistema público de salud. (p. 8).

Este concepto significa actuar en la satisfacción de las necesidades de salud de la población, promoviendo la comunicación transdisciplinaria y la participación del paciente con sus comunidades, establecer parámetros claros de relación entre dolencia–enfermedad–enfermo–persona y de esta forma optimizar los cuidados de salud y la calidad de los servicios

En base a este contexto, la condición del profesional de la enfermería en la atención primaria de salud, exige de un juicio independiente, competencia y habilidad en la toma de decisiones. En su aprendizaje requiere aptitudes, conocimientos y actitudes que deberán permitirle responder conductualmente a los progresos científicos y tecnológicos que generan cambios en el manejo de los problemas de salud. La incorporación de nuevas variables en el diagnóstico e intervenciones de enfermería no constituye un cambio de rol de la enfermera, sino nuevas dimensiones en las prescripciones de éste, es decir, que las obligan a crecer en un sentido multidireccional hasta los límites que la ciencia y tecnología del momento lo aconsejan.

Para mejorar la comprensión de los aspectos preventivos aplicados a la atención domiciliaria, se adopta el modelo de los niveles epidemiológicos básicos de prevención en salud del Modelo de Levell & Clark, según el cual la prevención puede efectuarse en una etapa primaria, secundaria y terciaria y se adapta a los principios científicos de fomento de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, a los cuales se pueden adaptar a la situación que se presente. Esta clasificación resulta funcional y práctica, permite también delimitar campos de acción y volver una vez más a las especificidades necesarias e imprescindibles, pues uno de los principios generales en prevención es que para prevenir se debe conocer qué es lo que va a evitar.

Prevención Primaria

En cuanto a la prevención primaria, Asensi, Jesús (2005) la define como “la prevención auténtica. Cuando se evita que una enfermedad aparezca se conoce como profilaxis primaria. Precede a la enfermedad o a la disfunción y se aplica a los usuarios considerados física y emocionalmente sanos”. (p. 175). Esta prevención forma parte integrante del sistema nacional de salud, como el desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con las personas, la familia y la comunidad, en los procesos de asistencia sanitaria.

Según Murphy, J. (2004) la define como “un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad” (p.15). La prevención primaria del asma, consiste en evitar que la persona susceptible o predispuesta genéticamente a desarrollar la dolencia se exponga a los factores causales y aparezca la sensibilización. Al respecto “Con la prevención primaria se pretende evitar la sensibilización inmunológica y el desarrollo de los anticuerpos IgE” (p. 99).

Agrega además “el cuidado integral reconoce que la salud del individuo y la población no solo dependen de las acciones del sector sanitario, sino de las que realizan todos de la sociedad” (p. 13). En ese sentido, ellos tienen el derecho de participar activamente en las acciones dirigidas a la obtención y mantenimiento de su salud e intervenir en el proceso de su propio desarrollo, y que su participación activa sea decisiva en la obtención y mantenimiento del bienestar.

Es por eso, que la función de enfermería en la prevención primaria conlleva a capacitar al núcleo familiar y la comunidad de modo que puedan identificar necesidades propias y específicas y realizar las acciones como hábitos, creencias y formas de vida que influyan en diferentes aspectos de la salud.

Es importante destacar que lo señalado por Archer, S. R. Flesman, M. Jacobson, J. (2002) sobre la prevención primaria “trata del fomento de la salud y de la protección específica contra las enfermedades y/o trastornos” (p, 18). En este nivel se trata de educar a los padres de los niños sobre medidas específicas para evitar el asma, poniendo en acción actividades de orden general, educativas o sociales, dirigidas para modificar ciertos comportamientos que fomentan la actividad social y disminuir el asma. También la puesta en práctica de estrategias necesaria para un cambio de mentalidad en los padres y pacientes, dándoles la responsabilidad social que les permite su desarrollo biológico, mediante acciones de fomento de la salud.

Fomento de la [salud](#)

Potter, P. Perry, A. (2002) refieren que “las actividades de fomento de la salud, motivan a las personas a actuar de manera positiva para alcanzar

estado de salud más estables” (p.10). Es por ello, que se deben ejecutar actividades dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludable, así como a modificar conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos y las orientadas al fomento de los autocuidados.

Según la [OMS](#) (2006) uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es “la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud”. (p. 23). La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitario.

El fomento de la salud se presenta entonces como una estrategia que se desarrolla de acciones individuales y colectivas para vivir con más salud, mejorarla continuamente, alcanzar bienestar creando las condiciones para una vida saludable, base fundamental para un mayor desarrollo intelectual y de las potencialidades personales de los hombres que en formación hay, son el potencial del desarrollo de las fuerzas productivas mañana.

En ese sentido, el fomento de la salud en el niño, enfatiza la importancia de la orientación adecuada, la detección temprana y la atención oportuna de los principales problemas de salud del escolar, para evitar daños y secuelas y favorecer el desarrollo integral de este importante núcleo de población.

Es necesario integrar un conjunto de acciones dirigidas a la prevención y control de esta enfermedad, fundamentalmente aquellos relacionados con la educación al paciente y sus familiares donde el objetivo del manejo del asma es lograr el control total de la enfermedad que requiere un enfoque de educar a los pacientes para que manejen su enfermedad, y seleccionar los medicamentos adecuados.

Enseñanza sobre la enfermedad

La enseñanza sobre la enfermedad va más allá de la información, pues trata de modificar y perfeccionar normas que constituyan la base para los cambios de conductas para la salud, ayudando a los individuos a alcanzarla mediante un esfuerzo y comportamiento.

La comunicación y la educación son la clave del éxito en el tratamiento del asma. El objetivo es ayudar a los enfermos a tomar su tratamiento con regularidad y a desempeñar un papel activo en el cuidado de su propia salud. Se debe explicar la enfermedad y el objetivo del tratamiento, que consiste en la desaparición de los síntomas mediante un tratamiento regular. Identificar los factores desencadenantes de los ataques y preconizar medidas para evitar la exposición a dichos factores., orientar sobre la práctica del ejercicio físico.

La educación sanitaria al niño con asma y su familia debe ser el motor para conseguir un control adecuado de la enfermedad y mejorar la calidad de vida, y es el punto clave para cualquier plan de intervención desde Atención primaria en el manejo del niño y adolescente con asma.

Control de signos y síntomas

Pues bien, el asma es una enfermedad que cada vez se manifiesta más en la población y que, debido a sus síntomas, ocasiona grandes

sufrimientos en quienes la padecen. Álvarez, D. (2001) refiere que “actualmente el asma bronquial es considerada como una enfermedad crónica respiratoria, inflamatoria de origen habitualmente a un grado variable de obstrucción de las vías aéreas, que es con frecuencia reversible ya sea de forma espontánea mediante tratamiento multifactorial, que se caracteriza por hiperactividad bronquial” (p. 82). Esta inflamación causa episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, especialmente durante la noche, estos síntomas se asocian.

Al comienzo de un ataque, el niño siente típicamente la constricción, o tirantes, en el tórax que es a menudo acompañada de una tos no productiva; la respiración del niño puede convertirse audiblemente áspera. La ansiedad y agitación son comunes. La sibilancia cuando se respira casi siempre está presente durante un ataque. Los síntomas varían en su gravedad, de episodios leves ocasionales acompañados por la falta de aliento a la sibilancia diaria que persiste a pesar de grandes dosis de la medicación.

Según Istúriz G. (2007) señala que “generalmente, el ataque empieza con sibilancias y respiración rápida y según se torna más severo, todos los músculos de respiración se convierten visiblemente activos”.(p. 40). Los músculos del cuello se pueden contraer y la conversación puede tornarse difícil o imposible. A menudo, el final de un ataque se marca por una tos que produce un moco espeso y filamentosos.

Sin tratamiento eficaz durante un ataque, el agotamiento puede contribuir al agravamiento de la dificultad respiratoria. Cuando el tórax lucha para traer suficiente aire a los pulmones, la respiración a menudo se torna llana. En una situación potencialmente mortal, la piel se convierte de color azulado, la piel entre las costillas del tórax parece ser hundida y el paciente empieza a perder el conocimiento.

Después de un ataque inicial agudo, la inflamación persiste de días a semanas. Un problema principal con el asma es que este segundo estadio puede que no cause síntomas, no obstante, la inflamación debe tratarse porque generalmente causa recaída con constricción renovada de las vías respiratorias y los ataques subsecuentes.

Aunque la sibilancia es el sello distintivo del asma, muchas otras enfermedades pueden producirla imitando el asma. La mitad de todos los niños y bebés padecen este síntoma en algún momento, pero pocos contraen el asma. La mayoría de los bebés que se presentan con sibilancia todavía tienen vías respiratorias subdesarrolladas que no se normalizan según crecen. También pueden tener madres que fuman. Istúriz G. (2007) refiere “Los infantes con asma suelen tener antecedentes familiares de alergias y asma. Pueden tener un sonido matraceador cuando tosen o la respiración alterada, y pueden presentar con enfermedades respiratorias frecuentes”. (p. 45). Cabe destacar que el conocimiento de la clasificación de la enfermedad representa una guía muy importante para tomar acciones para tratar y prevenir eventos de la enfermedad.

A este fin, el diagnóstico del asma se basa en la sintomatología clínica y en la función pulmonar, son estos parámetros clínicos los que siempre se utilizan en las distintas clasificaciones. En base a ellos, la gravedad del asma se define por la frecuencia y duración de los síntomas, grado de obstrucción bronquial y tratamiento necesario para conseguir el control.

Estilo de vida

En el campo de la salud, la amplitud de la atención se centra en los cambios que se presentan para lograr estilos de vida saludables, que puedan ayudar alcanzar cualquier sentido de bienestar en la persona. De esta

manera en los cambios de estilo de vida del paciente asmático, se debe hacer una planeación para conocer las características, condiciones de vida y necesidades que presentan esta población asmática ya que un buen conocimiento previo de la situación, va a permitir que el programa se adapte a la realidad a fin de incrementar su eficacia.

Soto, R. (2003) señala que “las condiciones de vida están dadas por el tiempo histórico y el escenario natural, social, cultural, económico y político en que se desarrolla la persona.” (p 22). En efecto, existen ciertas condiciones que son elegidas y construidas que son determinantes en la formación de su personalidad y su estilo de vida. El estilo de vida actual, la mayor contaminación, la menor vegetación y arboleda, han reunido una serie de factores que sin darnos cuenta, incrementan la incidencia de asma, sobre todo en la población infantil.

Alimentación

Según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR, (2006) refiere que la “dieta mediterránea contribuye a mantener la salud del sistema respiratorio y a evitar la aparición de algunas enfermedades como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que es hoy la cuarta causa de mortalidad en el mundo desarrollado”. (p. 19). Las evidencias de que el consumo habitual de frutas, hortalizas, cereales integrales y pescado tiene claros resultados preventivos en cuanto al asma, en comparación con aquellos individuos acostumbrados a alimentarse preferentemente con productos procesados y otras sustancias ricas en grasas y azúcares.

Otra investigación reciente, realizada por la Universidad de Nottingham (Reino Unido) sugiere que las manzanas y los tomates podrían ser los alimentos más eficaces en la protección contra el asma y las demás

afecciones respiratorias. Los científicos británicos estudiaron la dieta de 2.633 pacientes neumológicos y les midieron la capacidad pulmonar. Los resultados del estudio concluyeron que aquellas personas con mayor capacidad pulmonar habían consumido más de cinco manzanas a la semana y tomates bastante a menudo.

Cabe señalar que, la prevención primaria verdadera no ha sido posible en esta enfermedad, la evidencia indica que la sensibilización alérgica es el precursor más común para el desarrollo de asma, pero ésta puede ocurrir incluso antes de nacer, y no hay medidas prenatales recomendadas a este momento.

La prescripción de dietas que eviten antígenos en las mujeres de alto riesgo que dan de mamar reduce sustancialmente el eczema atópico. Este es el precursor más común del desarrollo de la enfermedad; por tanto la prevención primaria debe comenzar antes e inmediatamente después del nacimiento, fundamentalmente en el primer año de vida.

Durante muchas décadas en estas etapas se han sugerido como medidas preventivas las dietas hipoalérgicas (poco alergizantes) en el embarazo, así como la lactancia materna prolongada e introducción tardía de alimentos sólidos en la alimentación de los bebés, además de evitar la exposición a alérgenos, contaminantes ambientales, humo del cigarro y otros.

Estudios más recientes plantean que las dietas en la mujer en riesgo (con asma, coriza o rinitis, dermatitis atópica) durante el embarazo, es improbable que disminuyan la posibilidad del nacimiento de niños alérgicos. Por otro lado, también son controversiales los resultados de los trabajos que plantean que existe una relación entre la mayor exposición a sustancias dañinas (alérgenos) y la aparición de sensibilización.

La mayoría de las personas con asma tienen que evitar dietas que contenga ciertos alimentos entre los que se incluyen la leche de vaca, los huevos, el pescado, el marisco, los productos con levadura, los frutos secos y algunos colorantes y conservantes alimentarios, porque pueden desencadenar un ataque de asma o de fatiga, o empeorar los síntomas; pero también existen algunos alimentos que pueden ayudar a protegerse del asma y mejorar la función pulmonar.

Por ello, la Martínez, D. (2007) destaca la importancia de añadir el fomento de la dieta mediterránea como un objetivo entre los adolescentes, ya que esta etapa de la vida es especialmente importante por el rápido desarrollo de la función pulmonar, igual que sucede con todo el organismo. "Muchos adolescentes no consumen los niveles adecuados de fruta, verduras, vitaminas C y E y ácido omega-3 en su dieta diaria, lo que se asocia a unos valores menores de su función pulmonar y a un incremento de síntomas respiratorios". (p. 76). Se debe fomentar la inclusión de alimentos como la fruta, la verdura, vegetales frescos, granos y cereales entre los adolescentes que les ayuden en su correcto desarrollo y protejan su salud pulmonar". Una dieta con un elevado nivel de nutrientes también puede reforzar el sistema inmunológico y ayudarlos a protegerse de los resfriados y la gripe; ambos habituales disparadores del asma.

Finalmente, las infecciones respiratorias son un factor desencadenante común del asma y pueden tal vez iniciarla. Si el bebé recibe leche materna durante el tiempo recomendado de seis meses por lo menos se fortalecen los sistemas inmunológicos de los niños, lo cual puede resultar útil para evitar las infecciones respiratorias y, por ende, el asma.

Reacciones alérgicas alimentarias

Según Martínez, D. (2007) expresa en cuanto a las reacciones alérgicas que “Son aquellas ocasionadas por un mecanismo inmunológico, es decir, por una respuesta defensiva del organismo frente a una sustancia extraña al mismo, como es un alimento”. (p. 76). Entre ellas se encuentran las mediadas por IgE, es decir, aquellas en las que el anticuerpo responsable de la reacción inmunológica frente al alimento es la Inmunoglobulina E y las no mediadas por IgE: la respuesta tiene un mecanismo diferente. Las personas con alergia alimentaria tienen un sistema inmunológico hipersensible que reacciona a las sustancias inocuas que se encuentran en el alimento y la bebida.

En ese mismo orden de ideas, Hernández, J. (2006) define la alergia alimentaria como “la reacción causada por un alergeno alimenticio, el factor alergeno es el componente proteico del alimento, independientemente de su concentración en el mismo” (p. 32). Estas reacciones alérgicas se dan tanto en niños como en adultos, pero algunas alergias se inician cuando la persona comienza a masticar e ingerir alimentos.

Las sustancias que producen alergia en una persona concreta dependen en gran medida de la frecuencia con la que dicha persona entra en contacto con dichas sustancias. Esto ocurre asimismo en el caso de los alimentos: cuanto más frecuentemente un niño come un alimento particular, más probable es que pueda hacerse alérgico a dicho alimento. Por ello, los que con más frecuencia producen alergia dependen mucho de los hábitos alimenticios.

Cualquier alimento puede causar una reacción alérgica, pero refiere Hernández, J. (2006) que “sólo ocho alimentos causan el 90% de las

reacciones: la leche, la soya, los huevos, el trigo, el maní, las nueces, el pescado y los mariscos” (p. 32). También refiere el autor antes citado que que:

Los componentes de los alimentos causantes de las reacciones alérgicas son las proteínas. Así por ejemplo, en el caso de la [leche de Vaca](#), las proteínas que con más frecuencia producen alergia son la Caseína, la Alfa-lactoalbúmina y la Beta-lactoglobulina. Asimismo, pueden producir reacciones alérgicas algunos aditivos alimentarios (colorantes, conservantes, emulgentes, espesantes). Como norma, se puede decir que las grasas y los hidratos de carbono (azúcares) no causan alergia. (p. 33).

El conocimiento de estas reacciones es de vital importancia en las personas asmáticas, para tener el sumo cuidado en que no entren en contacto ni siquiera con cantidades insignificantes del alimento.

Existen algunos alérgenos alimentarios tienden a producir sobre todo síntomas digestivos, que pueden afectar a todo este aparato. Entre los síntomas frecuentes de alergia alimentaria se encuentran:

El llamado Síndrome de Alergia Oral o picor de boca, lengua y garganta, que coincide con la ingestión de alimentos, sobre todo frutas y hortalizas frescas y marisco. También se presentan los vómitos, diarrea, dolor abdominal, cólicos de aparición e intensidad variable, dependiendo de la enfermedad digestiva originada por la alergia alimentaria, del alimento involucrado, y del grado de afectación del aparato digestivo.

La mejor forma de evitar el asma inducido por los alimentos es eliminar o evitar el consumo o ingrediente dañino de la dieta o del medio ambiente. Es por ello que la enfermera en intervención asistencial, educa a las madres sobre de tener cuidado en leer de la información sobre ingredientes en las

etiquetas y saber exactamente dónde se hallan los alimentos que desencadenan el asma y así evitarla. Los objetivos principales de la atención y tratamiento de un paciente asmático es mantenerse saludable, no tener síntomas y disfrutar de los alimentos, hacer ejercicio y utilizar los medicamentos de manera apropiada, adoptar un plan específico desarrollado para cada paciente. (p. 33).

Desencadenante Ambientales

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias producida, en la mayoría de los casos por una alergia. La inhalación de la sustancia al que se está sensibilizado activa una reacción alérgica que inflama la mucosa de los bronquios. La exposición repetida al alérgeno, incluso a bajas dosis, hace persistente la inflamación, aunque el paciente en ocasiones no lo perciba como causa de sus síntomas. Sin embargo, cuando se expone a una concentración elevada de alérgenos, sí se desarrollan síntomas y, en ocasiones, un ataque agudo de asma.

Aunque el asma también es una enfermedad principalmente de origen genético, factores como la contaminación ambiental, el humo del cigarrillo y el ingreso temprano a la escolaridad, entre otros, inciden en el aumento de la prevalencia de esta enfermedad alérgica en el mundo. La contaminación generada por las emisiones al aire, tanto de tipo industrial como por los tubos de escape de los automóviles, también puede causar ataques de asma.

Es bueno recordar que ha sido reafirmada la relación, desde mucho tiempo aceptada, entre madres fumadoras y niños pequeños expuestos al humo del cigarro y el aumento de las posibilidades de que los niños padezcan desde temprano afecciones respiratorias con sibilancia

(respiración con silbido o gipido). Al respecto Niño, I. (2007) señala que “En recién nacidos es más frecuente, pues tienen vías aéreas más pequeñas, pero, a medida que crecen, la situación cambia y son las mujeres quienes más la presentan” (p. 77).

La contaminación ambiental se ha asociado con el desarrollo del asma. Contaminantes específicos proyectados por su función en el desencadenamiento del asma incluyen ozono, gases diesel, dióxido de azufre producido por las industrias papeleras y de energía y dióxido de nitrógeno emitidos por los caños de escape y los hornos de gas. Los niños parecen ser particularmente susceptibles al hollín y a otras partículas pequeñas en el aire.

De hecho Díaz Vázquez C. (2003) refiere que “Estudios están descubriendo que el humo pasivo en el hogar aumenta el riesgo del asma en los niños. Este riesgo se extiende aun al feto de las mujeres embarazadas que fuman” (p. 88). Es por ello, que el profesional de enfermería basa sus orientaciones en evitar el fumar en la casa o cerca a un niño con asma. Eliminar el humo del tabaco de la casa es la cosa más importante que una familia puede hacer para ayudar a un niño con asma. Fumar por fuera de la casa no es suficiente, ya que los miembros de la familia y los visitantes que fuman traen residuos de tabaco dentro y sobre la ropa y los cabellos, lo cual puede desencadenar los síntomas de asma.

El hecho de mantener los niveles de humedad bajos y reparar las filtraciones puede reducir la proliferación de organismos como el moho. Mantenga la casa limpia y los alimentos en recipientes y fuera de las alcobas. Esto ayuda a reducir la posibilidad de cucarachas, las cuales pueden desencadenar ataques de asma. Las camas se pueden cubrir con fundas de poliuretano "a prueba de alergias" para reducir la exposición a los

ácaros del polvo. Igualmente, se deben comprar detergentes y productos de limpieza sin aroma

Parece ser que las personas que comenzaron sus vidas con bajo peso al nacer corren el riesgo de padecer de asma, bronquitis y otra enfermedad del pulmón durante toda su vida. Los expertos sugieren que las vías respiratorias se desarrollan anormalmente en los fetos desnutridos.

Protección Específica de la Salud

Esta estrategia forma parte de la prevención primaria y sus actividades se dirigen en una protección determinada de agentes nocivos contra la salud del individuo, familia y comunidad. Como lo señala el MSDS (2002) “la protección específicas son medidas dirigidas a la salud y se determinan por acciones para identificar personas infectadas e intervenciones propuestas con el fin de prevenirse la propagación de la infección” (p. 76).

Las actividades de promoción y protección de la salud que inciden sobre el medio ambiente, se pueden reducir significativamente los síntomas y ataques de esta enfermedad. Al respecto Potter, P. Perry, A. (2002) señala que “ésta radica en evitar el desarrollo de la dolencia en personas susceptibles y ya sensibilizadas.

Un requisito previo para adoptar medidas protección específica es el diagnóstico correcto está referido a tratar los factores de riesgo para diferentes enfermedades alérgicas han sido sólo parcialmente identificados. Las [acciones](#) deben tomarse en los primeros años de la vida, todo lo cual se estima muy difícil de acuerdo con el desarrollo científico que se posee

En suma, el estudio del paciente asmático se realiza con base en su [historia personal](#) y familiar, exámenes de laboratorio, radiografías de tórax y pruebas de función pulmonar. Las exacerbaciones y episodios agudos de la enfermedad se asocian con la exposición a factores ambientales, factores propios de cada región que pueden determinar un patrón de comportamiento de la enfermedad.

Control ambiental

Aunque no sea fácil, la primera medida en el domicilio es tratar de reducir el cúmulo de alérgenos ambientales, ácaros, hongos y residuos de animales domésticos. Mazzei J. A (2003) expresa que “Estos elementos abundan en el suelo, cortinas, rincones y lugares similares. Los ácaros fundamentalmente en las camas, por alimentarse de escamas humanas. De ahí la necesidad de adoptar las siguientes medidas encaminadas a este propósito.” (p. 10).

A su vez, el tabaquismo pasivo incrementa el riesgo de sensibilización alérgica en niños y empeora la frecuencia y gravedad de síntomas en niños asmáticos. Se debe aconsejar a padres de niños asmáticos el dejar de fumar y prohibir fumar en las habitaciones que sean usadas por sus hijos.

Polen

El polen, el número de esporas fúngicas puede reducirse retirando o limpiando aquellos objetos que estén colonizados por hongos. Como lo expresa Díaz C. (2006) “Una humedad baja (menos del 50%) es importante, de manera que un deshumidificador o un aparato de aire acondicionado pueden ser beneficiosos, siempre que se mantenga limpio”. (p. 60). La

exposición ha alergenos del aire exterior como los pólenes, puede ser reducida al mínimo cerrando puertas y ventanas y quedándose dentro de casa lo máximo posible en período de alto riesgo.

Los padres también deben mantener un registro de los ataques, la exposición a cualquier alergeno o factores desencadenantes y los medicamentos. De manera similar, en los niños, el desarrollo de alergias a polvo en la casa, criaturas microscópicas emparentadas con las arañas que se hallan en grandes cantidades dentro del hogar, se ha relacionado con la exposición temprana a polvo en el hogar. Esto sugiere que tomar medidas para controlar agresivamente los ácaros del polvo en los hogares donde hay niños puede reducir la incidencia de alergias a los ácaros del polvo en los niños.

Ácaros: En cuanto a los ácaros del polvo doméstico, Diaz C. (op cit) señala “son la fuente más común de alergenos domésticos. Se reproducen con más facilidad en climas húmedos. Las medidas han de tomarse sobre todo en el dormitorio del paciente, pero lo ideal es tratar la vivienda entera.” (p, 56). Las casas húmedas ofrecen condiciones de vida idóneas para los ácaros del polvo y para los mohos, por contra, las habitaciones secas son pobres en número de ácaros y mohos.

En ese sentido la enfermera orienta a la madre del niño sobre la ropa de cama y las mantas deben lavarse semanalmente con agua caliente, mientras que los colchones y las almohadas se han de proteger con fundas herméticas. Se deben evitar al máximo alfombras con moquetas y muebles tapizados y el

dormitorio debe estar bien ventilado. Los acaricidas sirven de poco.

Eliminación de elementos y limpieza por aspiración: ante todo, es conveniente prescindir de moquetas, alfombras y cortinas de tejidos gruesos (terciopelo y similares) con lo que se conseguirá evitar la proliferación de ácaros y la presencia de residuos de animales y otros productos nocivos.

Aspirar con regularidad las alfombras, los muebles acolchados y los colchones disminuye el polvo y la población de ácaros pero de forma insuficiente. Las aspiradoras han de cumplir como requisitos una potente capacidad de aspiración, filtros de retención adecuados junto a un buen sellado de sus superficies y ranuras. Si no se cumplen estos requisitos se produce una dispersión del alérgeno.

Temperatura: las temperaturas elevadas también destruyen los ácaros (por ejemplo, exponer las alfombras a la luz solar directa). Las temperaturas muy bajas destruyen los ácaros (utilizando nitrógeno líquido o congelar la ropa de la cama, etc., suelen ser impracticables).

Deshumidificadores: la influencia de la climatología en el grado de exposición a los diferentes ácaros es un hecho bien documentado. De entre todas las variables, la humedad relativa parece ser uno de los condicionantes de exposición. Según Mazzei J. A (2003) "La humedad relativa dentro del domicilio, lógicamente, está condicionada por el grado de humedad en el exterior del mismo; este hecho explica las diferencias entre las distintas zonas geográficas". (p. 1). Sin embargo, es conocido que el tipo de construcción, el mobiliario de la casa y otras circunstancias pueden provocar una enorme variación en los niveles de exposición de diferentes domicilios situados en la misma zona geográfica y, por tanto, con idéntica climatología.

Alergenos de origen animal domésticos: deben ser retirados de la vivienda, pero ello puede ser difícil de aceptar, sobre todo por los niños pequeños. Si no se pueden sacar los animales, se debe al menos evitar que entren en los dormitorios, el lavado semanal de los animales parece reducir la carga alérgica. Igualmente expone Díaz Vázquez C. (2003) que “Los estudios en animales sugieren que existe un riesgo mayor de contraer alergias a ciertas sustancias en el aire cuando se expone un animal a ellos poco después de nacer”. (p. 88).

Así mismo los alérgenos de las cucarachas son una causa frecuente de asma en determinada área. Se pueden reducir limpiando regularmente las viviendas infestadas y mediante el uso de pesticidas. Si se utilizan pesticidas pulverizados, asegúrese de que el paciente asmático no se encuentra presente cuando se utilice el pulverizador y aérése bien la casa antes de que vuelva el paciente.

Estas medidas incluyen el uso de fundas plásticas con cierre en las almohadas y colchones y el lavado de la ropa de cama con agua caliente cada siete a diez días. La humedad relativa del aire en interiores debe mantenerse bajo el 50 por ciento para inhibir el crecimiento de ácaros del polvo. Debe evitarse el uso de humidificadores o vaporizadores, que aumentan la humedad. En condiciones óptimas, deben retirarse del cuarto del bebé las alfombras, los muebles tapizados y los objetos que acumulan polvo.

El desarrollo de alergias a animales en los niños se relaciona con la presencia de animales peludos en las casas de los niños al nacer. Como lo señala Según Mazzei J. A (2003) “Las alergias a los animales se desencadenan por las proteínas presentes en la saliva, orina y caspa de

ciertos animales con pelo, incluidos los perros, gatos, conejos y roedores”. (p. 11). Por esta razón, durante sus primeros años de vida, los bebés de familias alérgicas no deben exponerse a estas mascotas caseras a fin de prevenir alergias a los animales.

En ese mismo orden de ideas, Díaz Vázquez C. (op cit) refiere que “Dado que las alergias pueden desencadenar el asma, no es sorprendente que los bebés expuestos a menos ácaros del polvo durante la infancia tengan menos probabilidades de desarrollar asma alérgica”. (p. 90). Por ello, el control agresivo de los ácaros usando las medidas indicadas anteriormente debe reducir el asma así como la alergia de las vías respiratorias superiores. Igualmente, dado que la exposición a las mascotas durante la infancia puede aumentar el riesgo de desarrollar asma, los niños no deben ser expuestos a las mascotas peludas durante sus primeros años de vida.

Asimismo, es mejor evitar colocar a los niños muy pequeños en guarderías con otros grupos de niños, porque es probable que aumente su exposición a infecciones respiratorias y, por ello, desarrolle asma.

En ese sentido, la enfermera participa en la orientación de la prevención, para reducir la intensidad del asma e incluso anticipa la aparición de los síntomas. Es importante que los padres y representantes de los niños asmáticos conozcan que la aparición del asma puede retrasarse o incluso prevenirse creando un medio ambiente sano: evitando o reduciendo al mínimo los factores desencadenantes, tales como fumadores activos y pasivos, alérgenos del exterior como del interior de las casa, polución ambiental y sensibilizantes químicos.

Factores psicológicos del asma

Sin duda el factor emocional influye en la generación de asma. Numerosos estudios han demostrado que el asma Infantil puede describirse como una enfermedad psicosomática, así lo refiere Hernández E. (2007) y también expresa que “es un trastorno en el cual existen los componentes orgánico-físico y psico-emocional tan entrelazados que uno refuerza al otro y viceversa”. (p. 32). Razón por la cual, el asma Infantil resulta en una afección de difícil manejo médico ya que a menudo, al querer tratarla, se olvidan del componente emocional que muchas veces se dispara y mantiene vivas las crisis.

Algunas corrientes psicológicas sostienen que el asma siempre se inicia en instancias psíquicas con expresión orgánica. Otras afirman que la enfermedad orgánica primaria provoca alteraciones emocionales. Lo importante es reconocer la existencia de ambos factores en la generación y mantenimiento de las crisis asmáticas de los niños.

El papel de los padres en el tratamiento del asma Infantil ha sido reconocido como de vital importancia por numerosos estudios ya que se han encontrado patrones familiares característicos: El niño es descrito por sus padres como rebelde, dependiente, tímido y llorón. La relación madre-hijo se muestra con madres complacientes o sobre protectoras o a la inversa, disgustadas y a menudo con actitudes de rechazo hacia el niño.

Igualmente, la relación matrimonial se muestra tensa: hay fricciones de mamás con maridos disgustados por el problema. El choque sobre la familia, al conocer la aparición de una enfermedad crónica, no sólo es emocional sino también social, de actitudes, de comportamiento afectivo consciente o inconsciente, que cambia radicalmente la dinámica familiar afectando tanto al niño como a los demás integrantes del grupo.

Cabe destacar que, los factores psicológicos y emocionales desempeñan una función importante en el asma. Un estudio encontró que los niños asmáticos de los padres que tienen dificultades emocionales tienen mayor probabilidad de tener síntomas severos. Esto apoya otro estudio que encontró que los niños que están tristes eran más susceptibles a los cambios asmáticos.

A los niños se les debe proporcionar seguridad y consuelo en todas las edades. Además de confrontar la ansiedad esencial que evoca el asma, los niños de edad escolar también se enfrentan con la vergüenza social. Con asma moderada a severo, a menudo pierden tiempo considerable de escuela a veces hasta una tercera parte del año.

En ese sentido se tiene que, el papel de los padres en el proceso que sigue esta afección es trascendental, si bien cuando reciben el consejo profesional adecuado, pueden actuar como oportunos en el proceso de tratamiento y recuperación de sus niños. La labor del profesional de enfermería en el manejo del asma es definitiva e insustituible, pues ésta pasa a ser en el primer confidente de los padres. Cuando se considera que el factor emocional es predominante como ocurre en la mayoría de los casos, se debe solicitar la ayuda bien sea de un terapeuta conductual infantil o de un psicólogo infantil, con la intención de crear, junto a los padres, un equipo de trabajo multidisciplinario, como lo refiere Hernández E. (2007) “el asma infantil es una enfermedad psicosomática crónica, con un componente orgánico y otro emocional que, no pueden ignorarse y, por lo tanto, demanda manejos de tipo médico (farmacológico) y psicológico”.(p. 132).

En esta investigación se decide utilizar la teoría de Nola Pender como “Modelo de Promoción de la Salud”. Según Wesley, R. (1998) quien cita la

teoría de Nola Pender como “Un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva, constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería” (Pág. 500). Esta teoría comprende, las acciones de los padres y representantes en mantener la vida, salud y bienestar del niño; adoptando estilos de vida sanos y a su vez llevando prácticas de salud conducentes a mejorar su calidad de vida.

En ese mismo orden de ideas, Pender, Nola (1993) refiere que “la promoción de la salud, define un estado positivo y dinámico, no simplemente como la ausencia de la enfermedad” (p. 5). Es por ello, que lo que se persigue es aumentar el estado de bienestar de la persona, permitiendo crear medidas en la comunidad e individuales que puedan ayudar al individuo a adoptar estilo de vida, mantener y realzar el estado de salud con un enfoque integral.

Sistema de Variable

En el presente estudio se consideró la variable: la prevención primaria del asma bronquial en niño de 3 a 5 años, en Clínica Cantaura.

Definición Conceptual: Es proceso encaminado a desarrollar actividades preventivas sobre asma bronquial en el niño destinado a promover y fomentar su salud. Torres, M. (1998).

Definición Operacional: Referido a la medidas que se toman para evitar la enfermedad del asma mediante el fomento de la salud y la protección específica.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2009.

Definición conceptual: acciones encaminadas al conocimiento de variables o factores biopsicosociales que pueden provocar la aparición de la enfermedad del asma.

Definición operacional: Referido a las acciones de enfermería en prevención primaria para lograr medidas específicas a fin de evitar el desencadenamiento de la enfermedad del asma.

DIMENSIÓN	INDICADORES	SUB-INDICADORES	Ítems
<p>Prevención primaria</p> <p>Acciones de enfermería encaminado a prevenir los factores que contribuyen a la aparición del asma y lograr de manera eficaz a mejorar el pronóstico de la enfermedad.</p>	<p>Fomento de la salud</p> <p>Orientación de enfermera sobre el conocimiento de la enfermedad y la atención precoz de los síntomas, para evitar la enfermedad y lograr mejor estilo de vida.</p>	<p>Asma</p> <p>Epidemiología</p> <p>Síntomas</p> <p>Clasificación</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Estilo de vida</p> <p>Alimentación</p> <p>Desencadenantes ambiental</p>	<p>1-2</p> <p>3-4</p> <p>5-6-7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p>
	<p>Protección específica</p> <p>Son acciones destinadas a prevenir los factores desencadenantes del asma en los niños.</p>	<p>Control Ambiental</p> <p>Polen</p> <p>Acaros</p> <p>Mascotas</p> <p>Deshumidificadores</p> <p>Limpieza</p>	<p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18-19-20</p>

Definición de Términos

Autocontrol del asma: proceso mediante el cual el niño y su familia asumen responsabilidades respecto al manejo de su asma: uso precoz de medicinas de alivio, rescate de las crisis, tratamiento de fondo, medidas de protección ambiental, etc. Muy relacionado con los procesos de educación sanitaria al niño y la familia.

Ácaros: organismos microscópicos (miden 0,3 milímetros y no se ven a simple vista) causantes de cuadros alérgicos, que habitan en el polvo doméstico. Su clima ideal es el húmedo a nivel del mar, donde pueden encontrarse más de 1.000 por gramo de polvo.

Alergenos: sustancias capaces de producir reacciones alérgicas. En el asma los alergenos implicados más frecuentemente son: ácaros, polen (de gramíneas, malezas, plantas, árboles) hongos, caspa y pelo de animales y cucarachas.

Asma: El término completo es asma bronquial. Procede de un término griego que significa *jadeo*. El asma bronquial es una enfermedad que afecta a los bronquios del árbol respiratorio.

Broncodilatador: Agente que produce una dilación de la luz de un bronquio.

Bronco-espasmos: Constricción espasmódica de los bronquios, también denominado bronco-constricción.

Cianosis: Coloración azulosa de la piel o de la mucosa.

Crisis: Cambio súbito en el curso de una enfermedad aguda; una enfermedad que termina por crisis es aquella en la que se produce súbitamente un cambio positivo.

Disnea: Dificultad para respirar. Significa sensación de falta de aire o dificultad para respirar. Solo los niños mayores son capaces de expresarla.

Desencadenantes: sustancias, circunstancias o acciones capaces de provocar síntomas agudos de asma.

Hiperp-neu: Aumento anormal del ritmo y la profundidad de la respiración.

Hipoxia: Disminución del contenido celular de oxígeno.

Polip-neu: Aumento anormal de la frecuencia respiratoria.

Signos de alarma: cuando acontece una crisis existen una serie de señales de alarma que obligan a acudir a un centro sanitario de inmediato. Los más importantes son: pérdida de conocimiento, ausencia de pulso o pulso muy débil, ponerse azul (cianosis) en especial uñas y labios o no es capaz de articular palabras ni caminar.

Sistemas de inhalación: La vía más adecuada de administración de medicinas para el asma es la inhalatoria.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El propósito de este capítulo es describir las estrategias utilizadas para dar respuesta al problema planteado. Tipo de estudio, población y muestra, instrumento de recolección de datos, así como los procedimientos realizados para la tabulación y análisis de los datos de la variable estudiada.

Tipo de estudio

De acuerdo a las características del problema y los objetivos planteados, el estudio es de tipo descriptivo y con un diseño de campo.

Canales, F. Alvarado, E. Y Pineda, E. (2004). (2004) refiere que los estudios descriptivos: "Son aquellos que están dirigidos a determinar "como es" y "como está" la situación de la variable que se estudia en una población" (p. 82). Tomando como referencia lo expuesto por este autor, el estudio se considera descriptivo ya que permite analizar las acciones del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, en la Clínica Cantaura.

Por otro parte, también se considera una investigación de campo, debido a que los datos son recolectados en el lugar donde ocurre el fenómeno. En este sentido, Sabino (2000) expresa: "en los diseños de

campo los datos de interés se recogen de forma directa de la realidad, los datos se obtienen de primera mano, porque son el producto de la investigación en curso sin intermediación de ninguna naturaleza" (p. 24).

Población y Muestra

Sabino (2000) declara: "se entiende por población todo lo que se va a investigar conformada por todos los elementos, agentes, acontecimientos, situaciones, etc., que constituyen el centro o sujeto de la investigación" (p. 34). En esta investigación la población está conformada por 12 enfermeras que trabajan en la Clínica Cantaura. Dada las características de la población pequeña y accesible no será necesario seleccionar o aplicar procedimientos estadísticos de muestreo, por lo que se tomó en cuenta la totalidad de la población.

Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos:

De acuerdo al presente modelo del proceso de investigación, el método que se utilizó fué la encuesta que según Sabino (2000) refiere que "“consiste en obtener información de los sujetos en estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre sus opiniones, actitudes o sugerencias” (p. 84), mediante la aplicación de un cuestionario, estructurado en escala de Lickert de tres (3) puntos, cuya categoría y valor son: Siempre (3), Alguna Veces (2) y Nunca (1), en total son 20 preguntas.

Validez

A objeto de validar el contenido del instrumento se procedió a la validación del mismo por juicios de expertos en el área. En este sentido se consultaran dos Licenciadas en Enfermería.

Confiabilidad

Para Hernández SR (2003), la confiabilidad se refiere “Al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados” (p. 212). En esta investigación se determinó la confiabilidad del instrumento aplicado una prueba piloto a cuatro (4) enfermeras que poseen características similares de la población en estudio, pero no son partes integrantes de esta investigación. La confiabilidad fue dada según la técnica de ALFA – CRONBACH $\alpha= 0,89$

Procedimiento de Recolección de Datos

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo en la Clínica Cantaura, para entonces se elaboró una comunicación a la Dirección y al Departamento de Enfermería, con el fin de dar a conocer los objetivos de la investigación y solicitar autorización y colaboración para el desarrollo de la misma.

Obtenida la autorización se procedió aplicar el cuestionario, en el turno de 7am-1pm, durante una semana. Agradeciéndole a las enfermeras su colaboración.

Técnicas de Análisis

Una vez recabada la información se procedió a organizar los datos obtenidos, los cuales se procesaron y tabularon mediante el método de tabulación manual, tomando la información se presentaron los resultados en cuadros estadísticos.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo, se desarrolla la presentación de los datos obtenidos de los resultados de la recolección de la información, realizada con el fin de: Analizar sobre la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2009.

Dada la naturaleza de dicha investigación, definida bajo un enfoque de tipo descriptivo y de campo. Fueron aplicadas las técnicas estadísticas referidas a tal efecto.

Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de un cuestionario, estructurado en escala de Lickert de tres (3) puntos, cuya categoría y valor son: Siempre (3), Alguna Veces (2) y Nunca (1), en total son 20 preguntas.

Los resultados se analizaron tomando como base la agrupación de los datos (tabulación) y, posteriormente, se utilizaron porcentajes y la presentación gráfica, con la finalidad de facilitar la interpretación y análisis de los datos, para ello se aplicó la estadística descriptiva.

CUADRO 1

Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida a la definición del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.

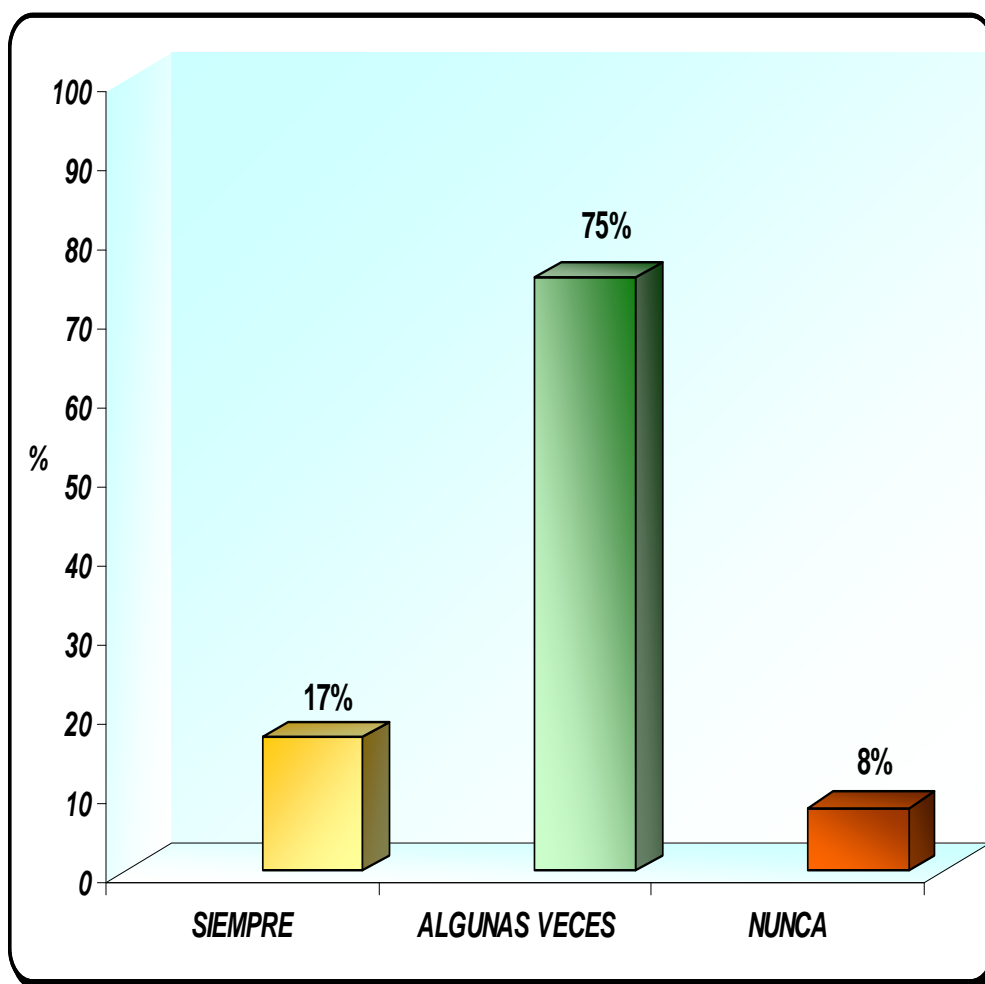
ASMA	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA	
	F	%	F	%	F	%
	1. ¿Orienta a los padres sobre la enfermedad del asma?	4	33	8	67	-
2. ¿Orienta que la enfermedad evoluciona desde la infancia, es progresiva y residual?	-	-	10	83	2	17
Media Aritmética (X)	2	17	9	75	1	8

FUENTE: Instrumento Aplicado

En este cuadro se presenta los resultados sobre el asma, en donde 4 (33%) de las enfermeras encuestadas refieren que siempre orienta a los padres sobre la enfermedad del asma, 8 (67%) algunas veces. En cuanto a la orientación sobre la enfermedad evoluciona desde la infancia y que es progresiva y residual, 10 (83%) respondieron que algunas veces, teniendo a 2 (17%) que nunca realizan orientaciones.

GRAFICO 1

Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de la intervención de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida a la definición del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.



FUENTE: Cuadro 1

CUADRO 2
Distribución de frecuencia sobre la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida a la epidemiología del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010

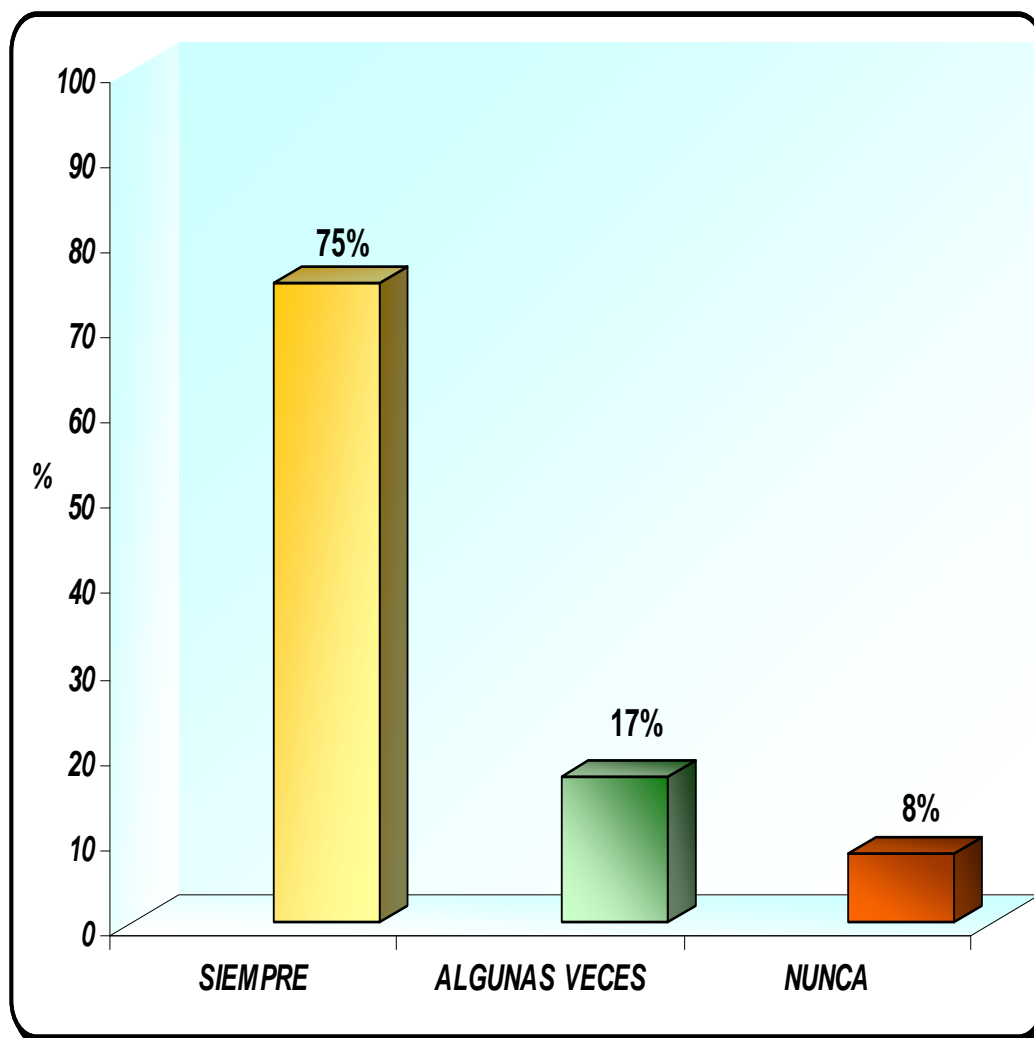
EPIDEMIOLOGÍA	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA	
	F	%	F	%	F	%
	3. ¿Informa que el asma es más frecuente en los niños/as?	10	83	2	17	-
4. ¿Informa que el asma bronquial es común en personas jóvenes?	9	75	2	17	1	8
Media Aritmética (X)	9	75	2	17	1	8

FUENTE: Instrumento Aplicado

En este cuadro se analiza los resultados sobre el asma, en donde 10 (83%) de las enfermeras encuestadas refieren que siempre informa que el asma es más frecuente en los niños/as, 2 (17%) algunas veces. Para si informa que el asma bronquial es común en personas jóvenes, 9 (75%) en la categoría siempre, 2 (17%) algunas veces y 1 (8%) nunca.

GRAFICO 2

Distribución de frecuencia sobre en la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida a la epidemiología del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010



FUENTE: Cuadro 2

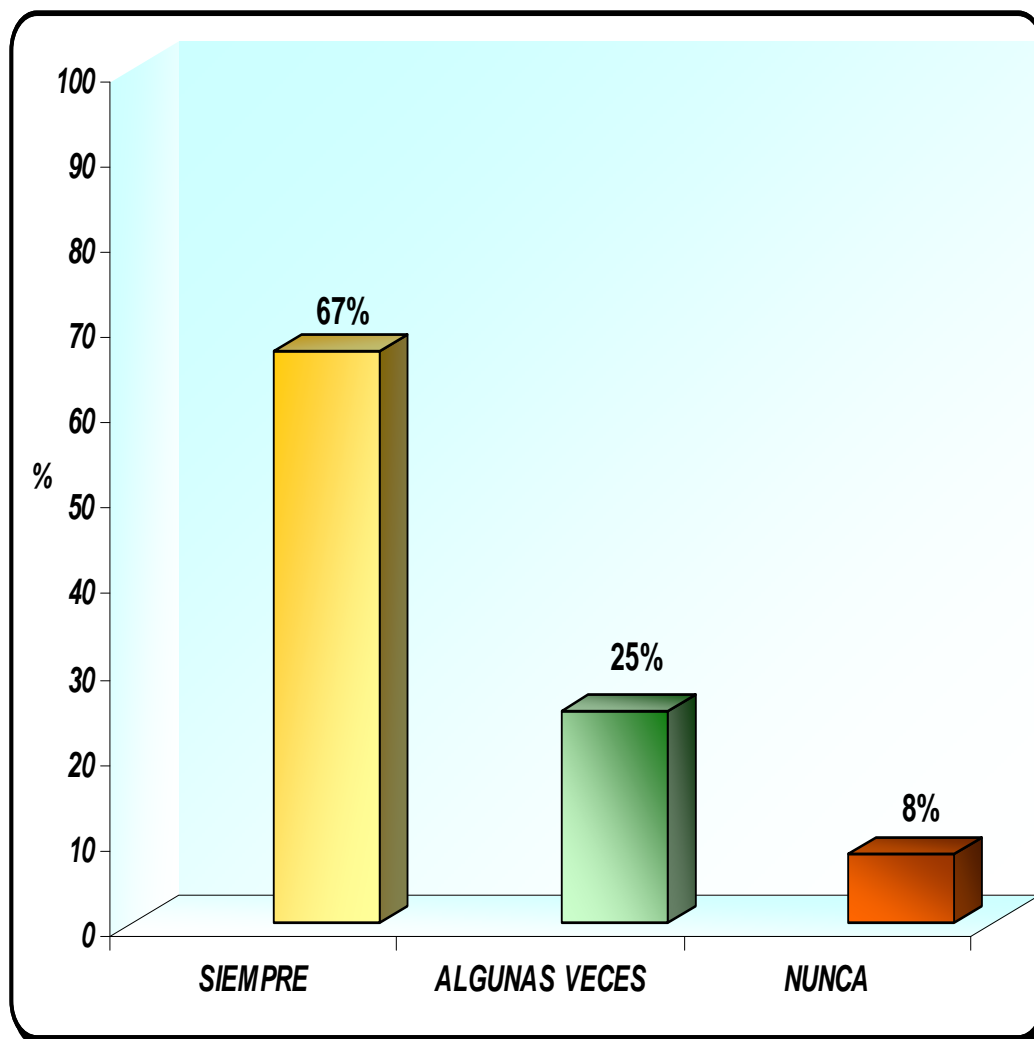
CUADRO 3
Distribución de frecuencia sobre la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referida a los síntomas del asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.

SINTOMAS	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA	
	F	%	F	%	F	%
	5. ¿Orienta sobre los síntomas principales del asma son tos, sibilancia y la falta de aliento (disnea).	12	100	-	-	-
6. ¿Informa que cuando los síntomas del asma empeoran, se produce una crisis de asma?	8	67	4	33	-	-
7. ¿Orienta que cuando crisis es severa, las vías respiratorias pueden cerrarse, tanto que los órganos vitales no reciben suficiente oxígeno?	3	25	6	50	3	25
Media Aritmética (X)	8	67	3	25	1	8

FUENTE: Instrumento Aplicado

En este cuadro se analiza los resultados sobre el asma, en donde 12 (100%) de las enfermeras encuestadas refieren que siempre orienta sobre los síntomas principales del asma son tos, sibilancia y la falta de aliento, disnea, 8 (67%) siempre Informa que cuando los síntomas del asma empeoran, se produce una crisis de asma, para la categoría algunas veces 4 (33%). En cuanto orienta que cuando crisis es severa, las vías respiratorias pueden cerrarse tanto que los órganos vitales no reciben suficiente oxígeno 3 (25%) en la categoría siempre, 6 (50%) algunas veces y 3 (25%) nunca.

GRAFICO 3.
Distribución de frecuencia sobre la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referido a los síntomas del Asma en la en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.



FUENTE: Cuadro 3

CUADRO 4

Distribución de frecuencia sobre la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referido a la Clasificación y Diagnóstico del Asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.

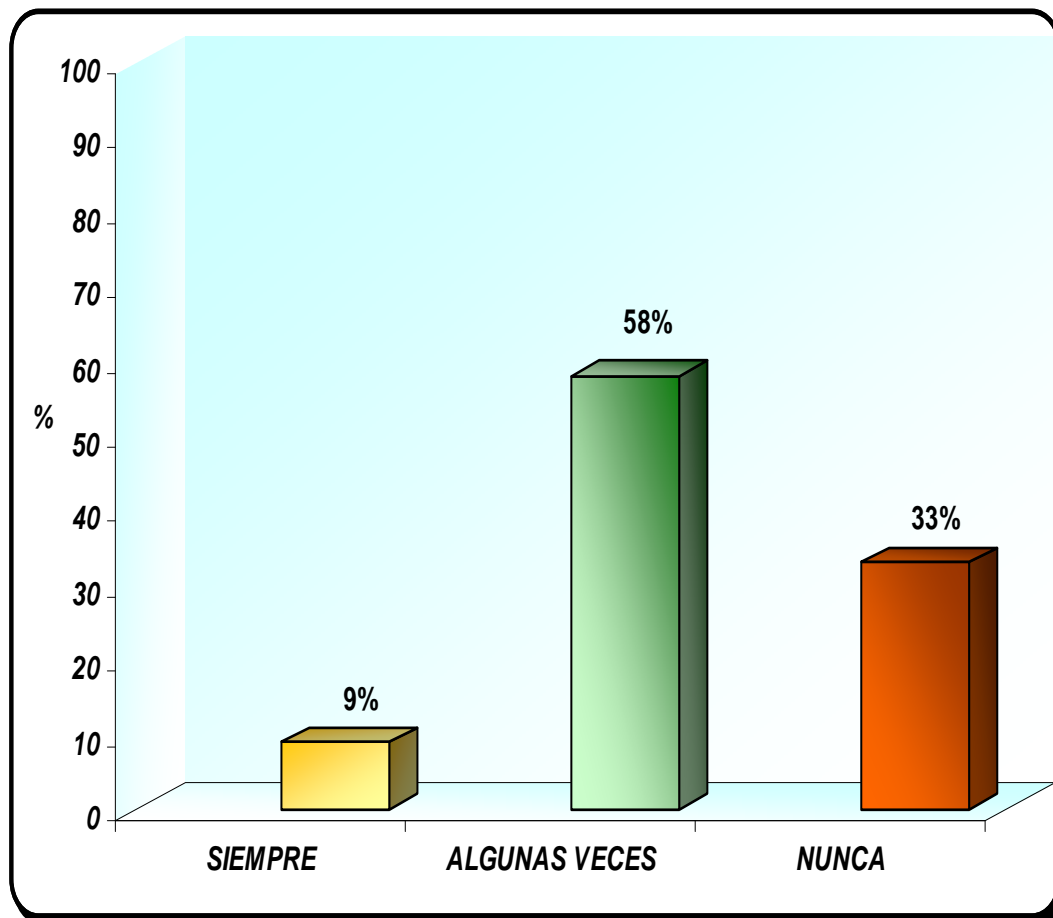
CLASIFICACIÓN - DIAGNÓSTICO	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA	
	F	%	F	%	F	%
	8. ¿Aplica la clasificación del asma para su diagnóstico?	2	17	7	58	3
9. ¿Aplica la clasificación para el cuidado de la enfermedad?	-	-	7	58	5	42
Media Aritmética (X)	1	9	7	58	4	33

FUENTE: Instrumento Aplicado

En este cuadro se presenta los resultados sobre la clasificación del asma, en donde 2 (17%) de las enfermeras encuestadas siempre aplica la clasificación del asma para su diagnóstico, 7 (58%) algunas veces 5 (25%). En cuanto aplica la clasificación para el cuidado de la enfermedad en la categoría siempre no arrojó ningún resultado pero 7 (58%) algunas veces y 5 (42%) nunca.

GRAFICO 4

Distribución de frecuencia sobre la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referido a la Clasificación y Diagnóstico del Asma en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.



FUENTE: Cuadro 4

CUADRO 5

Distribución de frecuencia sobre la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referido al Estilo de Vida, en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.

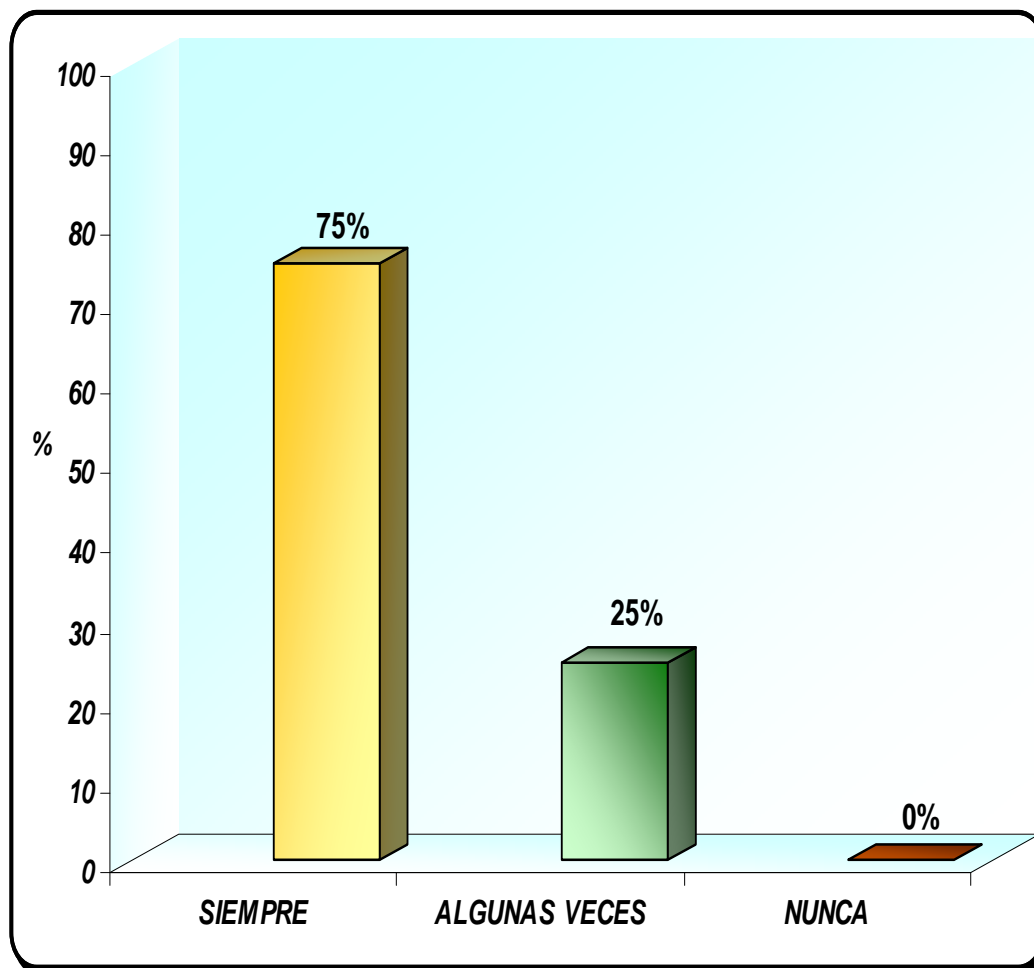
ESTILO DE VIDA	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA	
	F	%	F	%	F	%
	10. ¿Informa sobre el estilo de vida saludable?	9	75	3	25	-
11. ¿Orienta sobre algunos alimentos puede desencadenar el asma?	9	75	3	25	-	-
12. ¿Orienta sobre la contaminación ambiental se ha asociado con el desarrollo del asma?	9	75	3	25	-	-
Media Aritmética (X)	9	75	3	25	-	-

FUENTE: Instrumento Aplicado

En este cuadro presenta los resultados sobre estilo de vida, en donde 9 (75%) de las enfermeras encuestadas refieren que siempre informa sobre el estilo de vida saludable, sobre algunos alimentos puede desencadenarla y la contaminación ambiental se ha asociado con el desarrollo del asma 9 (75%) en la categoría siempre, 3 (25%) algunas veces

GRAFICO 5

Distribución de frecuencia sobre la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referido al Estilo de Vida, en en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.



FUENTE: Cuadro 5

CUADRO 6

Distribución de frecuencia sobre la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referido al Control Ambiental en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.

Control ambiental	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA	
	F	%	F	%	F	%
	13. ¿Informa sobre evitar los factores del medio ambiente pueden reducir significativamente los síntomas y ataques de esta enfermedad?	9	75	3	25	-
14. ¿Orienta sobre la exposición ha alergenos del aire exterior como los pólenes, puede ocasionar el asma?	-	-	12	100	-	-
15. ¿Informa que los ácaros del polvo doméstico, son la fuente más común de alergenos domésticos?	-	-	10	83	2	17
16. ¿Orienta que es conveniente prescindir de mascotas, alfombras y cortinas de tejidos gruesos?	-	-	8	67	4	33
17. ¿Orienta que la humedad en la casa representa un factor de riesgo del asma?	10	83	2	17	-	-
18. ¿Orienta sobre mantener la higiene en el hogar?	12	100	-	-	-	-
19. ¿Orienta sobre evitar el uso de insecticidas en presencia del paciente?	-	-	9	75	3	25
20. ¿Orienta sobre los techos y paredes de la habitación también deben limpiarse con trapo húmedo o aspiradora mensualmente?	-	-	10	83	2	17
Media Aritmética (X)	4	33	7	58	1	9

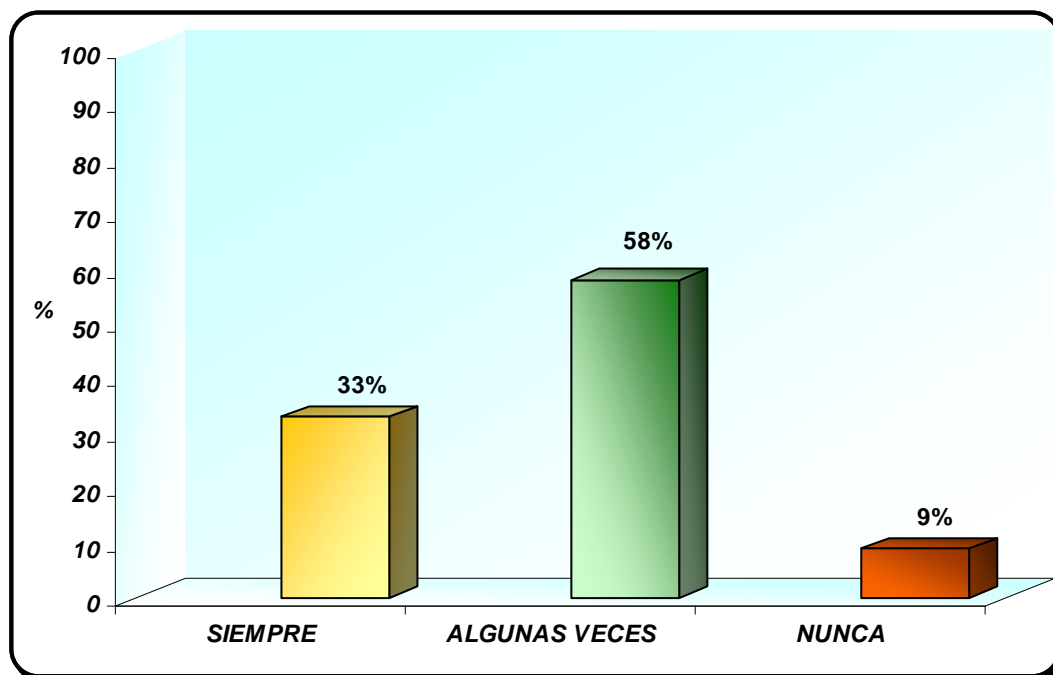
FUENTE: Instrumento Aplicado

En este cuadro se presenta los resultados sobre el control ambiental del asma, en donde 9 (75%) de las enfermeras encuestadas siempre informa

sobre evitar los factores del medio ambiente pueden reducir significativamente los síntomas y ataques de esta enfermedad, 3 (25%) algunas veces. orienta sobre la exposición ha alergenos del aire exterior como los pólenes, puede ocasionar el asma algunas veces 12 (100%). Sobre informa que los ácaros del polvo doméstico, son la fuente más común de alergenos domésticos 10 (83%) siempre y 2 (17%) algunas veces. En cuanto orienta que es conveniente prescindir de mascotas, alfombras y cortinas de tejidos gruesos 8 (67%) algunas veces y 4 (33%) nunca. En cuanto a orientar sobre la humedad en la casa representa un factor de riesgo del asma, siempre 10 (83); algunas veces 2 (17%). En lo referente orienta sobre mantener la higiene en el hogar, siempre 12 (100%). Orienta sobre evitar el uso de insecticidas en presencia del paciente algunas veces 9 (75%) y nunca 3 (25%). Orienta sobre los techos y paredes de la habitación también deben limpiarse con trapo húmedo o aspiradora mensualmente algunas veces 10 (83%) y nunca 2 (17%).

GRAFICO 6

Distribución de frecuencia sobre la intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, referido al control ambiental, en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2010.



FUENTE: Cuadro 6

Análisis e interpretación de los resultados

El análisis e interpretación de los resultados, se discuten según los resultados obtenidos en este estudio en función de los objetivos establecidos el cual estuvo dirigido a: Determinar las intervenciones del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, en la Clínica Cantaura, Anzoátegui.

En relación al primer objetivo específico: identificar las acciones del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma en cuanto al fomento de la salud, según los resultados obtenidos en la media asimétrica 17% en la categoría siempre, 75% algunas veces y el 8% nunca en la orientaciones a los padres sobre la enfermedad del asma; el conocimiento sobre la enfermedad del asma es común en los niños y tiene repercusión directa sobre la familia. El 12 (100%) siempre orienta sobre los síntomas principales del asma son tos, sibilancia y la falta de aliento, disnea, 8 (67%) siempre Informa que cuando los síntomas del asma empeoran, se produce una crisis de asma, para la categoría algunas veces 4 (33%), la aparición de los síntomas provocan la iniciación de una serie de sentimientos y situaciones que afectan toda la estructura social y familiar infantil ya que causa problemas para respirar y síntomas que, pueden ser suficientemente serios para impedir que un niño con asma pueda llevar una vida totalmente activa. Un 8% de las enfermeras siempre aplican la clasificación para el control de la enfermedad, el 58% algunas veces y 33% nunca, aspecto muy importante para de una manera rápida, sencilla y práctica categorizar la gravedad del asma de los pacientes. Un 75% de las enfermeras orientan sobre el estilo de vida saludable, los alimentos que puede desencadenar el asma y la contaminación ambiental, De esta manera en los cambios de estilo de vida del paciente asmático, se debe hacer una planeación para conocer las características, y disminuir su incidencia, sobre todo en la población infantil.

Para el segundo objetivo específico: identificar las acciones del profesional de enfermería en cuanto a protección específica en la prevención del asma en los niños, los resultados de la media aritmética el 86% de la enfermeras siempre orientan sobre evitar los factores del medio ambiente pueden reducir significativamente los síntomas y ataques de esta enfermedad. Las actividades de promoción y protección de la salud que inciden sobre el medio ambiente, reducen significativamente los síntomas y ataques de esta enfermedad y radica en evitar el desarrollo de la dolencia en personas susceptibles y ya sensibilizadas. Se deben tomar acciones en los primeros años de la vida, mediante un diagnóstico correcto referido a tratar los factores de riesgo para diferentes enfermedades alérgicas que han sido sólo parcialmente identificados.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio realizado.

Conclusiones

- El 12 (100%) de las enfermeras siempre orienta a los padres y familia sobre los síntomas principales del asma como la tos, sibilancia y la falta de aliento, disnea.
- El 17% de las enfermeras encuestadas siempre realizan acciones para la prevención primaria mediante estrategias que permiten prevenir la presentación de esta enfermedad o su incremento, el 75% algunas veces y el 8% nunca cumple con esta acción.
- Un 8% de las enfermeras siempre aplican la clasificación para el control de la enfermedad y para decidir el tratamiento más adecuado adaptado a la respuesta del paciente, el 58% algunas veces y 33% nunca.
- Un 75% de las enfermeras orientan sobre el estilo de vida saludable, los alimentos que puede desencadenar el asma y la contaminación ambiental. El 25% algunas veces.
- En cuanto a protección específica en la prevención del asma en los niños, los resultados de la media aritmética el 33% de las enfermeras

siempre orientan sobre evitar los factores del medio ambiente pueden reducir significativamente los síntomas y ataques de esta enfermedad, el 58 algunas veces y el 9% nunca orientan.

Recomendaciones

- Promover en las enfermeras la implementación de técnicas participativas con las comunidades, que faciliten evaluar y mejorar el conocimiento de los padres de los niños asmáticos acerca de su enfermedad y su tratamiento preventivo.
- Concientizar al personal de enfermería sobre promover, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas a las madres y familia sobre el reconocimiento de los signos de alarma y factores de riesgos para prevenir la enfermedad.
- Incentivar al personal de enfermería de informar y ayudar a la población a prevenir el asma y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que padecen esa enfermedad, promoviendo un medio ambiente saludable en el hogar.
- Fortalecer los programas para controlar el asma, fundamentado en la Filosofía de Atención primaria en salud, permitiéndole a la familia y comunidad mayor participación para lograr [soluciones](#) favorables los que incluya la educación de los padres y niños, cambios en el comportamiento, evitar los factores que causan el asma, terapia farmacológica, y un monitoreo médico frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, E. (2003) **Sobre la prevención del asma bronquial en los niños.** Rev Mex Pediatría.

ALVAREZ, D. (2001) **Asma en el niño y adolescente.** Aspectos fundamentales para el pediatra de Atención primaria. Madrid. España

ARCHER, S. R. FLESMAN, M. JACOBSON, J. (2002). **Teoría y practica de la educación en pacientes.** Mosby / Doyma. Mèxico.

ASENSI, Jesús (2005) **Educación Integral de Adultos.** Tomo III. Ediciones Santillana S.A..

CANALES, F. ALVARADO, E. Y PINEDA, E. (2004). **Metodología de la Investigación. Organización.** Segunda Edición Panamericana de la salud.

CAPRILES A. (2003) Prevalencia del asma infantil en Caracas, Rev Venez Asma Alergia Inmunol . V (2). Caracas.

CASTILLO, J. (2000) **Asma del Lactante, Diagnóstico, Manejo y Seguimiento.** _Publicacion Nro. 891. Santiago de Cali. Fundación Clínica Valle de Lili.

DÍAZ C. (2006) **Intervención comunitaria en el asma del niño y adolescente.** Pediatría Integral.

DÍAZ Vázquez C. (2003). **Intervención comunitaria en el asma del niño y adolescente.** Pediatría Integral. Perú, Chile.

Departamento de Epidemiología del Instituto Saludanz, (2008), Barcelona. Estado Anzoátegui.

FARÍAS, M. OJEDA, Y. y SALAZAR, M. (2005), **información sobre el asma, que posee las madres de los niños menores de 5 años,** hospitalizado en el área de Pediatría, Hospital “Dr. Domingo Luciani”. Caracas.

GARCÍA, J (2001), **Diccionario de Medicina** Cuarta Edición española Editorial Océano Marby Grupo Editorial.

Iniciativa Global para el Asma GINA. (2007) **Infecciones Respiratorias Agudas en los niños.** Tratamiento de Casos en Hospitales pequeños Smiepalter

HERNÁNDEZ E. (2007) **Guía Práctica de Clínica sobre el Asma**. Editorial Doyma. España.

HERNÁNDEZ, J. (2006) **Prevención Primaria Asma**. Rev Alergia Mexico. N 12.

HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, C. Y BAPTISTA P. (2003), **Metodología de la investigación**. McGraw Hill. Interamericana de México. DF. México.

Informe sobre la Salud en el Mundo (2003), **Asma Bronquial alérgica en la población infantil**, su prevención y control en el nivel primario de salud.

ISTÚRIZ G. (2007) **Manual de Apoyo a las Normas para el Control de Infección respiratorias Agudas**. Colombia.

MACHADO, R. Y RUIZ, L. (2003), “**La participación de la enfermera en la prevención de los riesgos ambientales** que ocasiona el asma en los niños”. En el Hospital “José Ignacio Baldó”

MARTÍNEZ, A. (2006), **Orientaciones de enfermería a padres y representantes sobre la prevención del asma** en niños menores de 5 años del Centro Integral de Salud, CIS Tipo III, en Boyacá V, en Barcelona.

MARTÍNEZ, D. (2007). **Asma bronquial**. *MEDICINA* - Volumen 60 – Bogotá.

MAZZEI J. A (2003). **Asma en el segundo milenio** *MEDICINA* - Volumen 60. Edición. MAC. GRAW- HILL. Interamericano. México.

MERCADO, A. OROPEZA, N. y PALENCIA, R. (2007). **Capacitación de madre en lo concerniente a la prevención y atención del asma**, en la comunidad de San Valentín, Municipio la Trinidad, Estado Yaracuy.

MINISTERIO DE LA SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, (2002). **Norma de atención IRA**. 2ª. Edición. Caracas.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, (2008). **Control del Asma**. Caracas.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, (2002). **Norma de atención IRA**. 2ª. Edición. Caracas.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD Y DESARROLLO SOCIAL, (2008). **Control del Asma**. Caracas.

MURPHY, J. (2004). **Expansión o Extensión del Papel de la Enfermera.** Algunas diferencias conceptuales. Perú.

NIÑO, Ivan Stalin (2007) **Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica** y la Sociedad Latinoamericana de Neumología Pediátrica

NORMA OFICIAL VENEZOLANA DEL PROGRAMA NACIONAL INTEGRADO DEL CONTROL DEL ASMA (2002). Caracas.

[ORGANIZACIÓN MUNDIAL SALUD](#), OMS (2006). **Situación actual.** Atención al niño y adolescente con asma por el Pediatra de Atención Primaria.

POTTER, P. PERRY, A. (2002). **Fundamento de Enfermería.** Volumen 1. Quinta edición. Ediciones Harcourt. España.

Proyecto ISAAC_UNICEF (2007) **Programa para la Prevención del Asma.** East Wells Street. Milwaukee

Proyecto ISAAC_UNICEF (2006) **Educación familiar,** un modelo de prevención alérgica. Invest Clínica. Caracas

REBOLLEDO, Paolo. (2008) **Plan Regional de Atención Primaria de Salud.** Dirección Regional de Salud Pública. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Chile.

REYES, M. (2008) **Guía del Manejo del Asma.** Primera Edición. Ed. Thomson, PIM. Venezuela.

SABINO C. (2000) **El proceso de Investigación.** Editorial Panapo. Caracas.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA SEPAR, (2006). España.

SOTO, R. (2003). **Las enfermeras para el tercer milenio.** Rol de Enfermería. Chile.

WESLEY, R. L. (2003). **Teorías y Modelos de Enfermería.** Segunda Edición. MAC. GRAW- HILL. Interamericano. México.

ANEXOS

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE MEDICINA
E.U.S. EXTENSIÓN ANZOÁTEGUI

**CUESTIONARIO SOBRE LAS ACCIONES DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL ASMA
BRONQUIAL EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS, EN LA CLÍNICA CANTAURA,
ANZOÁTEGUI. PRIMER TRIMESTRE 2009.**

**Autoras:
Chaurant Betzaida
Hernández Elvira
Maestre Josefa**

Puerto La Cruz 2010

Presentación

Apreciado colega:

La finalidad que tiene este instrumento es lograr información que luego servirá como fuente para la elaboración del trabajo especial de grado, su opinión al responder será un gran aporte para el alcance del objetivo trazado.

Las respuestas tendrán un carácter confidencial, para así conservar su carácter científico, esperamos su máxima colaboración y sinceridad al responderlo.

Gracias por su colaboración

Instrucciones:

- .- Lea cuidadosamente cada alternativa antes de responder.
- .- Responda en forma individual y con objetividad.
- .- No firme el cuestionario.
- .- Devuélvalo inmediatamente después de contestar las alternativas.
- .- Marque con una X la respuesta de su elección.

OPCIÓN	CRITERIO
Siempre 3	Cuando la acción se repite todo el tiempo, obedeciendo una norma establecida
Algunas Veces 2.	Cuando la acción se repite en algunas oportunidades, es decir esporádicamente sin planificación.

Cuando la acción no se realiza

Nunca 1.

Cuestionario

N°	Preguntas	Alternativas		
		Siempre 3	Algunas veces 2	Nunca 1
	Fomento de salud			
1	¿ Orienta a los padres sobre la enfermedad del asma?			
2	¿Orienta que la enfermedad evoluciona desde la infancia, es progresiva y residual?			
3	¿ Informa que el asma es más frecuentes en los niños/as?			

4	¿Informa que el asma bronquial es común en personas jóvenes			
5	¿Orienta sobre los síntomas principales del asma son tos, sibilancia y la falta de aliento (disnea).			
6	¿Informa que cuando los síntomas del asma empeoran, se produce una crisis de asma?			
7	¿Orienta que cuando crisis es severa, las vías respiratorias pueden cerrarse tanto que los órganos vitales no reciben suficiente oxígeno.			
8	¿Aplica la clasificación del asma para su diagnóstico?			
9	¿Aplica la clasificación para el cuidado de la enfermedad?			
10	¿Informa sobre el estilo de vida saludable?			
11	¿Orienta sobre algunos alimentos puede desencadenar el asma?			
12	¿Orienta sobre la contaminación ambiental se ha asociado con el desarrollo del asma?			
13	¿Informa sobre evitar los factores del medio ambiente pueden reducir significativamente los síntomas y ataques de esta enfermedad			
14	¿Orienta sobre la exposición ha alergenios del aire exterior como los pólenes, puede ocasionar el asma?			
15	¿Informa que los ácaros del polvo doméstico, son la fuente más común de alergenios domésticos?			
16	¿Orienta que es conveniente prescindir de mascotas, alfombras y cortinas de tejidos gruesos?			

17	¿Orienta que la humedad en la casa representa un factor de riesgo del asma?			
18	¿Orienta sobre mantener la higiene en el hogar?			
19	¿Orienta sobre evitar el uso de insecticidas en presencia del paciente?			
20	¿Orienta sobre los techos y paredes de la habitación también deben limpiarse con trapo húmedo o aspiradora mensualmente?			

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
ESCUELA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE MEDICINA
E. U. S. EXTENSION ANZOATEGUI**

Variable: intervención del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años, en la Clínica Cantaura, Anzoátegui. Primer trimestre 2009.

Instrumento: Cuestionario sobre las acciones del profesional de enfermería en la prevención primaria del asma bronquial en niños de 3 a 5 años.

**CONFIABILIDAD
COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA - CRONBACH**

Ítems/ Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total	(X - Xi) ²
1	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	49	7,5625
2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	46	0,0625
3	2	1	2	3	2	2	2	1	1	3	2	2	3	2	2	2	2	2	1	1	38	68,0625
4	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	52	33,0625

Total	10	7	10	10	11	10	9	8	6	11	11	11	10	9	9	8	10	11	7	7	185	108,75
--------------	----	---	----	----	----	----	---	---	---	----	----	----	----	---	---	---	----	----	---	---	------------	---------------

Xi	2,5	1,75	2,5	2,5	2,75	2,5	2,25	2	1,5	2,75	2,75	2,75	2,5	2,25	2,25	2	2,5	2,75	1,75	1,75	46,25
-----------	-----	------	-----	-----	------	-----	------	---	-----	------	------	------	-----	------	------	---	-----	------	------	------	--------------

3: SIEMPRE
2: ALGUNAS VECES
1: NUNCA

$$St^2 = \Sigma(X - X) / n$$

$$Xi = \frac{185}{4} = 46,25$$

$$St^2 = \frac{108,75}{4} = 27,1875$$

$$Si^2 = 4,3125$$

St²: Varianza del Instrumento.

Si²: Varianza de cada ítem.

Xi: Media del ítem.

$$\alpha = \frac{N}{N - 1} (1 - \Sigma Si^2 / St^2)$$

$$\alpha = 20 / 19 (1 - 4,3125 / 27,1875)$$

$$\alpha = 0,89$$

N= 20

n= 4

