

UNIVERSIDAD DE CHICLAYO

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN

MENCIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA Y GERENCIA EDUCATIVA



TESIS

**Para Optar el Grado de Magister con Mención en Docencia
Universitaria y Gerencia Educativa**

**“PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA
PREVENIR LA EXACERBACIÓN DEL ASMA EN PACIENTES ASMÁTICOS
DE LA CONSULTA EXTERNA DE NEUMOLOGÍA EN EL HOSPITAL I
NAYLAMP-ESSALUD DE CHICLAYO 2014”**

AUTORA:

Bach. VICTORIA RAZÓN ANGULO

ASESORA:

Dra. MARIA SOFÍA TAMAYO PALACIOS

CHICLAYO - PERÚ

2016

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR LA EXACERBACIÓN DEL ASMA EN PACIENTES ASMÁTICOS DE LA CONSULTA EXTERNA DE NEUMOLOGÍA EN EL HOSPITAL I NAYLAMP-ESSALUD DE CHICLAYO 2014”

Tesis presentada para obtener el Grado Académico de Magister con Mención en
Docencia Universitaria y Gerencia Educativa

Bach. VICTORIA RAZÓN ANGULO

AUTORA

Dra. MARIA SOFÍA TAMAYO PALACIOS

ASESORA

Aprobado por el siguiente jurado:

Dra. ASUNCIÓN H. GLENNY DE DEL CASTILLO

PRESIDENTE

Dra. FLOR OBREGÓN VARA

SECRETARIO

Dr. CÉSAR RIVAROLA ROVEGNO

VOCAL

CHICLAYO, 2016

DEDICATORIA

DEDICATORIA

A mi padre, Leoncio, que está en el cielo,
quien me enseñó el camino para mi
superación integral como persona, en
bien de la sociedad.

A mi madre, Blanca Violeta, una mujer con
mucha fuerza espiritual, valiente, perseverante
trabajadora que irradia mucho amor a sus hijos.

A mi hijo, Marcos David, quién me
incentiva diariamente a mirar la vida con
muchas ilusiones.

A mis hermanos y hermanas Emérida Walterina ,
Emilio, Julián, Baseliza, Julia, Aurea Violeta y
Fausty Doris por su apoyo espiritual y por sus
enseñanzas de vida.

VICTORIA

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Mg. Sc. Maria Sofía Tamayo Palacios por la permanente orientación y apoyo en culminar con mi trabajo de Investigación.

A todos mis profesores de Post Grado de la Universidad Particular de Chiclayo, por la enseñanza y dedicación brindada.

A todos los pacientes asmáticos atendidos en el Hospital I Naylamp – EsSalud por su colaboración en el desarrollo de mi Tesis.

A todos mis compañeros de Maestría que me motivaron a seguir adelante y encontrar en ellos personas llenas de valores.

VICTORIA

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El Asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas que afecta del 5% hasta el 15% de la población mundial. Esta inflamación crónica está asociada con hiperreactividad de las vías aéreas que produce episodios recurrentes de silbido de pecho, disnea, dolor torácico y tos. Estos episodios están asociados con obstrucción de las vías aéreas que es reversible espontáneamente o con tratamiento.

Existe la necesidad de identificar factores de riesgo que permitan definir posibles estrategias de prevención y así disminuir la prevalencia de Asma a nivel mundial. En los países latinoamericanos tenemos que México, Chile y Argentina sitúan su prevalencia entre 5% - 10%; mientras que Uruguay, Panamá y Paraguay entre el 15% - 20%. En Perú se encuentra cifras elevadas con 27% al igual que la encontrada en Brasil con 26%.

El control de Asma es inadecuado hasta el momento actual lo que genera mayor costo de la enfermedad. Por la gran variabilidad en los niveles de control de Asma se encuentra asmáticos mal controlados hasta en 72%. Los pacientes asmáticos suelen sobreestimar el control de su enfermedad, considerando como buen control una situación que realmente no lo es. La percepción que el paciente asmático tiene de la enfermedad parece lejana de la realidad; dado que entre el 45% - 85% de los pacientes con Asma no controlada consideran que tiene un buen control de la enfermedad.

Ante la situación actual de la alta prevalencia de Asma en el Perú, de no tener trabajos de investigación sobre el buen control de Asma, de conocer la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para prevenir la exacerbación del Asma en pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo, fue motivo para el desarrollo del presente trabajo de Investigación.

La estructura del presente informe final de investigación responde al esquema oficial de la Escuela de Post Grado de la Universidad Particular de

Chiclayo, en ese sentido se ha estructurado para su mayor comprensión de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: Denominado: **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**; Enfoca aspectos como la Realidad Problemática, Planteamiento del Problema, Formulación del problema, Justificación e Importancia de la Investigación así como los objetivos de la investigación.

CAPITULO II: Denominado: **MARCO TEÓRICO - CIENTÍFICO**; luego de una ardua labor de revisión bibliográfica, se aborda la revisión de antecedentes en los que se consideran investigaciones previas comunes y afines a la investigación, construcción teórica – Científica, el mismo que a su vez comprende la formulación de hipótesis, seguido de la identificación de las variables así como la Operacionalización de las Variables.

CAPÍTULO III: Denominado: **MARCO METODOLÓGICO**, se define el Tipo y Diseño de Investigación / Contrastación de la Hipótesis, las unidades de estudio (población y muestra) así como materiales, técnicas e instrumentos, estrategias y análisis estadísticos utilizados para el procesamiento de la información.

CAPITULO IV: Denominado: **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**; en este capítulo se presenta y analiza la información, referida a la Prevención de la Exacerbación del Asma en Pacientes Asmáticos y la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa.

Se finaliza el Trabajo de Investigación con las Conclusiones, algunas Recomendaciones para posteriores Trabajos de Investigación, las Referencias Bibliográficas consultadas, complementando el trabajo con los Anexos.

La Autora

RESUMEN

RESUMEN

En el Perú, la población de pacientes asmáticos, no tiene buen control de su enfermedad respiratoria, lo que favorece el aumento de las exacerbaciones y con ello mayor deterioro clínico y mayor pérdida económica. Toda esta realidad, me conlleva a gestar la idea, a aportar y efectivizar un proceso de Intervención Educativa en beneficio de los pacientes asmáticos que acuden a consultas externas de Neumología del Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo.

Iniciando la presente investigación que tuvo como contexto el Hospital I Naylamp- EsSalud del distrito de Chiclayo, denominando a la investigación “Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para Prevenir la Exacerbación del Asma en Pacientes Asmáticos de la Consulta Externa de Neumología en el Hospital I Naylamp- EsSalud de Chiclayo 2014”. Por lo que se asumió una investigación de tipo Descriptivo con Propuesta, para luego poder establecer el grado de interacción de la variable Independiente (Programa de Intervención Educativa) en la dependiente (Exacerbación de Asma) y dar cumplimiento a la Hipótesis: La Propuesta de un Programa de Intervención Educativa previene la Exacerbación del Asma en pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014.

Así mismo, se asumió como problema general: ¿En qué medida la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa permitirá prevenir la Exacerbación del Asma en pacientes Asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014?

La Población en estudio estuvo constituido por los pacientes asmáticos que llegaron a la consulta externa de Neumología del Hospital I Naylamp-EsSalud de Chiclayo desde Enero a Abril del 2014, constituyendo el tamaño de la población de 800 pacientes asmáticos.

La muestra en estudio fue seleccionada a través de la técnica de muestreo aleatorio simple, tomando como marco muestral a los pacientes que

acuden a consulta externa del Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo, el tamaño muestral fue de 118 pacientes asmáticos.

Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario dirigido a los pacientes Asmáticos de la Consulta Externa de Neumología en el Hospital I Naylamp-EsSalud-Chiclayo 2014, previa firma de llenado de Consentimiento Informado. El objetivo fue obtener información respecto a la presentación de las Exacerbaciones y control de Asma.

Finalmente se pudo concluir que los resultados de la investigación fueron que en la consulta externa de Neumología se atiende en su mayoría población adulta y adulta mayor de asmáticos, con predominio del sexo femenino, los pacientes atendidos son personas con grado de instrucción en su mayoría secundario y superior. Hay agentes causales como polvo, tiza, productos de limpieza que contribuyen a exacerbar el Asma. La mayoría de pacientes refirieron tener antecedentes familiares de Asma. En relación al nivel de Control de Asma el 18% tuvieron un Asma controlada, el 26% tuvieron Asma Parcialmente Controlada y el 56% correspondió al grupo de asmáticos no controlados, siendo la severidad de la exacerbación leve con 94%.

INDICE DE CONTENIDOS

“PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR LA EXACERBACIÓN DEL ASMA EN PACIENTES ASMÁTICOS DE LA CONSULTA EXTERNA DE NEUMOLOGÍA EN EL HOSPITAL I NAYLAMP-ESSALUD DE CHICLAYO 2014”

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	6
INTRODUCCIÓN	8
RESUMEN	11
ÍNDICE DE CONTENIDOS	14
 CAPÍTULO I - EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.1. Realidad Problemática	18
1.1.1. Descripción de la Realidad Problemática	18
1.1.1.1.A Nivel Mundial.	18
1.1.1.2.A nivel Nacional.....	25
1.1.1.3.A nivel Regional	26
1.1.1.4.A nivel Local.....	27
1.2. Planteamiento del Problema:	28
1.3. Formulación del problema.....	30
1.3.1.Problema general	30
1.3.2.Problema Específicos	30
1.4. Justificación e Importancia de la Investigación	31
1.4.1.Justificación Científica:	31
1.4.2.Justificación Social	31
1.4.3.Justificación Técnica.....	32
1.5. Objetivos de la investigación:.....	32
1.5.1.Objetivo general:.....	32
1.5.2.Objetivos Específicos:	33

CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO – CIENTÍFICO	36
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	36
2.2. Bases Teórico – Científicas.....	45
2.2.1. Teorías	45
2.2.1.1. Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planificada de Fishbein y Ajzen.	45
2.2.1.2. Teoría del Modelo de creencia sobre la Salud Formulado Primero por Hochbaum y reformulado con posterioridad entre Otros por Rosenstock y Rosenstock y Kirsch.....	50
2.2.1.3. Teoría del Proceso de Acción a favor de la Salud de Schwarzer.....	53
2.2.2. Programa De Salud	55
2.2.2.1. Definición	55
2.2.2.2. Tipos de Programas de Salud	56
2.2.3. Intervención Educativa	58
2.2.3.1. Concepto De Intervención	58
2.2.3.2. Definición de Intervención Educativa.	58
2.2.3.3. Concepciones de Intervención Educativa.	60
2.2.3.4. Ámbitos de Intervención Educativa Y Problemas De La Sociedad Posmoderna.....	61
2.2.4. Exacerbación de Asma.....	62
2.2.4.1. Definición de Asma	62
2.2.4.2. Prevalencia, Morbilidad y Mortalidad de Asma.....	64
2.2.4.3. Factores que precipitan el Asma	65
2.2.4.4. Mecanismos en Asma	71
2.2.4.5. Diagnóstico de Asma	72
2.2.4.6. Diagnóstico diferencial de Asma	74
2.2.4.7. Niveles de control del asma (GINA)	75
2.2.4.8. Exacerbación del asma	80
2.2.4.9. Tratamiento de Asma	83
2.3. Hipótesis	84
2.3.1. Hipótesis General	84
2.3.2. Hipótesis Específicos.....	84
2.4. Identificación de las Variables.....	85

2.4.1.Variable Independiente: Programa de Intervención Educativa	85
2.4.2.Variable Dependiente: Exacerbación de Asma.....	86
2.5.Operacionalización de variables	87
 CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	89
3.1. Tipo de investigación.....	89
3.2. Diseño de Investigación /Contrastación de la Hipótesis.....	89
3.3. Población y Muestra.....	90
3.3.1.Población	90
3.3.2.Muestra.....	90
3.4. Materiales, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	96
3.4.1.Materiales	96
3.4.2.Técnicas	98
3.5. Métodos y procedimientos para la recolección de datos.....	100
3.6. Análisis estadísticos de los datos.....	100
 CAPÍTULO IV - RESULTADOS.....	102
4.1. Resultados de La Investigación	102
4.2. Discusión de Resultados.....	117
 CONCLUSIONES.....	127
RECOMENDACIONES	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
ANEXOS	135

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I - EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad Problemática

1.1.1. Descripción de la Realidad Problemática

1.1.1.1. A Nivel Mundial.

Según Pérez C, N. C. & García L, A. & La Rosa G, I. (2007), se conoce que entre un 5% y un 15 % de la población mundial padece de asma y crece a razón de un 50% cada 10 o 15 años, causando unas 2000 muertes al año en países desarrollados. Se ha reportado un aumento de la prevalencia del asma a nivel mundial. La prevalencia en Cuba es de un 8.2% en adultos y de un 14% en menores de 15 años, constituyendo un importante problema de salud en la atención primaria, de ahí lo importante de las investigaciones que se realicen sobre esta enfermedad. La tasa de mortalidad por Asma en 1945 fue de 1 x 100000 habitantes. A partir de esta fecha se observó una tendencia al aumento, hasta el año 1970 en la que se alcanza una tasa de 4 x 100000 habitantes. Esta tasa se reduce después de la aplicación del Programa Nacional de Atención al Paciente Asmático en 1973. El riesgo de morir ha ido progresivamente reduciéndose hasta alcanzar 1.8x100000 habitantes en el año 2000.

En la actualidad el proyecto de mayor difusión es el ISAAC (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood) que se está desarrollando en todo el mundo a través de 155 centros colaboradores de 56 países en los

cinco continentes, que estudian la prevalencia utilizando encuestas escritas y video cuestionarios.

ISAAC es un proyecto mundial de investigación sobre la prevalencia y factores de riesgo asociados a asma y enfermedades alérgicas en la infancia. En aquellos países latinoamericanos donde se ha realizado el ISAAC, tenemos que México, Chile y Argentina sitúan su prevalencia entre el 5-10%; mientras que, Uruguay, Panamá y Paraguay entre el 15-20%. Por encima de este porcentaje aparece Perú con 27%, Costa Rica con 22% y Brasil con 19-26%(Lezana, J.V. & Arancibia, C. (2006)) (Anexo N° 01). Este estudio de investigación, ISAAC, tiene fases donde se investiga la prevalencia de Asma. ISAAC fase 1, investiga la prevalencia de asma, eczema atópico y rinoconjuntivitis alérgica. Se ha encontrado con una enorme variabilidad en la prevalencia del asma según el lugar del mundo que se trate. Se han estudiado a 463,801 niños y adolescentes en dos grupos de edad: 6-7 y 13-14 años. Las mayores prevalencias de síntomas de asma (mayores del 30%) se han dado en Reino Unido, Nueva Zelanda, Australia e Irlanda; y las más bajas en países como Indonesia, Rusia o Albania. ISAAC fase 2, busca identificar los factores de riesgo relacionados con el asma y las enfermedades alérgicas. ISAAC fase 3, se desarrolló a partir del 2003. Es la repetición de la fase 1, y lo que persigue es valorar el comportamiento de la prevalencia de las enfermedades alérgicas.

Otro estudio importante que investiga la prevalencia de Asma es la Encuesta Europea sobre Salud Respiratoria (European Community Respiratory Health Survey) es de características similares al ISAAC, incluyendo a personas entre 20 y 44 años de 45 centros investigadores en 22

países. España participó con cinco centros y se observó una amplia variación (del 5 al 14%) entre los centros estudiados.

El control del asma es inadecuado en todas las poblaciones estudiadas hasta el momento actual, generando la mayor parte de los costos de la enfermedad. Es conocida la gran variabilidad en los niveles de control de esta enfermedad, aún entre países cercanos. En el European Community Respiratory Health Survey, el porcentaje de asmáticos mal controlados en unos países supera en más del triple a otros países, 20% de mal controlados en Islandia, contra 67% en Italia. En el estudio INSPIRE, donde se incluyen datos de diversos países europeos, el número de pacientes con asma no controlada alcanza el 72%, evaluado según el cuestionario, Asthma Control Questionnaire (ACQ).

Por otra parte, los pacientes asmáticos suelen sobreestimar el control de su enfermedad, considerando como buen control una situación que realmente no lo es. Los pacientes con asma moderada-grave tienen más del triple de probabilidades de estar mal controlados, comparados con el asma intermitente-leve. La percepción que el paciente asmático tiene de la enfermedad parece lejana de la realidad; dado que entre el 45–85% de los pacientes con asma no controlada consideran que tienen un buen control de la enfermedad (Gonzales, F. & De la Puente, R. & Alvarez- Gil, R. & Tafalla, M. & Nuevo, J. & Caamaño-Isoma, F. (2010))

El Asma es una inflamación crónica de las vías aéreas en que muchas células y elementos celulares juegan un rol importante. La inflamación crónica está asociada con

hiperreactividad de las vías aéreas que produce episódicos recurrentes de silbido de pecho, disnea, dolor torácico y tos particularmente por la noche o en la madrugada. Estos episodios están asociados con obstrucción de las vías aéreas que es reversible espontáneamente o con tratamiento.

Por otro lado es conocido que a nivel mundial, la prevalencia de asma parece estar en incremento en las últimas décadas. Incluso se especula que el aumento puede ser de hasta un 5% por año, y que el costo para los gobiernos y para los diferentes programas de salud o para los propios pacientes o padres, originados por esta enfermedad es alto. Por ello es importante poder establecer la prevalencia de esta enfermedad en cada país.

El Asma es un problema mundial, con un estimado de 300 millones de afectados, el incremento de Asma prevalece en África, América Latina y parte de Asia. (Pérez C, N. C & García L, A. & La Rosa G, I. (2007),)

A pesar de los notables avances terapéuticos, ocasiona en la actualidad alrededor de 250.000 fallecimientos por año. En España, según los resultados del Estudio Europeo de Salud Respiratoria, la prevalencia es elevada, aunque muestra una clara variación geográfica, entre el 5% de Galdácano y el 14,5% de Huelva. (Pelta, R. & De Miguel, J. & Álvarez-Perea, A. & Magán, P. & Jiménez, R. & Sanz, V. (2011))

Dada la alta prevalencia y la incidencia que tiene dicha afección en el mundo occidental y sus consecuencias socioeconómicas, existe la necesidad de identificar

factores de riesgo que permitan definir posibles estrategias de prevención primaria.

En la actualidad, son realmente escasas las recomendaciones con suficiente evidencia científica en la prevención del desarrollo del asma. Los factores de riesgo en Asma:

- a. Con relación al huésped: factores genéticos, obesidad, sexo.
- b. Con relación a factores ambientales :
 - alérgenos dentro de casa: animales domésticos como gatos perros, hongos.
 - alérgenos fuera de casa: hongos, polen, infecciones por virus: rinovirus, virus sincitial respiratorio, ocupacionales, humo de tabaco: fumador activo, fumador pasivo, dieta.

Actualmente pocas son las medidas que pueden ser recomendadas para la prevención en Asma porque el desarrollo de la enfermedad es compleja y poca entendida.

Para el desarrollo del presente trabajo es necesario entender sobre la Propuesta de Intervención Educativa que es una estrategia de planeación y actuación profesional que permite a los agentes educativos de la salud, tomar el control de su propia práctica profesional mediante un proceso de indagación - solución constituido por las siguientes fases y momentos:

- a) La fase de planeación. Comprende los momentos de elección de la preocupación temática, la construcción del problema generador de la propuesta y el diseño de la solución.

b) La fase de implementación. Comprende los momentos de aplicación de las diferentes actividades que constituyen la Propuesta de Intervención Educativa y su reformulación y/o adaptación, en caso de ser necesario.

c) La fase de evaluación. Comprende los momentos de seguimiento de la aplicación de las diferentes actividades que constituyen el proyecto y su evaluación general. Esta fase adquiere una gran relevancia si se parte del hecho de que no es posible realizar simplemente una evaluación final que se circunscriba a los resultados sin tener en cuenta el proceso y las eventualidades propias de toda puesta en marcha de un Proyecto de Intervención Educativa. Una vez cerrada esta fase de trabajo es cuando, en términos estrictos, se puede denominar Propuesta de Intervención Educativa.

d) La fase de socialización-difusión. Comprende los momentos de: socialización, adopción y recreación.

Una Propuesta de Intervención Educativa puede ser elaborada por todo aquel profesionalista que desea sumergirse en un proceso de mejora continua y ve en esta estrategia una opción para sistematizar y mejorar su experiencia profesional.

De esta manera, el presente trabajo es una propuesta de un programa de intervención educativa para que los pacientes asmáticos de la consulta externa de neumología tengan conocimientos sobre su enfermedad respiratoria y así, prevenir la exacerbación asmática.

Al llevar a cabo el presente estudio se tiene que desarrollar una buena comunicación entre el médico y paciente; entendiéndose los estudios acerca de la relación médico-paciente aquella que se establece entre dos seres humanos: el médico que intentará ayudar al paciente en las vicisitudes de su enfermedad y el enfermo que entrega su humanidad al médico para ser asistido. El enfermo y el médico se reúnen para el logro de algo que importa medularmente a la persona y que está inscrito en su propia naturaleza: la salud. (Francisco A. (1998))

El acto de educar implica interacciones muy complejas que involucran cuestiones simbólicas, afectivas, comunicativas, sociales y axiológico – valorables. Para que la ayuda pedagógica sea eficaz es necesario que se cubran dos aspectos:

- a) que se tome en cuenta los conocimientos previos.
- b) que provoque desafíos y proponga retos abordables que cuestionen y modifiquen dicho conocimiento.

Finalmente, la meta de la actividad educativa es incrementar la competencia, la comprensión y la actuación autónoma. Cabe decir que no es posible proporcionar el mismo tipo de ayuda ni intervenir de manera homogénea e idéntica con todos, puesto que una misma intervención puede servir de ayuda ajustada en unos casos, pero en otros no.

Según Díaz R, A. & Hernández R, G. (2002). De esta manera, la formación implica darle las herramientas necesarias para manejar una serie de estrategias (de promoción del aprendizaje, de instrucción, motivacionales, de manejo, de grupo, de empleo de las

tecnologías informáticas, etc.) flexibles y adaptables a las diferencias de los que aprenden y al contexto del tema , de tal forma que pueda inducir (a través de ejercicios, demostraciones, pistas para pensar, retroalimentación , etc.) la citada transferencia de responsabilidad hasta lograr el límite superior de ejecución buscado .

1.1.1.2. A nivel Nacional

Según Chiarella P., Vargas R., Vega L., Navarro A., Martínez R., Gutiérrez M., Segura M. (2004) nos dicen: “En el Perú, existe la creencia que en ciudades de altura es poco probable que se presenten pacientes asmáticos. Se desconoce la causa de las diferencias en la prevalencia de asma entre distintas localidades, especulándose que pueda depender de causas ambientales, genéticas o por factores aún no establecidos. Se piensa por ejemplo, que en la altura es posible que por ausencia de determinados factores alergénicos, disminuya la sintomatología o la prevalencia de asma.

Actualmente existe mucho interés en poder conocer que está ocurriendo con asma, una enfermedad que está variando de manera importante en los últimos años, no solo en cuanto a lo que definición y diagnóstico se refiere, sino también en cuanto a incremento de la prevalencia, mortalidad y costo.

Una de las principales preocupaciones es conocer las cifras reales, luego de ello, determinar correctamente las variaciones y establecer los posibles factores causales de

dicho cambio y así poder plantear estrategias que permitan prevenirla.

Chiarella, P. y otros (2008). En su tesis titulada Prevalencia de síntomas respiratorios compatibles con Asma en niños escolares de 13 y 14 años de San Martín de Porras (Lima) y de Huancayo concluyen que la prevalencia de síntomas respiratorios compatibles con asma es diferente entre niños escolares de 13 y 14 años de San Martín de Porras, Lima, (nivel del mar) y de Huancayo, Junín, (altura); siendo más alta en escolares de nivel del mar.

La mayor prevalencia de Asma se concentra en Lima, Chimbote, Chiclayo, Ica y Piura. Seis de cada cien peruanos mayores de 18 años sufre de asma bronquial, como consecuencia de la humedad ambiental y/o contaminación del medio ambiente. (Chiarella P., Vargas R., Vega L., Navarro A., Martínez R., Gutiérrez M., Segura M. (2004))

1.1.1.3. A nivel Regional

Para el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” de Chiclayo (2004), En Lambayeque la prevalencia es mayor entre niños de 2 a 4 años de edad, así tenemos que 3624 niños presentaron reagudizaciones de Asma durante el año 2004, en el total de atendidos en los diversos centros de salud y hospitales de Chiclayo. El Hospital Las Mercedes atendió en emergencia un promedio de 249 niños preescolares durante el año 2005, con diagnóstico de Asma que constituye aproximadamente el 20 al 25% de las consultas por patología respiratoria en edad

pediátrica y el 50% de consultas por Asma en todos los grupos etáreos.

1.1.1.4. A nivel Local

El hospital I Naylamp - EsSalud es parte integrante de la Red Asistencial de Lambayeque, conformada por una Red articulada de establecimientos asistenciales con diferentes niveles resolutivos encabezados por el Hospital IV Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo como Centro Referencial. Fue creada por resolución de la Presidencia Ejecutiva N° 309-PE-ESSALUD-99 , el 14 de Octubre de 1999; siendo Presidente Ejecutivo el Señor Economista Manuel Vásquez Perales.

El hospital I Naylamp fue inaugurado el 19 de Octubre de 1999 siendo su primera Directora la Doctora Elena Chiriboga Mendoza, Jefe del servicio Médico Quirúrgico el Doctor Mario Cantelli Zuñiga y Jefe del Servicio de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento el Doctor Corpus Araujo Rabanal (Anexo N°02).

El Hospital Naylamp es considerado como nivel I aun cuando muchos de sus servicios sobrepasan los estándares de acreditación para este nivel, ha experimentado un acelerado crecimiento y en la actualidad posee la mayor población adscrita de la Red Asistencial, con 102,994 adscritos a Octubre 2013, según datos de la oficina de estadística del Hospital I Naylamp. Es el Hospital de contención de toda la Red de Lambayeque pues el Hospital Nacional IV Almanzor Aguinaga Asenjo y Hospital II Luis Heysen Incháustegui son Hospitales de Referencia.

Con respecto a los problemas que presenta el Hospital tenemos: La existencia de gran cantidad de población adscrita, infraestructura inadecuada y capacidad limitada, falta de recursos humanos y falta de capacidad resolutive financiera, equipamiento desfasado y obsoleto, burocracia en la atención de nuestros requerimientos a nivel central, demasiada rotación de personal asistencial, incremento de asegurados adscritos al hospital, posible integración MINSA/ESSALUD, demanda insatisfecha a nivel de la Red Asistencial Lambayeque (RAL).

En el año 2013 fueron atendidos 2623 (1,38%) pacientes con diagnóstico de Asma de un total de 190,082 consultas (100%) realizadas por consultorios externos. En el Servicio de Emergencia durante el año 2013 fueron atendidos 2470 consultas (3,45 %) por Asma de un total de 71493 consultas (100%). (Diagnóstico Situacional del Hospital I Naylamp (2012))

1.2. Planteamiento del Problema:

Según, la Oficina de Estadística del Hospital I Naylamp en el año 2013, las enfermedades como Asma, Bronquitis Aguda, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), Secuelas de Tuberculosis, Bronquiectasias, EPID (Fibrosis Pulmonar) fueron los diagnósticos más frecuentemente atendidos en la consulta externa de Neumología; ocupando el primer lugar de atención, el diagnóstico de Asma.

En la consulta externa de Neumología del Hospital I Naylamp – EsSalud se atienden 20 pacientes diariamente de los cuales el 42.22 % de los pacientes atendidos son asmáticos cursando con exacerbaciones frecuentes, esto fue el motivo para realizar el presente estudio de investigación científica.

Necesitamos enfoques que combinen intervenciones para proporcionar orientación, charlas, asistencia médica, visitas, etc., para concientizar a la población de pacientes asmáticos en la prevención, al mismo tiempo dotar estrategias para mejorar el conocimiento sobre su enfermedad asmática.

La realidad problemática descrita líneas arriba me permite abordar el problema de investigación de la siguiente manera:

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿En qué medida la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa permitirá prevenir la Exacerbación del Asma en Pacientes Asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014?

1.3.2. Problema Específicos

1. ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014?
2. ¿Cuáles son las características laborales de los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014?
3. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014?
4. ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014?
5. ¿Cuáles son los agentes causales de la Exacerbación de Asma en los pacientes asmáticos de la consulta de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014?
6. ¿Cuál es el tratamiento indicado en los pacientes asmáticos de la consulta de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014?
7. ¿Qué otros tratamientos requieren los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014?

1.4. Justificación e Importancia de la Investigación

1.4.1. Justificación Científica:

- Por la falta de trabajos de investigación acerca de una Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para prevenir Exacerbación de Asma en pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología.
- Para conocimiento de un Programa de Intervención Educativa para prevenir Exacerbación de Asma en los docentes médicos especialistas en Neumología con responsabilidad de formar estudiantes con capacidad satisfactoria en el manejo de la enfermedad respiratoria de asma.
- El presente trabajo de investigación se hace extensivo y aplicable en el desarrollo de la docencia en las diversas especialidades médicas.
- Para mejorar el conocimiento en los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en relación a su enfermedad respiratoria y con ello disminuir las exacerbaciones y mejorar su calidad de vida.
- Aportar estrategias y metodologías en la comprensión de la enfermedad de Asma a los pacientes de la consulta externa de Neumología y de esta manera prevenir la exacerbación de esta enfermedad.

1.4.2. Justificación Social

- Tendremos pacientes de la consulta externa de Neumología que comprenderán mejor su enfermedad y conocerán mejor el uso de sus medicamentos como lo es la terapia inhalada que es la piedra angular del tratamiento del asma.
- Se tendrá una disminución de pacientes a consulta externa de Neumología porque las exacerbaciones disminuirán a medida que comprendan el desarrollo de su enfermedad asmática.

- Se disminuirá la morbilidad, evitando gastos innecesarios en visitas a la emergencia y en días de hospitalización.
- Se disminuirá los costos tanto en EsSalud como en el paciente.
- Debido a que esta enfermedad es más frecuente en la edad pediátrica se tendrá satisfacción psicológica, económica tanto en la madre como en el niño, al aplicar los conocimientos que se difundirán en la Propuesta del Programa de intervención educativa para prevenir la Exacerbación de asma.

1.4.3. Justificación Técnica

Desde este punto de vista, los resultados permiten conocer los factores de riesgo en la salud y las consecuencias mortales por la Exacerbación de Asma en los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología del Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo 2014. Además puede servir para sugerir recomendaciones a la población general, profesionales del sector salud, en este proceso de formación, orientación, prevención de Asma.

Los principales beneficiados serán los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología del Hospital I Naylamp –EsSalud de Chiclayo 2014.

1.5. Objetivos de la investigación:

1.5.1. Objetivo general:

Diseñar una Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para reducir significativamente la exacerbación del Asma en pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo 2014.

1.5.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar las características demográficas de los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología que comprenderá la Propuesta del Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación de Asma en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo 2014.
2. Identificar las características laborales de los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología que comprenderá la Propuesta del Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación de Asma en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo 2014.
3. Identificar las características epidemiológicas de los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología que comprenderá la Propuesta del Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación de Asma en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo 2014.
4. Identificar las características clínicas de los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología que comprenderá la Propuesta del Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación de Asma en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo 2014.
5. Analizar los agentes causales de la Exacerbación de Asma en los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología que comprenderá la Propuesta del Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación de Asma en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo 2014.
6. Analizar el tratamiento de Asma de los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología que comprenderá la

Propuesta del Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación de Asma en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo 2014.

7. Analizar otros tratamientos en los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología que comprenderá la Propuesta del Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación de Asma en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo 2014.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO – CIENTÍFICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Para otorgarle rigor científico al presente trabajo de Investigación han sido múltiples las consultas bibliográficas realizadas para la concreción de este apartado, así tenemos:

Gordillo, J. y Ibaceta, C. (2006). En su Tesis titulada: “Impacto de la Intervención Educativa a Padres o Tutores en la aplicación de la Técnica de Terapia Inhalatoria a los niños de 3 a 5 años con Diagnóstico de Reagudizaciones de Asma que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes Enero- Febrero 2006” Concluyen: Se incrementó el nivel de Conocimiento de los padres de Bueno a Muy Bueno, produciéndose un impacto positivo de la Intervención Educativa.

Acerca del nivel de conocimiento de los padres o tutores sobre la Terapia Inhalatoria se observa que el 100%, lo realiza de manera adecuada luego de la Intervención Educativa.

La Técnica de Terapia Inhalatoria es realizada de forma adecuada en el 60% de los padres o tutores de niños preescolares con diagnóstico de Asma Bronquial.

Existe una relación altamente significativa entre la Intervención Educativa con el nivel Muy Bueno de conocimientos de los padres o tutores en la práctica sobre la Terapia Inhalatoria en niños con Asma Bronquial.

Comentario

El nivel de Conocimiento de los padres se incrementó de Bueno a Muy Bueno, por la Intervención Educativa. Hay múltiples trabajos de investigación donde refieren que la intervención educativa es importante

porque eleva el conocimiento sobre la enfermedad llegando así a una mayor comprensión de la misma.

El nivel de conocimiento de los padres o tutores sobre la Terapia Inhalatoria fue de 100%, luego de la Intervención Educativa. Los autores nuevamente indican la importancia de la intervención educativa para el logro sobre el entendimiento de la Terapia Inhalatoria que es el tratamiento principal del Asma.

Se observa un mejor conocimiento en esta Técnica de Terapia Inhalatoria en el 60% de los padres o tutores de los niños afectados por asma para la aplicación de los inhaladores importante para el control de la enfermedad después de la intervención educativa.

Los autores indican la relación altamente significativa entre la Intervención Educativa con el nivel Muy Bueno de conocimientos de los padres o tutores en la práctica sobre la Terapia Inhalatoria en niños con Asma. Recalcan que la intervención educativa eleva los conocimientos sobre esta enfermedad.

Gonzales, H. y Huamán, E. (2007). En su Tesis titulada: "Eficacia de la Inhaloterapia con cámara artesanal en el tratamiento de las Crisis de Sibilancias en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud "José Leonardo Ortiz". Refieren:

La Inhaloterapia con espaciador artesanal en la administración de beta 2 agonistas para el tratamiento de la crisis de sibilancias en niños menores de 5 años demostró una eficacia de 76.53%.

Los lactantes constituyen el grupo etéreo más afectado por las crisis de sibilancias (50%), al igual que el sexo masculino, que constituyó el 66.67%. La historia familiar de atopía no es un rasgo predominante en la población menor de 5 años que acude al centro de salud José Leonardo Ortiz, aunque la presenta un porcentaje importante de ella (48.33%).

La mayoría de niños afectados por crisis de sibilancias presentan una frecuencia de éstas menor de 2 veces por mes (56.67%).

Existe una mayor asistencia al Centro de Salud José Leonardo Ortiz de niños con crisis de sibilancias de grado leve (68.33%).

El espaciador artesanal a base de botella plástica es tan eficaz como el espaciador comercial para la administración de beta 2 agonista en las crisis de sibilancias de niños menores de 5 años.

La ocurrencia de efectos adversos y la variación de la frecuencia cardíaca producidos por la Inhaloterapia con cámara comercial y artesanal en la administración de beta 2 agonista para el tratamiento de la crisis de sibilancias en niños menores de 5 años es equivalente.

Comentario

Los autores encuentran una eficacia del 76.53% al aplicar la Inhaloterapia con espaciador artesanal en la administración de beta 2 agonistas.

Los lactantes fue el grupo etéreo más afectado por las crisis de sibilancias en un 50%, y el sexo masculino constituyó el 66.67%. Es conocido que el sexo masculino es el más afectado en la infancia tal como se encontró en el trabajo de investigación.

La atopía es un factor de riesgo en asma y afecta a los infantes, en el presente trabajo se encontró que 48.33% presentaron atopía.

La presencia de sibilancias durante el examen clínico nos indica que el paciente, en este caso, los infantes están cursando con exacerbación del asma presentando una frecuencia de éstas menor de 2 veces por mes con 56.67%.

La exacerbación de Asma es parte del curso natural de la enfermedad y las crisis de grado leve fueron las más frecuentes en un 68.33%; así como refieren múltiples trabajos de investigación donde las crisis de grado leve son las más frecuentes.

El espaciador artesanal a base de botella plástica es tan eficaz como el espaciador comercial para la administración de beta 2 agonista en el tratamiento de asma.

La ocurrencia de efectos adversos tal como la taquicardia producidos por la inhalación de beta 2 agonista al usar la cámara comercial y artesanal fueron equivalentes.

Cabrera, M (2006) En su Tesis titulada: “Evaluación de las competencias cognitivas en el Diagnóstico y Tratamiento del Asma de los profesionales médicos Gerentes de las CLAS –DISA Lambayeque, Noviembre 2005”.
Manifiesta:

El personal de Gerencia de las CLAS – Lambayeque no posee competencias adecuadas sobre Asma al no llegar a niveles adecuados de logro.

DISA-Lambayeque no posee un Plan correcto de Supervisión y Monitoreo.

Falta de capacitación del médico en cuanto a: Procedimientos (autoevaluaciones), Banco de Proyectos por Internet y Procedimientos Informáticos.

Falta de uso del Internet y páginas Web en la práctica diaria.

Falta de Comunicación entre profesionales de la salud (cursos, congresos, pasantillas, contenidos)

Falta de valor agregado de parte de los médicos hacia los pacientes.

Falta de Capacitación en zonas rurales.

Falta de entusiasmo y baja autoestima de los médicos pues no se encuentran a gusto con su condición de médico general, demandan especialidad.

Del médico en cuanto a su especialidad por el encasillamiento y por lo tanto pierden su potencial y autoestima.

Falta de Dirección, cada uno hace las cosas a su manera y esto no llega a ser lo correcto.

Comentario

El personal de Gerencia de las CLAS – Lambayeque no posee competencias adecuadas sobre Asma por la falta de conocimientos actualizados.

DISA-Lambayeque no posee un Plan correcto de Supervisión y Monitoreo por lo que se requiere la capacitación permanente.

Se necesita capacitación médica continua, para que los médicos que desempeñan la labor diaria en la consulta lleguen a un buen diagnóstico y tratamiento de Asma en los pacientes afectados de esta patología respiratoria.

Falta de uso del Internet y páginas Web en la práctica diaria porque requieren los médicos capacitación en informática.

La Comunicación entre profesionales de la salud es importante porque conlleva a cumplir objetivos, buscar nuevas metas.

Establecer una buena relación médico - paciente para cumplir con la satisfacción del usuario y así tener un valor agregado de parte de los médicos hacia los pacientes.

La falta de Capacitación en zonas rurales debe de ser superada, para que los médicos mejoren sus conocimientos en Asma.

La falta de entusiasmo y baja autoestima de los médicos por su condición de médico general demandando una especialidad de acuerdo a las necesidades y previo estudio situacional de la población donde labora.

Los médicos con especialidad deben ser referidos a centros asistenciales de mayor complejidad para mejor manejo de patologías para no perder su potencial y autoestima.

Por la falta de Dirección, cada uno hace las cosas a su manera y esto no llega a ser lo correcto, pues se pierde control del personal.

Urteaga, R. (2006). En su Tesis titulada: “**Conocimientos**, actitudes y cumplimiento de Terapia Médica de los Padres de niños Asmáticos de 5 a 14 años del Hospital Emergencias Pediátricas Lima – Perú. Enero a Febrero del 2006”. Expresa:

La mayoría de los padres de niños asmáticos de 5 a 14 años atendidos en Hospital Emergencias Pediátricas .Lima – Perú de Enero a Febrero del 2006, tienen un nivel de conocimiento bueno(75%),una actitud positiva ante

las crisis asmáticas (94%) y un cumplimiento total de la Terapia médica indicada (60%).

Se encontró asociación estadística entre el grado de instrucción con el nivel de conocimientos de los padres de niños asmáticos de 5 a 14 años atendidos en Hospital Emergencias Pediátricas Lima Perú de Enero a Febrero del 2006 ($p < 0.05$)

Se encontró asociación estadística entre el grado de instrucción y las actitudes ante las crisis de los padres de niños asmáticos de 5 a 14 años atendidos en Hospital Emergencias Pediátricas .Lima –Perú de Enero a Febrero del 2006 ($p < 0.05$)

No se encontró asociación estadística entre grado de instrucción y el cumplimiento de la terapia médica de los padres de niños asmáticos de 5 a 14 años atendidos en Hospital Emergencia Pediátricas. Lima – Perú de Enero a Febrero del 2006 ($p > 0.05$)

No se encontró asociación estadística entre el nivel de conocimiento sobre el Asma y el número de crisis asmática al año en niños asmáticos de 5 a 14 años atendidos en Hospital Emergencia Pediátrica. Lima –Perú de Enero a Febrero del 2006 ($p > 0.05$)

No se encontró asociación estadística entre el cumplimiento de la Terapia Médica y el número de crisis asmática al año en niños asmáticos de 5 a 14 años atendidos en Hospital Emergencia Pediátrica Lima – Perú de Enero a Febrero del 2006 ($p > 0.05$)

Comentario

La mayoría de los padres de niños asmáticos de 5 a 14 años, tienen un nivel de conocimiento bueno con 75%, una actitud positiva ante las crisis asmáticas con 94% y un cumplimiento total de la Terapia médica indicada con un 60%.

El grado de instrucción de los padres de niños asmáticos se correlacionó con el nivel de conocimiento de la enfermedad respiratoria. Es sabido que conocer sobre el tema de asma mejora la comprensión de la terapia en esta enfermedad.

El grado de instrucción de los padres se correlacionó con las actitudes ante la aparición de las crisis o exacerbaciones de asma en los niños

de 5 a 14 años para una buena decisión en cuanto a la evolución de la enfermedad.

En el presente trabajo no se encontró asociación estadística entre el grado de instrucción y el cumplimiento de la terapia médica de los padres de niños asmáticos de 5 a 14 años.

La autora refiere que no se encuentra asociación estadística entre el nivel de conocimiento sobre el Asma y el número de crisis asmática al año en niños asmáticos de 5 a 14 años esto porque las exacerbaciones se presentan por la presencia de factores de riesgo en el niño.

Igualmente no se encontró asociación estadística entre el cumplimiento de la Terapia Médica y el número de crisis asmática al año en niños asmáticos de 5 a 14 años porque las exacerbaciones de asma se presentan por los factores de riesgo que tenga el niño.

De Zubiría, E. (2004:709). En su libro titulado “AsmaBronquial”. **Refiere:** “Para que un tratamiento de asma bronquial tenga una adecuada utilidad, se requiere lograr una especial adherencia terapéutica y para ello es indispensable que se cumplan tres condiciones, como son disciplina, paciencia y constancia. Hay que tenerla en la administración de los medicamentos en las cantidades y horarios lo más exactos posibles y por el tiempo requerido. Mientras más disciplina, mayores posibilidades de mejorar y menor tiempo recibiendo medicamentos; mientras menos disciplina, lo contrario. Paciencia. Es fundamental lograr que los padres del niño entiendan que éste es un tratamiento cuyos resultados no se ven de un día a otro y que es fundamental entender que la forma de precisar qué tanta mejoría hay es ver qué tanto se van logrando períodos más largos libres de síntomas y que cuando se enferma, los períodos sean cada vez más cortos. Constancia. Hay que tenerla para mantener el tratamiento por el tiempo indicado así los padres sientan que el niño está bien; porque lo que usualmente pasa es que cuando los padres consideran que su niño está mejor, lo identifican como una situación de estar bien y, al no tener claro la justificación de los medicamentos, los suspenden y se pierde todo el esfuerzo que se ha hecho para lograr un proceso de control progresivo de su problema asmático”.

Oblitas, L. (2010: 115, 116) En su libro titulado “Psicología de la Salud /Health Psychology”. **Refiere:** “El planteamiento de una intervención debe centrarse tanto en los factores de riesgo tradicionales como en los emocionales .Toda intervención preventiva que pretenda ser eficaz, debe, por tanto, tratar ambos tipos de factores de riesgo y no circunscribirse sólo a uno de ellos.

Todas las personas que vayan a participar en un programa de prevención de asma deben ser evaluadas en cada uno de los factores de riesgo en él especificados a fin de que sean incluidos o excluidos en cada uno de los módulos que configuran la intervención. A continuación, se conforma un primer bloque de intervención sobre los factores de riesgo tradicionales , en los que debe intervenir con un módulo específico ,sólo en el caso de que tales factores estén presentes en una determinada persona ; luego se constituye un segundo bloque de intervención sobre los factores emocionales que , típicamente se centran en el módulo de tratamiento . Por ultimo todas las personas deben someterse a un seguimiento para evaluar la eficacia de la intervención.

Gómez JF, Gómez LF y Quevedo A. (2008: 222 ,223) En su libro titulado “Pautas de Tratamiento en Pediatría”. Indican: “La Educación del paciente y sus familiares, en todo lo concerniente al tratamiento del asma, es absolutamente esencial, para conseguir el objetivo primordial: el control total de la enfermedad.

Múltiples trabajos han demostrado que la educación acerca del asma mejora la sintomatología y disminuye la gravedad, el número de exacerbaciones, las visitas a urgencias y el número de hospitalizaciones.

Los componentes de los programas de educación son: Formación, conocimientos del asma. Adquisición de habilidades: monitorear los síntomas del asma y los valores con el medidor de pico –flujo. Revisiones periódicas por parte del médico o la enfermera, con evaluación del asma y revisión del tratamiento.

Plan de acción escrito e individualizado autocontrol y ajuste de medicación por el propio paciente, en caso de exacerbación o empeoramiento del asma.

El objetivo final de dicha educación es que el niño que padece asma tenga calidad de vida , o sea , que pueda disfrutar de todo , ejerciendo sus actividades deportivas ,juegos lúdicos , y que no se restrinja en los alimentos, incluyendo los helados conos y paletas .

2.2. Bases Teórico – Científicas

2.2.1. Teorías

2.2.1.1. Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planificada de Fishbein y Ajzen.

Esta Teoría subraya el papel de los factores cognitivos motivacionales como determinantes de la conducta de salud en general. El interés de esta teoría fue el de establecer un modelo que tuviera un mejor poder predictivo de la conducta en función del estudio de las actitudes. Lo realmente relevante de Fishbein y Ajzen, es defender la idea de que nuestras creencias determinan nuestras actitudes y nuestras normas subjetivas y, por ello, aunque de forma indirecta, determinan nuestras intenciones y conductas.

Al aplicar el modelo al estudio de los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad, sus autores argumentan que las personas recogen del medio la información que consideran suficiente sobre los riesgos para la salud y los beneficios y consecuencias de llevar a cabo o no determinadas conductas. El elemento principal como antecedente de la conducta es la intención conductual, de la cual depende tanto la ejecución de la conducta motivada, como la intensidad con la que se lleve a cabo. La intención está determinada a su vez por dos variables: una personal referida a la actitud personal hacia la conducta (evaluación favorable o desfavorable por parte del sujeto de esa conducta) y una variable social referida a las expectativas que, respecto a esa conducta, el sujeto percibe en su medio social (presión social que le induce a realizar o no realizar cierta conducta)

denominada influencia social normativa o norma subjetiva (Anexo n°03)

Posteriormente, Ajzen (1985, 1991) agregó al modelo una nueva variable, el grado de control percibido sobre la conducta, con la pretensión de que el modelo pudiera predecir conductas sobre las que los individuos tienen un control volitivo incompleto (no depende únicamente de la voluntad del sujeto para realizarlas) El control percibido se refiere a la percepción de dos tipos de obstáculos: los que se refieren a la falta de habilidades o competencias del sujeto para llevar a cabo la conducta y los obstáculos situacionales, tales como las oportunidades y los recursos disponibles para ejecutar la conducta. La conducta motivada se ejecutará eficazmente si existe la intención y la posibilidad de realizarla.

En síntesis, la Teoría de Acción Razonada establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer y la percepción que tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer.

Las teorías de la Acción Razonada y la de la Acción Planificada fueron desarrolladas con el objetivo de explicar el comportamiento social, aplicándose más tarde al ámbito de la salud, con el propósito de explicar por qué las personas ponen en práctica determinadas conductas de salud.

Realizar ejercicio de forma regular ,llevar una dieta equilibrada , utilizar los servicios de salud , conservar el ecosistema ,promover un estilo de vida sin tabaco , prevenir el consumo de drogas y alcohol ,someterse de

forma periódica a pruebas médicas orientadas a la prevención precoz del cáncer ,adoptar comportamientos de seguridad en el trabajo ,llevar a cabo prácticas sexuales preventivas del contagio de enfermedades de transmisión sexual (sobre todo SIDA), conducir de forma segura vehículos de motor ,proveer cuidados de salud , prevenir las exacerbaciones de asma como es el estudio del presente trabajo de investigación .

Estas teorías consideran que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes, estén o no relacionados con la salud, están bajo control volitivo de la persona, siendo el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano la intención de llevarlo o no a cabo. Ahora bien , esto no significa que siempre se dé una perfecta correspondencia entre la intención y el comportamiento , sino simplemente que una persona actúa por lo general de acuerdo con su intención , salvo que se presenten acontecimientos imprevistos .

La intención de realizar o no una conducta está determinada, según la teoría de la Acción Razonada, por dos factores, uno personal y otro de carácter social o cultural: El factor personal es la actitud hacia la conducta, es decir, la evaluación positiva o negativa que el individuo hace sobre la realización del comportamiento y los resultados obtenidos. Se refiere al juicio que la persona emite sobre si considera bueno o malo llevar a cabo la acción.

El segundo determinante de la intención es la percepción que tiene la persona acerca de las presiones sociales que se ejercen sobre ella para que realice o no la acción en

cuestión. Dado que se trata de prescripciones percibidas, este factor se denomina norma subjetiva.

Se supone que las personas intentan hacer algo cuando creen que otras personas importantes para ellas piensan que deberían hacerlo.

La actitud hacia la propia conducta es estimada, por una parte, por las creencias que posee la persona acerca de la probabilidad de que la realización de un determinado comportamiento da como resultado una serie de consecuencias específicas, y por otra parte, por la evaluación subjetiva de dichas consecuencias o resultados. En términos generales, esta actitud es favorable cuando la mayoría de las creencias sobre el propio comportamiento se basan en las consecuencias positivas, y será desfavorable cuando la mayoría de dichas creencias se fundamenten en los efectos negativos.

La norma subjetiva del individuo indica su percepción acerca de la presión social que se ejerce sobre él para que realice o no una determinada conducta.

En términos generales, un individuo percibe la presión del medio social que lo llevará a ejecutar una determinada conducta cuando cree que la mayoría de los referentes sociales relevantes con quienes está motivado para cumplir piensan que él debería llevar a cabo dicho comportamiento.

A la inversa, la norma subjetiva de una persona presionará para que ésta evite ejecutar una conducta dada cuando crea que la mayoría de las personas o grupos significativos con los que está motivada para

cumplir piensan que ella no debería desempeñar dicho comportamiento.

Se conoce con el nombre de teoría de la conducta planificada, la reformulación que Ajzen hizo de esta teoría; añadiendo a la estructura conceptual de la misma, como factor determinante, el grado de control percibido por la persona sobre su propia conducta. La teoría de la conducta planificada sostiene que para que una persona desarrolle la intención de llevar a cabo una conducta saludable, es necesario, además de una actitud positiva y de la presión social, que se sienta capaz de llevarla a cabo y que tenga garantías de que dicho comportamiento le ayudará a obtener el resultado deseable.

La teoría de Fishbein y Ajzen identifica un conjunto de conceptos que se supone que explican las relaciones o la falta de ellas entre cualquier variable externa y cualquier clase de conducta que esté bajo el control voluntario de una persona.

Estas teorías se han aplicado con éxito para predecir un gran número de conductas de salud, mejorando y completando algunos aspectos del modelo de creencias sobre la salud. En concreto, la teoría de la Acción Razonada y Planificada facilita el análisis en la toma de decisiones en materia de salud, al separar las creencias de las actitudes y subrayar la importancia que tiene la influencia de los otros significativos sobre la intención de actuar del individuo. Además, reconoce la laguna entre la intención de actuar y la actuación misma, y permite expresar en términos matemáticos la relación entre creencias, actitudes, factores normativos, intención y conductas de salud, no obstante, esta mayor complejidad

dificulta su operacionalización, lo que en opinión constituye su principal limitación .

2.2.1.2. Teoría del Modelo de creencia sobre la Salud Formulado Primero por Hochbaum y reformulado con posterioridad entre Otros por Rosenstock y Rosenstock y Kirsch.

Esta Teoría busca una explicación a la falta de participación pública en los programas de detección precoz y prevención de enfermedad. Posteriormente el modelo fue adaptado para tratar de explicar una variedad de conductas de salud, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad o el cumplimiento del paciente con los tratamientos y las recomendaciones médicas.

Este modelo está basado en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado básico es que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado. Para evitar o disminuir comportamientos de riesgo, tales como fumar, beber alcohol y consumir drogas. Para instaurar o aumentar comportamientos protectores de la salud tales como: utilizar equipos de seguridad y protección en el trabajo, realizar ejercicio físico de forma regular, alimentarse de forma saludable, mantener relaciones sexuales seguras, someterse a exámenes médicos periódicos para la detección precoz del cáncer, usar de forma correcta los servicios de urgencia ,y favorecer la adhesión al tratamiento .

Se fundamenta en la Teoría del valor esperado y en las Teorías acerca de la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre. Sugiere que una persona adoptará o no una acción de salud en función de su grado de interés respecto a la problemática de la salud (motivación de la salud) y de las percepciones sobre:

1. Susceptibilidad o vulnerabilidad a la enfermedad gravedad percibida de las consecuencias en caso de contraerla.
2. Beneficios potenciales de la acción respecto a la prevención o reducción de la amenaza y de la gravedad percibidos.
3. Los costes o barreras físicas, psicológicas, económicas, etc., de llevar a cabo la acción.

Asimismo, sostiene que es necesario que existan claves para la acción que desencadenen el proceso que conduce a la realización del comportamiento de salud apropiado. Además, hay que tener en cuenta una serie de factores modificadores (culturales, sociodemográficos, psicológicos, etc.) que pueden influir en el proceso, pero que no están relacionados en términos causales con éste. Dentro de sus elementos constituyentes tenemos:

- a) susceptibilidad percibida: se refiere a la probabilidad o vulnerabilidad percibida de padecer una enfermedad: se trata del riesgo subjetivo, tal y como lo percibe la persona.
- b) gravedad percibida: probabilidad de verse afectado por la enfermedad o de no recibir tratamiento. Esta variable incluye distintas dimensiones: gravedad clínica, interferencia con las actividades cotidianas, impacto sobre la propia apariencia, efectos sobre el trabajo, la vida familiar, las relaciones sociales, etc.

c) costes y beneficios percibidos: esta variable hace referencia a la estimación que la persona hace de los beneficios que obtendría realizando la acción saludable frente a los costes o barreras implicados en ello, tales como los gastos económicos que supone o sus posibles efectos secundarios. El sentirse susceptible de contraer una enfermedad que es percibida como grave produce una fuerza que lleva a la acción, pero no especifica el curso de acción que se tomará.

La dirección de la acción está influida por las creencias sobre la efectividad de las alternativas existentes para reducir la amenaza. Por tanto, se evalúan los beneficios y los costes de las distintas alternativas. Se considera que una alternativa es beneficiosa si se relaciona de forma subjetiva con una disminución de la susceptibilidad o gravedad percibida. En caso de que los costes sean elevados y los beneficios, mínimos, no se adoptará la conducta de salud apropiada. Por el contrario, si los costes son bajos y los beneficios, altos, entonces sí que se adopta la conducta de salud. Por último, en el caso de que ambos, beneficios y costes, sean elevados, lo más probable es que la persona se implique en conductas que no reducen la amenaza.

d) claves para la acción: Las campañas de salud en los medios de comunicación social, son un ejemplo de evento externo como los síntomas son de los eventos internos. Algo debe ocurrir para disparar las percepciones de susceptibilidad y gravedad y, para que estas acaben en una acción de salud; es decir, el modelo requiere el concurso de eventos que desencadenen el proceso hasta llegar a la acción de salud. Tales eventos pueden ser internos y externos. El modelo predice que cuando la

susceptibilidad y gravedad percibidas sean bajas, será necesario que la clave para la acción sea intensa, en cambio, si la vulnerabilidad y gravedad percibidas son elevadas, una clave para la acción poco intensa puede ser suficiente para disparar la acción de salud.

e) factores modificadores: Este modelo considera que los factores culturales, sociodemográficos, psicológicos, etc., pueden influir sobre las conductas de salud.

2.2.1.3. Teoría del Proceso de Acción a favor de la Salud de Schwarzer

Considera que la adopción de precauciones o el cambio de hábitos de riesgo para la salud deben ser vistos como un proceso de autorregulación divisible en varios estadios; uno de motivación, en el que se forma la intención de cambio, y otro de acción o mantenimiento.

La formación de una meta o intención de conducta está influida por 3 grupos de variables cognoscitivas:

- 1) las percepciones de riesgo
- 2) las expectativas de resultados
- 3) la autoeficacia percibida.

Las percepciones de riesgo incluyen las propias percepciones de vulnerabilidad y la gravedad percibida de una enfermedad o de un suceso crítico. En ocasiones, estas percepciones de riesgo están distorsionadas y reflejan un sesgo optimista que conduce a subestimar el riesgo objetivo. Pese a lo cual, cierto grado de amenaza puede tener un valor motivacional en el proceso de toma de decisiones. Las expectativas de resultados representan el conocimiento de que un determinado comportamiento conduce a unos determinados

resultados. Dicha contingencia está mediada por la amenaza, de manera que ésta puede estimular la adquisición del conocimiento específico de la contingencia. Las personas aprenden a considerar las acciones como causa de los sucesos y confían en la posibilidad de cambiar las conductas de riesgo, pero la confianza en las consecuencias dependientes de la acción no supone necesariamente que las personas se consideren a sí mismas como agentes de cambio.

Es posible diferenciar las creencias de autoeficacia de las creencias medios-fines (expectativas de resultados); mientras que las primeras se refieren a una atribución causal interna de las acciones, las segundas hacen referencia a las consecuencias más probables que producirán las acciones. Por ejemplo una persona puede estar convencida de que abandonar el tabaco daría como resultado un mayor nivel de salud y la neutralización del riesgo de padecer un cáncer de garganta (expectativa de resultado), y esta misma persona cree que no es capaz de llevar a cabo las acciones oportunas para ello (expectativa de eficacia o autoeficacia).

Por tanto, las expectativas de resultados determinan la intención, bien de forma directa o bien de forma indirecta a través de la autoeficacia percibida.

Tres son los factores determinantes en esta fase:

- Uno de carácter conductual (plan de actuación)
- Otro de carácter cognitivo (autoeficacia o control de la acción)
- Un tercero de carácter situacional, que hace referencia a las barreras y recursos externos.

De todos ellos, el factor central es el cognitivo que instiga y controla la acción; se trata de un proceso de autorregulación que se subdivide en 2 etapas: planes de acción y control de la acción.

En la primera etapa, la intención de llevar a cabo una conducta saludable y particular es transformada en instrucciones precisas sobre el modo de ejecutarla. Por ejemplo, la intención de perder peso debe transformarse en un plan. Este proceso se verá facilitado por las creencias de autoeficacia que ayudarán a la persona a generar diferentes maneras de llevar a cabo la acción deseada (estrategia). Una vez que se ha iniciado la acción, hay que mantenerla, por lo que el segundo paso es el control de la acción que también está vinculado al sentido de la autoeficacia.

El modelo asume que la clave para un exitoso control de la acción es el autorreforzamiento. La acción de conductas de salud presenta un serio problema que tiene que ver con el gradiente de reforzamiento. Al adoptar una determinada conducta de salud hay que considerar también otras variables situacionales como son las barreras y el contexto social.

2.2.2. Programa De Salud

2.2.2.1. Definición

Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y

garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

Por lo general, un programa de salud consta de diversas partes la misión que cumplirá el programa. Después se realiza un diagnóstico de la situación actual, que puede incluir una síntesis de evaluación de planes similares que se hayan desarrollado con anterioridad.

Tras el diagnóstico, se presenta el plan (con la programación de actividades) y, en ocasiones, también se detallan las conclusiones respecto a los resultados que se esperan conseguir.

Por lo tanto, el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

2.2.2.2. Tipos de Programas de Salud

Existen distintos tipos de programas de salud. Un programa de salud puede ser nacional, provincial o municipal. Los programas también pueden estar destinados a satisfacer las necesidades de un campo específico de la salud. En este sentido, pueden mencionarse a los:

Programas de salud reproductiva: Que pretenden realizar acciones de consejo y orientación general, prescripción y entrega de anticonceptivos (preservativos, pastillas, dispositivos intrauterinos).

Los programas de control de tabaco: Por su parte, difunden información sobre los peligros del consumo y sus consecuencias para la salud.

La salud pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concientización, la educación y la investigación. Para esto, cuenta con la participación de especialistas en medicina, biología, enfermería, sociología, estadística, veterinaria y otras ciencias y áreas.

El desarrollo de la salud pública depende de los gobiernos, que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados objetivos. Entre las funciones de la salud pública, se encuentran la prevención epidemio-patológica (con vacunaciones masivas y gratuitas), la protección sanitaria (control del medio ambiente y de la contaminación), la promoción sanitaria (a través de la educación) y la restauración sanitaria (para recuperar la salud).

Los organismos de la salud pública deben evaluar las necesidades de salud de la población, investigar el surgimiento de riesgos para la salud y analizar los determinantes de dichos riesgos. De acuerdo a lo detectado, deben establecer las prioridades y desarrollar los programas y planes que permitan responder a las necesidades.

La salud pública también debe gestionar los recursos para asegurar que sus servicios llegarán a la mayor cantidad de gente posible. La salud pública no puede ofrecer servicios

de avanzada para ciertas personas y descuidar las condiciones de salud del resto, ya que parte de un principio comunitario y no personal. Al depender del Estado, la salud pública no debería hacer distinciones entre los habitantes de una misma región.

En el presente trabajo de investigación proponemos un programa de salud en enfermedad respiratoria crónica como es el asma para disminuir las exacerbaciones y que el paciente tenga un mejor control en su tratamiento, llegar a concientizar al paciente crónico.

2.2.3. Intervención Educativa

2.2.3.1. Concepto De Intervención

La intervención es el elemento nuclear de todo proceso de enseñanza- aprendizaje. Cualquier intervención parte de una evaluación previa, a la que sigue un entrenamiento estratégico que finaliza con una evaluación final, útil para contrastar la eficacia de todo el procedimiento desarrollado.

En muchos momentos aprendemos que es lo que nos incomoda o que es lo que nos gusta, y delante de que estímulos reaccionamos bien o no tan bien. Muchos de nosotros decidimos como afrontar las diferentes situaciones pero, a menudo, no todos sabemos cómo hacerlo o no lo hacemos de la manera más adecuada. La intervención ayuda en estas situaciones.

2.2.3.2. Definición de Intervención Educativa.

Es una estrategia puesta en acción cuyo proceso-objeto se intenta mejorar o cambiar en un contexto sociocultural determinado, bajo expresiones singulares de la voluntad y /o el deseo del sujeto o de los sujetos y /o de las instituciones que inciden multifactorialmente en él.

2.2.3.3. Concepciones de Intervención Educativa.

Concepto de Intervención Educativa según el análisis institucional.

- Como una forma de abordar la tensión entre lo instituyente y lo instituido.
- Como un método para poner en acción las relaciones entre el orden del deseo, de la voluntad, de lo normativo, del dinero, de lo jerárquico con la intención de mejorar el ambiente y los procesos de la institución.
- Como una forma de pensar, sentir y actuar que tiene como punto de partida la institución como una expresión sociocultural, polisémica, singular y normativa.

Concepto de Intervención Educativa según el Psicoanálisis.

- Como una forma de abordar la tensión entre el principio del placer y el instinto de muerte.
- Como un método para hacer consciente lo inconsciente, explícito lo implícito, visible lo invisible con la intencionalidad que el sujeto está en la posibilidad de actuar mejorando aquello que lo hace sentirse culpable en el mundo.
- Como una forma de colaboración con el o los otros para tomar una distancia necesaria en relación a las problemáticas que se viven.

Concepto de Intervención Educativa según el socio psicoanálisis.

- Como una forma de abordar el movimiento de apropiación del acto institucional. Apropiarse del acto voluntario y consciente que realizan los sujetos en la vida institucional.

- Como un método para hacer consciente los procesos de familiarización de los actos sociales, en este caso de los actos institucionales.
- Como una forma de intervenir en donde se interpretan las angustias individuales, colectivas e institucionales para identificar las líneas de fractura institucional y actuar sobre ellas.

Concepto de Intervención Educativa según la re conceptualización del trabajo social:

- Como una forma de intervención buscando la superación del asistencialismo social.
- Como método colectivo que reconoce el capital social de los sujetos y grupos participantes en una comunidad.
- Como conjunto de acciones que consideran como propósito central el mejoramiento de la comunidad.

Concepto de Intervención Educativa según la psicopedagogía.

- Como una forma de colaborar en el desarrollo infantil mejorando la zona próxima de desarrollo
- Como un mecanismo para incluir a los sujetos con capacidades distintas a los ámbitos escolares, familiares, laborales, comunitarios y sociales.
- Como un método para diagnosticar considerando los aspectos psicológicos propios del desarrollo y los ámbitos socioculturales que influyen en esos procesos.

2.2.3.4. Ámbitos de Intervención Educativa Y Problemas De La Sociedad Posmoderna

Educación inicial

- Situación de riesgo entre las atenciones prenatales y su incorporación al sistema escolar.

Educación inclusiva.

- Situaciones de riesgo de dejar excluidos a sujetos que pueden incorporarse a los ámbitos de la sociedad contemporánea.

Educación intercultural.

- Se interviene en situaciones que provocan la discriminación y o el racismo desde los grupos no indígenas o minoritarios.

Educación para jóvenes y adultos

- Creación de culturas juveniles distintas y atención a población que crece en su envejecimiento.

Ámbitos emergentes

- De las necesidades sociales, a las competencias profesionales, a la intervención educativa.

Orientación educacional.

- Situaciones que emergen por el mayor dinamismo de los procesos sociales

Gestión educativa

- Mayores necesidades de organizar y gestionar los proceso educativos y sociales

2.2.4. Exacerbación de Asma

2.2.4.1. Definición de Asma

Es un desorden crónico inflamatorio de las vías aéreas en que participan muchas células y elementos celulares. La

inflamación crónica está asociada con hiperrespuesta de las vías aéreas que conduce a episodios recurrentes de sibilancias, dificultad al respirar, dolor opresivo en el pecho, y tos particularmente por las noches o por las madrugadas. Estos episodios están usualmente asociados a extensos pero variable obstrucción de las vías aéreas dentro del pulmón que es frecuentemente reversible espontáneamente o con tratamiento.

Asma es un trastorno definido por características clínica, fisiológica, y patológica. El aspecto predominante de la historia clínica es la respiración difícil episódica, particularmente en la noche, frecuentemente acompañado por tos. Sibilancias se auscultan durante el examen físico y es el hallazgo más común.

El principal aspecto fisiológico de Asma es la obstrucción episódica de las vías aéreas caracterizada por limitación espiratoria de vías aéreas. El aspecto patológico dominante es la inflamación, asociada algunas veces con cambios de la estructura de las vías aéreas.

El Asma tiene componentes significativos genéticos y ambientales, pero desde que su patogénesis no está clara, mucho de su definición es descriptiva.

Hay gran evidencia que las manifestaciones clínicas de Asma (síntomas, alteraciones del sueño, limitaciones de actividades de la vida diaria, deterioro de la función pulmonar, y uso de medicamentos de rescate) pueden ser controlados con apropiado tratamiento. Cuando el Asma está controlada, no debería haber más que recurrencias ocasionales de los síntomas y las exacerbaciones severas deberían ser raras.

2.2.4.2. Prevalencia, Morbilidad y Mortalidad de Asma

Asma es un problema mundial, con un estimado de 300 millones de personas afectadas. A pesar que cientos de reportes sobre la prevalencia de Asma en poblaciones extensas diferentes, la falta de una definición precisa y universalmente aceptada de Asma hace confiable comparación de prevalencia reportada desde partes diferentes de problemas mundiales. Sin embargo, basado sobre la aplicación de métodos estandarizados para medir la prevalencia de Asma y enfermedad sibilancias en niños y adultos, parece que la prevalencia global de Asma registra de 1% a 18% de la población en diferentes países. Hay gran evidencia que la prevalencia de Asma está incrementando en algunos países y tiene recientemente incrementado pero ahora puede estabilizarse en otras. En todo el mundo anualmente las muertes por Asma han sido estimadas en 250,000 y la mortalidad no parece correlacionar bien con prevalencia.

Hay datos insuficientes para determinar las causas de las variaciones descritas en la prevalencia dentro de las poblaciones.

Factores sociales y económicos están integrados para la comprensión del Asma y sus cuidados. Ausencia a clases escolares y faltas al trabajo son reportados como consecuencias sociales y económicos de Asma en los estudios de la región Asia-Pacífico, India, América Latina, El Reino Unido, y Los Estados Unidos.

Los costos monetarios de Asma, como estimado en una variedad de cuidados de salud incluye aquellos de Los Estados Unidos y El Reino Unido son substancial.

Los costos por Asma dependen del nivel de control del paciente y la extensión que las exacerbaciones son evitadas. El tratamiento de Emergencia es más costoso que el tratamiento planificado.

2.2.4.3. Factores que precipitan el Asma

2.2.4.3.1. Factores del Huésped

Genéticos

Genes pre-disposición a atopia

Genes pre-disposición a hiperrespuesta de vías aéreas

El Asma tiene un componente hereditario, pero no es simple. Datos actuales demuestran que múltiples genes pueden estar involucrados en la patogénesis de Asma, y diferentes genes pueden estar envueltos en diferentes grupos étnicos. La búsqueda de genes ligados en el desarrollo de Asma tiene centrado en cuatro áreas mayores: producción de anticuerpos específicos IgE (atopía); expresión de la hiperrespuesta de las vías aéreas; generación de mediadores inflamatorios, tales como citoquinas, quimiocinas, y factores de crecimiento; y la determinación de la proporción entre Th1 y Th2.

Estudios en familiares y el análisis de la asociación caso-control han identificado un número de regiones cromosómicas asociados con susceptibilidad de Asma. Por ejemplo, una tendencia para producir un nivel elevado del gE en suero es heredado con la hiperrespuesta de las vías aéreas, y un gen o genes gobiernan la hiperrespuesta de

las vías aéreas está localizado cerca al lugar que regula los niveles de IgE en suero en cromosoma 5q.

Obesidad

Sexo

El sexo masculino es un factor de riesgo para Asma en niños. Antes de la edad de 14 años, la prevalencia de Asma es cercanamente a dos veces más en niños que en niñas. Como los niños crecen la diferencia entre los sexos se reduce, y en la adultez la prevalencia de Asma es mayor en mujeres que en varones. Las razones para las diferencias entre sexo no está clara. Sin embargo, la medida del pulmón es pequeña en hombres que en mujeres al nacimiento, pero grande en adultos. La prevalencia de asma en la infancia es mayor en varones que en mujeres (2:1 varones: mujeres), pero esta relación se invierte progresivamente a partir de los 15 años. Hay varias teorías que tratan de explicar por qué las mujeres ingresan más que los varones a pesar de una prevalencia similar: por una mayor gravedad de la enfermedad como consecuencia de mecanismos hormonales, por diferencia en el tamaño de la vía aérea, por un incremento de la percepción de la obstrucción en mujeres, por una mayor exposición y atopia a alérgenos de interior, incluso por un tratamiento menos adecuado debido al comportamiento tanto del paciente como del médico, o por desigualdades sociales. Tampoco parecen tener una relación relevante las variaciones estacionales. (Melero, C. & López-Viña, A. & García-Salmones, M. & Cisneros, C. & Jareo, J. & Ramírez, M. (2012))

Estos datos apoyan la idea que principalmente solo factores implícitos en ser mujer intervienen en un mayor

riesgo para la hospitalización. Las influencias hormonales se han relacionado con la gravedad del asma y la utilización de recursos, planteándose hipótesis de justificación en la etapa del climaterio. El rango etario entre 40-60 años engloba de forma general las fases pre y posmenopáusica que se corresponden con este periodo de tiempo transicional de la mujer consecuencia del agotamiento ovárico. Algunos estudios señalan que la terapia hormonal sustitutiva aumenta el riesgo de asma. En nuestro caso este dato no ha sido recogido, motivo por el que no puede ser analizado. (Pérez, L. & Carballada, F. & Castro, O. & Pizarro, M. & Vázquez, M. & Balóira, A. (2010))

2.2.4.3.2. Factores ambientales

Alérgenos

Dentro de casa: ácaro doméstico, animales (perros, gatos, ácaros), cucaracha, hongo, mohos, levaduras.

Fuera de casa: polen, hongo, mohos, levaduras

Infecciones: predominantemente viral

Sensibilizadores ocupacionales

Humo de tabaco

Fumador pasivo

Fumador activo

Contaminación del aire dentro/fuera de casa

Dieta

Díez JL. (2000) .En su libro titulado “Problemas Clínicos en Neumología”. **Indica:** Los estímulos capaces de desencadenar el broncoespasmo en el Asma:

I.-Alérgenos aerotransportados

Pólenes Hongos

Polvo doméstico (ácaros)

Son con frecuencia inductores y desencadenantes. Los pacientes deben estar expuestos a los alérgenos bastante tiempo para provocar un estado de sensibilidad. Una vez ocurre esto, la exposición a pequeñas cantidades de alérgeno puede provocar broncoespasmo.

II.- Medicamentos

AINES:

- Salicilatos: Aspirina, Diflunisal, Ácido salicílico
- Ácidos policíclicos: Indometacina, Sulindaco, Tolmetina
- Ácidos arilalifáticos: Naproxeno, Diclofenaco, Fenoprofeno, Ibuprofeno, Ketoprofeno, Ácido tiaprofénico
- Ácidos enólicos: Piroxicam
- Fenamatos: Ácido mefenámico, Ácido flufenámico, Ácido ciclofenámico
- Pirazolonas: Aminopirina, Noramidopirina, Sulfinpirazona, Fenibutazona

Beta-bloqueantes:

Aditivos medicamentosos y alimentarios:

Metabisulfitos .Derivados de la tartracina

III.-Contaminantes Ambientales .Dióxido de Azufre

IV.- Agentes ocupacionales y lugares de trabajo en los que suelen aparecer

Productos químicos inorgánicos: Sales de platino y vanadio (en refinerías), sales de níquel (revestimiento de níquel), sales de cobalto (pulidores de diamante), fluoruro de aluminio (manufacturas), persulfato (empleadas de

peluquería, perfumería, etc), gases de soldadura, sales de cromo (soldadores)

Productos químicos orgánicos: En manufactura de medicamentos: Antibióticos, piperazina, metildopa, salbutamol, cimetidina.

En trabajadores de hospital (desinfectantes): cloramina, sulfatiazol, razina, formaldehído, glutaraldehído

En la industria plástica: diisocianato de tolueno, diisocianato de exametilo, difenilisocianato, anhídrido ftálico, anhídrido trimelítico, hexametil tetramina

Procesado de caucho: formaldehído, etilendiamina, anhídrido ftálico Pintura de automóviles (disocianatos de dimetiletanolamina). Fundiciones (productos de reacción) Anestesistas (enflurane) Teñido de pieles (diaminoparafenileno)

Proteínas animales: Procesadores de alimentos: aceites de pescado, proteínas de huevo, enzimas pancreáticas, papaína, amilasa. Granjeros y comerciantes de aves: ácaros, plumas, excrementos de aves Trabajadores de graneros: Ácaros, aspergillus, pólenes .manufacturas de detergentes (enzimas de bacillus subtilis) .Trabajadores de la seda (larvas y mariposas de los gusanos de seda)

Proteínas vegetales: Panaderos (harina, amilasa) Procesadores de alimentos (polvo de café, té). Agricultores (polvo de grano de soja) Trabajadores portuarios (polvo de grano-moho, insectos, etc Trabajadores textiles del algodón (polvo de algodón) Enfermeras (látex) Manufactura de laxantes (ispagula, psilio) Carpinteros, ebanistas, trabajadores de serrería (polvos de madera,

cedro, caoba, roble, etc) Soldadores eléctricos (resina de pino)

V. Infecciones respiratorias

Virus (sincitial respiratorio, influenza, para influenza, rinovirus)

ClamidiaBacterias

VI.-Ejercicio físico Especialmente en ambiente frío y seco

VII.-Reflujo gastroesofágico

El broncoespasmo puede ser el resultado de una aspiración o producirse a través de un mecanismo reflujo. Cada vez se concede más importancia a la influencia de la comorbilidad en la evolución y en el control del asma y se ha postulado que la identificación de estos factores debe formar parte de la evaluación rutinaria de los asmáticos, particularmente de aquéllos de control difícil. Se ha descrito una asociación entre la gravedad y respuesta al tratamiento del asma y los siguientes procesos: reflujo gastroesofágico, obesidad, disfunción de cuerdas vocales, ansiedad-depresión, rinosinusitis y hábito tabáquico. Sin embargo, la influencia de estas enfermedades sobre el curso del asma es variable y, en muchos casos, no está clara en absoluto. Teóricamente, podrían alterar el fenotipo asmático (ej: tabaquismo, ABPA), ser parte del mismo proceso fisiopatológico (ej: nasosinusitis) o bien actuar como factores de confusión en el proceso diagnóstico o en la evaluación del control del asma (ej: ansiedad y depresión). Sin embargo, la repercusión de cualquiera de estos procesos en cada paciente individual es diferente y, por lo tanto, difícilmente predecible. En un estudio se determinó que la poliposis nasal (8,8 vs 0%), el reflujo gastroesofágico (22,8 vs 8,9%) y la ABPA (9,8 vs 0%)

mostraron mayor frecuencia en los pacientes no controlados (la depresión no alcanzó la significación estadística por un escaso margen). Por contrario, se apreció que los pacientes con mal control muestran una tendencia clara a sumar varias comorbilidades al tiempo. (Pérez, L. & Carballada, F. & Castro, O. & Pizarro, M. & Vázquez, M. & Balóira, A. (2010))

VIII.-Factores psicológicos (estrés emocional)

Algunos factores psicológicos pueden incrementar el broncoespasmo en ciertos individuos. La depresión puede aumentar el riesgo de mortalidad por Asma, particularmente en niños. También se ha asociado la mortalidad por asma con el abuso de alcohol, esquizofrenia, paro, y pérdida o separación familiar.

2.2.4.4. Mecanismos en Asma

El Asma es un trastorno inflamatorio de las vías aéreas, que involucra a muchas células inflamatorias y mediadores múltiples que resulta en cambios patológicos característicos. Actualmente, esto no está bien entendido, este modelo de inflamación está asociado con hiperrrespuesta y síntomas de Asma.

Inflamación de las vías aéreas

La clínica de Asma es altamente variable y ha sido observada diferentes modelos celulares, pero la presencia de inflamación de las vías aéreas mantiene un aspecto consistente.

Células inflamatorias: mastocitos, incrementado número de eosinófilos, y número incrementado de células T lymphocytes, células dendríticas, macrófagos, neutrófilos.

Células estructurales de las vías aéreas también produce mediadores inflamatorios, y contribuye a la persistencia de la inflamación en varias vías. Tenemos: células epiteliales de las vías aéreas, células músculo liso de las vías aéreas, células endoteliales, fibroblastos y miofibroblastos, nervio de vías aéreas.

Mediadores de inflamación: alrededor de 100 mediadores diferentes están ahora reconocidos de estar involucrados en Asma: quimioquinas, cisteinilleucotrienos, citoquinas, histamina, óxido nítrico, prostaglandinas D2 (Perez, L. & Carballada, F. & Castro, O. & Pizarro, m. & Vasquez, M. & Balloira, A. (2010))

Los resultados de la inflamación sugieren una activación precoz tanto de la respuesta neutrofílica como de la eosinofílica en la exacerbación asmática, sin poder identificar un patrón inflamatorio típico dependiendo del tiempo de instauración de la crisis. El componente edematoso bronquial juega un papel importante en la patogenia de las exacerbaciones de instauración rápida, con mayor repercusión en las proteínas del plasma cuanto más se prolonga en el tiempo, y con una traducción inmediata en la obstrucción del flujo aéreo. Desde el punto de vista de las características clínicas destaca que los pacientes con una instauración de la crisis más rápida, presentan un mayor predominio de mujeres, menor proporción de desencadenantes de la crisis infecciosos, un consumo medio de corticosteroides inhalados menor, mayor proporción de corticoterapia oral y una reversión de la obstrucción bronquial (FEM) a las 24h superior, orientando hacia un perfil de paciente diferente en cuanto al impacto de la agudización de más rápida instauración

(Bellido-Casado, J. & Plaza, V. & Perpiña, M. & Picado, C. & Bardagi, S. & Martínez-Brú, C. & Torrejón, M (2010))

2.2.4.5. Diagnóstico de Asma

Los requisitos fundamentales para diagnosticar asma bronquial son los siguientes:

1. Manifestación clínica de hiperreactividad bronquial
2. Obstrucción bronquial Intermitente
3. Cambios significativos del tono bronquial en corto tiempo
4. Inflamatoria crónica de las vías aéreas

Se considerara como clínicamente asmáticos a sujetos portadores de alteraciones bronquiales obstructivas crónicas con más de 6 meses de evolución, con síntomas respiratorios obstructivos (disnea sibilante o tos irritativa) frente a estímulos como hiperventilación, ejercicio, risa, irritantes ambientales, cambios de temperatura y algunos aeroalergenos o fármacos (Beta bloqueadores, AINES) y cuyos síntomas se alivian rápidamente con Broncodilatadores o espontáneamente.

Los pacientes suelen poseer antecedentes familiares de la enfermedad o de afecciones de origen alérgico. La sospecha fundada de asma bronquial se basa en la presencia de antecedentes de anamnesis, síntomas clínicos tales como:

- Historia de asma en la infancia.
- Historia de sibilancias recurrentes.
- Historia de disnea o sensación de pecho apretado recurrentes.
- Historia de tos o disnea inducidas por risa, ejercicios, frio, irritantes.
- Alivio inmediato (15 minutos) con el uso de broncodilatador.

- Alivio espontaneo de síntomas en corto tiempo (horas).

La cronicidad de los síntomas es un elemento indispensable, siendo mayor la probabilidad de enfermedad cuanto mayor es el número de antecedentes presentes. No obstante, considerando que ningún antecedente es por si solo definitivo para el diagnóstico por su baja especificidad, la enfermedad requiere de pruebas adicionales para su confirmación. Ante elementos de sospecha clínica de la enfermedad, la presencia de uno de los siguientes hallazgos funcionales permite confirmar la presencia de asma:

1. Espirometría con alteración obstructiva ($VEF1/CVF < 70\%$) que se normaliza con 4 puff de salbutamol.
2. Espirometria obstructiva que se modifica significativamente en relación al basal del VEF1 (12% y 200ml.), después de la inhalación de 4 puff de salbutamol.
3. En ausencia de Espirometria puede recurrirse a la Flujometria mediante la medición del Flujo Espiratorio Forzado (PEF). Si este es menor o igual a 70%del valor teórico, que regresa a lo normal con 4 puff de salbutamol, el resultado sugiere el diagnóstico.
4. PEF menor o igual a 70% del valor teórico, que no se modifica significativamente con la inhalación de Salbutamol, pero que se normaliza después de una semana de tratamiento con prednisona (0,5 mg/Kg.) y después de administrar 4puff de salbutamol.
5. Sospecha clínica convenientemente fundamentada (con espirómetro o PEF normal), que mejora objetivamente sus síntomas con el uso de un broncodilatador.

2.2.4.6. Diagnóstico diferencial de Asma

El diagnóstico diferencial se debe hacer fundamentalmente frente a otras enfermedades que causan disnea o tos crónica como:

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- Enfermedades cardíacas: Insuficiencia cardíaca, valvulopatías.
- Tromboembolismo pulmonar
- Bronquiectasias, bronquitis eosinofílica, fibrosis quística
- Enfermedad pulmonar intersticial difusa atípica y extra digestiva del Reflujo Gastroesofágico.
- Aspiración u obstrucciones localizadas de la vía aérea, como tumores broncopulmonares, laríngeos o traqueales, cuerpos extraños u otros.
- Traqueomalacia, disfunción de cuerdas vocales.
- Disnea psicógena
- Tos: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina

2.2.4.7. Niveles de control del asma (GINA)

NIVELES DE CONTROL DE ASMA			
A.-Evaluación del control clínico actual (preferiblemente sobre 4 semanas)			
característica	Controlado	Parcialmente controlado	No controlado
Síntomas diarios	Ninguna(2veces o menos/semana)	más de 2 veces/semana	3 o más aspectos de asma parcialmente controlada presente en cualquier semana
Limitación de actividades	Ninguno	cualquiera	
Síntomas nocturnos	Ninguno	cualquiera	
Necesidad de tratamiento de rescate	Ninguno(2 veces o menos/semana)	Más de 2 veces/semana	
Función pulmonar (PEF ó VEF1)	Normal	Menos 80%	
B.-Evaluación de futuros riesgos(riesgo de exacerbaciones, inestabilidad,			

declinación rápida de la función pulmonar, efecto secundario)
Aspectos que están asociados con riesgo incrementado de eventos adversos en el futuro incluyen: Pobre control clínico, exacerbaciones frecuentes el año pasado, alguna vez en cuidados intensivos por asma, VEF1 bajo, exposición a humo de cigarro, dosis alta de medicamento.

Sin embargo, todos los estudios poblacionales orientados a determinar la cantidad de pacientes asmáticos que tienen un buen control de la enfermedad, muestran resultados decepcionantes.

El control del asma es el grado en el que las manifestaciones de la enfermedad están ausentes o se ven reducidas a su mínima expresión; es un concepto muy amplio pero refleja la idoneidad del tratamiento. Aunque existen diferencias entre países, los datos indican que aproximadamente el 70% de los asmáticos tienen mal controlada la enfermedad, con cifras medias del 72% en el estudio multicéntrico europeo INSPIRE. Un amplio estudio español publicado en 2008 sobre 6.518 asmáticos atendidos en atención primaria, detecta un 71,6% de casos con mal control de la enfermedad. En el reciente estudio MAGIC (Measuring Asthma GINA Control Study) sobre 1.363 asmáticos estables atendidos en consultas españolas de atención primaria, neumología y alergología, sólo el 12,7% estaban bien controlados (de acuerdo con los criterios de control definidos en GINA). Otro trabajo, realizado en el ámbito de la atención primaria española, con un diseño transversal e incluyendo a 2.159 pacientes sus resultados siguen llamando al desánimo, pues confirman que el 63,9% de los pacientes atendidos actualmente en atención primaria están mal controlados (utilizando el cuestionario de control del asma ACQ).

En los estudios que analizan el control del asma se intentan identificar las variables que se asocian con ese control deficiente, con vistas a modificarlas si ello es posible. Así, en las distintas publicaciones, se han descrito variables clínicas, demográficas, socioeconómicas y antropométricas que pueden afectar al control del asma, como sexo, raza, índice de masa corporal, tabaquismo, nivel de educación, actividad física, tratamiento y gravedad de la propia enfermedad. Incluir todas las variables que pueden afectar al control del asma haría que los estudios fuesen inabordables, por eso en cada trabajo se hace hincapié en unas variables y no en otras.

Hay un factor novedoso que se asocia con un mal control de la enfermedad: la existencia de un evento estresante reciente. Cuando los asmáticos sufren un evento estresante, la probabilidad de que el asma esté mal controlada se incrementa más del doble. Existen estudios que relacionan la ansiedad y la depresión de los pacientes con el control del asma.

Otra circunstancia que merece destacarse de los datos del trabajo que nos ocupa, es la importancia que otorga el paciente al cumplimiento terapéutico. El asma es una de las enfermedades crónicas con un nivel mayor de incumplimiento de la medicación controladora (alcanzando hasta el 70%) y sabemos que cuando el paciente no toma la medicación correctamente se incrementa el grado de inflamación de la vía aérea y se producen limitaciones funcionales, de la calidad de vida, uso de recursos médicos y en definitiva, pérdida del control del asma. Por ello todas las recomendaciones actuales del manejo del asma destacan el papel trascendental de la educación del paciente asmático.

La educación tiene como principal objetivo proporcionar al paciente los conocimientos y habilidades necesarios para mejorar su autocuidado y el cumplimiento terapéutico. Para desarrollar planes educativos eficaces es fundamental negociar conjuntamente las decisiones terapéuticas, puesto que el paciente tiene que «creer» y mostrar su conformidad con el tratamiento, es el paso previo para conseguir mejorar el cumplimiento. Todo ello nos indica la importancia para conseguir el control del asma de establecer planes educativos individualizados y negociados con los pacientes. En este aspecto de educación sanitaria la atención primaria juega un papel trascendente. Mejorar el control del asma en nuestra sociedad si ya en atención primaria se realizaran talleres de educación en asma, de forma análoga a los que se realizan para la diabetes o para reducir el riesgo cardiovascular.

En suma, si bien todos los datos demuestran que estamos muy lejos aún de tener a nuestros asmáticos bien controlados, parece que la solución podría estar en elaborar planes de educación sanitaria en asma ya desde atención primaria, con pautas terapéuticas negociadas con el paciente que estimulen su confianza y su cumplimiento con la medicación, sin descuidar el equilibrio emocional del asmático ni otros factores conductuales como el tabaquismo, la obesidad y el ejercicio físico (Gonzales, F. & De la Fuente-Cid, R. & Alvarez-Gil, R. & Tarfalla, M. & Nuevo, J. & Caamaño-Isorna, F. (2010)) El control del asma es inadecuado, generando la mayor parte de los costes de la enfermedad. La prevalencia de asma no controlada fue del 63,9% en este estudio.

En el estudio INSPIRE, donde se incluyen datos de diversos países europeos, el número de pacientes con asma no controlada alcanza el 72%, evaluado según el cuestionario Asthma Control Questionnaire (ACQ). En un estudio previo, en España en 2004, con pacientes de Atención Primaria y Consultas Especializadas, el 74% no estaban adecuadamente controlados.

La percepción que el paciente asmático tiene de la enfermedad parece lejana de la realidad; dado que entre el 45–85% de los pacientes con asma no controlada consideran que tienen un buen control de la enfermedad. Además, la deficiente percepción se asocia con peor cumplimiento terapéutico. En nuestro estudio evaluamos la importancia que el paciente concede al cumplimiento, lo cual puede considerarse un indicador de la percepción del asma, asociándose los menos perceptores con peor control de la enfermedad.

El antecedente de un evento estresante supone incrementar en más del doble la probabilidad de mal control del asma. Diversos factores psicológicos se han relacionado con el mal control del asma, pero no está definido claramente un perfil psicopatológico asociado con peor control de esta enfermedad. Es conocido que la ansiedad y la depresión son el doble de frecuentes en asmáticos que en la población general. La depresión se asocia con peor control de la enfermedad, pero no la ansiedad. Además de la alteración conductual que puede suponer la modificación del estado de ánimo, se han sugerido mecanismos fisiopatológicos comunes en los que participarían citokinas inflamatorias o la reactividad colinérgica de la vía aérea. Por otra parte, tanto la ansiedad como la depresión se asocian con actitudes negativas

hacia los medicamentos, que podrían condicionar peor cumplimiento terapéutico.

La adherencia se evalúa mediante diversas herramientas, aunque ningún método de medirla es considerado el Gold Standard. Aún en los ensayos clínicos con pacientes crónicos, donde la atención a los pacientes está protocolizada, las tasas de adherencia oscilan entre el 43–78%, a pesar de ser conocido que el cumplimiento terapéutico acorde a las guías reduce la morbilidad y mortalidad del asma. (González, F. & De la Fuente-Cid, R. & Álvarez-Gil, R. & Tafalla, M. & Nuevo, J. & Caamaño-Isorna, F. (2010).)

2.2.4.8. Exacerbación del asma

Se entiende por exacerbación o crisis, el aumento considerable de síntomas asmáticos, pese a la utilización de terapia indicada en dosis adecuadas. La severidad de estas agravaciones se evalúa según el impacto clínico y funcional. En el medio ambulatorio deben tratarse las exacerbaciones de grado leve a moderado refiriendo sin retardo, previo inicio de tratamiento, las crisis graves y aquellas con riesgo vital al medio Hospitalario o Unidades Críticas. No se debe homologar la severidad de la enfermedad con la gravedad de las exacerbaciones, pues no guardan relación. Los criterios para determinar la severidad de las exacerbaciones o crisis son los siguientes:

SEVERIDAD DE LAS EXACERBACIONES DE ASMA				
	Leve	Moderada	Severa	Paro respiratorio inminente

DISNEA	Andar Puede acostarse	Hablar Lactante: llanto más suave y corto; dificultad para alimentarse Prefiere sentarse	En reposo Inclinado hacia adelante	
HABLA CON	Oraciones	Frases cortas	Palabras sueltas	
ESTADO DE CONCIENCIA	Puede estar agitado	Usualmente agitado	Usualmente agitado	Adormecido o confuso
FRECUENCIA RESPIRATORIA	Aumentada	Aumentada	Generalmente mayor 30/ minuto	
FRECUENCIA RESPIRATORIA NORMAL EN NIÑOS DESPIERTOS:				
Edad		Frecuencia normal		
Menores de 2 meses		Menos 60/minuto		
2-12 meses		Menos 50 /minuto		
1-5 años		Menos 40/minuto		
6-8 años		Menos de 30/minuto		
MOVILIZACIÓN DE MÚSCULOS ACCESORIOS Y RETRACCIÓN SUPRAESTERNAL	Habitualmente no	presente	presente	Movimiento toracoabdominal paradójico
SIBILANCIAS	Moderadas, a menudo solo al final de la espiración	Audibles	Presentes audibles	ausentes
PULSO	Menos de 100	100-200	Mayor a 120	bradicardia
GUÍA PARA DETERMINAR LOS LÍMITES DE PULSO NORMAL EN NIÑOS				
lactantes	2-12 meses	Frecuencia normal menos de 160/minuto		
preescolares	1-2 años	Frecuencia normal menos de 120 / minuto		
escolares	2-8 años	Frecuencia normal menos de 110 /minuto		
PULSO PARADÓJICO	Ausente Menos de 10 mmHg	Puede estar presente 10-25 mmHg	Suele estar presente mayor 25mmHg (adultos) 10-40 mmHg(niños)	La ausencia sugiere fatiga de

				los músculo s respirat orios
PEF POST BRONCODILATADOR	Mas del 80%	60%-80%	Menos de 60%	
PaO2(con aire ambiental)	Normal , prueba no necesaria habitualmente	Mayor 60%	Menos 60% Posible cianosis	
PaCO2	Menos 45 mmHg	Menos de 45 mmHg	Mayor de 45 mmHg , posible insuficiencia respiratoria	
SatO2%(ambiente)	Mayor 95%	91-95%	Menos de 90%	
En niños pequeños se desarrolla la hipercabnia (hipoventilación) más fácilmente que en adultos y adolescentes				
La presencia de varios parámetros pero no necesariamente todos, indica la clasificación general del ataque.				

Un tercio de pacientes con exacerbación aguda, predominantemente, asma leve y moderada; tienen potencialmente, prevenibles razones de su presentación en emergencia.

El pobre uso de las medicinas, la falta de acceso a especialistas, falla de uso de medicinas y su revisión y pobre conocimiento del asma y su manejo conducen a la presentación de las exacerbaciones de asma.

Criterios de derivación a especialista. Deben considerarse las siguientes situaciones:

1. Imposibilidad de confirmar el diagnóstico de asma en Nivel Primario de atención en un paciente con sospecha clínica convenientemente fundamentada.
2. Ausencia de respuesta al tratamiento adecuado con beta 2 agonista y corticoesteroides inhalatorios en dosis estándar.

3. Presencia de 2 o más crisis obstructivas en el último trimestre a pesar del tratamiento adecuado con beta 2 agonista y corticoesteroides inhalatorios.
4. Pacientes con perfil de riesgo: antecedentes de crisis que requirieron ventilación mecánica, presentaron paro cardiorrespiratorio, necesitaron hospitalización o fueron de difícil manejo en APS.
5. Asma en embarazo, asma ocupacional y asma e intolerancia por el Ácido Acetil Salicílico (AAS) y antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

Las actuales guías de práctica clínica de asma, internacional y nacional, catalogan con el mayor nivel de evidencia posible (A) la eficacia de los programas educativos en asma. En consecuencia, recomiendan su empleo en todos los pacientes, constituyendo una parte esencial del tratamiento de la enfermedad. Un estudio que entrevistó a más de 1.000 médicos y enfermeras familiarizados con el seguimiento de pacientes con asma reveló que solo el 16% de los entrevistados aseguraba que en sus centros sanitarios se utilizaba un programa estructurado e individualizado de educación.

El asma es hoy una enfermedad eminentemente ambulatoria. Difícilmente el médico en formación adquirirá los imprescindibles conocimientos utilizados para diagnosticar, establecer el nivel de control y, particularmente, gestionar la prescripción de fármacos y dosis (cambiantes temporalmente según el control) del tratamiento de mantenimiento del asma, si no ha recibido un mínimo entrenamiento en dicho campo. (Plaza, V. & Bellido-Casado, J. & Díaz, C. & Pérez de Llano, L. & Sanchis, J. & Villasante, C. & López, A. (2012).)

2.2.4.9. Tratamiento de Asma

El comienzo del tratamiento del asma bronquial coincide con su confirmación diagnóstica.

El uso previo de broncodilatadores e incluso corticoides inhalados, sea como terapia sintomática o de prueba por cuadros clínicos bronquiales obstructivos, no constituye por sí solo diagnóstico de asma bronquial dado su carácter de enfermedad crónica.

Es aconsejable iniciar terapia con corticoides inhalados en dosis intermedias y broncodilatadores en forma regular por un lapso razonable (15 días) reevaluando el grado de control de la enfermedad y ajustando entonces las dosis de esteroides inhalados.

Actualmente se recomienda el uso de salbutamol según requerimiento, lo que permite tener información sobre el grado de control del asma basado en la terapia antiinflamatoria. Considerando la reconocida base inflamatoria del asma bronquial, hoy día la terapia básica de elección del asmático persistente la constituyen los corticoesteroides inhalados.

En relación a tratamiento de Asma, se cumple según la Guía de Práctica Clínica de cada Centro Asistencial y se tiene en cuenta los lineamientos de GINA.

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis General

La Propuesta de un Programa de Intervención Educativa previene la Exacerbación del Asma en pacientes asmáticos de la consulta

externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014.

2.3.2. Hipótesis Específicos

- Es de gran impacto la Propuesta del Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación del Asma en Pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud - Chiclayo 2014.
- Son buenos los beneficios de la Propuesta del Programa de Intervención Educativa en la Prevención de la Exacerbación del Asma en los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud - Chiclayo 2014.
- El Programa de Intervención Educativa mejora la calidad de vida en los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud - Chiclayo 2014.
- Se eleva el nivel de conocimiento resultante acerca de la prevención de exacerbación de asma al aplicar el Programa de Intervención Educativa en los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología del Hospital I Naylamp - EsSalud- Chiclayo 2014.

2.4. Identificación de las Variables

2.4.1. Variable Independiente: Programa de Intervención Educativa

Definición Conceptual

Es una estrategia puesta en acción cuyo proceso – objeto se intenta mejorar o cambiar en un contexto socio e intelectual determinado, bajo expresiones singulares de voluntad y/o el deseo del sujeto o de los sujetos.

Definición Operacional

Es la Intervención educativa que se realiza a los pacientes con Asma a través de un proceso nuclear de enseñanza – aprendizaje, partiendo de una evaluación previa para conocer aptitudes, comportamientos y conocimientos sobre Asma.

La intervención educativa a los pacientes con Asma de la consulta Externa de Neumología del Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo 2014 se realiza a través de una Propuesta estratégica basada en un componente educativo.

2.4.2. Variable Dependiente: Exacerbación de Asma

Definición conceptual

El asma es un desorden crónico inflamatorio de las vías aéreas en que participan muchas células y elementos celulares. La inflamación crónica está asociada con hiperrespuesta de las vías aéreas que conduce a episodios recurrentes de sibilancias, dificultad al respirar, dolor opresivo en el pecho, y tos particularmente por las noches o por las madrugadas. Estos episodios están usualmente asociados a extensos pero variable obstrucción de las vías aéreas dentro del pulmón que es frecuentemente reversible espontáneamente o con tratamiento.

Se entiende por exacerbación o crisis de asma, el aumento considerable de síntomas asmáticos, pese a la utilización de terapia indicada en dosis adecuadas. La severidad de estas agravaciones se evalúa según el impacto clínico y funcional.

Definición operacional

Síntomas exacerbados medible por espirometría según clasificación de Control de Asma hay valores referenciales para indicar su estadiaje.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
VARIABLE INDEPENDIENTE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA	Es una estrategia puesta en acción cuyo proceso-objeto se intenta mejorar o cambiar en un contexto socio e intelectual determinado, bajo expresiones singulares de voluntad y/o el deseo del sujeto o de los sujetos.	La intervención Educativa es una estrategia puesta en acción orientada a los pacientes con Asma para controlar su enfermedad respiratoria y de esta manera evitar la exacerbación asmática, basado en un proceso interactivo de enseñanza y aprendizaje dirigido a obtener rendimiento en sus actividades preventivas y al desarrollo de sus conocimientos y actitudes para cambiar el contexto socio cultural inmediato.	SENSIBILIZACIÓN DE ACTORES ATRACCION COMPRESIÓN ACEPTACIÓN INVOLUCRAMIENTO PERSUACIÓN	• Población muestral 118 Asmáticos • mensaje motivador • interés • Mensajes claros • Refuerzo • Concientización • Sensibilización • Necesidades e intereses de los asmáticos • Convincente • Cambios de comportamiento • Resultados • beneficios	PREGUNTAS
VARIABLE DEPENDIENTE EXACERBACIÓN DE ASMA	Se entiende por exacerbación o crisis, el aumento considerable de síntomas asmáticos, pese a la utilización de terapia indicada en dosis adecuadas.	La severidad de las exacerbaciones se evalúa según el impacto clínico y funcional mediante clasificaciones de control de Asma y Grado de Exacerbación de Asma.	Control de Asma y disminución de las Exacerbaciones de de Asma	• Cuadro Clínico • Espirometría	

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

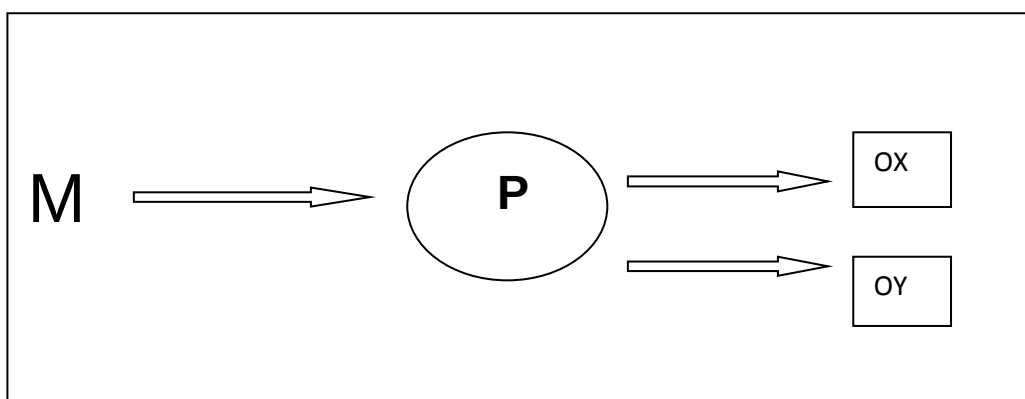
3.1. Tipo de investigación

El presente trabajo de Investigación se encuentra circunscrito dentro del enfoque Cualitativo - Cuantitativo, Paradigma Positivista-Interpretativo.

Por la naturaleza del presente trabajo de Investigación este corresponde al tipo de Investigación Descriptivo con Propuesta.

3.2. Diseño de Investigación /Contrastación de la Hipótesis

Por la naturaleza del trabajo de Investigación el diseño asumido es: Descriptivo-Propositivo cuyo esquema es el siguiente:



Donde:

M : Es la muestra de estudio (Pacientes asmáticos)

P : Es la propuesta (Programa de Intervención Educativa)

X : Es la Variable Independiente (Intervención Educativa)

Y : Es la Variable Dependiente (Exacerbación del Asma)

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Población

La Población en estudio estuvo constituido por los pacientes asmáticos que llegaron a la consulta externa de Neumología del Hospital I Naylamp de Chiclayo desde Enero a Abril del 2014.

3.3.2. Muestra

La muestra en estudio fue seleccionada a través de la técnica de muestreo aleatorio simple, tomando como marco muestral las historias clínicas de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la formula siguiente:

$$n = \frac{z^2 N p q}{t^2 (N-1) + z^2 p q} = \frac{1.96^2 * 800 * 0.10 * 0.90}{0.05^2 (800-1) + z^2 1.96^2 * 0.10 * 0.90} = 118$$

Donde

N= Tamaño de la población= 800.

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza (95%)= 1.96

p=Prevalencia estimada p= 10%, obtenida mediante muestra piloto aplicada a 20 pacientes con asma del Hospital Naylamp que acuden a consulta externa de Neumología.

q= 1- p= 90%

T=Tolerancia de error permitida por el investigador: 0.05

Para la muestra piloto, se ha seleccionado a 20 pacientes con asma del Hospital Naylamp que acuden a consulta externa de Neumología y se les aplicó el instrumento y se encontró que solo 2 de estos pacientes tenían un control de asma adecuado, en consecuencia $p = X/n = 2/20 = 0.10$, que representa la proporción de pacientes asmáticos controlados adecuadamente.

TABLA N°01
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EDAD Y
SEXO PACIENTES ASMÁTICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL I NAYLAMP –
ESSALUD. ENERO – ABRIL 2014

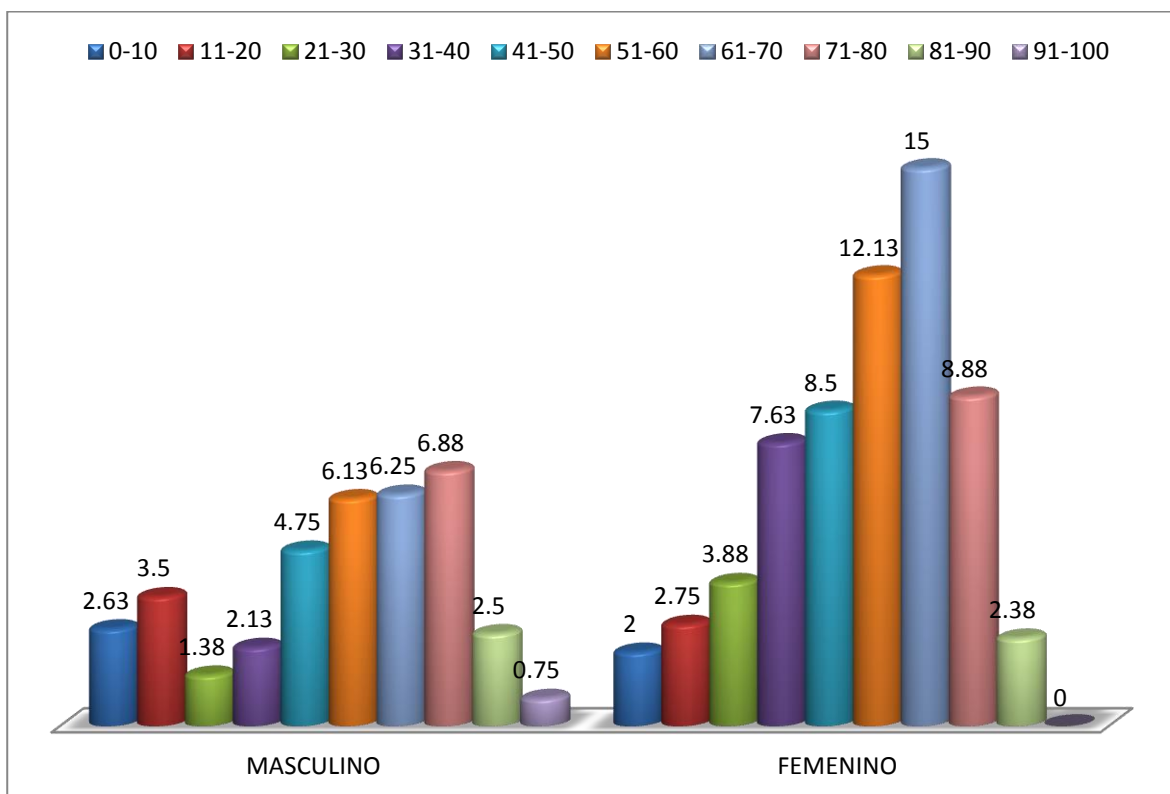
Sexo Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	N	%
0- 10	21	2.63	16	2.00	37	4.63
11-20	28	3.50	22	2.75	50	6.25
21-30	11	1.38	31	3.88	42	5.25
31-40	17	2.13	61	7.63	78	9.75
41-50	38	4.75	68	8.50	106	13.25
51-60	49	6.13	97	12.13	146	18.25
61-70	50	6.25	120	15.00	170	21.25
71-80	55	6.88	71	8.88	126	15.75
81-90	20	2.50	19	2.38	39	4.88
91-100	6	0.75	0	0.00	6	0.75
Total	295	36.88	505	63.12	800	100

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital I Naylamp - EsSalud

Fecha: Enero – Abril 2014

GRÁFICO N°01

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EDAD Y SEXO PACIENTES ASMÁTICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL I NAYLAMP – ESSALUD ENERO – ABRIL 2014



Fuente: Oficina de Estadística del Hospital I Naylamp-Es Salud

Fecha: Enero – Abril 2014

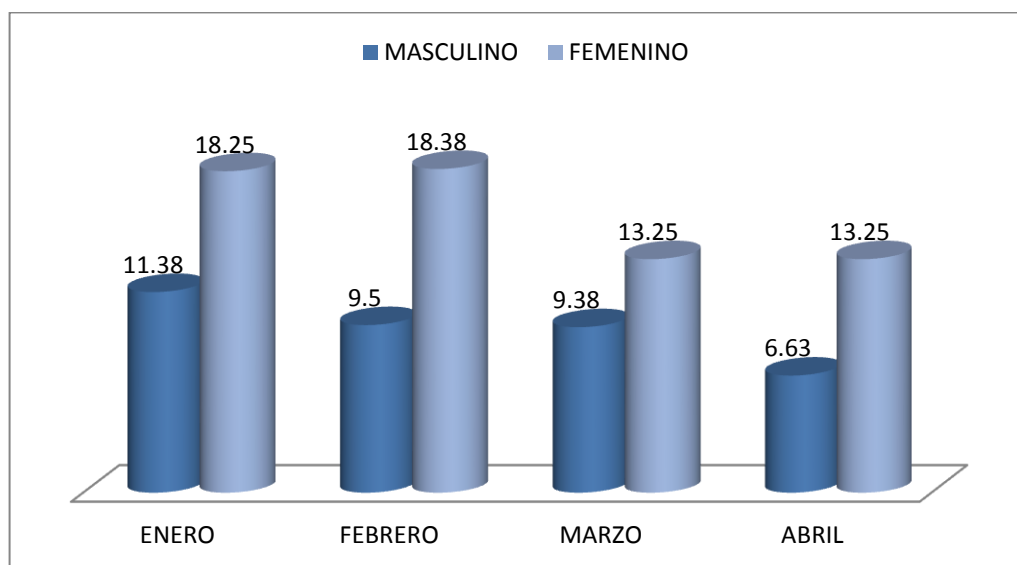
TABLA N°02
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN SEXO Y
MES PACIENTES ASMÁTICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL I NAYLAMP –
ESSALUD. ENERO-ABRIL 2014

Mes Sexo	Enero		Febrero		Marzo		Abril		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	91	11.38	76	9.50	75	9.38	53	6.63	295	36.88
Femenino	146	18.25	147	18.38	106	13.25	106	13.25	505	63.12
TOTAL	237	29.63	223	27.88	181	22.63	159	19.88	800	100.00

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital I Naylamp-EsSalud

Fecha: Enero – Abril 2014

GRÁFICO N°02
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN SEXO Y
MES PACIENTES ASMÁTICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL I NAYLAMP –
ESSALUD. ENERO-ABRIL 2014



Fuente: Oficina de Estadística del Hospital I Naylamp-EsSalud

Fecha: Enero – Abril 2014

TABLA N°03

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN
PACIENTES ATENDIDOS Y PACIENTES ASMÁTICOS
ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE
NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL I NAYLAMP –ESSALUD. ENERO-
ABRIL 2014**

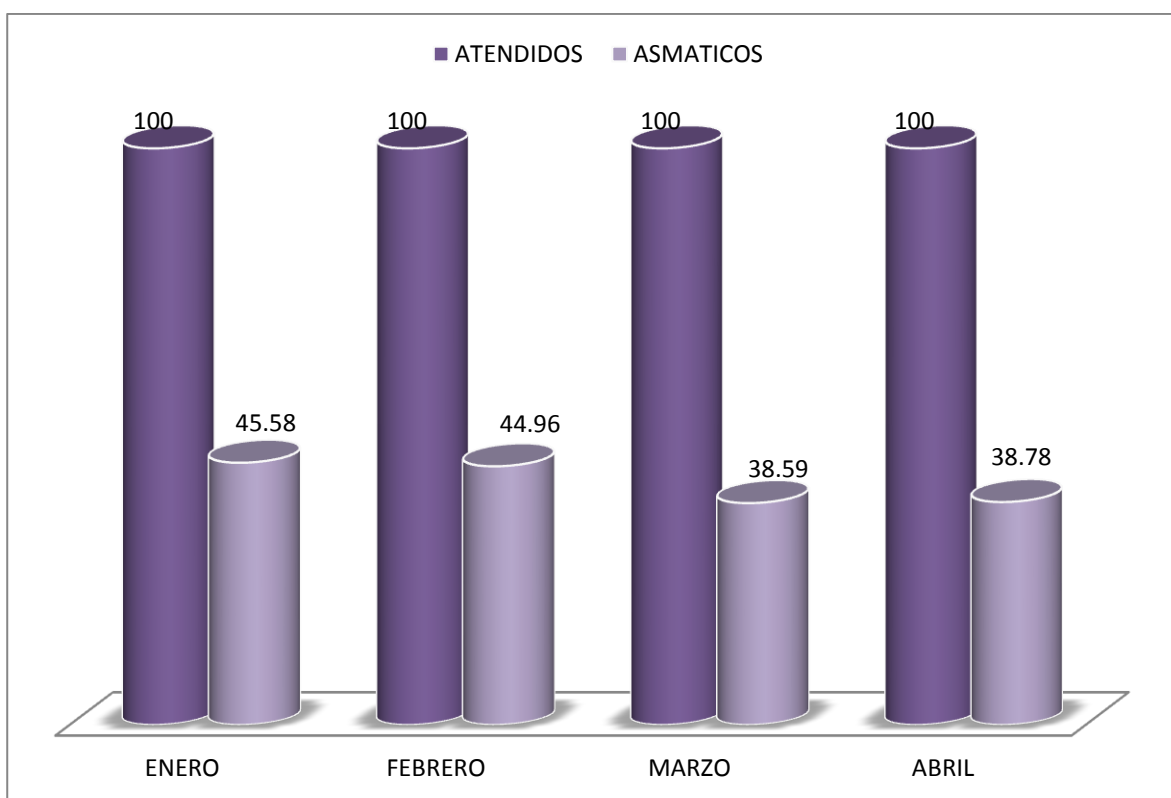
Pacientes Mes	pacientes atendidos		pacientes asmáticos atendidos	
	n	%	n	%
Enero	520	100	237	45.58
Febrero	496	100	223	44.96
Marzo	469	100	181	38.59
Abril	410	100	159	38.78
Total	1895	100	800	42.22

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital I Naylamp-EsSalud

Fecha: Enero – Abril 2014

GRÁFICO N°03

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN
PACIENTES ATENDIDOS Y PACIENTES ASMÁTICOS
ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE
NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL I NAYLAMP –ESSALUD. ENERO-
ABRIL 2014**



Fuente: Oficina de Estadística del Hospital I Naylamp-EsSalud

Fecha: Enero – Abril 2014

3.4. Materiales, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.4.1. Materiales

3.4.1.1. Espirómetro

Es un instrumento de medida donde se realiza la espirometría útil para medir la velocidad con la que el pulmón cambia de volumen durante las maniobras de respiración forzada. En la prueba se usa la maniobra de la capacidad vital espiratoria forzada (FCV), en la que el sujeto inhala al máximo y después expira de la forma más rápida y completa posible.

Es importante asegurarse de que el paciente con asma aparente tiene realmente la enfermedad y recordar que “no todas las sibilancias son asma”. Las lesiones de la vía respiratoria principal pueden dar lugar a un estridor o a sibilancias, que se confunden con el asma. El flujo – volumen suele identificar estas lesiones.

Las pruebas son también importantes en los pacientes con asma en remisión o con síntomas mínimos. Esto proporciona una base con la que comparar los resultados de las pruebas de función pulmonar durante una crisis y cuantificar así la gravedad del episodio. (Salas, T. & Rubies, C. & Gallego, C. & Muñoz, P. & Burgos, F. ,Escarrabill, J. (2011))

En el presente trabajo se utilizó un espirómetro Spirolab portátil computarizado MIR (Medical International Research) con certificado de calibración actualizado. El espirómetro tiene impresora incorporada utiliza papel MIR y boquillas descartables para cada paciente.

3.4.1.2. Flujómetro

Es un instrumento de medida del flujo máximo espirado. Hay que enseñar al paciente a usar un medidor de flujo máximo. Deberá establecerse un valor basal de flujo espiratorio máximo cuando el asma esté en remisión, midiendo los flujos todas las mañanas y todas las tardes antes de tomar cualquier tratamiento. Después, el paciente debe continuar midiendo y registrando los flujos máximos a diario.

Es crucial enseñar al paciente a usar el medidor del flujo máximo de la forma correcta. Debe tomar una inspiración máxima, colocar los labios alrededor de la boquilla (no es necesaria ninguna pinza nasal) y dar un soplido corto y fuerte. Debe evitar hacer una espiración completa; la espiración debe parecerse a la espiración rápida que se hace para apagar las velas en una tarta de cumpleaños.

Es sumamente importante hacer que el paciente con asma vigile su estado pulmonar. Una exacerbación suele venir precedida de un descenso gradual del flujo máximo, algo que el paciente puede no percibir. En el momento en que el paciente presenta síntomas y disnea, los flujos pueden haberse deteriorado mucho. Un descenso de alrededor de un 20% con respecto al flujo máximo cuando no hay síntomas significa normalmente que hay que reinstaurar o aumentar el tratamiento. Hay que dejar muy claro al paciente y a la familia que el asma es una enfermedad seria y potencialmente mortal y que debe respetarse, vigilarse y tratarse adecuadamente. El aumento acentuado de la hiperreactividad de la vía respiratoria y una función muy variable son precursores de crisis graves. Para una vigilancia diaria debe usarse un medidor de flujo máximo espirado (flujómetro)

3.4.1.3. Balanza

Es un instrumento para determinar el peso del paciente ya que este dato es necesario para realizar la espirometría.

En el trabajo se utilizó una balanza con tallímetro marca Guersa modelo RGT.B-200RT, capacidad 200 kilos.

3.4.1.4. Tallímetro

Es necesario tallar al paciente porque para realizar la espirometría se necesita ingresar este dato muy indispensable.

3.4.2. Técnicas

3.4.2.1. Técnicas de Gabinete

Técnica del fichaje

Estas técnicas permitieron consolidar científicamente el Marco Teórico en la presente investigación.

Estas técnicas básicamente permitieron fortalecer los antecedentes de estudio a fines a la presente; así como las diversas teorías abordadas.

En ese sentido la investigación bibliográfica ha jugado un papel fundamental en la Planificación, Proceso y Ejecución del presente trabajo investigativo.

Fichaje

- Ficha Bibliográfica

Esta técnica permitió la identificación priorizada y pormenorizada de los distintos autores; tanto internacionales, nacionales y locales de los diferentes fuentes de consulta, que luego fueron sistematizados.

Tener fichas porque para construir el Marco Teórico Científico y así tener un mayor dominio de los diferentes elementos que conforman la presente investigación.

- **Ficha Textual**

Esta técnica permitió registrar información relevante de las diferentes fuentes bibliográficas escritas consultadas.

- **Ficha Resumen**

A través de esta Técnica se pudo captar la temática a nivel de títulos y subtítulos, capítulo, etc. que luego fueron consultados en los respectivos libros de investigación.

- **Ficha de Síntesis**

Sirvió para registrar información de las diversas fuentes bibliográficas consultadas.

En este proceso se vertió toda la capacidad de síntesis y análisis de parte de la investigadora.

3.4.2.2. Técnicas de Campo

- **Encuesta**

En la presente investigación se utilizó la encuesta por cuestionario, dirigida específicamente; a los pacientes asmáticos de la consulta externa del servicio de Neumología del Hospital I Naylamp- EsSalud, con la finalidad de obtener información precisa respecto a la prevención de la Exacerbación de Asma.

- **Entrevista**

Esta técnica fue utilizada para la obtención de la información mediante un diálogo sostenido entre el entrevistador y el entrevistado, a través de una encuesta formal planificada, basada en una cultura de ética,

consentimiento informado, requerido en todo trabajo de investigación.

La información obtenida permitió sistematizarla, convirtiéndose en un elemento importante para el presente trabajo de investigación.

- **Observación**

Esta técnica permitió observar atentamente el fenómeno materia de investigación (Propuesta de un Programa de Intervención Educativa – Prevención de la Exacerbación del Asma), registrado durante el proceso de investigación, para su posterior análisis e interpretación.

3.5. Métodos y procedimientos para la recolección de datos

Para la recolección de los datos se procedió a sistematizarlos a través de una Encuesta por Cuestionario divididos en datos de identificación del paciente, antecedentes patológicos, clasificación de Asma, tratamiento actual de Asma debidamente estructuradas por aspectos y validados por el juicio de expertos.

3.6. Análisis estadísticos de los datos

Los datos recolectados fueron registrados en una base de datos elaborada en IBM SPSS Statistics 20, para ser procesados y presentados en patrones con frecuencias absolutas o relativas.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

4.1. Resultados de La Investigación

TABLA N°01

Características Demográficas de la Población Beneficiaria de la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación del Asma en Pacientes Asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014

Características demográficas	Pacientes	
	Nº	%
Edad (años)		
10 o menos	3	2.5
11 a 20	12	10.2
21 a 30	6	5.1
31 a 40	7	5.9
41 a 50	11	9.3
51 a 60	20	16.9
61 a 70	29	24.6
71 a más	30	25.4
Sexo		
Femenino	82	69.5
Masculino	36	30.5
Grado de Instrucción		
Analfabeta	1	0.8
Primaria	22	18.6
Secundaria	50	42.4
Superior	45	38.1
Lugar de nacimiento		
Lambayeque	81	68.6
Cajamarca	15	12.7
Piura	6	5.1
Lima	4	3.4
Ancash	3	2.5
Amazonas	3	2.5
Cusco	2	1.7
Puno	1	0.8
Tumbes	1	0.8
República Checa	1	0.8
San Martín	1	0.8
Lugar de procedencia		
Lambayeque	114	96.6
Cajamarca	2	1.7
La Libertad	1	0.8
Amazonas	1	0.8
Total	118	100.0

FUENTE: Cuestionario a pacientes asmáticos de la consulta externa.

Interpretación

Los pacientes asmáticos que acudieron a la consulta externa de Neumología del Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo en su mayoría fueron pacientes con más de 50 años de edad (66.9%); 16.9% de 51 a 60 años, 24.6% de 61 a 70 años y 25.4% con más de 70 años; con predominio del sexo femenino (69.5%); principalmente con instrucción secundaria (42.4%) y superior (38.1%); nacidos en su mayoría en Lambayeque (68.6%), y casi todos procedentes de Lambayeque (96.6%).

Análisis

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, que si bien es frecuente en la infancia, puede presentarse en diferentes etapas de la vida y persistir por mucho tiempo. En el estudio, los pacientes asmáticos presentan en su mayoría más de 50 años de edad, debido a que Neumología atiende a una población adulta predominantemente con ocasionales consultas a población pediátrica, esto debido a que hay médicos pediatras quienes atienden a niños asmáticos. Por otro lado, el sexo femenino predominó sobre el sexo masculino porque en los adultos el asma afecta a las mujeres con mayor frecuencia. El grado de Instrucción fue a predominio secundaria con 42.4% y superior con 38.1%. El lugar de nacimiento y la procedencia de los pacientes como se espera corresponden al departamento de Lambayeque debido a la cobertura poblacional del Hospital I Naylamp-EsSalud de Chiclayo.

TABLA N°02

Características laborales de la población beneficiaria de la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación del Asma en Pacientes Asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp-EsSalud de Chiclayo 2014

Características laborales	Pacientes	
	Nº	%
Ocupación actual		
Ama de casa	56	47.5
Estudiante	17	14.4
Profesora	9	7.6
Administrador	3	2.5
Chofer	2	1.7
Costurera	2	1.7
Ventas	2	1.7
Otra/no aplica	27	22.9
Ocupación anterior		
Ventas	21	17.8
Profesor	9	7.6
Empleada	8	6.8
Secretaria	7	5.9
Costurera	5	4.2
Empleada de hogar	5	4.2
Agricultor	5	4.2
Construcción civil	2	1.7
Enfermera	2	1.7
Soldador	2	1.7
Tejedora	2	1.7
Auxiliar de contabilidad	2	1.7
Decoración de fiestas	2	1.7
Limpieza	2	1.7
Técnica de enfermería	2	1.7
Vigilante	2	1.7
Otra	20	16.9
No responden/no aplica	20	16.9
Total	118	100,0

FUENTE: Cuestionario a pacientes asmáticos de la consulta externa.

Interpretación

Los pacientes asmáticos tienen como ocupación más frecuente ama de casa (47.5%), seguido muy de lejos por pacientes que aún están estudiando (14.4%); la ocupación anterior de los pacientes fueron en ventas (17.8%), profesores (7.6%), empleadas (6.8%) y secretarias (5.9%), entre otras.

Análisis

El hecho que mayormente sean mujeres las que presentan el asma, y que tuvieran en su mayoría más de 50 años, determina de algún modo que sean amas de casa, quienes anteriormente eran profesoras, empleadas o secretarias. Y, los que tienen menos de 20 años de edad están aún estudiando.

TABLA N°03

Características epidemiológicas de la Población Beneficiaria de la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación del Asma en Pacientes Asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014

Características epidemiológicas	Pacientes	
	Nº	%
Hábitos de fumar		
Si	10	8.5
No	108	91.5
Antecedente familiar de asma		
Si	65	55.1
No	53	44.9
Naturaleza de la alergia		
Polvo	102	86.4
Tabaco	73	61.9
Ácaros	71	60.2
Humo de leña	66	55.9
Perfumes	66	55.9
Terokal	64	54.2
Gasolina	61	51.7
Aire acondicionado	60	50.8
Tierra	56	47.5
Humedad	55	46.6
Frío	52	44.1
Kerosene	45	38.1
Perro	36	30.5
Gato	35	29.7
Lana	33	28.0
Calor	11	9.3
Total	118	100.0

FUENTE: Cuestionario a pacientes asmáticos de la consulta externa.

Interpretación

En cuanto a las características epidemiológicas, sólo un 8.5% tiene hábitos de fumar. Poco más de la mitad de los pacientes asmáticos (55.1%) presenta antecedentes de familiares con asma. La alergia asmática es ocasionada más por el polvo (86.4%), tabaco (61.9%), ácaros (60.2%), humo de leña (55.9%), perfumes (55.9%), terokal (54.2%) y gasolina (51.7%), entre otros.

Análisis

El hábito de fumar constituye un factor de riesgo en asma, sin embargo algunos pacientes asmáticos continúan fumando. Asimismo, la presencia de familiares con antecedente de asma revela de cierta manera que en el desarrollo del asma hay factor genético. Por otro lado, el medioambiente predispone a que los pacientes tengan exacerbación del asma siendo el polvo el alérgeno más frecuente

TABLA N°04a

Características clínicas de la Población Beneficiaria de la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación del Asma en Pacientes Asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014

Características clínicas	Pacientes	
	Nº	%
Tiempo de la última exacerbación(semana)		
1	54	45.8
2	7	5.9
3	5	4.2
4	7	5.9
5	8	6.8
6	3	2.5
7-12	21	17.8
> 12	9	7.6
No responde	4	3.4
Exacerbaciones en el año 2012		
No presentaron	29	24.6
1	26	22.0
2	16	13.6
3	11	9.3
4	9	7.6
5-12	27	22.9
Exacerbaciones en el año 2013		
No presentaron	40	33.9
1	15	12.7
2	11	9.3
3	7	5.9
4	8	6.8
5-12	37	31.4
Antecedentes de otras enfermedades		
Rinitis	90	76.3
Gastritis	52	44.1
HTA	19	16.1
Goteo postnasal	18	15.3
Sinusitis	9	7.6
ERGE	9	7.6
DM	8	6.8
Úlcera Péptica	5	4.2
TBC	4	3.4
Total	118	100.0

FUENTE: Cuestionario a pacientes asmáticos de la consulta externa.

Interpretación

Los pacientes refirieron haber padecido su última exacerbación desde cuatro semanas anterior a la consulta neumológica (61.8%), en la semana anterior (45.8%), en dos semanas (5.9%), tres semanas (4.2%) o un tiempo mayor, con un importante porcentaje (17.8%) que presentaron exacerbación en un periodo de 7 a 12 semanas antes de la consulta actual.

De los pacientes atendidos, 24.6% no presentó exacerbaciones en el año 2012, 22% presentó exacerbación una sola vez, 13.6% dos veces, 9.3% tres veces, 7.6% cuatro veces y 22.9% de 5 a 12 exacerbaciones. Asimismo, 33.9% no presentó exacerbaciones en el año 2013, 12.7% una sola vez, 9.3% dos veces, 5.9% tres veces, 6.8% cuatro veces y el restante 31.4% de 5 a 12 exacerbaciones. Asociado al asma, los pacientes presentan también rinitis en 76.3%, gastritis 44.1%, HTA 16.1% y goteo postnasal 15.3%, entre otras enfermedades.

Análisis

La mayoría de pacientes presentó exacerbación del asma una semana antes de la consulta, constituyendo más de 50 pacientes. La exacerbación de Asma con una o más de un episodio en cada año, justifica la necesidad de un programa preventivo de este problema de salud, mejorando la calidad de vida en el paciente Asmático. La Rinitis Alérgica es frecuente en pacientes Asmáticos.

TABLA N°04b

Características clínicas de la población beneficiaria de la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación del Asma en Pacientes Asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014

Características clínicas	Pacientes	
	Nº	%
IMC		
Bajo peso	6	5.1
Normal	50	42.4
Sobrepeso	45	38.1
Obesidad	17	14.4
Tiempo que padecen de asma (años)		
Hasta 10	69	58.5
11 a 20	23	19.5
21 a 30	8	6.8
31 a 40	5	4.2
Más de 40	13	11.0
Nivel de control del asma		
Controlada	21	17.8
Parcialmente controlada	31	26.3
No controlada	66	55.9
Severidad de la exacerbación del asma		
Leve	111	94.1
Moderada	7	5.9
Comorbilidad		
Osteoartrosis	5	4.2
Faringitis crónica	2	1.7
Glaucoma	2	1.7
Hipotiroidismo	2	1.7
Migraña	2	1.7
Arritmia cardíaca	2	1.7
Artritis Psoriásica	1	0.8
Atrofia renal derecha	1	0.8
Cáncer de mama	1	0.8
Colon irritable	1	0.8
Esclerodermia	1	0.8
Hígado graso	1	0.8
Hipertrofia de cornetes	1	0.8
Litiasis renal	1	0.8
Lumbalgia	1	0.8
Lupus Eritematoso Sistémico	1	0.8
Micosis faríngea	1	0.8
Neuralgia trigémino	1	0.8
Osteoporosis	1	0.8
Enfermedad de Parkinson	1	0.8
Poliposis nasal	1	0.8
Total	118	100.0

FUENTE: Cuestionario a pacientes asmáticos de la consulta externa.

Interpretación

Los pacientes asmáticos presentan peso normal (42.4%), sobrepeso (38.1%) u obesidad (14.4%), muy pocos presentan bajo peso (5.1%). Asimismo, la mayoría de pacientes presentan en su mayoría asma desde hace 10 años (58.5%) o de 11 a 20 años (19.5%), y 11% la presentan por más de 40 años. A pesar del tiempo transcurrido con el asma, en el 55.9% de los pacientes el asma no está controlada, y en 26.3% está parcialmente controlada, siendo leve la exacerbación de la misma. Finalmente, los pacientes asmáticos presentan otras enfermedades como osteoartrosis (4.2%) y otras enfermedades.

Análisis

El asma parece ser un factor que condiciona la calidad de vida de los pacientes, poco más de la mitad de pacientes tienen sobrepeso o son obesos, debido a que el asma lo presentan desde hace mucho tiempo, con una cronicidad de más de 10 años. Más todavía si en la mayor parte de pacientes el asma no está controlada, independientemente de que la exacerbación sea leve. Esto se complica si además conlleva a la presentación de otras enfermedades.

TABLA N°05

Agente causal del asma de la Población Beneficiaria de la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación del Asma en Pacientes Asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014

Agente causal	Pacientes	
	Nº	%
Alimentos	56	47.5
Mariscos	7	5.9
Cítricos	7	5.9
Cerdo	4	3.4
Helados	3	2.5
Hielo	3	2.5
Pato	3	2.5
Piña	3	2.5
Ají	2	1.7
Lácteos	2	1.7
Chocolates	2	1.7
Pescado	2	1.7
Cebolla	1	0.8
Cerveza helada	1	0.8
Coco	1	0.8
Comidas frías	1	0.8
Condimentos	1	0.8
Dulces	1	0.8
Frejoles	1	0.8
Langostinos	1	0.8
Leche	1	0.8
Manzana	1	0.8
Maracuyá	1	0.8
Naranja	1	0.8
Papaya	1	0.8
Pepino	1	0.8
Plátano	1	0.8
Repollo	1	0.8
Vapor de comidas	1	0.8
Verduras	1	0.8
Otros agentes	19	16.1
Detergente	5	4.2
Desinfectantes	2	1.7
Lejía	2	1.7
Pinturas	2	1.7
AINES	1	0.8
Cera para pisos	1	0.8
Corrientes de aire	1	0.8
Gas	1	0.8
Metoclopramida	1	0.8
Penicilina	1	0.8
Sulfas	1	0.8
Talco	1	0.8
Total	118	100.0

FUENTE: Cuestionario a pacientes asmáticos de la consulta externa.

Interpretación

Los agentes causales del asma son diversos. El 47.5% de los pacientes consideran que su asma es causada por alimentos que consumen, entre los cuales se encuentran los mariscos (5.9%), cítricos (5.9%) o cerdo (3.4%), entre otros. El 16.1% también considera que el asma es causada por otros agentes, como detergente (4.2%), desinfectantes (1.7%), lejía (1.7%) o pintura (1.7%), entre otros.

Análisis

Se conoce que el consumo de algunos alimentos predispone a la presentación de síntomas de asma, y también a la exacerbación de la misma. Justamente hay alimentos que se dispone y se debe evitar, los cuales fueron identificados por los pacientes asmáticos. Y, no solamente son los alimentos que causan la exacerbación, sino otros agentes.

TABLA N°06

Tratamiento del asma de la Población Beneficiaria de la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación del Asma en Pacientes Asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014

Tratamiento	Pacientes	
	Nº	%
B2 agonistas de acción corta		
Salbutamol	67	56.8
Fenoterol	0	0.0
Nebulización	2	1.7
B2 agonistas de acción prolongada + glucocorticoide inhalado		
Salmeterol+ Fluticasona	8	6.8
Formoterol+budesonida	1	0.8
Anticolinérgicos		
Bromuro de Ipratropio	9	7.6
Metilxantinas		
Teofilina	7	5.9
Glucocorticoides		
Oral Prednisona	3	2.5
Inhalación		
Beclometasona-Fluticasona	55	46.6
Total	118	100.0

FUENTE: Cuestionario a pacientes asmáticos de la consulta externa.

Interpretación

El asma es tratada con salbutamol (56.8%) o nebulización (1.7%); con combinación de salmeterol + fluticasona (6.8%) o formoterol + budesonida (0.8%); bromuro de Ipratropio (7.6%); teofilina (5.9%); o con inhalador glucocorticoide: beclometasona - flutisona (46.6%) o con prednisona (2.5%).

Análisis

El Asma es una enfermedad inflamatoria crónica respiratoria que cursa con broncoespasmo de tal manera se usa los broncodilatadores a fin de mejorar los síntomas de espasmo bronquial, en relación a fármacos broncodilatadores los pacientes usaron salbutamol en 56.8% de los casos.

Se usó fármacos combinados como salmeterol + fluticasona en 6.8% que se indica en pacientes con Asma moderada y Asma severa.

Los anticolinérgicos son broncodilatadores que se usa para producir efecto sinérgico con los beta 2 agonista de acción corta. También la teofilina que es una Metilxantina actúa sobre el broncoespasmo. Se observa que los pacientes usan el inhalador corticosteroide Beclometasona o Fluticasona en 46.6% de los casos para controlar su enfermedad asmática.

TABLA N°07

Otros Tratamientos de la Población Beneficiaria de la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para prevenir la Exacerbación del Asma en Pacientes Asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp - EsSalud de Chiclayo 2014

Medicamentos	Pacientes	
	Nº	%
Cetirizina	13	12.0
Acetilcisteína	4	3.7
Clorfenamina	3	2.8
Metformina	3	2.8
Omeprazol	3	2.8
Aines	2	1.9
Ambroxol	2	1.9
Amoxicilina	2	1.9
Furosemida	2	1.9
Glibenclamida	2	1.9
Nifedipino	2	1.9
Paracetamol	2	1.9
Acido acetilsalicílico	2	1.9
Amoxicilina +acidoclavulánico	2	1.9
Irbesartán	2	1.9
Atorvastatina	1	0.9
Biperideno	1	0.9
Bisoprolol	1	0.9
Calcio	1	0.9
Captopril	1	0.9
Carvedilol	1	0.9
Cefalexina	1	0.9
Cremas mentoladas	1	0.9
Diltiazem	1	0.9
Ergotamina	1	0.9
Hidroclorotiazida	1	0.9
Ibuprofeno	1	0.9
Insulina	1	0.9
Ketotifeno	1	0.9
Levotiroxina	1	0.9
Losartan	1	0.9
Metotrexate	1	0.9
Naproxeno	1	0.9
Prednisona	1	0.9
Verapamilo	1	0.9
Vitamina A	1	0.9
Vitamina B6	1	0.9
Warfarina	1	0.9
Total	118	100.0

FUENTE: Cuestionario a pacientes asmáticos de la consulta externa

Interpretación

Los pacientes asmáticos también se tratan con diversos productos farmacológicos debido a otras enfermedades que padecen. Entre los medicamentos usados: cetirizina (12.0%), acetilcisteína (3.7%), clorfenamina (2.8%), metformina (2.8%), omeprazol (2.8%), entre otros.

Análisis

No fue raro encontrar que los pacientes consumen medicamentos que no han sido prescritos con receta médica para atender el problema de exacerbación del asma. Como se conoce, la automedicación no es recomendable porque empeora los síntomas de la enfermedad respiratoria. La automedicación se observó también porque los pacientes padecían de otras comorbilidades.

4.2. Discusión de Resultados

La presente investigación tuvo como punto de partida la prevención de la Exacerbación de Asma a través de la Propuesta de un Programa de Intervención Educativa en pacientes Asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo 2014.

Para ello se asumió como primer objetivo determinar las características demográficas de los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología. En la consulta externa de Neumología se atiende en su mayoría a la población del Adulto y Adulto Mayor de asmáticos de allí el mayor porcentaje de 66.9% corresponde al grupo etáreo de 51 a más de 71 años de edad. La prevalencia de asma en la infancia es mayor en varones que en mujeres (2:1 varones: mujeres), pero esta relación se invierte progresivamente a partir de los 15 años. En el adulto el sexo femenino predomina sobre el masculino. De lo indicado se correlaciona el presente trabajo de investigación, encontrándose que 69.5% correspondió al sexo femenino en edad adulta.

Los pacientes atendidos en EsSalud son personas con grado de Instrucción en su mayoría secundario y superior haciendo un total de 80.5%.

El 68.6% tienen como lugar de nacimiento el departamento de Lambayeque. El hospital I Naylamp-EsSalud tiene como población adscrita a personas procedentes del departamento de Lambayeque, distrito de Chiclayo correspondiendo 114 pacientes con 96.6% que es el grupo mayoritario de personas atendidas en consultas externas de Neumología.

El segundo objetivo fue Hacer el análisis de las características laborales de los pacientes asmáticos encontrándose que el mayor grupo de asmáticos correspondieron al grupo de pacientes que desempeñaban como ama de casa en 47.5%. Esto en relación que el sexo femenino que predominó con 82 pacientes mujeres (69.5 %) sobre el sexo masculino. Es de indicar que existen agentes causales para la aparición de Asma en relación a la ocupación que desempeñan las personas susceptibles y expuestas. De esta manera, dentro de los antecedentes laborales se encontró que las ventas es el grupo de mayor porcentaje siendo 21 pacientes que corresponde a 17.8%, esto por el contacto de polvo, tierra al caminar diariamente por las calles de Chiclayo. Otra ocupación encontrada fue como profesores por el uso de tiza; empleadas de hogar por el uso de detergentes, productos de limpieza; costureras por la inhalación de partículas sintéticas; personas dedicadas a la construcción civil por la inhalación de partículas inorgánicas.

El tercer objetivo fue identificar las características epidemiológicas de los pacientes con Asma encontrándose que el tabaco es otro de los alérgenos que exacerba el asma, la mayoría de los pacientes con 91.5% refirieron no tener hábito de fumar. El asma es una enfermedad con factor de riesgo genético de aquí la importancia que los antecedentes familiares se considera un factor de alto riesgo que en el presente trabajo la mayoría de los pacientes con un 55.1% refirieron tener antecedentes familiares de asma. El asma es una enfermedad muy compleja con predisposición genética y que la

interacción con diferentes factores provoca que se exprese la enfermedad de diferentes maneras (fenotipo individual).

El asma es una enfermedad bien conocida que tiene un componente genético muy complejo y que interactúa con diferentes factores de riesgo como lo son el medio ambiente, la exposición al humo del cigarrillo, infecciones de las vías respiratorias, atopia, consumo de diversos alimentos, área de residencia, etc, y que además puede tener diferentes maneras de presentación. (Soto – Martínez, M. & Soto – Quiroz, M. (2004))

Se ha logrado demostrar claramente la estrecha relación que existe entre atopia, producción de IgE y asma. Diferentes estudios en esta área han relacionado múltiples genes localizados en el cromosoma 5q como los involucrados en la regulación de la producción de IgE y el desarrollo y progreso del proceso inflamatorio asociado con diferentes enfermedades atópicas y asma. Estos genes han sido relacionados directamente con la producción de diversas interleuquinas (IL-3, IL-4, IL-5, IL-9, IL-13) al igual que de los receptores adrenérgicos $\beta 2$ (Soto – Martínez, M. & Soto – Quiroz, M. (2004))

Se encontró que el polvo es el mayor alérgeno encontrado con 86.4% esto al igual que otros estudios reportado sobre la gran variedad de alérgenos que se han relacionado con el asma. Entre las fuentes más importantes de alérgenos que causan o desencadenan asma están los ácaros que habitan en el polvo casero. Estos ácaros poseen enzimas que son las que desencadenan el proceso inflamatorio. Otro grupo de alérgenos de igual importancia son las mascotas domésticas, principalmente los perros y gatos. Estos poseen alérgenos en su pelaje, saliva, orina, etc. que son responsables de provocar mucha de la sensibilización en los niños. (Soto – Martínez, M. & Soto – Quiroz, M. (2004))

El cuarto Objetivo fue determinar las características clínicas de la población asmática encontrándose que la presentación de la exacerbación de asma al

mes correspondió al 61.8% de los pacientes sugiriendo que los asmáticos no llevan un tratamiento adecuado.

En el año 2012 no presentaron exacerbación de Asma el 24.6%. En el año 2013 no presentaron exacerbación el 33.9%. Las agudizaciones o exacerbaciones del Asma (ataque de Asma) son episodios progresivos de respiración disneica y entrecortada, tos, sibilancias, opresión torácica o alguna combinación de estos síntomas. Las exacerbaciones se caracterizan por un descenso en el flujo aéreo espiratorio que puede ser cuantificado por la medición de la función pulmonar cuyos hallazgos son más indicadores de la gravedad de la obstrucción que la propia intensidad de los síntomas. Generalmente, las exacerbaciones reflejan un fallo en el tratamiento o la exposición a agentes nocivos. El deterioro suele evolucionar durante horas o días, pero en ocasiones ocurre de forma repentina, en minutos. (Díez Jarilla JL. (2000))

Dentro de los antecedentes de enfermedades se encontró que el 76.3% padecía de Rinitis Alérgica. El asma bronquial se asocia con frecuencia con otras enfermedades de fondo alérgico como la rinitis, la rinoconjuntivitis y la dermatitis alérgica. (Soto – Martínez, M. & Soto – Quiroz, M. (2004))

También se encontró que el mayor porcentaje correspondió al IMC normal con 42.4%, pero cabe mencionar que el 38.1% estuvieron con sobrepeso y el 14.4% fueron obesos.

El asma es una enfermedad crónica de las vías aéreas; así, se observa que la mayoría de los pacientes del estudio tienen un tiempo de enfermedad menor o igual de 10 años con 58.5%

El 55.9% correspondieron a pacientes asmáticos no controlados y 26.3% a pacientes parcialmente controlados. Los asmáticos controlados fueron 17.8%. Con las pautas terapéuticas actuales, la mayoría de pacientes con asma debería alcanzar un buen control de la enfermedad. Sin embargo, aunque si bien los ingresos y la mortalidad por asma han disminuido, los resultados

relativos al nivel de control y calidad de vida están lejos de la situación óptima que sería esperable de acuerdo a la eficacia potencial de los tratamientos. Esta discrepancia puede deberse a diferentes factores y es compleja de analizar. Un mal control del asma puede estar causado por motivos tan diversos como que el paciente no haya entendido como tomar la medicación, u otros como que padezca una comorbilidad no tratada que empeore el asma o bien que sufra una forma de asma grave insensible a los glucocorticoides. (Kersul, A. & Balmes, S. & Rodríguez, N. & Torrego, A. (2010))

El control del asma es el grado en el que las manifestaciones de la enfermedad están ausentes o se ven reducidas a su mínima expresión; es un concepto muy amplio pero refleja, la idoneidad del tratamiento. Aunque existen diferencias entre países, los datos indican que aproximadamente el 70% de los asmáticos tienen mal controlada la enfermedad, con cifras medias del 72% en el estudio multicéntrico europeo INSPIRE. En el reciente estudio MAGIC (Measuring Asthma Gina Control Study) sobre 1.363 asmáticos estables atendidos en consultas españolas de atención primaria, neumología y alergología, sólo el 12,7% estaban bien controlados (de acuerdo con los criterios de control definidos en la GINA 2006). (Martínez, E. (2010))

En los estudios que analizan el control del asma se intentan identificar las variables que se asocian con ese control deficiente, con vistas a modificarlas si ello es posible. Así, en las distintas publicaciones, se han descrito variables clínicas, demográficas, socioeconómicas y antropométricas que pueden afectar al control del asma, como sexo, raza, índice de masa corporal, tabaquismo, nivel de educación, actividad física, tratamiento y gravedad de la propia enfermedad. Incluir todas las variables que pueden afectar al control del asma haría que los estudios fuesen inabordables, por eso en cada trabajo se hace hincapié en unas variables y no en otras. Hay un factor novedoso que se asocia con un mal control de la enfermedad: la existencia de un evento estresante reciente. Cuando los asmáticos sufren un evento estresante, la probabilidad de que el asma esté mal controlada se incrementa más del doble. Recientemente se ha publicado un estudio italiano que relaciona la ansiedad y la depresión de los pacientes con el control del

asma. González, F. & De la Fuente-Cid, R. & Álvarez-Gil, R. & Tafalla, M. & Nuevo, J. & Caamaño-Isorna, F. (2010))

En relación a la severidad de exacerbación del Asma el 94.1% presentaron exacerbación de asma leve porque los pacientes atendidos en la consulta externa de Neumología son pacientes que llegan a la atención médica ambulatoria en su mayoría estables diferente a los pacientes que llegan por emergencia con exacerbación severa o paro respiratorio inminente.

Dentro de las comorbilidades que presentan los pacientes con Asma es de mencionar a la Osteoartrosis con 4.2%, Faringitis Crónica con 1.7%, Glaucoma con 1.7% y otras comorbilidades porque la población de estudio es adulta y adulta mayor.

El quinto objetivo fue hacer el análisis de los agentes causales de la Exacerbación de Asma en los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología encontrándose a los mariscos en 5.9%, cítricos en 5.9%, carne de cerdo en 3.4% son los que causaron con frecuencia las exacerbaciones de Asma. Otros agentes causales de exacerbación de Asma encontrados fue el detergente con 4.2%, desinfectantes con 1.7%

En estudios revisados se encontró desencadenantes conocidos más frecuentes fueron los neuroalérgenos exteriores (pólenes) y neuroalérgenos domiciliarios (ácaros, epitelio de animales y hongos), el ejercicio y, en mucha menor proporción, los medicamentos y los alimentos. (Castillo V, J. & Mullol M, J. (2008))

El sexto objetivo fue realizar el análisis del tratamiento de Asma en los pacientes asmáticos encontrándose que el 56.8% usan salbutamol, el 6.8% usan salmeterol combinado con fluticasona, el 7.6% usan bromuro de ipratropio, el 5.9% usan teofilina, el 2.5% usan prednisona oral y el 46.6% usan beclometasona o fluticasona.

El tratamiento crónico del Asma comprende dos tipos básicos de medicamentos: los antiinflamatorios y los broncodilatadores. Los primeros pueden interrumpir el desarrollo de la inflamación y ejercen una acción profiláctica y supresora. Los broncodilatadores actúan produciendo una dilatación de las vías respiratorias por relajación del musculo liso bronquial (Diez J, J. L. (2000))

Otra circunstancia que merece destacarse de los datos del trabajo que nos ocupa, es la importancia que otorga el paciente al cumplimiento terapéutico. El asma es una de las enfermedades crónicas con un nivel mayor de incumplimiento de la medicación controladora (alcanzando hasta el 70% en algunas series) y sabemos que cuando el paciente no toma la medicación correctamente se incrementa el grado de inflamación de la vía aérea y se producen limitaciones funcionales, de la calidad de vida, uso de recursos médicos y en definitiva, pérdida del control del asma. Por ello todas las recomendaciones actuales del manejo del asma destacan el papel trascendental de la educación del paciente asmático. La educación tiene como principal objetivo proporcionar al paciente los conocimientos y habilidades necesarios para mejorar su autocuidado y el cumplimiento terapéutico.

Para desarrollar planes educativos eficaces es fundamental negociar conjuntamente las decisiones terapéuticas, puesto que el paciente tiene que «creer» y mostrar su conformidad con el tratamiento que le prescribimos, es el paso previo para conseguir mejorar el cumplimiento. Todo ello nos indica la importancia para conseguir el control del asma de establecer planes educativos individualizados y negociados con los pacientes. En este aspecto de educación sanitaria la atención primaria juega un papel trascendente. Seguro que conseguiríamos mejorar el control del asma en nuestra sociedad si ya en atención primaria se realizaran talleres de educación en asma, de forma análoga a los que se realizan para la diabetes o para reducir el riesgo cardiovascular. (Martínez, E. (2010))

En suma, si bien todos los datos demuestran que estamos muy lejos aún de tener a nuestros asmáticos bien controlados, parece que la solución podría estar en elaborar planes de educación sanitaria en asma ya desde atención primaria, con pautas terapéuticas negociadas con el paciente que estimulen su confianza y su cumplimiento con la medicación, sin descuidar el equilibrio emocional del asmático ni otros factores conductuales como el tabaquismo, la obesidad y el ejercicio físico.

El séptimo objetivo fue realizar el análisis de tratamientos cumplidos por otras patologías en los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología encontrándose que el 12.0% de los asmáticos hacen uso de cetirizina que es un medicamento usado para alergias, 3.7% usan acetilcisteína, 2.8% usan clorfenamina.

El uso de antihistamínicos como cetirizina y clorfenamina son medicamentos muy frecuentemente usados por personas que padecen de alergias. (Diez Jarilla JL. (2000))

Está bien demostrado que la exposición a alérgenos incrementa no solo el riesgo de desarrollar asma sino también la morbilidad en pacientes con asma alérgica. El desconocimiento de las propias alergias podría conllevar una deficiente conducta de evitación de dichos alérgenos y, en consecuencia, conducir a un peor control del asma. (Roger A. & Vasquez R. & Almonacid C. & Padilla A. & Serrano J. & García-Salmones M. (2013))

Para completar con todos los Objetivos del presente estudio se analiza la situación de salud de la población beneficiaria del programa de intervención educativa sobre la exacerbación del asma en pacientes asmáticos de la consulta externa del Hospital I Naylamp – EsSalud, es una población Asmática que cursa con exacerbaciones frecuentes, son adultos y adultos mayores a predominio de sexo femenino con grado de Instrucción secundaria. El Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo atiende a la población asegurada con adscripciones que en su mayoría refieren la dirección en distrito de Chiclayo de allí que el lugar de procedencia es

departamento Lambayeque. Refieren tener antecedentes familiares de Asma, son alérgicos al polvo y otras sustancias alergénicas. El nivel de control es bajo con 17.8% No cumplen con la terapia indicada lo que se correlaciona con los síntomas permanentes y las exacerbaciones frecuentes.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. En su mayoría los pacientes asmáticos tienen más de 50 años de edad (66.9%), existiendo predominio del sexo femenino (69.5%), con instrucción secundaria (42.4%), son nacidos en Lambayeque (68.6%) y que residen en Lambayeque (96.6%).
2. Los pacientes son en su mayoría amas de casa (47.5%) con predominio de labor ocupacional anterior en ventas (17.8%).
3. Los pacientes tienen el hábito de fumar de 8.5%, con antecedente familiar de Asma (55.1%), cuya alergia es ocasionada mayormente por el polvo (86.4%).
4. Los pacientes principalmente presentan última exacerbación de Asma mayor en la semana anterior (45.8%) a la consulta, con antecedente de Rinitis Alérgica (73.6%), que presentan Asma desde hace 10 años (58.5%), con nivel leve de severidad de exacerbación del Asma (94.1%), teniendo el 17.8% buen control de Asma, cuya comorbilidad más frecuente asociada fue la osteoartritis (4.2%)
5. Los agentes causales alimenticios que desencadenan la exacerbación asmática son los mariscos (5.9%) o cítricos (5.9%) y con otros agentes como detergente (4.2%).
6. El tratamiento indicado con mayor uso es salbutamol inhalador (56.8%) y Beclometasona (46.6%).
7. Pacientes que emplean la cetirizina (12%), es un medicamento para la alergia.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Este trabajo de investigación se recomienda a estudiantes de la salud, médicos generales, médicos especialistas que atienden a pacientes con Asma para disminuir las exacerbaciones de esta patología respiratoria.
2. Promover programas que eduquen a pacientes asmáticos sobre el riesgo que implica una exacerbación y como evitarla por medio de intervenciones educativas, que involucre a todo el sector salud.
3. Políticas de salud pública que fortalezcan programas para reducir la incidencia de asma, así mismo que los profesionales de salud participen activamente.
4. Establecer metas de incremento del conocimiento y mejora en las actitudes de pacientes asmáticos, para fortalecer su cumplimiento oportuno de prevención de la Exacerbación Asmática.
5. Inclusión del entorno tanto familiar, laboral para mejora de actitudes en la prevención de la Exacerbación Asmática.
6. Ampliar la investigación sobre prevención de Exacerbación de Asma en pacientes Asmáticos en otros centros de salud, tanto de la zona urbana y rural.
7. Se necesita una mayor concientización en los pacientes asmáticos para cumplir con su terapia indicada y mejorar el control de asma.
8. Todos los pacientes asmáticos del hospital I Naylamp tanto niños y adultos deben de tener evaluación médica por Neumología para fortalecer sus conocimientos acerca de su enfermedad respiratoria.
9. Se debe realizar un estudio de investigación sobre los factores de riesgo desencadenantes que ocasionan la exacerbación de asma en la ciudad de Chiclayo y evaluar el posterior resultado después de la aplicación del programa de intervención educativa.
10. La enseñanza de conocimientos básicos de esta patología respiratoria de asma se incluya en currículos de Instituciones Educativas y Universitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barraga Macías A. (2010) Elaboración de Propuestas de Intervención Educativa. 1era Edición. Editor: Universidad Pedagógica de Durango. México pp 24,25,28.
- Bellido-Casado, J., Plaza, V., Perpiñá, M., Picado, C., Bardagí, S., Martínez-Brú, C., Torrejón, M. (2010). Respuesta inflamatoria de la exacerbación asmática de instauración rápida. Archivos de Bronconeumología, 46, 587-93.
- Cabrera M. (2006) "Evaluación de las competencias cognitivas en el Diagnóstico y Tratamiento del Asma de los profesionales médicos Gerentes de las CLAS – DISA Lambayeque, Noviembre 2005". (Tesis Maestría) Chiclayo: Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo"
- Castillo Vizuete JA, Mullol Miret J. (2008) Comorbilidad de Rinitis y Asma en España (estudio RINAIR). Arch Bronconeumol; 44 (11): 597- 603.
- Chiarella Pascual, Vargas Ronald, Vega Luis, Navarro Aldo, Martínez Raúl, Gutiérrez Manuel, Segura Mariano. (2004) Prevalencia de Síntomas Respiratorios Compatibles con Asma en Niños Escolares de 13 y 14 años de San Martín de Porras (Lima) y de Huancayo. Enferm. Tórax; 48 (1) : 50-58.
- Datos Estadísticos tomados de la Oficina de Epidemiología del Hospital Las Mercedes-Chiclayo y de la Dirección de Salud 2004.
- De Zubiría Salgado Eduardo. (2004) Asma Bronquial. 1era Edición. Editorial Médica Panamericana; pp 709. Recuperado de books.google.com. pe
- Diagnóstico Situacional del Hospital I Naylamp (2012). Servicio de Planeamiento y Calidad. Red Asistencial de Lambayeque.
- Díaz Barriga Arceo F, Hernández Rojas G. (2002) Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo. Una interpretación Constructivista. 3era. Ed. México D. F. Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.; 2-7.
- Díez Jarilla J.L. (2000) Problemas Clínicos en Neumología. Claves diagnósticas y terapéuticas. Recursos y enlaces en Internet. 1era Edición. Editorial McGraw-Hill. Interamericana; pp 101-119.
- Díez Jarilla J.L. (2000) Problemas clínicos en Neumología. Claves Diagnóstica y Terapéutica. Recursos y enlaces en Internet. Asma. 1era Edición. Editorial McGraw Hill- Interamericana. 101-119.

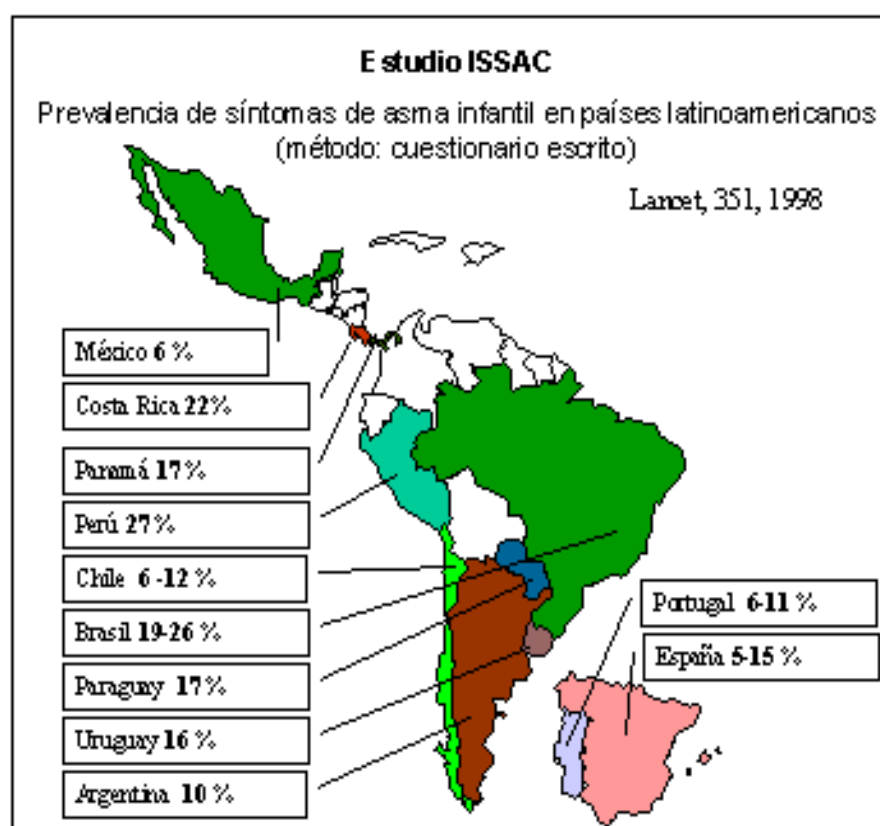
- Francisco A. (1998). Fundamentos de la relación médico - paciente. Revista Colombiana de Cardiología, 6, 263-73.
- Global Strategy for Asthma Management and prevention. Updated (2011). Global Initiative for Asthma.
- Gómez JF, Gómez LF y Quevedo A. (2008). Pautas de Tratamiento en Pediatría .4ta Edición .Editorial Universidad de Antioquia; pp 222. Recuperado de books.google.com.pe
- González F, Hilda Liliana y Huamán P, Evelyn Katie. (2007) “Eficacia de la Inhaloterapia con cámara artesanal en el tratamiento de las Crisis de Sibilancias en niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz”. (Tesis Bachiller) Chiclayo: Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo”
- González, F. ,De la Fuente , R. , Alvarez-Gil , R. , Tafalla, M. ,Nuevo , J. , Caamaño – Isorna, F. (2010). Factores asociados con el control del asma en pacientes de atención primaria en España: el estudio CHAS. Archivos de Bronconeumología, 46,358-63.
- González, F., De la Fuente-Cid, R., Álvarez-Gil, R., Tafalla, M., Nuevo, J., Caamaño-Isorna, F. (2010). Factores asociados con el control del asma en pacientes de atención primaria en España: el estudio CHAS. Archivos de Bronconeumología, 46, 358-63.
- Gordillo C, Johnny Alexander, Ibaceta T, César Augusto. “Impacto de la Intervención Educativa a Padres o Tutores en la aplicación de la Técnica de Terapia Inhalatoria a los niños de 3 a 5 años con Diagnóstico de Reagudizaciones de Asma que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes Enero- Febrero 2006 “. (Tesis Bachiller) Chiclayo: Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo “, 2006.
- Kersul, A., Balmes, S. ,Rodriguez, N. , Torrego, A.(2010). Control del asma. Posibles “piedras en el camino”. Archivos de Bronconeumología, 46(Supl 6), 8-13.
- León Rubio José María, Medina Anzano Silvia , Barriga Jiménez Silverio, Ballesteros Regaña Ana, Herrera Sánchez, Isabel Maria. (2004) Psicología de la Salud y de la Calidad de vida . 1era Edición .Editorial UOC. Barcelona pp 61-94.

- Lezana J V, Arancibia C . (2006) Consideraciones Epidemiológicas del Asma en Latinoamérica. Universidad de Valparaíso .Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar 2006; 45 -48. Recuperado de [http ://www.neumología pediátrica](http://www.neumología pediátrica)
- Martínez, E. (2010). Control del Asma: un objetivo lejano. Archivos de Bronconeumología, 46, 347-8.
- Melero, C., López-Viña, A. , García-Salmones, M. , Cisneros, C. Jareño, J. , Ramirez , M.(2012). Factores relacionados con el mayor porcentaje de ingresos por asma en mujeres. Estudio FRIAM .Archivos de Bronconeumología, 48, 234-9.
- Oblitas Guadalupe L A. (2010). Psicología de la Salud /Health Psychology . 3era Edición. Editorial Cengage Learning Editores; pp 115,116. Recuperado de books.google.com. pe
- Pelta, R. , De Miguel, J. , Álvarez-Perea, A. , Magán, P. , Jiménez, R ., Sanz, V. (2011). Factores de riesgo de asma de inicio entre los 12 y 40 años. Resultados del estudio FENASMA .Archivos de Bronconeumología, 47, 433-40.
- Pérez Calleja Norma C, García La Rosa Annie, La Rosa González Idelein. (2001) Intervención Educativa para elevar los conocimientos sobre Asma Bronquial en familiares de niños asmáticos .Policlínico Norte Ciego de Ávila. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_supl2_09/articulos/a3_v15_supl209.htm
- Pérez, L. , Carballada, F., Castro, O., Pizarro, M. , Vázquez, M. , Balóira, A.(2010) . Relación entre presencia de comorbilidad y control del asma. Archivos de Bronconeumología, 46, 508-13.
- Plaza, V. , Bellido-Casado, J. , Díaz, C. , Pérez de Llano, L. , Sanchis, J. , Villasante, C. , López, A. (2012). Implicación de los servicios de neumología españoles en la asistencia, docencia e investigación en asma. Resultados de la encuesta ATENEA. Archivos de Bronconeumología, 48, 114-9.
- Robert E. Hyatt, Paul D. Scanlon, Masao Nakamura. (2009) Guía práctica para la interpretación de las pruebas de la función pulmonar. 3era Edición. Editorial WoltersKluwerHealth España, SA, Lippincott Williams & Wilkins. Pp 5, 121-127.
- Roger A, Vasquez R, Almonacid C, Padilla A, Serrano J, García-Salmones M, col. (2013) Grado de Conocimiento de las propias sensibilizaciones alérgicas

- en pacientes Asmáticos y su repercusión en el nivel de Control de Asma. Arch Bronconeumol 49(7) 289-296.
- Salas, T.,Rubies, C. ,Gallego, C., Muñoz, P. ,Burgos, F. ,Escarrabill, J. (2011). Requerimientos técnicos de los espirómetros en la estrategia para garantizar el acceso a una espirometría de calidad .Archivos de Bronconeumología, 47, 466-9.
- Solano, A. (2009). Asma Infantil .Enfermedades del Tórax.Revista de la Sociedad Peruana de Neumología, 53(1), 1-15.
- Soto – Martínez M, Soto – Quiroz M . (2004) Epidemiología del Asma en Costa Rica. Rev. Med. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica). Vol. 39 n .1 San José.
- Universidad de Cantabria. (2010). Ciencias de la Salud. Ciencias Psicosociales. Recuperado de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.2-teoria-de-la-accion-razonada-ajzen-y>
- Urteaga R . (2006) “Conocimientos, actitudes y cumplimiento de Terapia Médica de los Padres de niños Asmáticos de 5 a 14 años del Hospital Emergencias Pediátricas Lima – Perú. Enero a Febrero del 2006 “(Tesis Bachiller) Chiclayo : Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo”

ANEXOS

ANEXO N ° 01



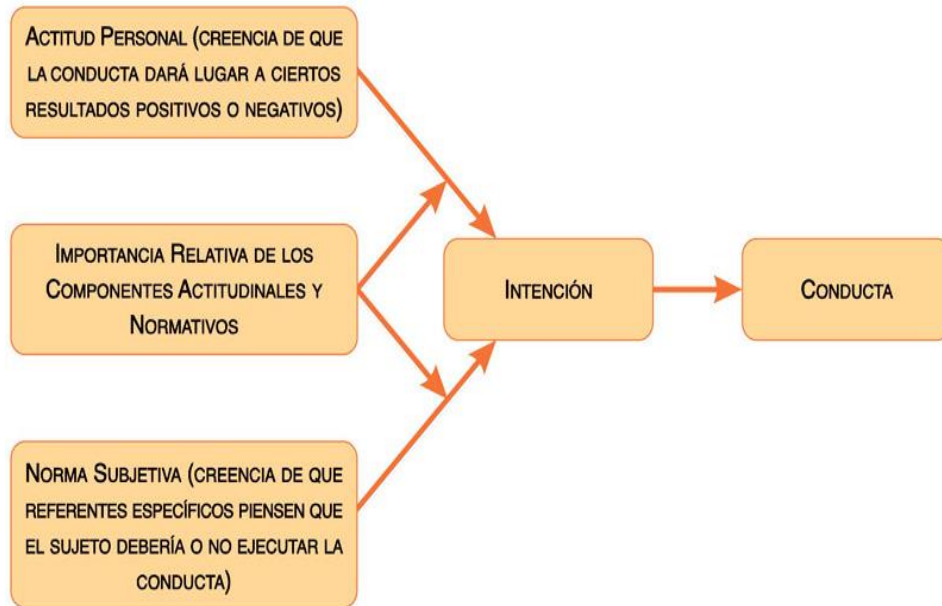
ANEXO N° 02



HOSPITAL I NAYLAMP-ESSALUD

ANEXO N°03

TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA (1975)





ANEXO N° 04
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Fecha: _____ N° de Historia Clínica: _____

I.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- 1.-Nombres y Apellidos: _____
- 2.-Edad: _____
- 3.-Sexo: _____
- 4.-Grado de Instrucción: _____
- 5.-Nacimiento: _____
- 6.-Procedencia: _____
- 7.-Ocupación actual: _____
- 8.-Historia Laboral: _____
- 9.-Gestación actual: _____
- 10.-Talla: _____ Peso: _____ IMC: _____

II.-ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- 1.-Tiempo que padece con Asma: _____
- 2.-Alergias a: _____
- 3.- ¿Qué cree usted que exacerba su asma? _____
- 4.-Tabaco: N°de cigarrillos /día _____ tiempo _____
- 5.-Familiares con Asma: _____
- 6.-Fecha de la última Exacerbación de Asma : _____
- 7.-Frecuencia de Exacerbaciones de Asma / año 2012: _____
- 8.-Frecuencia de Exacerbaciones de Asma / año 2011: _____
- 9.-Enfermedades:

Rinitis _____ Sinusitis _____ GoteoPostnasal _____ TBC _____ Gastritis _____ Úlce
raPéptica _____ ERGE _____ HTA _____ Diabetes _____ Otras _____

III.-CLASIFICACIÓN DE ASMA

A.-Nivel de Control de Asma:

Controlada _____
Parcialmente Controlada _____
No Controlada _____

B.-Severidad de Exacerbación de Asma:

(Según información de paciente de la última exacerbación por Asma y se constata en su historia clínica)

Leve: _____

Moderada: _____

Severa: _____

Paro respiratorio inminente: _____

IV.-TRATAMIENTO ACTUAL DE ASMA:

1.-Broncodilatadores:

a.-B2 Agonista de acción corta:

Salbutamol: _____ Fenoterol: _____

Nebulizaciones: _____

b.-Medicación combinada: B2 agonista de acción corta+ anticolinérgico:

salbutamol+bromuro de ipratropio _____

fenoterol+bromuro de ipratropio _____

c.-B2 Agonista de Acción Prolongada:

Salmeterol: _____ Formoterol: _____

d.-Medicación combinada:

B2 agonista de acción prolongada+ Glucocorticoide inhalado:

e.-Anticolinérgicos:

Bromuro de Ipratropio: _____

f.-Metilxantina:

Aminofilina: _____ Teofilina: _____

2.-Antileucotrienos:

Montelukast: _____

3.-Glucocorticoides:

a.-Oral: _____

b.-Parenteral: _____

c.-Inhalatorio:

Beclometasona: _____

Fluticasona: _____

Budesonida: _____

4.-Otras

medicaciones: _____



ANEXO N° 05



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a Asegurado/a:

Solicito su participación en el presente estudio de investigación que es personal. Su nombre no será utilizado.

Consta en responder con veracidad a las interrogantes que personalmente y directamente serán planteadas, la duración es de 20 minutos. El proceso es confidencial y voluntario.

Este trabajo de investigación no tiene riesgos, ni recibe aportes económicos. Asimismo; no recibirá ninguna compensación económica por participar.

Es de conocimiento del desarrollo del presente estudio de Investigación la Dirección de mi Hospital I Naylamp –EsSalud donde me desempeño como Neumóloga de Consultorio Externo desde el año 1999.

Alguna inquietud o información sobre mi trabajo de Investigación, puede hacerlo llegar al Hospital I Naylamp-EsSalud que se encuentra situado en la Avenida Bolognesi N° 200 en el Distrito de Chiclayo, Provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque-Perú.

Investigadora:

Dra. Victoria Razón Angulo

Médico con especialidad en Neumología

CMP 24983 - RNE 11483

AUTORIZACIÓN

He leído el presente documento .La investigadora me ha explicado sobre el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el presente estudio de investigación de la Dra. Victoria Razón Angulo sobre: "PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR LA EXACERBACIÓN DEL ASMA EN PACIENTES ASMÁTICOS DE LA CONSULTA EXTERNA DE NEUMOLOGÍA EN EL HOSPITAL I NAYLAMP-ESSALUD-CHICLAYO 2014".

He recibido copia de Consentimiento Informado.

Asegurado/a:

Nombres y Apellidos:_____

DNI:_____

Firma

ANEXO N°06



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
ESCUELA DE POST GRADO



CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PACIENTES ASMÁTICOS DE LA CONSULTA EXTERNA DE NEUMOLOGÍA EN EL HOSPITAL I NAYLAMP-ESSALUD-CHICLAYO 2014”

Objetivo : Obtener información respecto a la presentación de las Exacerbaciones y control de Asma .

Instrucciones: Estimado/a Asegurado/a lea atentamente la pregunta y por favor responda con veracidad . La información proporcionada será anónima y de carácter confidencial.

Llene los espacios en blanco y conteste con una aspa (x) la alternativa de su conveniencia.

Fecha: _____ N° de Historia Clínica: _____

I.-DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1.-Edad: _____

2.-Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

3.-Grado de Instrucción:

-Analfabeto: ☐

-Primaria: Incompleta ☐ Completa ☐

-Secundaria: Incompleta ☐ Completa ☐

-Superior : Incompleta ☐ Completa ☐

4.-Nacimiento: _____

5.-Procedencia: _____

6.-Ocupación actual: _____

7.-Historia Laboral: _____

8.-Gestación actual : 1erT ☐ 2doT ☐ 3erT ☐

II.-ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

1.-Tiempo que padece con Asma: _____

2.-Alergia: Tabaco ☐ Humo de leña ☐ Perro ☐ Gato ☐

Kerosene ☐ Gasolina ☐ Terokal ☐ Humedad ☐ ácaros ☐
Polvo ☐ Tierra ☐ Lana ☐ perfumes ☐ aire acondicionado ☐
Calor ☐ Frio ☐ Alimentos _____
otros _____

3.-¿Qué cree usted que exagera su asma? _____

4.-Tabaco: N° de cigarrillos/día _____ Tiempo _____

5.-Familiares con Asma: _____

6.-Fecha de la última exacerbación de Asma: _____

7.-Frecuencia de Exacerbaciones de Asma/año 2014: _____

8.-Frecuencia de Exacerbaciones de Asma/año 2013: _____

9.-Enfermedades:

Rinitis ☐ Sinusitis ☐ Goteo Postnasal ☐ TBC ☐ HTA ☐
Gastritis ☐ Úlcera Péptica ☐ ERGE ☐ Diabetes ☐
Otras _____

III.-CLASIFICACIÓN DE ASMA

A.-Nivel de Control de Asma:

a.-Tiene síntomas diurnos/semana :

ninguno ☐ 1 vez ☐ 2 veces ☐ más de 2 veces ☐

b.-Tiene limitaciones en sus actividades: Si ☐ No ☐

c.-Tiene síntomas nocturnos/despertan al paciente : Si ☐ No ☐

d.-¿Cuántas veces usa medicamento de rescate /semana?

Ninguna ☐ 1 vez ☐ 2 veces ☐ más de 2 veces ☐

e.- Función Pulmonar: (según informe espirométrico post broncodilatador, al momento del llenado del cuestionario)

PEF Normal ☐ menor 80% ☐ valor _____

VEF1 Normal ☐ menor 80% ☐ valor _____

f.-Exacerbaciones:

ninguno ☐ 1 ó más /año ☐ 1 vez en cualquier semana ☐

B.-Severidad de Exacerbación de Asma

(Según información de paciente de la última exacerbación por Asma y se constata en su historia clínica)

a.-Disnea: andar ☐ hablar ☐ En reposo ☐

b.-Habla con : oraciones ☐ frases ☐ palabras ☐

c.-Estado de conciencia:

Puede estar agitado ☐ usualmente agitado ☐ confuso ☐

d.-Frecuencia respiratoria: incrementada ☐ mayor de 30/min ☐

e.-Movilización de músculos accesorios y retracción supraesternal:

No usualmente ☐ usualmente ☐ movimientos toraco-abdominales paradójicos ☐

f.-Sibilancias: moderada ☐ intensa ☐ usualmente intensa ☐ ausente ☐

g.-Frecuencia de pulso:

menos de 100 ☐ entre 100y 12 ☐ mayor de 120 ☐ bradicardia ☐

h.-Pulso paradójico:

ausente menos de 10mmHg ☐ Puede estar presente 10-25 mmHg ☐

Frecuentemente presente mayor de 25 mmHg(adulto) y 20-40mmHg(niños) ☐

Ausencia ☐

i.-PEF post broncodilatador: 80% ☐ 60-80% ☐ menos de 60% ☐

j.-PaO₂: normal ☐ mayor 60mmHg ☐

menos de 60mmHg, posible cianosis ☐

k.-PaCO₂: menos 45mmHg ☐

mayor 45 mmHg, posible falla respiratoria ☐

l.-SatO₂: mayor 95% ☐ 91-95% ☐ menos 90% ☐

IV.- TRATAMIENTO ACTUAL DE ASMA

(al momento del llenado del cuestionario)

1.-Broncodilatadores

a.- B2 agonistas de acción corta:

-Salbutamol ☐

Inhalador ☐ dosis/día _____

Vía oral: Tabletas ☐ Jarabes ☐ dosis/día _____

-Fenoterol ☐ Inhalador ☐ dosis/día _____

-Nebulizaciones : casa ☐ hospital ☐ ¿Cuántas veces por día? _____

b.-Medicación combinada:B2 agonista de acción corta + anticolinérgico:

-salbutamol+bromuro de ipratropio ☐ dosis/día _____

-Fenoterol+bromuro de ipratropio ☐ dosis/dia_____

c.-B2 agonista de acción prolongada:

-Salmeterol ☐ dosis/dia _____Formoterol ☐ dosis/dia_____

d.-Medicación combinada:

B2 agonista de acción prolongada +Glucocorticoide inhalado:

-Salmeterol+Fluticasona ☐ dosis/dia_____

-Formoterol+budesonida ☐ dosis/dia_____

e.-Anticolinérgicos:-Bromuro de Ipratropio☐ dosis/dia_____

f.-Metilxantinas:

-Aminofilina ☐ dosis/dia_____

-Teofilina ☐ dosis/dia_____

2.-Antileucotrienos:

-Montelukast ☐ dosis/dia_____

-otros _____

3.- Glucocorticoides:

a.-oral: ☐ nombre_____ dosis/dia _____ tiempo_____

b.-parenteral :

nombre_____ intramuscular ☐ dosis/dia_____

nombre_____ endovenoso ☐ dosis/dia_____

c.-Inhalatoria:

-Beclometasona ☐ dosis/dia_____

-Fluticasona ☐ dosis/dia_____

-Budesonida ☐ dosis/dia_____

4.-Otras medicaciones:_____

¡Gracias!

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR LA EXACERBACIÓN DEL ASMA EN PACIENTES ASMÁTICOS DE LA CONSULTA EXTERNA DE NEUMOLOGÍA EN EL HOSPITAL I NAYLAMP- ESSALUD DE CHICLAYO 2014

I. DATOS INFORMATIVOS

- 1.1. Institución** : Hospital I Naylamp - EsSalud
- 1.2. Ubicación** : Avenida Bolognesi 200. Distrito Chiclayo
- 1.3. Director** : Dr. Walder Carpio Montenegro
- 1.4. Área de incidencia** : Consultorio Externo de Neumología
- 1.5. Nivel** : Pacientes Asmáticos
- 1.6. Duración** : 14 Sábados
- 1.7. Tiempo** : 8:00 am – 12:00 mediodía
- 1.8. Responsable** : Dra. Victoria Razón Angulo

II. DENOMINACIÓN:

“CONOCIENDO A PREVENIR LA EXACERBACIÓN ASMÁTICA”

III. JUSTIFICACIÓN:

Se conoce que entre un 5% y un 15 % de la población mundial padece de asma y crece a razón de un 50% cada 10 o 15 años, causando unas 2000 muertes al año en países desarrollados. Se ha reportado un aumento de la prevalencia del asma a nivel mundial. Actualmente existe mucho interés en poder conocer que está ocurriendo con asma, una enfermedad que está variando de manera importante en los últimos años, no solo en cuanto a lo que definición y diagnóstico se refiere, sino también en cuanto a incremento de la prevalencia, mortalidad y costo.

Según la Oficina de Estadística del Hospital I Naylamp en el año 2013, las enfermedades como Asma, Bronquitis Aguda, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), Secuelas de Tuberculosis, Bronquiectasias, EPID (Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa) fueron los diagnósticos más

frecuentemente atendidos en la consulta externa de Neumología; ocupando el primer lugar de atención neumológica , el diagnóstico de Asma.

En la consulta externa de Neumología del Hospital I Naylamp – EsSalud se atienden a 20 pacientes diariamente de los cuales el 42.22 % de los pacientes atendidos son asmáticos cursando con exacerbaciones frecuentes, esto fue el motivo para realizar el presente estudio de investigación científica.

Con la Propuesta del Programa de Intervención Educativa, los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología tendrán mayor conocimiento sobre su enfermedad respiratoria y con ello disminuir las exacerbaciones y mejorar su calidad de vida.

El Programa de Intervención Educativa permitirá abordar de manera frontal el problema para prevenir la exacerbación de Asma en los pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo y asegurar los beneficios a largo plazo del ser humano en cuanto a su salud.

IV. OBJETIVOS

Objetivo General:

Fortalecer los conocimientos, y las actitudes ante una exacerbación de Asma en el paciente asmático de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo.

Objetivos Específicos:

- Brindar una adecuada información para Incrementar el conocimiento sobre Asma, mediante el desarrollo de actividades educativas (sesiones, charlas, consejería nutricional, consejería psicológica), etc.
- Aplicar la Propuesta del programa de intervención educativa en los pacientes asmáticos.
- Modificar actitudes frente a una exacerbación de Asma.

V. DESCRIPCIÓN.

La Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para prevenir la exacerbación del Asma en pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp – EsSalud de Chiclayo , se constituirá de un conjunto de actividades educativas con la finalidad de mejorar los conocimientos acerca de la enfermedad respiratoria que padecen los pacientes con Asma.

Dicho Programa propone la ejecución de actividades entre las que destacan los temas de sensibilización, que se ejecutaran una vez a la semana, en el auditorio del Hospital I Naylamp, las actividades tendrán una duración de 4 horas, desde las 8:00 am hasta las 12:00 del mediodía.

VI. CUADRO DE CONTENIDOS Y OBJETIVOS DE APRENDIZAJE.

CONTENIDO	OBJETIVO	PERSONA RESPONSABLE	COSTOS
1. Taller: Sensibilización a pacientes asmáticos a través de láminas, videos, diapositivas	Lograr sensibilizar a los pacientes asmáticos	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera -Técnico de enfermería -Psicólogo -Nutricionista -Tecnólogo médico	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 01 ciento papel A4...11.00 soles 4 Plumones12.00 soles 4Papelotes.....02.00 soles 4Lapiceros.....02.40 soles 1 USB.....30.00 soles 01 cinta adhesiva....02.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 109.40 soles
2. Taller: conocimientos de los factores desencadenantes en	Brindar los conocimientos básicos sobre la enfermedad asmática para prevenir la	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera -Técnico de enfermería -Psicólogo	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 02 cientos papel A4...22.00 soles 10 Plumones30.00 soles 25Papelotes.....12.50 soles

Asma . Taller sobre Control de Asma	exacerbación por Asma. Conocer sobre control de Asma	-Nutricionista -Tecnólogo médico	4Lapiceros.....02.40 soles 1 USB.....30.00 soles 01 cinta adhesiva....02.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 148.90 soles
3. Taller: Señalar los factores de riesgo para evitar las exacerbaci ones de Asma	Saber identificar los factores de riesgo para evitar exacerbaciones de Asma	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera -Técnico de enfermería -Psicólogo -Nutricionista -Tecnólogo médico	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 01 ciento papel A4...11.00 soles 15Plumones45.00 soles 25Papelotes..... 12.50 soles 4Lapiceros.....02.40 soles 1 USB.....30.00 soles 01 cinta adhesiva....02.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 152.90 soles
4. Taller: Presentar caso de un paciente Asmático con Exacerbaci ón de Asma	Conocer los síntomas respiratorios de una Exacerbación de Asma	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera -Técnico de enfermería -Psicólogo -Nutricionista -Tecnólogo Médico	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 01 ciento papel A4...11.00 soles 5 Plumones15.00 soles 4Papelotes.....02.00 soles 4Lapiceros.....02.40 soles 1 USB.....30.00 soles 01 cinta adhesiva....02.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 112.40 soles
5. Taller: Mitos y Creencias sobre Asma	Conocimientos sobre los Mitos y Creencias sobre Asma	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera -Técnico de enfermería -Psicólogo	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 01 ciento papel A4...11.00 soles 4 Plumones12.00 soles 4Papelotes.....02.00 soles

		-Nutricionista -Tecnólogo médico	4Lapiceros.....02.40 soles 1 USB.....30.00 soles 01 cinta adhesiva....02.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 109.40 soles
6. Taller: Conocer sobre Asma Ocupacional	Obtener conocimientos sobre Asma Ocupacional	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera de enfermería -Psicólogo -Nutricionista -Tecnólogo médico	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 01 ciento papel A4...11.00 soles 4 Plumones12.00 soles 4Papelotes.....02.00 soles 4Lapiceros.....02.40 soles 1 USB.....30.00 soles 01 cinta adhesiva....02.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 109.40 soles
Taller: Conocer sobre el uso de los inhaladores. Inhaloterapia	Conocer sobre la forma correcta de uso de inhaladores	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera de enfermería -Psicólogo -Nutricionista -Tecnólogo médico	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 02 ciento papel A4...22.00 soles 10 Plumones 30.00 soles 20Papelotes.....10.00 soles 4Lapiceros.....02.40 soles 1 USB.....30.00 soles 03 cinta adhesiva....06.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 150.40 soles
8. Conocimientos sobre Alimentación Saludable en Asma	Conocer sobre la alimentación saludable en pacientes asmáticos	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera de enfermería -Psicólogo	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 01 ciento papel A4...11.00 soles 4 Plumones12.00 soles 4Papelotes.....02.00 soles

		-Nutricionista -Tecnólogo médico	4Lapiceros.....02.40 soles 1 USB.....30.00 soles 01 cinta adhesiva....02.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 109.40 soles
9. Taller: Conocimientos sobre los factores Psicológicos en Asma	Saber controlarse emocionalmente ante cualquier situación cotidiana.	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera -Técnico de enfermería -Psicólogo -Nutricionista -Tecnólogo médico	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 01 ciento papel A4...11.00 soles 4 Plumones12.00 soles 4Papelotes.....02.00 soles 4Lapiceros.....02.40 soles 1 USB.....30.00 soles 01 cinta adhesiva....02.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 109.40 soles
10. Taller: Confección de aerocámara . Terapia sobre Rehabilitación respiratoria	Saber confeccionar una aerocámara artesanal. Conocimientos sobre Rehabilitación Respiratoria	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera -Técnico de enfermería -Psicólogo -Nutricionista -Tecnólogo médico	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 01 ciento papel A4...11.00 soles 4 Plumones12.00 soles 4Papelotes.....02.00 soles 4Lapiceros.....02.40 soles 1 USB.....30.00 soles 01 cinta adhesiva....02.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 109.40 soles
11. Taller: Concurso de Conocimientos sobre Asma	Constatar los conocimientos aprendidos sobre Asma	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera -Técnico de enfermería -Psicólogo	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 01 ciento papel A4...11.00 soles 4 Plumones12.00 soles 4Papelotes.....02.00 soles

		-Nutricionista -Tecnólogo médico	4Lapiceros.....02.40 soles 1 USB.....30.00 soles 01 cinta adhesiva....02.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 109.40 soles
12. Taller : Conocer sobre el tratamiento de Asma	Lograr sensibilizar sobre el uso de los inhaladores como su tratamiento en Asma	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera -Técnico de enfermería -Psicólogo -Nutricionista -Tecnólogo médico	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 01 ciento papel A4...11.00 soles 4 Plumones12.00 soles 4Papelotes.....02.00 soles 4Lapiceros.....02.40 soles 1 USB.....30.00 soles 01 cinta adhesiva....02.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 109.40 soles
13. Concursos de lemas alusivos	Lograr que demuestren sus conocimientos aprendidos.	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera -Técnico de enfermería -Psicólogo -Nutricionista -Tecnólogo médico	20 pacientes asmáticos por Taller, divididos en grupo de 4 pacientes. 02 cientos papel A4...22.00 soles 10 Plumones30.00 soles 50Papelotes..... 25.00 soles 10Lapiceros..... 06.00 soles 1 USB.....30.00 soles 04 cinta adhesiva....08.00 soles 50Trípticos..... <u>50.00 soles</u> 171.00 soles
14. Pasacalle	Dar a conocer al público sobre la importancia de prevenir la exacerbación de Asma. Dar a	-Médico: Victoria Razón Angulo -Enfermera -Técnico de enfermería -Psicólogo	05 autos/hora.....200.00 soles 25 Cartulinas..... 50.00 soles 10 plumones..... 30.00 soles 100 trípticos.....100.00 soles

	conocer al público de la labor efectuada.	-Nutricionista -Tecnólogo médico	1000 boletines..... <u>150.00 soles</u> 530.00 soles
Total			2,140.80 soles

VII. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

N°	DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD	INDICADORES DE LOGRO	ACCIONES / ESTRATEGIAS	RECURSOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	TIEMPO
01	Taller: Sensibilización de pacientes asmáticos	Pacientes asmáticos sensibilizados	Sensibilización de los participantes en la “Propuesta de un Programa de Intervención Educativa para prevenir la exacerbación del Asma en pacientes asmáticos de la consulta externa de Neumología en el Hospital I Naylamp – EsSalud”. ○ BIENVENIDOS AL TALLER DE ASMA ○ Motivación: presentación de láminas con casos clínicos de Asmáticos controlados sin Exacerbación de Asma. ○ Preguntas: ○ Temas de Presentación: “Conocimientos básicos sobre Asma” “Exacerbación de Asma y la necesidad de inclusión social para el desarrollo del país con educación y prevención para todos”	Material informativo Plumones Cinta, papelotes Proyección de Diapositivas	Apoyo estadístico Ficha de Autoevaluación	1ra.Semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía (4 horas)

02	Taller: Nuestros cuidados dependen de nosotros. Conociendo todos los factores desencadenantes de nuestra enfermedad Asmática. Taller: Vamos a controlar esta enfermedad. Nosotros si podemos.	Incremento de nuevos conocimientos sobre la prevención de la exacerbación en Asma. Factores desencadenantes de Asma.	○ Motivación: Presentación de un caso clínico de factores desencadenantes de Exacerbación de Asma. ○ Preguntas: ○ ¿Qué les parece? ○ ¿Qué factores fueron los que desencadenaron la exacerbación de Asma? ○ ¿Podemos nosotros controlar esta enfermedad? Temas de presentación: ○ Factores desencadenantes en Asma. ○ Ocupación laboral y presentación de Exacerbación Asmática. ○ Se presenta en sobres de colores algunas preguntas para responder y explicarles con detalles sobre la enfermedad. ○ Enumerar algunos factores desencadenantes de Asma ○ Participación activa en responder a las preguntas planteadas.	Módulo instructivo de Caso Clínico de paciente con Exacerbación Asmática. Factores desencadenantes Papel Plumones Material informativo Presentación de Diapositivas	Ficha de autoevaluación	2da.semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía (4 horas)
03	Taller: Los asmáticos deben señalar personalmente sus factores de riesgo para evitar las exacerbaciones	Conocimiento de los Factores desencadenantes en Asma en cada participante	Motivación: Presentación de casos clínicos. Cuadro Clínico en un paciente Asmático.	Material informativo Plumones Cintas Papelotes Papelotes plumones,	Ficha de autoevaluación	3ra. semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía

04	Taller: Conociendo sobre la presencia de Exacerbación de Asma. Taller: Actuación grupal desarrollando todo el panorama que padece un paciente al presentar una exacerbación de Asma.	Los pacientes Asmáticos indicaran con detalle sus síntomas. Conocimiento sobre su cuadro clínico Obtener mayor conocimiento de la enfermedad Asmática Aprender a conocer sus síntomas obstructivos para estar prevenidos ante una exacerbación de Asma	Preguntas: ○ ¿Qué molestias presentas cuando tienes una exacerbación de Asma? ○ ¿Quién de los presentes nos cuenta sobre su última exacerbación asmática y cuáles fueron sus molestias? Tema de Presentación: Cuadro Clínico de Asma ○ Se hace entrega de material. ○ Grupos trabajan en torno al caso clínico, organizando sus ideas con apoyo de médicos especialistas en Neumología, enfermera del programa del Adulto y Adulto mayor. ○ Ayudar para desarrollar preguntas ○ Se da tiempo de 30 minutos. ○ Se invita a dar a conocer sus aportes ○ Se aplica ficha de autoevaluación. ○ Investigadora publica en el Periódico Mural los aportes ganadores ○ Invitación para el próximo taller.	cinta adhesiva. Actuación grupal de un paciente con exacerbación Asmática que llega a solicitar consulta médica Material informativo Plumones Cinta Papelotes Proyección de diapositivas Material de cada participante traído de casa para la confección de Lemas alusivos a la presencia de exacerbación Asmática	Ficha de autoevaluación Premios representativos a la ocasión	(4 horas) 4ta.semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía (4 horas)
----	--	---	---	---	--	---

05	Taller: Mitos y Creencias sobre Asma Taller: Actuación sobre algún mito y creencia sobre la enfermedad Asmática	Aceptar su enfermedad Asmática para ser tratada y tener un mejor control Obtener una mejor calidad de vida al tener un amplio conocimiento científico sobre la enfermedad Asmática Trabajar sin tener síntomas y prevenir la exacerbación Asmática	Los participantes se agrupan en número de 04 personas para actuar sobre una simulación de la presencia de Exacerbación de Asma. El grupo que indique sus síntomas con mayor precisión y se encuentre atento al desarrollo de la actuación de sus compañeros tiene un premio (obtendrá un regalo representativo a la ocasión). Temas de presentación: Mitos sobre Asma Preguntas : ¿Conocen algún mito sobre su enfermedad Asmática? ¿Qué Creencias conocen sobre Asma? Los participantes se agrupan de 04 para que desarrollen sobre un Mito y Creencia de la enfermedad Asmática. Los participantes colaboran sobre conocimientos y prácticas sobre Mitos y Creencias de la enfermedad Asmática. Manifestarse si estas Creencias tuvo implicancias en su enfermedad respiratoria.	Material informativo Plumones Cinta Papelotes Proyección de diapositivas Material informativo Plumones Papelotes Diapositivas	Ficha de Autoevaluación Ficha de Autoevaluación	5ta.semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía (4 horas)
----	---	---	--	--	---	--

06	Taller: Mi trabajo exacerba mi enfermedad Asmática. Taller: Necesito llegar a un buen Control de mi enfermedad respiratoria Obstructiva para trabajar mejor		Motivación: Conocer las principales profesiones u oficios con mayor riesgo de presentar exacerbación Asmática Enumerar los diferentes trabajos ocupacionales que realizan los pacientes Asmáticos. Preguntas: ¿Cuál es tu trabajo? ¿Cuál es tu oficio? ¿Cuál es tu profesión? ¿Qué factores del ambiente exacerba tu enfermedad? Tema de presentación: -Salud Ocupacional -Control de mi Enfermedad Asmática	Material informativo Plumones Cinta Papelotes Proyección de diapositivas	Ficha de Autoevaluación	6ta semana Sábado 8:00 am – 12 mediodía (4 horas)
----	--	--	--	--	--------------------------------	--

Nº	DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD	INDICADORES DE LOGRO	ACCIONES / ESTRATEGIAS	RECURSOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	TIEMPO
07	Tema: Uso de los inhaladores Tema: Inhaloterapia ¿por qué y para qué?	Incremento de nuevos conocimientos sobre tratamiento de asma Conocer sobre una	○ Motivación: Presentación de láminas y diapositivas del Tratamiento actual de Asma. Tratamiento pasado. Mitos y creencias sobre uso de los Inhaladores. ○ Preguntas: ○ ¿Desde cuándo usa los inhaladores? ○ ¿Cuál es el tiempo que se debe de usar los inhaladores? ○ ¿Qué inhaladores usó anteriormente? ○ ¿Cumplió las indicaciones médicas? ○ ¿Qué tratamiento usa actualmente? ○ ¿Cuáles son los inhaladores que Ud. usa para su enfermedad asmática? ○ ¿Qué ventajas tiene la terapia inhalada? Temas de Presentación: En láminas de casos clínicos con sus tratamientos respectivos. 1. Tratamiento Actual. 2. Tratamiento pasado. Motivación: Presentación de láminas y diapositivas de Alimentación saludable en paciente Asmático. Para este tema se invitará a una Nutricionista para la	Módulo instructivo Cuadro comparativo entre tratamiento actual y tratamiento pasado Módulo instructivo Módulo	Ficha de Autoevaluación	7ma.semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía (4 horas)

08	Taller : “Alimentación saludable en un paciente asmático”	alimentación saludable Incremento de nuevos conocimientos sobre la alimentación saludable en un paciente asmático	respectiva exposición. Preguntas: ○ ¿Cuál de los menús presentados debe escoger una persona con Asma? ○ ¿Por qué escogió ese? ○ ¿Qué otros tipos de menús sugiere usted? ○ ¿Qué otros alimentos conoce Ud. para mejorar su alimentación? ○ ¿Qué alimentos son los no recomendados en un paciente con Asma? ○ ¿Qué dudas o creencias alimenticias tiene al respecto? Temas de Presentación : Nutrición Saludable en un paciente con Asma	instructivo, mitos y creencias alimenticias en un paciente Asmático Papel, tinta, colores, plumones Papelotes Presentación de diapositivas Video de un paciente trabajando bajo presión en un ambiente desfavorable	Ficha de Autoevaluación.	8va.semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía (4 horas)
09	Taller : “aspectos psicológicos en un paciente asmático”	Pacientes asmáticos con nuevos conocimientos psicológicos y la relación con la exacerbación de Asma	Motivación: Presentación y actuación por grupos de un paciente con Asma y su desarrollo en su medio familiar, medio laboral. En este taller tendremos la presencia de una psicóloga, quién guiará la participación de todos los presentes al taller. Preguntas: ¿Qué opinión tiene sobre el estrés? ¿Qué opinión tiene con respecto a factores psicológicos como causa de exacerbación en	Video Diapositivas Papelotes	Ficha de autoevaluación.	9na.semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía (4 horas)

10	Concurso: Confeccionar una aerocámara para uso personal	Demuestran habilidades manuales	Asma? ¿Qué aportes personales tiene Ud. Al respecto? Temas de Presentación: Aspectos psicológicos y su relación en Exacerbación asmática. Autocontrol Trabajando en un ambiente emocional favorable y desfavorable Motivación: ○ Proyectar video de la confección de una aerocámara de adulto y de niños Preguntas: ○ ¿Cómo se confecciona una aerocámara? ○ ¿Qué materiales debo de usar? ○ ¿Cómo se usa? ○ ¿Qué tamaño mide la aerocámara? Temas de Presentación: ○ Importancia de la aerocámara ○ Uso de los inhaladores con la aerocámara	Plumones Plumón con tinta indeleble Envases descartables de plástico de bebidas gaseosas de litro y de medio litro Material informativo Plumones Papelotes Diapositivas	Ficha de Autoevaluación	10ma.semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía (4 horas)
----	--	---------------------------------------	--	---	-------------------------	--

11	Taller: Rehabilitación Respiratoria. Terapia respiratoria Taller: Concurso de conocimientos aprendidos sobre la enfermedad de Asma y su Exacerbación	respiratoria para mejorar en drenaje postural de secreciones bronquiales Conocer sobre la enfermedad asmática. Conocer sus síntomas obstructivos Conocer sobre la prevención de exacerbación asmática	○ Limpieza de la aerocámara Rehabilitación Respiratoria -Drenaje postural ¿Cómo se realiza? -Ejercicios respiratorios Los temas serán expuestos por una Tecnóloga especializada en Fisioterapia respiratoria Motivación: Presentar 05 casos clínicos. Los participantes se agrupan en grupos de 04 para responder las preguntas que se indica Cada participante voluntariamente responde sobre lo aprendido Preguntas:¿Qué es Asma?¿Cuáles son los factores más frecuentes que conlleva a una exacerbación asmática?¿Cuáles son los síntomas de Asma?¿Cómo reconocer si un paciente tiene Exacerbación de Asma?¿Cómo prevenir una exacerbación asmática? Temas de Presentación: Conocimientos sobre Prevención de Exacerbación Asmática	Material informativo Plumones Papelotes Diapositivas	Ficha de Autoevaluación	11va.semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía (4 horas)
----	--	---	--	---	--------------------------------	--

Nº	DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD	INDICADORES DE LOGRO	ACCIONES / ESTRATEGIAS	RECURSOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	TIEMPO
12	CONCURSO : "Este es mi tratamiento para controlar mi asma"	Demuestran habilidades actitudinales	○ Motivación: Control de Asma ○ Preguntas: ○ ¿Qué opinan al respecto? ○ ¿Quiénes desean participar en el nuevo concurso? ○ Tema de presentación: Bases del Concurso ○ Equipos de 4 participantes por grupo, siendo un total de 20 participantes en total ○ Tiempo 40 minutos. ○ Equipo jurados: Neumólogo, Lic de enfermería, Lic nutricionista, Asistente Social, Psicóloga e investigadora. ○ Investigadora procede a entregar materiales, y supervisa el trabajo en equipo. ○ Participantes resuelven tarea en tiempo indicado. ○ Cada equipo expone sus aportes frente a jurados. ○ Deliberación de jurados. ○ Dar a conocer al ganador ○ Publicación en medios locales. ○ Aplicación de ficha auto evaluación.	Papel Tinta Pizarra Cinta adhesiva papelote	Ficha de Autoevaluación	12va.semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía (4 horas)
13	Concurso : "El mejor lema alusivo a prevención de exacerbación asmática."	Demuestran habilidades procedimentales	Motivación: Presentación de lema alusivo "Primero prevención para tener un mejor Control" Preguntas: ○ ¿Qué les parece este programa de educación?	Papel Tinta Pizarra Cinta adhesiva Papelote Cartulina Cintas de colores Plumones	Ficha de Autoevaluación.	13va.semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía (4 horas)

14	“ven con tu familia y participa en un pasacalle”	Público local y aledaños conoce sobre Asma Educación y prevención	○ ¿están a gusto con el tema? ○ ¿desean seguir participando en más temas educativos? Tema de Presentación: Bases de Concurso: ○ Tiempo 40 minutos. ○ Equipo jurados: Neumóloga, Lic. Enfermería, Lic. Nutricionista, Asistente Social, e investigadora. ○ Investigadora procede a entregar materiales, y supervisa el trabajo en equipo. ○ Todos participan y resuelven tarea en tiempo indicado. ○ Cada equipo expone sus aportes frente a jurados. ○ Deliberación de jurados. ○ Dar a conocer El Lema ganador. ○ Publicación en medios locales. ○ Aplicación de ficha auto evaluación. Motivación: Acompañan comparsas típicas de la región, Sancos, con letreros alusivos sobre “Prevención del Asma y evitemos Exacerbación ” Desfile hacia la Plaza principal Participa: Equipo de Salud portando banderola del Hospital I	Papelotes plumones Material informativo Invitación a la prensa local	Ficha de autoevaluación.	14va. Semana Sábado 8:00 am – 12:00 mediodía (4 horas)
----	--	---	---	---	--------------------------	---

			Naylamp – EsSalud (Investigadora neumóloga, enfermeras de la atención del adulto y del adulto mayor, nutricionista, psicóloga, fisioterapista respiratoria y técnicos de programa de Asma. Equipo del Adulto y Adulto mayor portando avisos sobre Asma. Los participantes llevan los carteles ganadores. Acompañan también público en general de la localidad. Portando lemas ganadores			
--	--	--	--	--	--	--

GALERIA DE FOTOS



Foto N° 1 Atención Médica a paciente asmática, explicando sobre su enfermedad. Consultorio Externo de Neumología en Hospital I Naylamp – EsSalud.



Foto N° 2 Atención Médica a paciente asmática, explicando sobre la prevención de la Exacerbación en Asma. Consultorio Externo de Neumología en Hospital I Naylamp – EsSalud.



Foto N° 3 Atención Médica a paciente asmática, respondiendo a las interrogantes sobre su tratamiento. Consultorio Externo de Neumología en Hospital I Naylamp - EsSalud.



Foto N°4 Atención Médica a paciente Asmática, indicando las recomendaciones sobre Prevención en Asma. Consultorio Externo de Neumología en Hospital I Naylamp - EsSalud.



Foto N° 5 Atención Médica a paciente asmática, respondiendo a las interrogantes sobre su tratamiento. Consultorio Externo de Neumología en Hospital I Naylamp - EsSalud.



Foto N° 6 Atención Médica a paciente asmática, respondiendo a las interrogantes sobre su tratamiento. Consultorio Externo de Neumología en Hospital I Naylamp - EsSalud.



Foto N° 7 Atención Médica a paciente asmático, realizando la Espirometría.
Consultorio Externo de Neumología en Hospital I Naylamp - EsSalud.



Foto N° 8 Atención Médica a paciente asmático, indicando ordenes sobre la prueba de Espirometría Pre y Post broncodilatador. Consultorio Externo de Neumología en Hospital I Naylamp - EsSalud.



Foto N° 9 Atención Médica a paciente asmático, ordenando con voz firme la realización de prueba de Espirometría. Consultorio Externo de Neumología en Hospital I Naylamp - EsSalud.



Foto N° 10 Atención Médica a paciente asmático, indicando sobre los cuidados para prevenir la Exacerbación de Asma. Consultorio Externo de Neumología en Hospital I Naylamp - EsSalud.