



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**NIVEL DE INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE
EL ASMA Y MENOR NÚMERO DE INGRESOS
HOSPITAL SERGIO ENRIQUE BERNALES 2019**

**PRESENTADO POR
SAMUEL TORRES GARCIA**

ASESOR

MGTR. DORIS OTILIA MEDINA ESCOBAR

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA**

LIMA – PERÚ

2021



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**NIVEL DE INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE
EL ASMA Y MENOR NÚMERO DE INGRESOS
HOSPITAL SERGIO ENRIQUE BERNALES 2019**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA**

**PRESENTADO POR
SAMUEL TORRES GARCIA**

**ASESORA
MGTR. DORIS OTILIA MEDINA ESCOBAR**

**LIMA, PERÚ
2021**

ÍNDICE

Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	4
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	9
2.3 definición de termino básico:	11
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	17
3.1 Formulación de la hipótesis	17
3.2 Variables y su operacionalización	17
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	18
4.1 Tipos y diseño	18
4.2 Diseño muestral	18
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	19
4.4 Procesamiento y análisis de datos	19
4.5 Aspectos éticos	19
CRONOGRAMA	20
PRESUPUESTO	21
FUENTES DE INFORMACIÓN	22
ANEXOS	25
1. Matriz de consistencia	25
2. Instrumento de recolección de datos	27
3. Consentimiento informado	27

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El asma, en la actualidad, se encuentra dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles multifactoriales presente en la población en general y tiene implicaciones en el modo y estilo de vida de las personas y su familia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 333 millones de personas padecen esta enfermedad, de los cuales 160 millones son hombres y 173, mujeres; y se anuncia que para el año 2025, aumentará hasta un 59%, por lo tanto constituiría más de 100 millones; constituye así un inconveniente de salud pública en el mundo de igual comparación con diabetes *mellitus*(1, 2). Diversos factores pueden contribuir a su desarrollo entre los cuales está la genética, el ambiente y factores socioculturales. En conclusión, es comprensible que no sea fácil diagnosticarla y/o se infravalore el diagnóstico (3).

La proporción de personas con asma se ha considerado mediante estudios poblacionales a gran escala, este es el caso del proyecto: “Latinoamérica el Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia” que busca dar alcances de esta y otras alergias. Reportan por ejemplo que países de Latinoamérica entre los cuales están Argentina, México y Chile ubican su prevalencia entre el 5-10%. Paraguay, Uruguay y Panamá entre el 15-20%. Por arriba de esta cifra asoman Brasil, Perú y Costa Rica (4). Varios estudios más alrededor del mundo reportan que su prevalencia, presente en los niños y jóvenes, se vio incrementada en los países industrializados (4,5). Esto propone que las condiciones de vida en estos lugares asociada a factores medioambientales pueden tener relevancia para conocer a fondo el problema de salud. Se ha reportado mayor mortalidad (adultos mayores) alrededor del (383 000) 80% en los países de ingreso bajos y medianos bajos, es decir, en aquellos en vías de desarrollo y que existen factores que predisponen como mayor cantidad de hijos; frecuencia alta de parasitosis intestinales, infecciones respiratorias agudas virales y deficientes niveles de higiene (4,5,6,7).

En el Perú, el proyecto PURA (The Peru Urban versus Rural Asthma) comparó la enfermedad en dos entornos, rural y urbano, en la cual se reafirma lo que otros estudios reportaban el asma es más prevalente en zonas rurales a

comparación de las zonas urbanas (9). En conclusión, a nivel nacional, existe un déficit de concientización sobre esta enfermedad, que a menudo contribuyen a un control deficiente del paciente asmático, hechos que conllevan a la necesidad de requerir el tiempo, habilidad y experiencia de múltiples profesionales de la salud dentro del equipo multidisciplinario a cargo del manejo del paciente asmático (10). La educación es primordial para elevar y reforzar el conocimiento sobre el asma y este debe de estar dirigida tanto a los padres como al niño conocer de forma adecuada el estado de la enfermedad, así como el uso de medicamentos en las crisis asmáticas favorecería a gran medida su control (8).

Aunque no se han reportado en estudios, este es el caso del Hospital Sergio Enrique Bernales donde no existe ningún tipo de programa informativo educacional sobre esta enfermedad, lo cual podría explicar la alta recurrencia de pacientes que acuden por emergencia con crisis asmáticas de moderadas a severas, ya que sus padres poseen un bajo nivel de conocimiento sobre el tema.

1.2 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el nivel de información de los padres de familia sobre el asma y el menor número de ingresos de pacientes pediátricos al hospital Sergio Bernales durante el 2019?

1.3 Objetivos

a) Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el nivel de información de los padres de familia sobre el asma y el menor número de ingresos de pacientes pediátricos al hospital Sergio Bernales durante el 2019.

b) Objetivos específicos

Establecer la relación que existe entre el nivel de información de los padres de familia sobre los factores de prevención del asma y el menor número de ingresos de pacientes pediátricos.

Precisar la relación que existe entre el nivel de información de los padres de familia sobre los principales signos y síntomas que indican gravedad de las crisis asmáticas y el menor número de ingresos de pacientes pediátricos.

Identificar la relación que existe entre el nivel de información de los padres de familia sobre el tratamiento del asma y el menor número de ingresos de pacientes pediátricos.

1.4 Justificación

Al considerarse el asma una enfermedad cada vez más prevalente en el mundo y sobre todo en países en vías de desarrollo, como es el Perú, aumentando el gasto en la salud pública por tener mayor recurrencia al servicio de emergencia, resulta de importancia significativa conocer el nivel de información que gozan los padres de familia relacionado a esta enfermedad, para así mejorar el tratamiento y evitar el incremento del gasto familiar por el aumento de la cantidad de ingresos a emergencia por la exacerbación de la enfermedad.

Mediante este estudio se permitirá plantear estrategias que permitan fortalecer los conocimientos sobre el asma bronquial, así como también fomentar actitudes favorables de autocuidado en los pacientes para ayudarlos a disminuir las crisis asmáticas.

En el Hospital Sergio Enrique Bernales no se encontraron datos acerca del grado de información que tiene la población sobre el asma; por lo cual, esta investigación ayudará a mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar ingresos prevenibles por emergencia.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El proyecto contará con facilidades para su investigación, ya que la Unidad de Docencia y de Investigación del Hospital Sergio Enrique Bernales apoya este tipo de estudios.

Por otro lado, es factible, porque no implicaría un elevado gasto de recursos económicos, ya que la base del estudio es analizar las historias clínicas y realizar encuestas a los padres.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Leonardo M et al. desarrollaron una publicación de tipo descriptivo y transversal con una población de 344 en 2014; una investigación en la cual el objetivo fue evaluar el nivel de sapiencias de los progenitores en el tratamiento de las crisis asmáticas, utilizando como metodología el cuestionario NACK. Con resultados en el cual el 39,2% reconocieron los fármacos a emplear en una crisis asmática, pero el 57% de los padres son incapaces de identificar dos tratamientos para el manteamiento de las crisis, reportando que el 53,1% reconoce que los antibióticos no son importantes en el tratamiento. En cuanto a los efectos secundarios, el 33,4% reconoce que los medicamentos inhalados tienen un menor efecto secundario comparándolo con los medicamentos de vía oral, el 63,7% que el uso de corticoides en periodos cortos aquejan de manera demostrativa al paciente. Por último, se concluye que el 95% afirma que con un correcto uso de tratamiento , un niño asmático logra desenvolverse en la vida sin complicaciones , y que el 82,6% acerva las personas con síntomas recurrente opten por tomar tratamientos preventivos (11).

Concepción L et al. publicó un estudio descriptivo y transversal de 50 padres de niños asmáticos en el 2017 se tuvo como resultados que el 64% de padres tenían conocimientos inadecuados acerca del asma; se señaló un desconocimiento sobre la cronicidad del asma, de los fármacos utilizados y los fármacos usados de principal elección. Se concluye que el 58% tenían información incorrecta sobre los elementos medio-ambientales domiciliarios encontrados en las exacerbaciones asmáticas(9).

García A. en 2014, elaboró una investigación con el objetivo de conocer el paralelismo de sapiencia del Asma en Padres de preescolares con y sin asma, luego de un librito. En el cual se utilizó como metodología la encuesta a 141 personas, donde los resultados fueron los siguientes: de los encuestados el 52,5% tenían hijos asmáticos, y se encontró que para los niños con asma en la segunda evaluación fue Bueno 43 (58.1%), Regular 31 (41.9%), Bajo 0 (0.0%). Como conclusión el nivel de conocimiento aumentó después de la asimilación del tríptico

informativo, entre los padres. El extracto social-económico o el grado de educación para aumentar el nivel de información, no influyó (12).

Gómez E et al., en 2016, reportó sobre el impacto del rol del cuidador en la calidad de vida de los pacientes pediátricos con diagnóstico de asma de los 2 a los 14 años de edad. Se entrevistaron 30 cuidadores, de lo cual se obtuvo que el 84% recibió la educación por parte del personal de la salud; el 77% refirió conocer la adecuada técnica de inhalación y un 7%, no conocerla. El 3% recibió la educación de los familiares y ninguno de estos conocía la adecuada técnica de inhalación. El 13% señaló que nadie les había brindado la educación sobre la correcta técnica de inhalación. Se concluye que el nivel de cultura influye de manera directa en los conocimientos básicos sobre la enfermedad. También se evidencia que los cuidadores con menos estudios y que viven en estratos más vulnerables tienen pocos y escasos conceptos sobre esta enfermedad (13).

Lezana V et al., en 2017, abordó los datos epidemiológicos del asma en Latinoamérica. Se realizó un estudio poblacional comparativo, en el cual se encontró que hay una gran inconstancia de la proporción de personas con asma entre las sedes de Latinoamérica. Se concluyó que los componentes protectores para asma fueron presencia prematura de bacterias en tracto respiratorio y digestivo, bajo nivel socioeconómico; infecciones virales a repetición en el año; aumento en la cifra de hijos. La contaminación ambiental y el nivel de industrialización no se relacionan con la prevalencia del asma (4).

Romero S desarrolló en 2002; una revisión de un artículo sobre prevenir asma y alergia. La cual considera que las atopias han aumentado a un 40% a nivel mundial, de las cuales el 10 al 15% pertenecen a la edad pediátrica (14, 15). Entre los factores protectores encontrados se tienen la Alimentación durante la gestación, la lactancia materna exclusiva en los primeros meses; el control de la salud; mientras que en los factores que desencadenan se encuentran: exposición al tabaco; exposición a alérgenos; contaminantes en la atmosfera; factores socio-económicos; dieta (ablactación en los primeros meses de vida, introducción precoz de leche de vaca, entre otros); factores relacionados al clima (16, 17). En conclusión, el asma es una enfermedad crónica, que afecta la salud del niño, que altera su modo de

vida y el entorno que lo rodea. Por lo cual, la prevención debe de estar dirigida en primer plano, así como el aumento de la propaganda médica en la comunidad para su diagnóstico y mejoras en el tratamiento (18).

De La Vega T et al., en el 2015, publicó un artículo sobre la necesidad de instrucción sobre el asma bronquial de los especialistas de Medicina General Integral. Se seleccionaron 20 médicos de forma aleatoria en un estudio descriptivo transversal, a los cuales se les formularon 11 preguntas y se obtuvo que el 27% no tuviera conocimiento acerca de la prevalencia de asma. Se concluyó que el 100% coincidió que los alérgenos no son un factor de riesgo individual; el 86% tiene conocimientos acerca de los signos y síntomas para el adecuado diagnóstico del asma; el 77%, que la oxigenoterapia es necesaria para el tratamiento; el 69%, acerca del tratamiento adecuado en una crisis asmática (19).

Miranda P et al., en 2017, elaboraron una investigación acerca del conocimiento del asma en padres de pacientes asmáticos que acuden a consulta externa especializada del hospital III Yanahuara–Arequipa. El tipo de estudio fue descriptivo. En donde se eligieron 200 padres de niños asmáticos, a los cuales se les aplicó el cuestionario NAQK. Los hallazgos fueron que el 62% de los padres tienen un conocimiento regular acerca de esta enfermedad; 27.5%, bueno; y en un 10.5%, malo. Acerca de los conocimientos generales, el 66.5% fue regular y el 20.5% bueno. Los conocimientos acerca de crisis agudas fue regular en un 63% y bueno en un 25.5%. El tratamiento de mantenimiento fue regular en un 54% y bueno en un 35%. En conclusión, los conocimientos globales sobre el asma, y las cuatro áreas evaluadas en la población estudiada fueron predominantemente regulares y buenos. Además, comparando los conocimientos globales sobre el asma con otras investigaciones se demuestra un mejor nivel de conocimiento en este trabajo. Por último, el mayor tiempo de permanencia en consulta especializada se asocia al mejor nivel de conocimiento sobre el asma en la población mientras que el resto de variables estudiadas no influyen significativamente en el conocimiento global de la enfermedad (20).

Chávez I, en 2016, llevó a cabo una publicación, en el cual se seleccionaron 40 niños entre el rango de edad de 7 a 10 años diagnosticados de asma; de los cuales,

se obtuvo que la calidad de vida de estos fue regular en un 52.5% y mala en un 40%. El conocimiento de los padres con respecto a la enfermedad fue bueno y regular en un 47.5%. En conclusión, los niños viven mejor cuando el nivel de conocimiento de los padres es alto; y finalmente no se halló relación estadísticamente significativa entre este conocimiento y la calidad de vida de los pacientes (10).

Bazán G et al. publicaron en 2014, una investigación sobre las características sociodemográficas de las cuidadoras y problemas que enfrentan en la atención del niño con asma. El estudio fue descriptivo. Se estudiaron 110 participantes, de los que se obtuvieron resultados en las cuales las familias económicamente desfavorables presentaba mayores casos de síntomas asmáticos (95.6%). Respecto a las características sociodemográficas son las mujeres las que presentaban un entorno conflictivo lo que dificultaba el cuidado de los pacientes asmáticos (21).

Obando K, desarrolló, en 2016, una investigación sobre el nivel de conocimiento de las madres sobre asma y adherencia al tratamiento en población pediátrica del consultorio externo de infecciones respiratorias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. El tipo de estudio fue observacional, analítico, transversal. En donde se seleccionaron a 58 madres que acudían a consultorio y se le formularon 17 preguntas. El 79,31% de madres tiene bajo conocimiento acerca de la enfermedad. Por lo que se concluyó, que la adherencia al tratamiento es dos veces menor en las madres con escaso conocimiento de esta patología (22).

Batanero A et al., en 2014, elaboraron un trabajo de investigación acerca de enfermería y correcto tratamiento del asma. Se realizó una investigación de 43 artículos, de los cuales se concluye en que existe una mejor adherencia al tratamiento en aquellos pacientes que viven en familia, con regímenes terapéuticos sencillos y con un buen conocimiento de la enfermedad y el inhalador. El seguimiento continuo del paciente, a través de consultas médicas y de Enfermería, mejoran el resultado del cumplimiento (23).

Coronel-Carvajal C. en 2017, publica un estudio que tiene como objetivo evaluar la influencia del conocimiento de los padres acerca del asma en el control de niños asmáticos. Es un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hospital "Dr. Osio de Cua" entre agosto de 2013 y mayo de 2015 en que los resultados de forma global, 28.4% de los participantes mostraron conocimientos suficientes sobre el asma bronquial. Se concluyó que la mayoría de los padres mostró conocimientos insuficientes sobre el asma y sus hijos asmáticos estaban mal controlados (24).

2.2 Bases teóricas

1. Asma

Patología heterogénea, que se caracteriza por una inflamación crónica de la vía aérea. Dicha enfermedad abarca diversos síntomas respiratorios altos asociados a una reducción del flujo de aire (2).

2. Epidemiología

La OMS calcula que actualmente existen 235 millones de pacientes con asma, la cual es más frecuente en niños. Está presente a nivel mundial, sin importar el grado de desarrollo de los países (2).

En el 2015, se registraron 383 000 muertes por asma, las cuales son más frecuentes en países de ingresos bajos y medios bajos y superan el 80% en estos lugares. Estas muertes pueden ampliarse en el futuro si no se actúa (2).

Se ubica entre las principales enfermedades no transmisibles y no es habitual que se diagnostique de forma correcta y mucho menos que reciba un tratamiento adecuado, lo cual genera una importante carga para los pacientes y sus familias en general (3).

3. Fisiopatología

El asma es un proceso inflamatorio de las vías respiratorias en el cual intervienen varios tipos de células inflamatorias y múltiples mediadores, así como factores desencadenantes, que aumentan el riesgo de sufrir asma, y factores predisponentes, que activan la enfermedad. Además, se han descrito mecanismos

en el ambiente que lograrían estimular los genes de múltiples maneras. Por otro lado, los factores desencadenantes pueden ser de diferentes características; que frecuentemente pueden causar que se desencadene una crisis en los pacientes con asma (4).

Las principales modificaciones anatómo-funcionales del asma son el impedimento del flujo aéreo, la hiperreactividad bronquial, la inflamación y remodelación de la vía aérea. La reducción de la vía aérea, se da por el crecimiento de la masa muscular bronquial. Las células endoteliales vasculares conservan la capacidad a través de un proceso de diferenciación de transformarse en celulares musculares.

Por último, mediante la inflamación se crea un daño en el epitelio respiratorio, produciendo desgaste en la barrera epitelial. Los factores de crecimiento epidérmico provocan la propagación epitelial y fabricación de metaloproteasas (MMP) que destruyen la matriz extracelular (MEC) y mantienen un control con el TGF- β 3 que aumenta la producción de los componentes de la MEC e priva la fabricación de MMP. De igual manera hay un proceso de remodelación fibroblásticas, que en el proceso causa un daño a largo plazo por la actividad celular local que hay en el lugar (6).

En los cambios de la vía aérea conviven actividades que predisponen a empeorar la obstrucción aérea como son la angiogénesis, infiltrado vascular, vasodilatación local, que en conjunto con otros mecanismos compensadores del daño inflamatorio bronquial suman este proceso de daño bronquial (6).

4. Fenotipos de asma:

Tienen esta denominación a los grupos identificados con ejemplares demográficas, clínicas y / o fisiopatológicas. Hasta la fecha encontramos muchos fenotipos, entre los más comunes (2):

Asma alérgica: Es el más simple de registrar, se da en la infancia y se asocia con un antecedente de familiar con enfermedad alérgica antes de que los fármacos a menudo revele inflamación de la vía aérea por eosinófilos. Se presenta una buena respuesta con corticoides inhalados en los que la padecen.

Asma no alérgica: En este fenotipo hay una poca respuesta a corticosteroides inhalados. Se presenta con más notoriedad en adultos.

Asma de inicio tardío: Se da por primera vez en adultos jóvenes en especial en el sexo femenino; estos pacientes no son alérgicos, en estos pacientes se necesita altas dosis de corticoesteroides inhalados. No presentan buena respuesta al tratamiento.

Asma con limitación de flujo de aire fijo: Se presenta en personas con larga data de padecer esta patología y se piensa que se debe a la regeneración en la pared de las vías respiratorias.

Asma con obesidad: Al asociarse con obesidad presentan mayor cantidad de síntomas y no muestran eosinofilia.

5. Clasificación:

5.1. Asma intermitente:

Clínica

- se presenta sibilantes de poca duración asociada a escasa tos,
- se presenta en 5 o menos oportunidades y de menos de 24 horas de duración,
- en la semana se presenta menos de 1 vez por semana tos, sibilancias y opresión torácica,
- no presenta síntomas por periodos prolongados,
- se presenta síntomas nocturnos en menos de 2 oportunidades por semana,
- no se acude a consultas por urgencia,
- no presenta limitaciones al ejercicio.

Función pulmonar

- se presenta sin alteraciones en intervalos de crisis,
- permutación del flujo espiratorio máximo menor a 20%,
- mejoría a través de broncodilatadores.

5.2. Asma persistente leve

Clínica

- Se presentan síntomas en más de 1 ocasión por semana, pero menos de 1 vez en 24 horas,
- en más de una oportunidad al mes se presenta exacerbaciones,
- en más de 2 oportunidades por mes se presenta síntomas nocturnos,
- aparecen las consultas por urgencia por crisis,
- el ejercicio desencadena el asma,
- se puede presentar falta al colegio por causa de asma.

Función pulmonar

- Diferenciación del flujo espiratorio máximo entre 20 a 30%,
- espirometría: vef1 > 80%.

5.3. Asma persistente moderada

Clínica

- Presenta síntomas a diario,
- presenta más de 1 exacerbación por mes,
- exacerbaciones impiden la vida cotidiana,
- presencia de 1 vez o más de síntomas nocturnos por semana,
- se presenta en el servicio de urgencia por exacerbaciones.

Función pulmonar

- Cambio del flujo espiratorio máximo > 30%,
- espirometría: vef1 > 60% y < 80%.

5.4. Asma persistente severa

Clínica

- Exacerbaciones usuales, síntomas continuos,
- se presenta de forma continuada síntomas nocturnos,
- aumento de visitas a urgencia y hospitalizaciones,
- restricción importante de la actividad física,
- pérdida significativa escolar.

Función pulmonar

- Cambio del flujo espiratorio máximo > 30%,

- espirometría: vef1 < 60%.

6. Diagnóstico:

El asma es una enfermedad variable, por lo que es necesario identificar sus características principales; las cuales son antecedentes de síntomas respiratorios que varían con el tiempo y en intensidad.

Los síntomas suelen ser liberados por cambios de temperatura , realizar deporte y se agravan con patologías que implican virus(2).

6.1 Fases en el diagnóstico del asma

6.1.1 Sospecha clínica del asma: Se sugiere la sospecha clínica del asma en pacientes mayores de 6 años, los cuales presenten dos o más síntomas; como sibilancias (la ausencia de estas no descarta la enfermedad), tos (generalmente paroxística y a predominio nocturno), sensación de falta d aire. La mutabilidad de los síntomas es característico en tiempo e ímpetu, o desencadenantes como ejercicio, risa, alérgenos, aire frio e infecciones virales (4).

En lactantes y preescolares ≤ 5 años el diagnóstico es más difícil, ya que los síntomas respiratorios son frecuentes en infecciones respiratorias virales.

Pruebas de función pulmonar: Patología en la cual la función pulmonar está tomada. Las dos maneras más manejadas para establecer el flujo de aire son la espirometría forzada y la flujometría.

La espirometría es el gold estándar para el diagnóstico de asma; la cual demuestra reducción al flujo de aire espiratorio, sobretodo en niños ≥ 6 años y adultos.

Una persona sin patología logra exhalar > 80% de la capacidad vital forzada (FVC) dentro de un segundo (4).

7. Tratamiento:

ADULTOS Y ADOLESCENTES MAYORES DE 12 AÑOS

Tratamiento personalizado para el manejo de asma:

Evalúe, Ajuste el tratamiento, Revise la respuesta



Opciones de medicamentos para el asma:

Aumentar o disminuir el tratamiento según las necesidades individuales del paciente

ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO CONTROLADOR PREFERIDO para prevenir exacerbaciones y controlar síntomas Otras opciones de tratamiento controlador	PASO 1 ICS-formoterol a dosis bajas según sea necesario* ICS a dosis bajas cada vez que se toma SABA†	PASO 2 Corticosteroides inhalados a dosis bajas (ICS) diario, o ICS-formoterol a dosis bajas según sea necesario* Antagonistas de receptores de leucotrienos (LTRA) o ICS a dosis bajas cada vez que se toma SABA†	PASO 3 Dosis bajas ICS-LABA Dosis intermedias ICS, o dosis bajas ICS+LTRA*	PASO 4 Dosis intermedias ICS-LABA Dosis altas ICS, agregue tiotropio, o agregue LTRA*	PASO 5 Dosis altas de ICS-LABA Refiera para investigación fenotípica agregue terapia, e.g. tiotropio, anti-IgE, anti-IL5/5R, anti-IL4R
	TRATAMIENTO DE RESCATE PREFERIDO Otras opciones de rescate	ICS-formoterol a dosis bajas según sea necesario*		ICS-formoterol a dosis bajas según sea necesario‡	
Agonistas beta ₂ de acción corta (SABA) según sea necesario					

*Fuera de indicación; datos provenientes de estudios con budesonido-formoterol (bud-form). †Fuera de indicación; inhaladores separados o combinados de ICS y SABA. ‡ICS-formoterol a dosis bajas es el tratamiento de rescate para los pacientes con prescripción de tratamiento de mantenimiento y de rescate con BDP-formoterol o BUD-formoterol. †Considere agregar SUT en pacientes sensibles con rinitis alérgica, siempre y cuando el FEV₁ sea >70% del valor teórico.
Para niños de 6-11 años, el tratamiento preferido de Paso 3 es ICS-LABA a dosis bajas o ICS a dosis intermedias.
Para más detalles sobre las recomendaciones de tratamiento, incluido el tratamiento en niños, la evidencia de apoyo y el asesoramiento clínico sobre la implementación en diferentes poblaciones, consulte el informe completo de la GINA de 2019 (www.ginasthma.org). Para obtener más detalles sobre las terapias complementarias del Paso 5, consulte la Guía de bolsillo de la GINA de 2019 sobre el asma difícil de tratar y el asma severa, y verifique los criterios de elegibilidad con los pagadores locales.

Fuente: Disponible en: <http://www.ginasthma.com/> (25)

8. Manejo del asma:

Para un adecuado manejo del asma, corresponde los siguientes mecanismos:

- revisión rutinaria de síntomas y situación pulmonar,
- instrucción del paciente para establecer una sociedad entre el clínico y el paciente,
- intervenir los factores ambientales (factores desencadenantes) y las situaciones de comorbilidad que contribuyen a la gravedad del asma,
- terapia farmacológica.

9. Objetivos del tratamiento del asma:

Estos se consiguen dividir en dos campos: disminución del deterioro, la cual se refiere a la intensidad y frecuencia con la que se producen los síntomas, y el grado de limitación del paciente; y la reducción del riesgo, que incluyen crisis

del asma, desarrollo pulmonar no completo desgaste de la función pulmonar con el tiempo (adultos) y efectos desfavorables de los medicamentos.

Dentro de los objetivos para la disminución del deterioro tenemos ausencia de sintomatologías frecuentes o molestias de asma; necesidad mínima (≤ 2 días por semana) de agonistas beta de acción corta (SABA) inhalados para aliviar los síntomas; pocos despertares nocturnos (≤ 2 noches por mes) debido al asma; mejoramiento de la función pulmonar; sostenimiento de las actividades diarias normales, incluyendo asistir a la escuela o el trabajo y la participación en atletismo y ejercicio; y Satisfacción con el cuidado con la enfermedad por parte de pacientes y familiares. Por otro lado, los objetivos para la reducción del riesgo son los siguientes: se previno las exacerbaciones recurrentes y necesidad de atención de urgencias u hospitalización, prevención de la reducción del crecimiento pulmonar en niños y pérdida de la función pulmonar en adultos, y la mejora de la farmacoterapia con efectos no deseados mínimos o nulos (11).

10. Seguimiento de pacientes con asma:

Actualmente, las atenciones por asma son de carácter urgente. Para un manejo adecuado, se demanda un enfoque múltiple partiendo desde la prevención y promoción de la enfermedad. Son recomendables las visitas de seguimiento para pacientes con asma activa, con una periodicidad de cada uno a seis meses, de acuerdo a la severidad del asma. Esto debe de servir para evaluar múltiples envolturas del asma del paciente y para discutir los pasos que los pacientes pueden tomar para intervenir de manera temprana en las exacerbaciones del asma (un "plan de acción" para el asma) (11).

2.1 Definición de términos básicos

- **Autocontrol del asma:** En este punto el niño y su familia con conocimiento de la enfermedad asumen un rol importante respecto al manejo: por ejemplo con el uso precoz de tratamiento de rescate en crisis medidas de protección ambiental y adherencia al tratamiento.
- **Alérgenos:** Principal protagonista en producir las crisis alérgicas. Entre los principales se tienen hongos, caspa, ácaros y polen.

- **Asma:** Proviene de un término griego que significa *jadeo*. Padecimiento que aflige a los bronquios del árbol respiratorio.
- **Broncodilatador:** Agente que produce una dilación de la luz de un bronquio.
- **Bronco-espasmos:** Constricción espasmódica de los bronquios, también denominado bronco-constricción.
- **Signos de alarma:** Características de importancia que exigen asistir a emergencia de inmediato. Destacan: alteración de la conciencia, disminución del pulso y cianosis.
- **Nivel de conocimiento:** El conocimiento es la suma de los hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto.
- **Signos:** Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente
- **Síntomas:** Elementos subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente.
- **Prevención:** Hace alusión a prevenir o a anticiparse a un hecho y evitar que este ocurra.
- **Tratamiento:** Conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Existe relación significativa entre el nivel de información de los padres de familia sobre prevención, signos y síntomas, y tratamiento con el menor número de ingresos de pacientes pediátricos al hospital Sergio Bernalés durante el 2019.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de Medición	Categorías y sus variables	Medio de Verificación
Nivel de información de los padres de familia sobre el asma	Información que posee la persona en particular acerca del asma, cabe mencionar que dicha información puede ser alta o baja.	Cualitativo	Nivel de conocimiento	Nominal	1 alto 2 bajo	Cuestionario NAQK
Reingreso hospitalario	Hospitalización reiterada por una misma causa ya conocida	Cuantitativo	Hospitalización	Razón	2 - 15	Historia Clínica
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativo	Años	intervalo	4-15	Historia Clínica
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a varones y mujeres	Cualitativo	Sexo del paciente	Nominal	Masculino o femenino	Historia Clínica
Síntomas	Elementos subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente.	Cualitativo	Presencia de tos, disnea, sibilantes	Nominal	Sí/no	Historia Clínica
Signos	Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente	Cualitativo	Presencia de cianosis, pulso paradójico	Nominal	Sí/ No	Historia Clínica
Prevención	Hace alusión a prevenir, o a anticiparse a un hecho y evitar que este ocurra.	Cualitativo	Adopción de medidas como uso de inhaladores, mantenimiento del peso adecuado	Nominal	Sí/ No	Historia Clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Según la intervención del investigador es observacional; según el alcance, descriptiva- correlacional; según el número de mediciones de la o las variables de estudio, transversal; según el momento de la recolección de datos: retrospectiva.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Todos los pacientes que ingresan a hospitalización en el Hospital Sergio Enrique Bernales

Población de estudio

Pacientes con edades comprendidas entre los 5 a 14 años que ingresan por hospitalización en el Hospital Sergio Enrique Bernales en el año 2019

Tamaño de la muestra

Se tomará el total de la población comprendida entre el rango de edad entre 5 a 14 años en el año 2019.

Muestreo o selección de la muestra: Censal, ya que se trabajará con la totalidad de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión..

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Pacientes de ambos sexos, pertenecientes al rango de edad entre 5 a 14 años, con diagnóstico médico de asma bronquial.

Criterios de exclusión:

Paciente

- que tengan como diagnóstico adicional fibrosis pulmonar, anafilaxia, insuficiencia cardíaca congestiva, tromboembolismo pulmonar u otra comorbilidad.
- de ambos sexos, no pertenecientes al rango de edad entre 5 y 14 años, con diagnóstico médico de asma bronquial.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Después de obtener la autorización de la Dirección Universitaria de Investigación e Información Científico Técnica y el Comité Institucional de Ética de la Universidad San Martín de Porres y de la Unidad de Docencia y de Investigación del Hospital de Sergio Enrique Bernales, se informará al jefe de servicio de Hospitalización y al personal asistencial de turno sobre los objetivos, metodología y finalidad del estudio de investigación.

Luego se procederá a la recolección de datos. Estos serán recolectados en las áreas de Hospitalización en los turnos diurnos. Se revisarán las historias clínicas de hospitalización con ingresos previos por el diagnóstico de asma.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

El análisis estadístico se realizará utilizando el programa informático IBM Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS) versión 23 para Windows. Para el análisis bivariado se utilizará el test de Chi cuadrado cuando el porcentaje de valores esperados menores e iguales a cinco, sea menor que el 20%; caso contrario se utilizará el test de exacta de Fisher.

4.5 Aspectos éticos

El investigador declara conocer la Declaración de Helsinki como un cuerpo de principios éticos y aplicarla, por ser considerada como el documento más importante en la ética de la investigación

CRONOGRAMA

Pasos	2019									2020	
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Redacción final del plan de tesis	X	X									
Aprobación del plan de tesis			X								
Recolección de datos				X	X						
Procesamiento y análisis de datos						X	X				
Elaboración del informe								X			
Revisión y aprobación de la tesis									X		
Sustentación										X	
Publicación del artículo científico											X

PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	100.00
Empastado de tesis	100.00
Impresiones	200.00
Logística	100.00
Traslados	300.00
TOTAL	800.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Odhiambo JA, Ng'ang'a LW, Mungai MW, et al. Diferencias urbano-rurales en marcadores de asma derivados de cuestionarios en escolares de Kenia . Eur Respir J 1998; 12 : 1105–12.
2. OMS | Asma [Internet]. WHO. [Citado 20 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/respiratory/asthma/es/>.
3. Ocampo J, Gaviria R. Prevalencia del asma en América Latina. Mirada crítica a partir del ISAAC y otros estudios. Rev Alerg México. 29 de junio de 2017; 64(2):188. .
4. Lezana V, Arancibia JC. Consideraciones epidemiológicas del asma en Latinoamérica. Rev Neumol pediátr. 2006;(2):45-48.
5. Mallol J, Solé D, Asher I, Clayton T, Stein R, Soto-Quiroz M. Prevalence of asthma symptoms in Latin America: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Pediatr Pulmonol. 2000;30(6):439-444.
6. Giubergia DV, González LA, et al. Asma grave en pediatría: resultados de la implementación de un protocolo especial de atención. Arch Argent Pediatr. 2018; 116(2):105-111.
7. Mallol J, Crane J, von Mutius E, et al. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase three: A global synthesis. Allergol Immunopathol (Madr). 2013;41(2):73-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aller.2012.03.001>.
8. Ortiz DMI, Escamilla-Acosta DMA. Factores de riesgo en niños asmáticos. Conocimiento que tienen sus padres sobre asma. 2012; 33(3):126-132.
9. Liudmila C, Caridad sanchez et al. Conocimientos en padres acerca del asma padecida por sus hijos. MEDISAN. 2017; 21(5): 548-555.
10. Chavéz V. Calidad de vida de los niños con asma y su relacion con el nivel de conocimiento de los padres sobre la enfermedad. hospital belén de trujillo 2016.[dissertation]. Trujillo: Universidad Cesar Vallejo; 2016. 51p.
11. Cabello MTL, Gutiérrez RS et al. Conocimientos sobre el tratamiento médico del asma en padres de niños asmáticos. Bol Pediatr. 2014; 54(229):168-172.
12. Garcia AP. Nivel de Información del Asma en Padres de preescolares con y sin asma, posterior a un folleto [dissertation]. Orizaba Veracruz: Universidad Veracruzana; 2014. 56 p.

13. Ortiz DG, Morales ECÁ et al. Impacto del rol del cuidador en la calidad de vida de los pacientes pediátricos con diagnóstico de asma de los 2 a los 14 años de edad, en el hospital general de medellín, en febrero 2016 a 1-julio 2016. [dissertation]. Medellín.Fundación Universitaria Autónoma de las Américas.2016.58 p.
14. Baeza BM, Graham ZI. Prevalencia de asma. Encuesta en una población escolar de Villahermosa, Tabasco. *Alergia*; 1992; 39:32-36.
15. Hernandez G, Baeza BM, Graham ZL, Romero TS. Cambios en la prevalencia del asma en escolares de la ciudad de Villahermosa, Tabasco.Tesis de posgrado en Pediatría Médica. Hospital del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón". DACS Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 1999.
16. Bjorksten B. Risk factors in early childhood for the development of atopic diseases. *Allergy*; 1994; 49: 400-407.
17. Holt PG, Nelson D. Primary sensitization to inhalant allergens during infancy. *Pediatr Allergy Immunol* ; 1990; 1: 3-13.
18. Romero-Tapia, SdJ. Prevención de alergia y asma. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2002; 8(2):83-86. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48708207>.
19. De la Vega T, Pérez V.et al. Necesidades de aprendizaje sobre el asma bronquial de los especialistas de Medicina General Integral. *Educ Med Super* [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Feb 27]; 29(4): 706-717. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000400005&lng=es.
20. Miranda P, Recabarren A. Nivel de conocimientos sobre el asma en padres de niños asmáticos que acuden a consulta externa especializada del Hospital III Yanahuara-Arequipa.*Rev. Perú. pediatr.* 2017; 69 (1):10-19. .
21. Bazán-Riverón GE, Martínez JIR, Guzmán MO, Sandoval-Navarrete J. Características sociodemográficas de las cuidadoras y problemas que enfrentan en la atención del niño con asma. *Neumol Cir Torax.* 2014; 73(1):8.
22. Obando D .Nivel de conocimiento de las madres sobre asma y adherencia al tratamiento en población pediátrica del consultorio externo_de infecciones respiratorias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2016. [dissertation]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016. 61p.

23. Rodríguez AB, Alonso SA et al. Enfermería y la adherencia al tratamiento en el asma. 2014; 17(3):4p.
24. Coronel-Carvajal C. Influencia del conocimiento de los padres acerca del asma en el control del niño asmático. Rev Mex Pediatr. 2017; 84(6):222-229.
25. Global Initiative for Asthma(GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2019 Disponible en: <http://www.ginasthma.com/> (25)
26. Praena M, Lora A.et al. Versión española del NAKQ. Adaptación transcultural y análisis de fiabilidad y validez. An Pediatr (Barc). 2009;70(3):209–217

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	HIPÓTESIS	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio Y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
NIVEL DE INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL ASMA Y EL MENOR NÚMERO DE INGRESOS HOSPITAL SERGIO BERNALES 2019	¿Qué relación existe entre el nivel de información de los padres de familia sobre el asma y el menor número de ingresos de pacientes pediátricos al hospital Sergio Bernales durante el 2019?	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación que existe entre el nivel de información de los padres de familia sobre el asma y el menor número de ingresos de pacientes pediátricos al hospital Sergio Bernales durante el 2019.</p>	Existe relación significativa entre el nivel de información de los padres de familia sobre el asma y el menor número de ingresos de pacientes pediátricos al hospital Sergio Bernales durante el 2019.	Según la intervención del investigador: observacional; según alcance, descriptiva-correlacional; según número de mediciones de la o las variables de estudio, transversal; Según el momento de recolección de datos retrospectiva.	Todos los pacientes que ingresan a hospitalización del Hospital Sergio Enrique Bernales El análisis estadístico se realizará utilizando el programa informático IBM Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS). Los resultados se mostrarán en tablas.	Se revisarán las historias clínicas de hospitalización con ingresos previos por el diagnóstico de asma.
		<p>Objetivos específicos</p> <p>Indagar el nivel de información de los padres de familia sobre el tratamiento, prevención y factores de riesgo del asma.</p> <p>Conocer el nivel de información de los padres de familia sobre los tres síntomas principales del asma y la actitud ante una crisis o ante el ejercicio.</p> <p>Determinar el nivel de información de los padres de familia sobre los desencadenantes de crisis asmáticas que requieren hospitalización.</p>				

		Precisar el nivel de información de los padres de familia sobre los principales signos y síntomas que indican la gravedad de las crisis asmáticas.				
--	--	--	--	--	--	--

7 Instrumento de recolección de datos

Cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAKQ), extraído de M.Praena, A.Lora.et al. Versión española del NAKQ. Adaptación transcultural y análisis de fiabilidad y validez. An Pediatr (Barc). 2009;70(3):209–217 (26)

8 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

VERSIÓN: (Código u otro)

1. TÍTULO DEL ESTUDIO “NIVEL DE INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL ASMA Y MENOR NÚMERO DE INGRESOS HOSPITAL SERGIO ENRIQUE BERNALES 2019”

Número de Protocolo:

Patrocinador del Estudio: Nombre: Universidad de San Martín de Porres

Investigador del Estudio: Nombre: samuel torres garcia Institución: hospital sergio enrique bernaes 2019 Dirección: avenida san Felipe 150 jesus maría Correo electrónico samueltorres10@hotmail.com teléfono 956481217

2. INTRODUCCIÓN

Lo estamos invitando a participar voluntariamente en este estudio, del cual usted es libre de retirarse en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones. El estudio es desarrollado por samuel torres garcia.

El presente documento ha sido revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. Un Comité de Ética es un organismo independiente y autónomo que tiene como finalidad proteger los derechos, el bienestar y la seguridad de los seres humanos que participan en un estudio.

En el presente deseamos evaluar: Determinar la relación que existe entre el nivel de información de los padres de familia sobre el asma y el menor número de ingresos de pacientes pediátricos al hospital Sergio Bernaldes durante el 2019; a continuación, le brindaremos toda la información que podría necesitar sobre esta

investigación y le invitaremos a ser parte de esta. Usted no tiene que decidir hoy si desea participar o no en dicho estudio. Antes de tomar una decisión, tiene completa libertad de conversar con quien considere conveniente sobre este. Puede haber algunas palabras que usted podría no entender. Si se presentara esta situación conforme avancemos con la lectura, por favor interrúmpame y gustosamente le explicaré la información que no logre comprender. Si posteriormente tiene preguntas, puede hacérselas al investigador principal cuyos datos de contacto están indicados al inicio de este documento.

Usted es libre de decidir si desea o no participar. Si decide hacerlo firmará este documento. A pesar de que haya usted aceptado, puede cambiar de opinión y retirarse del estudio en cualquier momento sin dar explicación.

3. JUSTIFICACION Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Colocar la Información pertinente resumida al alcance de los participantes en el estudio.

Al considerarse el asma una enfermedad cada vez más prevalente en el mundo y sobre todo en países en vías de desarrollo como es el Perú, aumentando el gasto en la salud pública por ser una enfermedad con mayor recurrencia al servicio de emergencia, resulta de importancia significativa conocer el nivel de información que gozan los padres de familia relacionado a esta enfermedad, para así mejorar el tratamiento y evitar el incremento del gasto familiar por el aumento de la cantidad de ingresos a emergencia por la exacerbación de la enfermedad.

El objetivo por el cual deseamos realizar este estudio es, Mediante este estudio se permitirá plantear estrategias que permitan fortalecer los conocimientos sobre el asma bronquial, así como también fomentar actitudes favorables de autocuidado en los pacientes para ayudarlos a disminuir las crisis asmáticas.

4. METODOLOGÍA EMPLEADA

Proponemos un estudio según la intervención del investigador es observacional; según el alcance, descriptiva- correlacional; según el número de mediciones de la o las variables de estudio, transversal; según el momento de la recolección de datos: retrospectiva que se llevara a cabo en el año 2019

6. PROCEDIMIENTOS

Se revisarán las historias clínicas de hospitalización con ingresos previos por el diagnóstico de asma.:

7. RIESGOS DERIVADOS DEL ESTUDIO E INCOMODIDADES

Dado que esta investigación corresponde a un estudio observacional, es decir, los investigadores no intervendrán de ninguna manera ni interactuarán con los participantes, sino que la investigación se circunscribe únicamente a la evaluación de datos ya registrados de los participantes, estos no se verán expuestos a ningún tipo de riesgo ni incomodidad.

8. BENEFICIOS DERIVADOS DEL ESTUDIO

Con su participación en este estudio, puede no haber un beneficio directamente para usted. Dicho beneficio sería indirecto, ya que los resultados del estudio podrían ayudar a así mejorar el tratamiento y evitar el incremento del gasto familiar por el aumento de la cantidad de ingresos a emergencia por la exacerbación de la enfermedad.

9. COSTOS Y PAGOS POR PARTICIPACION

Su decisión de participar en este estudio no representará ningún costo económico para usted, ni tampoco supondrá la obtención de pago alguno por su participación.

10. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

A cada persona que ingrese al estudio se le asignará un Código Único, con el cual será identificado.

La información de usted como participante será almacenada en una base de datos que sólo contendrá el código único que le corresponda para efectos de este estudio. La información será almacenada tanto electrónicamente y en papel, durante y después del estudio.

A fin de mantener completa confidencialidad y seguridad de los datos, todos los archivos estarán protegidos con una contraseña, en una computadora del investigador, y todos los documentos en papel serán almacenados en un armario con llave que se encuentra dentro de este departamento. Solo los investigadores de este estudio tendrán acceso a estos archivos.

11. PARTICIPACION VOLUNTARIA Y RETIRO DEL ESTUDIO

La decisión de participar en este estudio es suya. Puede decidir no participar en el estudio o retirarse en cualquier momento. La decisión de no participar o de retirarse el estudio no conllevará ninguna sanción o penalidad. Su decisión no le afectará de ninguna manera, en ningún momento.

12. CONTACTOS PARA RESPONDER CUALQUIER DUDA O PREGUNTA SOBRE LA INVESTIGACIÓN

Antes de firmar este documento, usted puede consultar sobre todo aquello que no comprenda. El investigador principal y/o personal del estudio responderá todas las preguntas que surjan antes, durante y después del estudio.

Si considera que no ha recibido una respuesta completa a alguna de sus dudas, o si no entiende la respuesta, continúe haciendo preguntas hasta que quede satisfecho.

Si tiene inquietudes o quejas sobre este estudio o sobre la manera en que se está llevando a cabo, no dude en hablar al respecto con el equipo del estudio.

Personas a quienes contactar si usted:

- Tiene preguntas sobre este estudio , contactar al Dr. Samuel torres garcia investigador principal del estudio, llamando al teléfono celular 956481217 o escribiendo al correo electrónico samueltorres10@hotmail.com.
- Tiene preguntas sobre sus derechos como participante en la investigación, puede contactar Dr. Amador Vargas Guerra presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, – teléfono fijo 365 2300 anexo 160 – 495 1390 (directo), correo electrónico etica_fmh@usmp.pe o acercarse a Av. Alameda del Corregidor No. 1531 La Molina

13. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La primera fase de proyecto debe completarse en el 2019 y posteriormente se realizarán las mismas mediciones, en el mejor de los casos, con una frecuencia anual.

Se espera que poco dentro de 1año , los resultados sean publicados como un artículo en una revista científica y que esté disponible en medios impresos y electrónicos, y a través de foros de aprendizaje.

Cabe resaltar que, por la naturaleza del estudio, nadie podrá tener conocimiento directo de los resultados de sus exámenes, incluyéndolo; sin embargo, un resumen de los resultados del estudio estará disponible para usted, como participante, en caso lo solicite. Posteriormente, se planifica que los artículos y hallazgos que vayan surgiendo a lo largo de los años, sean publicados de la misma manera en revistas científicas.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

- Yo habiendo **leído** el Consentimiento Informado que se me ha entregado:
- He tenido la oportunidad de hacer **preguntas** y siento que todas han sido adecuadamente respondidas.

- Entiendo que estar en este estudio es mi decisión voluntaria.
- Sé que después de aceptar formar parte de este estudio puedo **retirarme** en **cualquier momento** sin necesidad de dar **explicaciones**.
- Me han informado que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Por favor firmar usando el siguiente formato: Día, mes y año

Participante: (el participante debe firmar, fechar y escribir su propio nombre con su puño y letra)

Nombre _____ **y** _____ **apellidos** _____ **del**
Participante: _____

Firma del Participante: _____ **Fecha y hora:**

Nombre y apellidos del representante legal (en caso aplique)

Representante legal:____ -

Firma del Testigo: _____ **Fecha y hora:**
