

11226
2ej
24

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3 CON M. F. MAZATLAN, SIN.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR



ASOCIACION DE ASMA BRONQUIAL Y ASCARIASIS

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. GILBERTO ARRIAGA ROSALES

MAZATLAN, SINALOA, NOVIEMBRE DE 1984

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION: - - - - -	Pag.	1
GENERALIDADES: - - - - -	Pag.	2
MATERIAL Y METODOS: - - - - -	Pag.	9
RESULTADOS: - - - - -	Pag.	11
DISCUSION Y COMENTARIOS: - - - - -	Pag.	15
RESUMEN Y CONCLUSIONES: - - - - -	Pag.	17
GRAFICAS Y CUADROS: - - - - -	Pag.	18
ANEXOS: - - - - -	Pag.	29
BIBLIOGRAFIA: - - - - -	Pag.	30

INTRODUCCION:

Durante mi estancia y rotación por el servicio de Pediatría de la Clínica Hospital de Zona No. 3 de Mazatlán, Sinaloa, observé la gran frecuencia de Asma - Bronquial y la asociación con Ascariasis. Además que estos dos padecimientos por si solos se presentan con gran frecuencia en ésta unidad.

Existen antecedentes de que ésta parasitosis en determinado momento puede desencadenar un cuadro asmático, ya que el ascaris, que es un vermex cilindrico - que vive normalmente en la luz intestinal durante su ciclo de vida llega a pulmones y bronquios donde puede producir una neumonitis y un síndrome llamado de Loeffler. Esta parasitosis se considera altamente alergizante, pudiendo llegar a elevar las cifras de eosinófilos en sangre.

Tomando en cuenta todo esto, consideré importante investigar dicha asociación entre ambos cuadros.

HIPOTESIS:

Hipótesis alterna: La incidencia de bronquitis asmática guarda relación con los cuadros de ascariasis.

Hipótesis Nula: La incidencia de bronquitis asmática no guarda relación con los cuadros de ascariasis.

OBJETIVOS:

Investigar el porcentaje de asma bronquial asociado con ascariasis.

GENERALIDADES:

El asma bronquial se define de acuerdo a Mennely, como una enfermedad de los conductos aéreos caracterizada por disnea de tipo obstructivo, predominantemente espiratoria, reversible cuando menos parcialmente, y cuya duración y severidad son variables. También se considera como un proceso obstructivo de las vías respiratorias bajas, generalmente reversible causado por edema de la mucosa, aumento de las secreciones, que son extraordinariamente viscosas y constricción bronquial. Las alteraciones obstructivas pueden causar no solamente hipoxia, sino también retención de CO₂, y acidosis respiratoria sobre todo en ataques asmáticos prolongados. (1).

Esta entidad se presenta con mayor frecuencia en preescolares y escolares, que entre los menores de un año; siendo causa frecuente de ausencia escolar. Interfiere en el crecimiento y desarrollo cuando no es diagnosticada o cuando es mal manejada con esteroides, y puede ser causa de muerte con motivo de complicaciones. Afecta con mayor frecuencia al sexo masculino (1,2,3 y 9). Está perfectamente establecido que el ataque de asma se desencadena como una reacción de tipo anafiláctico, en la que los antígenos más comunes son en orden de importancia: Pólenos, polvo de casa, pelos, plumas o lana de animales caseros, así como alimentos (huevos, leche y trigos), y parásitos sobre todo en su fase de larvas migratorias (ascaris), (2,3,5 y 9). El asma alérgica coincide frecuentemente con una historia personal ó familiar de enfermedades alérgicas, tales como rinitis, urticaria y eczema; reacciones positivas de ronchas, y eritema a inyecciones intradérmicas de extracto de antígenos aéreos; aumento de los niveles séricos de Ig E y/o respuesta positiva a la prueba de desafío

inmunológico que comprende la inhalación del antígeno específico; los mecanismos inmunológicos parecen estar relacionados casualmente con el asma en un 25 a 35 % de todos los casos, y como factor contribuyente en quizá otra tercera parte de ellos. El asma alérgica es por lo regular estacionaria, y se observa con mayor frecuencia en los niños y jóvenes adultos, (4,6).

Al ocurrir la interacción de uno de los antígenos con un anticuerpo, se liberan cuatro tipos de sustancias que son : La histamina. Sustancia de reacción lenta de la anafilaxia (S.R.L.A.). Factor activador -- plaquetario (F.A.P.). Factor quimiotáctico eosinófilo de la anafilaxia (F.Q.E.A.). Los cuáles producen una contracción lenta prolongada y única de la -- musculatura de los bronquios, que tiene la característica de no ser modificada por los fármacos antihistamínicos, además de edema, é hipersecreción bronquial, (3, 6). Además de éstos factores, también interfieren otros que no son de tipo alérgico, como el ejercicio, factores psicológicos, cambios dermatológicos, - infecciones de las vías respiratorias, y algunos medicamentos. Todos estos factores pueden actuar solos, ó en combinación, y cualquiera que sea la causa precipita un estado asmático. El papel de las infecciones respiratorias virales ó bacterianas en el desarrollo de la hipersensibilidad de la mucosa y de los músculos bronquiales es un tema sujeto a controversia. En vista de que faltan evidencias de que los microorganismos liberan alguna sustancia que actúa como alérgeno. Se piensa que las infecciones actúan solo como -- factor precipitante, sin embargo algunos autores suponen que las infecciones son un factor etiológico -- del asma, al provocar hipersensibilidad tardía, temprana ó ambas. (2,3, 6 y 8).

Las bronquitis asmáticas las podemos clasificar según su etiopatogenia de la siguiente manera:

- Asma extrínseca atópica: Mediada por Ig E ó reagentes transferibles pasivamente, con pruebas cutáneas positivas y eosinofilia en sangre, y secreciones. Se inicia precozmente en los niños con historia de eccema, ó fiebre del heno, y con antecedentes familiares de alergia en un 60 a 80 % de ellos.

- Asma extrínseca no atópica: No mediada por Ig E, sino por Ig G, con anticuerpos precipitantes, que puede ser inmediata o tardía. Se utilizan las pruebas de provocación bronquial, que pueden dar reacción inmediata, tardía ó ambas.

- Asma intrínseca, propia del lactante: La provocan las infecciones, no es estacional, y las pruebas cutáneas son negativas, aunque existe evidencia de atopia. Se puede hallar eosinofilia en sangre y secreciones.

- Bronquitis asmática: Es un subgrupo del asma intrínseca, con la que comparte características clínicas. Se presenta en pacientes con cuadros de bronquitis crónica.

- Asma inducida por el ejercicio: Es de observación que la gran mayoría de los niños asmáticos desarrollan cuadros de disnea y sibilancias después de correr, nadar ó andar en bicicletas. Se sugiere a las catecolaminas como los mediadores en éstos casos, así como la acidosis por hiperventilación.

- Asma intratable ó dependiente de esteroides: No responde a los tratamientos habituales, son casos crónicos, en escolares, que pueden inclusive tener deformidades torácicas, y talla bajas. (2, 7).

ANATOMIA PATOLOGICA:

En la crisis aguda, la obstrucción de las vías aéreas, es debida a un broncoespasmo, pero rapidamente se presenta el edema é hipersecreción mucosa, inflamación é infiltrado celular con predominio de eosinófilos. En la fase crónica aumenta el músculo liso, la pared se infiltra de células inflamatorias que invaden la membrana basal y muchas vías periféricas se obstruyen por moco; en el adulto es frecuente observar enfisema (6).

CUADRO CLINICO:

Las manifestaciones clínicas del asma en el niño, son muy variables y cambiantes y dependen básicamente de la edad en que se presenten; lo más característico es la presentación de crisis de obstrucción bronquial de predominio nocturno, acompañado de insuficiencia respiratoria y sibilancias, que pueden desaparecer espontaneamente con la administración de bronquodilatadores (6).

Síntomas:

- Iniciación insidiosa: Tos ligera
Estornudos
Congestión nasal.
- Iniciación aguda: Disnea
Tos
Respiración ruidosa
Sibilancias.
- Ataque grave: Ansiedad
Posición semisentada
Sudoración
Tos angustiosa
Cianosis.

Signos:

- Tórax distendido, enfisematoso
- Tos prominente
- Retracción costal
- Hiperresonancia a la percusión
- Jadco
- Estertores musicales, silbantes y prolongados
- Atelectasia por taponamiento de un bronquio
- Taquicardia
- Hipertensión inicial
- Hipotensión posterior (en algunos casos).

DATOS DE LABORATORIO:

- Aumento del hematocrito, (en deshidratados)
- Aumento de leucocitos (en infectados)
- Aumento de eosinófilos en sangre periférica
- Aumento de eosinófilos en moco nasal

Estudio CPS:

- Se debe practicar en serie de tres para demostrar parasitosis intestinal, en especial ascariasis.

Estudio de Ig E séricas:

- Es de utilidad ya que hasta un 70 % de los casos dan valores elevados mayores de 1500 unidades.

Gases en sangre:

- Inicialmente se produce disminución del -- CO 2 arterial y. un progreso de la obstrucción respiratoria, aparece acidosis respiratoria con retención de CO 2.

Rx de senos paranasales:

- Se pueden encontrar normales ó con imágen de edema, propio de padecimiento alérgico.

Rx de Tórax:

- Puede apreciarse hiperdilatación bilateral, engrosamiento bronquial é infiltración peribronquial, y zonas de densidades (atelectasias irregulares, ó -- bronconeumonía asociadas); también pueden resaltar -- las arterias pulmonares. (1,2,3,4,5 y 6).

TRATAMIENTO:

Manejo de la fase aguda:

- Adrenalina de 0.2 a 0.4 mls. por vía sub--cutánea cada 15 minutos, hasta tres dosis.
- Efedrina 0.1 a 0.2 mls. al 1 x 1000 subcu--tánea cada 20 minutos, hasta tres ó cuatro dosis.
- Salbutamol en aerosol ó isoproterenol, a--plicar dos ó tres inhalaciones cada 5 minutos por tres veces.
- Aminofilina 2 a 5 mgs. por Kg. por dosis I.V. diluída en 50 mls. de solución glucosada, a pasar en una a dos horas.

Manejo en pacientes hospitalizados:

- Habitación libre de alergenos, con humedad elevada.
- Evitar alimentos y bebidas frías.
- Posición semifowler.
- Ayuno hasta obtener mejoría.
- Signos vitales cada quince ó treinta minutos.
- Oxígeno al 40 % en caso de hipoxia.
- Aminofilina 4 a 5 mgs. por Kg. por dosis IV. cada 6 ó 8 horas diluída en 50 mls. de solu--ción glucosada al 5 % para pasar en una ó -- dos horas.
- Salbutamol ó isoproterenol en aerosol, dos ó tres inhalaciones cada 5 minutos hasta -- tres veces.

- Hidrocortisona: Su uso queda restringido a los pacientes graves, ó a los que no responden a la aminofilina, ó para aquellos niños que están recibiendo terapéutica esteroidea.

- Bicarbonato sólo en enfermos graves en los que se demuestra desequilibrio ácido-base, con Ph menor de 7.2.

- Antibióticos: Sólo en caso de infección bacteriana.

Manejo en la fase crónica:

- El manejo de la fase crónica es el aspecto más relevante por el estudio multidisciplinario que requiere cada caso en particular. Un niño asmático debe valorarse integralmente para reconocer la importancia de todos y cada uno de los factores que están involucrados.

- Higiene ambiental.
- Hiposensibilización.
- Erradicación de focos infecciosos.
- Psicoterapia familiar.
- Cromoglicato disódico (solo como preventivo).
- Corticoesteroides.

(1,2,3,4,5,6 y 9).

MATERIAL Y METODOS :

Descripción del universo de trabajo:

- Se formó con los derechohabientes pediátricos que acudieron al servicio de urgencias y consulta externa de la clínica hospital de zona no. 3 en Mazatlán Sin. con diagnóstico de asma bronquial.

Límites de tiempo del estudio:

- Del 10. de abril al 31 de Septiembre de 1984, con una duración de 6 meses.

Area geográfica:

- Se realizó con derechohabientes pediátricos que acudieron al servicio de consulta externa y urgencias pediátricas del H.G.Z. no. 3 en Mazatlán, Sin. - Dichos pacientes provenían de las diferentes colonias de la ciudad.

Tipo de estudio:

- Retrospectivo.

Descripción del proceso de muestreo:

- Se estudiaron a los pacientes pediátricos que acudieron al servicio de urgencias y consulta externa con diagnóstico de asma bronquial, durante los 6 meses que comprendió el estudio.

Descripción de variables utilizadas:

- Criterios de inclusión:

- Ambos sexos
- Edad entre preescolar y escolar
- Antecedentes de atopia familiar
- Datos de insuficiencia respiratoria (aleteo nasal, tiro intercostal, retracción xifoidea).
- Disnea

- Sibilancias
 - Exámen CPS positivo a ascaris.
- Criterios de exclusión:
- Cuadros bronquiales de tipo infeccioso.
 - Pacientes menores de dos años, y mayores de doce.
 - CPS positivo para otras parasitosis, aun cuando sean positivos -- para ascaris.

-

Se realizó un estudio retrospectivo en el servicio de Pediatría (consulta externa y urgencias). Se entrevistó y exploró a cada paciente que ingresara con diagnóstico de asma bronquial; se le tomaron datos y antecedentes y se les solicitaron estudios CPS.

Todo lo anterior, mediante anotaciones y paloteo - en la hoja de cuestionario (anexo 1).

Los resultados del exámen CPS se investigaron posteriormente en el expediente de cada paciente, haciendo las anotaciones correspondientes en cada cuestionario.

Una vez llenados todos los cuestionarios se tomaron porcentajes formando cuadros de frecuencia y gráficas que a continuación se presentarán.

RESULTADOS:

Se estudiaron 66 casos de asma bronquial para determinar la asociación de ésta enfermedad con ascariasis, para lo cual se efectuó la clasificación de análisis de los casos obteniéndose los siguientes resultados:

- De acuerdo con la edad, se encontraron los siguientes resultados:

Menores de un año 11 casos, (16.7 %). De un año de edad 10 casos, (15.1 %). De dos años de edad 14 casos, (21.2 %). De tres años de edad 11 casos, (16.7 %). De cuatro años de edad 6 casos, (9.1 %). De cinco años de edad 7 casos, (10.6 %). De seis años de edad 0 casos, (0 %). De siete años de edad 1 caso, -- (1.5 %). De ocho años de edad 0 casos, (0 %). De nueve años 2 casos, (3.0 %). De diez años de edad 2 casos (3.0 %). De once años 0 casos, (0 %). Y de doce años de edad 2 casos, (3.0 %). (Gráfica 1, --- cuadro 1).

- Con relación al sexo se encontraron los siguientes resultados:

Masculinos 47 casos (71.2 %), y Femeninos 19 casos (28.7 %). (Gráfica 2, cuadro 2).

- De acuerdo a la edad y sexo se encontraron los siguientes resultados:

Masculinos:

Menores de un año 10 casos, (15.1 %). De un año 8 casos, (12.1 %). De dos años 9 casos, (13.7 %). De tres años 7 casos, (10.6 %). De cuatro años 5 casos, (7.5 %). De cinco años 6 casos, (9.1 %). De seis años 0 casos, (0 %). De siete años 0 casos, --- (0 %). De ocho años 0 casos, (0 %). De nueve años 1 caso, (1.5 %). De diez años 0 casos, (0 %). De once años 0 casos, (0 %). Y de doce años 1 caso, --- (1.5 %). (Gráfica 3, cuadro 3).

Femeninos:

Menores de un año 1 caso, (1.5 %). De un año de edad 2 casos, (3 %). De dos años 5 casos, (7.6 %). De tres años 4 casos, (6.1 %). De cuatro años 1 caso (1.5 %). De cinco años 1 caso, (1.5 %). De seis años 0 casos, (0 %). De siete años 1 caso, (1.5 %). De ocho años 0 casos, (0 %). De nueve años 1 caso, - (1.5 %). De diez años 2 casos, (3.0 %). De once años 0 casos, (0 %), y de doce años 1 caso, (1.5 %). (Gráfica 3, cuadro 3).

-De acuerdo al dato de asma bronquial con y sin infección agregada, se encontró lo siguiente:

Asma bronquial con infección agregada 23 casos, (34.8 %).

Asma bronquial sin infección agregada 43 casos, (65.1 %). (Gráfica 4, cuadro 4).

- De acuerdo al antecedentes de atopia, se encontraron los siguientes resultados:

Antecedentes de atopia positivo 49 casos, (74.2 %).

Antecedentes de atopia negativo 17 casos, (25.7 %). (Gráfica 5, cuadro 5).

- De acuerdo al antecedente del inicio del primer acceso de asma bronquial, se encontraron los siguientes resultados:

De cero a seis meses 26 casos, (39.4 %). De seis a doce meses 11 casos, (16.6 %). De uno a dos años 13 casos, (19.7 %). Y de dos ó más años 16 casos, (24.2 %). (Gráfica 6, cuadro 6).

- De acuerdo a cada uno de los signos de insuficiencia respiratoria se encontraron los siguientes datos:

Pacientes que presentaron signos de insuficiencia respiratoria.

Sibilancias 60 casos, (90.9 %). Disnea 59 casos (89.3 %). Tiro intercostal 58 casos, (87.8 %). Aleteo nasal 53 casos, (80.3 %). Retracción xifoidea 44 casos, (66.6 %).

Pacientes que no presentaron signos de insuficiencia respiratoria.

Sibilancias 6 casos, (9 %). Disnea 7 casos, -- (10.6 %). Tiro intercostal 8 casos, (12.1 %). Aleteo nasal 13 casos, (19.6 %). Retracción xifoidea 22 casos, (33.3 %). (Gráfica 7, cuadro 7).

- De acuerdo al total de datos de insuficiencia -- respiratoria, se encontraron los siguientes resultados:

Casos que presentaron más de tres datos de insuficiencia respiratoria 59, (89.3 %).

Casos que presentaron menos de tres datos de insuficiencia respiratoria 7, (10.6 %). (Gráfica 8, - cuadro 8).

- De acuerdo al resultado del exámen CPS, se encontraron los siguientes reportes:

CPS positivo para ascariasis 12 casos, (18.1 %)
CPS positivo para ascariasis y otras parasitosis 7 casos, (10.6 %). CPS positivo para otras parasitosis y negativo para ascariasis 9 casos, (13.7 %). CPS negativo 38 casos, (57.5 %). (Gráfica 9, cuadro 9).

- De acuerdo al reporte del exámen CPS con relación a la positividad ó negatividad de la ascariasis, se encontraron los siguientes resultados:

CPS para ascariasis 12 casos, (18.1 %). CPS negativo para ascariasis y positivo para otras parasitosis 54 casos, (81.8 %). (Gráfica 10, cuadro 10).

- Los casos que llenaron ó no los criterios de inclusión de acuerdo al sexo fueron los siguientes:

Los que presentaron asma bronquial asociada con ascariasis, llenando todos los criterios de inclusión:

Masculinos 3 casos, (4.5 %). Femeninos 4 casos, (6.0 %).

Los que presentaron asma bronquial asociado con ascariasis, sin llenar los criterios de inclusión:

Masculinos 2, (3 %). Femeninos 3, (4.5 %).

Los que presentaron asma bronquial no asociada -- con ascariasis, y no llenaron los criterios de inclusión:

Masculinos 42 casos, (63.7 %). Femeninos 12 -- casos, (18.2 %). (Cuadro 11).

DISCUSION Y COMENTARIOS:

En el presente estudio de asma bronquial en la Clínica Hospital de Zona No. 3 con M.F. de Mazatlán, Sin. se investigó la asociación de ésta enfermedad con una parasitosis, (Ascariasis).

En relación con el asma bronquial, no se encontraron diferencias en cuanto a estudios ya realizados.

- La edad más frecuentemente encontrada fué la pre escolar, antes de los cinco años de edad. (Gráfica 1. cuadro 1).

- Con relación al sexo predominó el Masculino, con un porcentaje de 71.2 %. (Gráfica 2,3, y cuadro 2,3).

- Los cuadros de asma bronquial que se asociaron a infección, representaron el 34.8 %. (Gráfica 4, cuadro 4).

- La atopia en el asma bronquial se asoció frecuentemente a antecedentes de enfermedades alérgicas ó de ésta misma enfermedad en un 74.2 %. (Gráfica 5, cuadro 5).

- En cuánto al tiempo de inicio del primer acceso de asma bronquial se encontró que la mayoría de los pacientes tenían menos de seis meses de haber iniciado éste padecimiento. (Gráfica 6, cuadro 6).

- Los datos de insuficiencia respiratoria se encontraron en la mayoría de los casos, alcanzando un porcentaje de 89.3 %. (Gráfica 7-8, cuadro 7-8).

- Los resultados de los exámenes CPS en los pacientes con asma bronquial se reportaron positivos para ascariasis en un 18.1 %, y el 81.8 % restante fué negativo para ascariasis, ó positivo para otras parasitosis. (Gráfica 9-10, cuadro 9-10).

- Los casos de asma bronquial que se asociaron a ascariasis y llenaron los criterios de inclusión solo se encontraron en un 10.6 %, de los cuales el 4.5 % fueron Masculinos, y el 6 % Femeninos. (Cuadro 11).

-Con los resultados obtenidos en relacion a los -
reportes de el examen CPS encontramos que el estudio -
no concuerda con los resultados esperados ya que no --
se demuestra la asociacion del asma bronquial con la -
ascariasis , afirmando la hipotesis de nulidad y negando
la alterna.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

Se efectuó un estudio retrospectivo, con pacientes derechohabientes pediátricos que acudieron al servicio de urgencias y consulta externa en la Clínica Hospital General de Zona No 3 con M.F. de Mazatlán, Sinaloa. - En un periodo comprendido entre el 10. de Abril y el - 31 de Septiembre de 1984, con una duración de 6 meses.

Se investigó el porcentaje de asma bronquial asociado con ascariasis, para lo cual se recopilaron 66 casos con diagnóstico de asma bronquial.

Los casos fueron entrevistados y explorados, elaborándoseles un cuestionario (anexo 1). Los pacientes - fueron de edad preescolar y escolar, no importando el sexo, investigando antecedentes de atopia, datos de in suficiencia respiratoria y sibilancias, y solicitando estudio CPS.

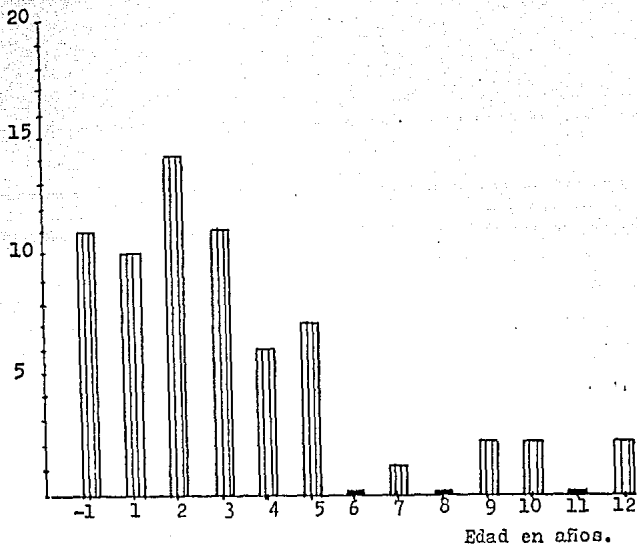
Posteriormente se efectuó análisis de los casos, - agrupándolos, y formando gráficas y cuadros de frecuencia. La edad predominante fue la preescolar y el sexo el masculino. El reporte del examen CPS para ascariasis ocupó un porcentaje mas bajo en relacion con los exámenes CPS con reporte negativo o positivo para otras para sitosis.

Con los resultados obtenidos, se concluye y acepta la hipótesis de nulidad, y se rechaza la alterna. Demostrando en el presente estudio que el asma bronquial no guarda relación con la ascariasis, ya que se aprecia diferencia significativa entre los casos que se asoc iaron con ascariasis y los que no se asociaron a ésta parasitosis.

I.M.S.S. HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3 CON M. F.
 MAZATLAN, SIN.
 CASOS DE ASMA BRONQUIAL POR EDADES.

GRAFICA 1

No. casos



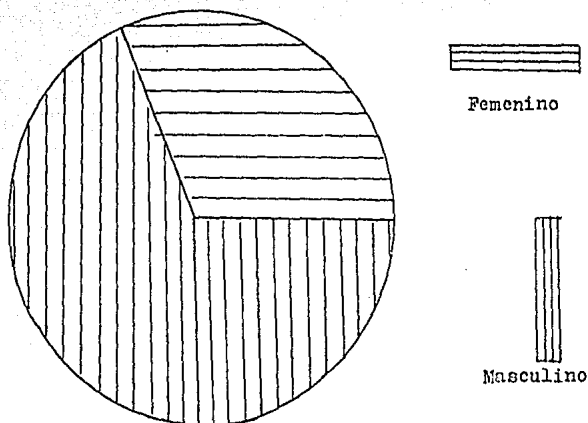
CUADRO 1

Edad años	CUADRO 1 No.	%
-1	11	16.7
1	10	15.1
2	14	21.2
3	11	16.7
4	6	9.1
5	7	10.6
6	0	0
7	1	1.5
8	0	0
9	2	3.0
10	2	3.0
11	0	0
12	2	3.0
Totales	66	99.9

Fuente de
 información:
 Exp. clínico
 Cuestionario
 (Anexo 1)

I.M.S.S. HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3 CON M.F.
 MAZATLAN, SIN.
 PORCENTAJE DE ASMA BRONQUIAL DE ACUERDO AL SEXO.

GRAFICA 2



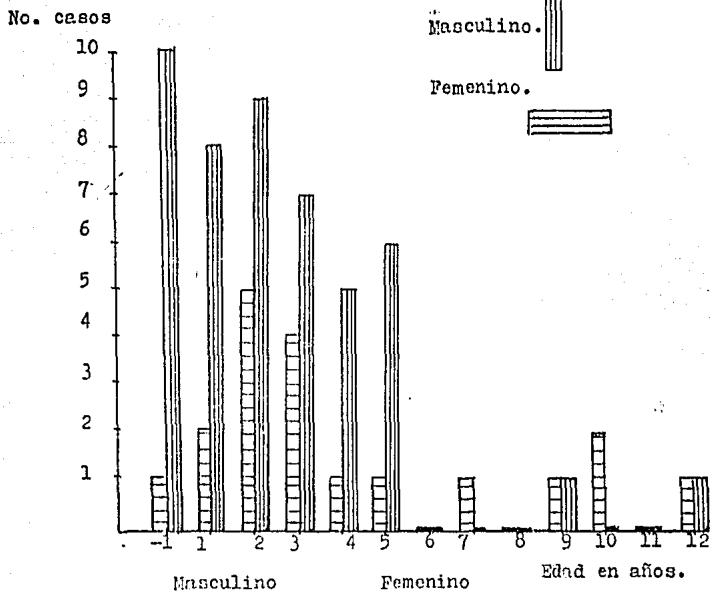
CUADRO 2

Sexo	No.	%
Masculino	47	71.2
Femenino	19	28.7
Totales	66	99.9

Fuente de información: Expediente clínico
 Cuestionario (anexo 1)

I.M.S.S. HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3 CON M.F.
 MAZATLAN, SIN.
 CASOS DE ASMA BRONQUIAL DE ACUERDO A EDAD Y SEXO.

GRAFICA 3



CUADRO
3

Edad	No.	%	No.	%
-1	10	15.1	1	1.5
1	8	12.1	2	3.0
2	9	13.7	5	7.6
3	7	10.6	4	6.1
4	5	7.6	1	1.5
5	6	9.1	1	1.5
6	0	0	0	0
7	0	0	1	1.5
8	0	0	0	0
9	1	1.5	1	1.5
10	0	0	2	3.0
11	0	0	0	0
12	1	1.5	1	1.5
Tot	47	71.2	19	28.7

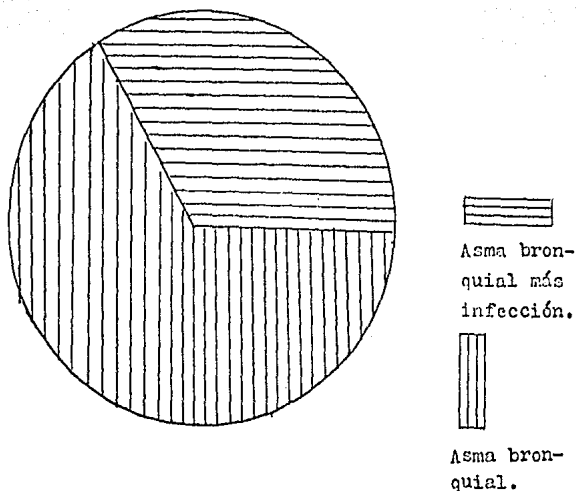
Fuente de información:
 Exp. clínico
 Cuestionario
 (anexo 1).

I.M.S.S. HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3 CON M.F.

MAZATLAN, SIN.

CASOS DE ASMA BRONQUIAL Y CASOS DE ASMA BRONQUIAL CON
INFECCION AGREGADA.

GRAFICA 4



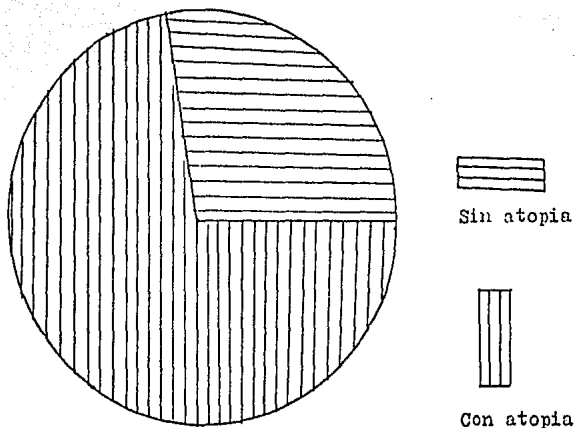
CUADRO 4

Casos	No.	%
Asma bronquial	43	65.1
Asma bronquial + infección.	23	34.8
Totales	66	99.9

Fuente de información: Expediente clínico
Cuestionario (anexo 1).

I.M.S.S. HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3 CON M.F.
 MAZATLAN, SIN.
 CASOS DE ASMA BRONQUIAL CON Y SIN ANTECEDENTES DE ATOPIA.

GRAFICA 5

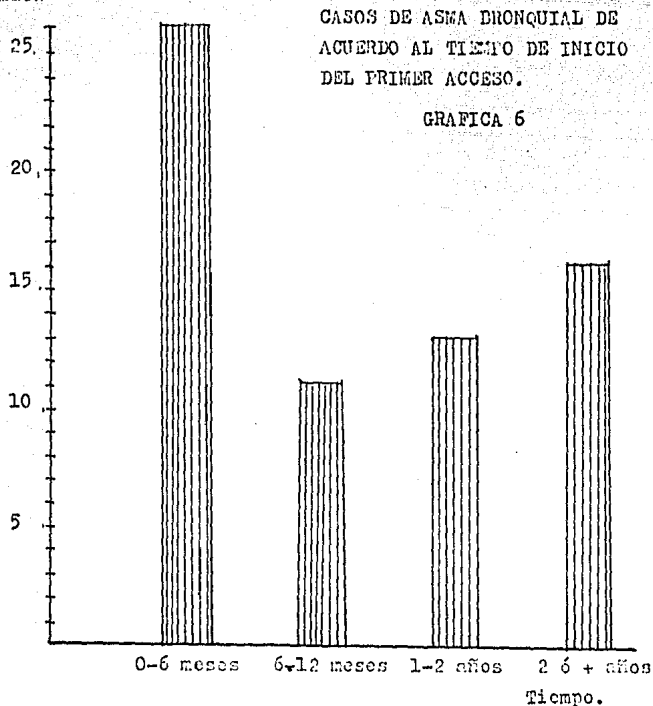


CUADRO 5

Casos	No.	%
Con atopia	49	74.2
Sin atopia	17	25.7
Totales.	66	99.9

Fuente de información: Expediente clínico
 Cuestionario (anexo 1).

No. casos



CUADRO 6

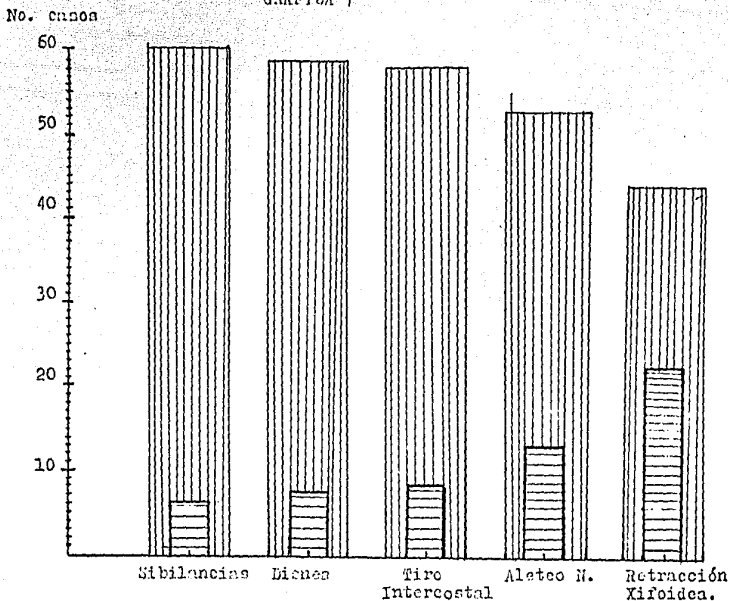
Tiempo	No.	%
0-6 meses	26	39.4
6-12 meses	11	16.6
1-2 años	13	19.7
2 ó + años	16	24.2
Totales	66	99.9

Fuente de información: Expediente clínico

Questionario (anexo 1).

DATOS DE I.R. ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL.

GRAFICA 7



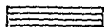
Datos	CON I.R.		SIN I.R.	
	No.	%	No.	%
Sibilancias	60	90.9	6	9
Disnea	59	89.3	7	10.6
Tiro intercostal	58	87.8	8	12.1
Aleteo nasal	53	80.3	13	19.6
Ret. xifoidea	44	66.6	22	33.3

CUADRO 7

Fuente de información:
Exp. clínico
Cuestionario
(anexo 1).



Con datos de I.R.



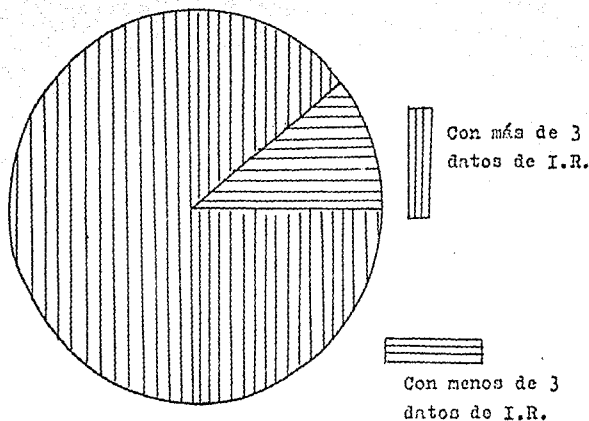
Sin datos de I.R.

I.M.S.S. HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3 CON M.F.

MAZATLÁN, SIN.

CASOS DE ASMA BRONQUIAL QUE PRESENTARON DATOS DE I.R.
Y LOS QUE NO LA PRESENTARON.

GRAFICA 8



CUADRO 8

Datos	No.	%
Con más de 3 datos de I.R.	59	89.3
Con menos de 3 datos de I.R.	7	10.6
Totales.	66	99.9

Fuente de información: Expediente clínico.

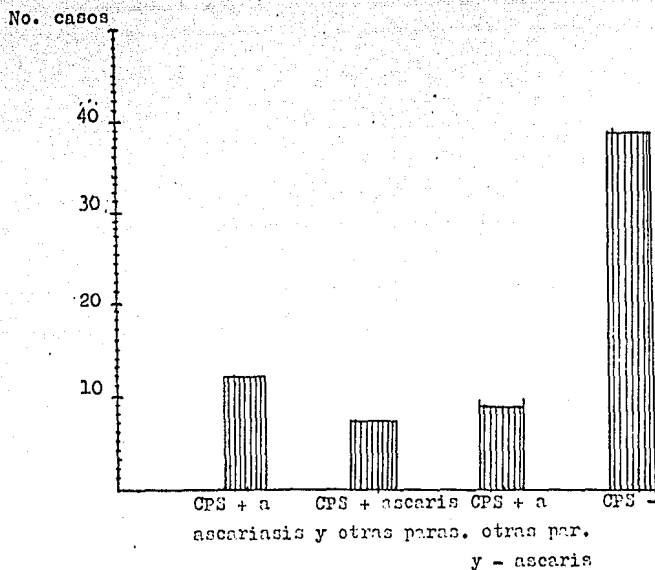
Cuestionario (anexo 1).

I.M.S.S. HOSPITAL GENERAL DE ZONA N o. 3 CON M.F.

MAZATLAN, SIN.

RESULTADOS DE EXAMEN CPS EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL.

GRAFICA 9



CUADRO 9

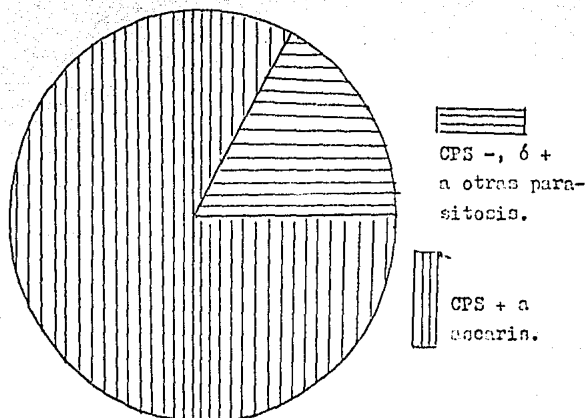
	Reporte CPS	No.	%
Fuente de informac.	CPS + a ascaris	12	18.1
Exp. clínico	CPS + a ascaris y otras parasitosis.	7	10.6
Cuestionario (Anexo 1).	CPS + a otras parasitosis y - a ascaris.	9	13.7
	CPS -	38	57.5
	Totales.	66.	99.9

I.M.S.S. HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3 CON M.F.

MAGATLAN, SIN.

ASMA BRONQUIAL CON EXAMEN CPS + PARA ASCARIS Y CASOS CON
CPS - , 0 + PARA OTRAS PARASITOSIS.

GRAFICA 10



CUADRO 10

Resultado CPS	No.	%
CPS + a ascariis	12	18.1
CPS -, 0 + a otras parasitosis	54	81.8
Totales.	66	99.9

Fuente de información: Expediente clínico.

Cuestionario (anexo 1).

I.M.S.S. HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3 CON M.F.

MASATLAN, SIN.

CASOS DE ASMA BRONQUIAL ASOCIADA CON ASCARIASIS, Y QUE LLENARON TODOS LOS CRITERIOS DE INCLUSION; CASOS DE ASMA BRONQUIAL ASOCIADOS CON ASCARIASIS, PERO QUE NO LLENARON LOS -- CRITERIOS DE INCLUSION, Y CASOS DE ASMA BRONQUIAL NO ASOCIADA CON ASCARIASIS, Y SIN LLENAR CRITERIOS DE INCLUSION.

Casos	Sexo	No.	%
Asma bronquial asoc. a ascariasis, que llenaron los criterios de inclusión.	Masc.	3	4.5
	Femen.	4	6.0
Asma bronquial asoc. a ascariasis, sin llenar los criterios de inclusión.	Masc.	2	3.0
	Femen.	3	4.5
Asma bronquial no asoc. a ascariasis, y que no llenaron criterios de inclusión.	Masc.	42	63.7
	Femen.	12	18.2
Totales.		66	99.9

CUADRO 11

Fuente de información: Expediente clínico.

Cuestionario (anexo 1).

CUESTIONARIO
 ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

No de consultorio: - _____

Nombre: - - _____

Filiacion: - _____

Sexo: - _____

Edad: - _____

Diagnostico: - _____

Fecha de ser considerado asmatico: - _____

Antecedentes de Atopia: - _____

Exploracion Fisica: -

Aleteo Nasal: - Si () No ()

Tiro Intercoastal: - Si () No ()

Retraccion Xifoidea: - Si () No ()

Disnea: - Si () No ()

Sibilancias: - Si () No ()

Datos de Infeccion: - Si () No ()

Examen de Laboratorio: -

Coproparasitoscopico: - _____

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- C. Henry Kempe: Diagnóstico y tratamiento pediátricos. Editorial El manual moderno. 3a. edición. México 1978. Páginas 993-997.
- 2.- R.H. Valenzuela. Manual pediátrico. Editorial Interamericana. 10a. edición. México 1980. Página -- 712-716.
- 3.- E. Picazo Michel: Urgencias médicas en pediatría.-- Editorial Méndez Oteo. 4a. edición. México 1978. - Páginas 269-276.
- 4.- Harrison: Medicina Interna. Tomo II. La Prensa Médica Mexicana. 5a. edición. México 1979. Páginas - 1600-1606.
- 5.- Henry K. Silver. Manual de pediatría. Editorial el manual moderno. 7a. edición. México 1975. Páginas - 595-598.
- 6.- Dr. Angel Gardida Chavarría. Estudio y manejo integral del niño asmático. Revista mexicana de pediatría. México, Febrero de 1980. Páginas 79-94.
- 7.- Dr. Enrique Manatou. Clasificación del asma bronquial. Revista Iberoamericana de Alergología. Enero de 1981. Páginas 23 - 46.
- 8.- Dra. Isabel Symes Gracia. Gómez.-Ortega. Asma por aspirinas en niños. Revista Iberoamericana de Alergología. Abril de 1979. Páginas 65-68.
- 9.- José Gimeno Johnson. Asma Bronquial, experiencias clínicas en el Hospital del Niño del Noroeste, DIP. Boletín médico del Hospital Infantil de México. Vol. 40 no. 1. Enero de 1983. Páginas 27-31.