

4
24

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



"EL NINO ASMATICO, SU ESTRUCTURA FAMILIAR Y EL MEDIO AMBIENTE" EN EL H.G.R. M.F. No. 1 MORELIA MICH.

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
QUE PRESENTA EL:
DR. JOSE AYALA AVALOS
ASESOR: DR. DAVID ZAVALA OROZCO
PEDIATRA DE LA UNIDAD
MORELIA, MICH. ENERO DE 1990

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS

Asma

La Familia

Funciones básicas de la familia

Estructura familiar

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación

Objetivos

Hipótesis del trabajo

Hipótesis alterna

Hipotesis nula

CAPITULO III

MATERIAL Y METODOS

Universo de trabajo

Criterios de inclusión y exclusión.

Selección de la muestra

CAPITULO IV

RESULTADOS

CAPITULO V

CONCLUSIONES

DISCUSION

CAPITULO VI

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

Las enfermedades respiratorias , en la actualidad, constituyen un problema de salud pública en las grandes ciudades con cierto grado de contaminación ambiental . El asma durante la edad pediátrica es un ejemplo de estos padecimientos , - su evolución está estrechamente relacionada con la exposición a irritantes físicos , químicos y cambios climatológicos ; además de los factores inmunológicos .

La incidencia del asma es variable y depende básicamente de las condiciones ecológicas de los enfermos que se estudien. En México se menciona una incidencia del 1.17% (14).

Se pasa por alto la historia natural del padecimiento y no se realiza una historia clínica detallada para caracterizar el tipo de asma en cada caso particular que facilite su tratamiento. Esta actitud del médico induce a dar un tratamiento puramente sintomático , no se adoptan las medidas preventivas en el hogar por parte de los padres porque carecen de la información mínima necesaria que debe ofrecer el médico y en estas circunstancias , se favorece la presentación de ataques agudos recurrentes, estado de mal asmático , asma perenne y alteraciones emocionales del paciente y la familia que agravan más el pronóstico de algunos casos . El médico debe evaluar los diferentes factores etiopatogénicos presentes en cada caso para no utilizar tratamientos sintomáticos que sólo propician la cronicidad y dificultad para su control (13).

Un niño asmático debe valorarse integralmente para reconocer la importancia de todos y cada uno de los factores que están involucrados y contemplarse un criterio uniforme que favorece el estudio y manejo posterior(11). Por tal motivo surgió la idea de realizar este trabajo , investigando el ecosistema y la estructura integral de la familia para darnos cuenta a groso modo de como vive el niño asmático .

Para lograr la integración familiar, es necesario que el núcleo que la genera, esté sano y bien estructurado. Además también nuestro propósito de realizar este trabajo es aportar un conocimiento elemental sobre un padecimiento que se incrementa cada vez más, donde existe poca información para la familia acerca del asma y sus causas multifactoriales, y donde influye el nivel socio-económico y cultural.

Este estudio es solo un trabajo inicial, de donde se pueden iniciar nuevos trabajos, y ver la posibilidad de la creación de una clínica de asma como se ha hecho en otras instituciones con resultados satisfactorios en la disminución del problema.

Se dice que la enfermedad en el ser humano, además de tener una patología, consta de una ecología, en consecuencia, para que haya una mejor comprensión de la enfermedad es indispensable conocer sus aspectos ecológicos, tanto familiares como sociales (18).

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS .

A).- HISTORIA:

El término "asthma" aparece desde la época más remota en la literatura médica , sin tener exactamente la significación que le damos hoy en día . La palabra deriva del griego y traduce un estado "jadeante o anhelante".

Las referencias más antiguas se encuentran en la Biblia , en Homero y en los escritos de Herodoto. Sin hablar especialmente del asma , Hipócrates emplea el término en algunos de sus aforismos (21).

Areteo (300 años A.J.) fué el primero que describió -- con acierto un acceso de asma. Celso consideró tres variedades en las dificultades para la respiración : disnea , asma y la ortopnea . Desde entonces el asma fué considerado como un síntoma y no una enfermedad (21).

A principios del siglo XVII , Helmont desarrolla la -- primera hipótesis sobre la patogenia del asma . Thomás Willis afirma que el asma es una enfermedad y que puede tener dos formas distintas : la neuromónica y la convulsiva (21).

En 1698 , Sir John Fleyer publica su libro sobre el asma , que fué aceptado en todos los aspectos durante 100 años . A mediados del siglo XVIII impera una gran anarquía -- en el concepto del asma , como : asma húmeda , asma seca , asma abdominal , asma cardíaca , asma nerviosa , etc. Años más tarde Culler , Withers , Ryan , Bre , Bergson ordenaron y sistematizaron el concepto (21).

Reissein en 1822 , lanzó la teoría del broncoespasmo. En 1842 Longet demuestra la importancia del sistema nervioso, al producir contracción de los bronquios al excitar el extremo distal del vago . Sirviendo de base a Hyde Salter haciendo hincapie en el papel del vago , en la presencia de eosinófilos en el esputo , en las influencias de ciertas e-

manaciones animales para determinar las crisis paroxísticas, y en diversos matices de sus numerosos casos perfectamente estudiados . A principios de este siglo , los alemanes , experimentan alrededor del broncoespasmo y congestión de la mu cosa bronquial .En 1910 , Auer y Lewis encuentran que los -- pulmones de los cuyos que mueren por choque anafiláctico se encontraban distendidos por broncoespasmo , Meltezen deduce que la patogenia del asma está en relación con los fenómenos de la anafilaxia. Blackley establece que el polen de ciertas plantas causa la fiebre del heno . Se empiezan a usar los -- test cútaneos con sustancias proteínicas por Noen en Inglaterra , y por Cooke , Scless y Walker en U.S.A. . Con estos -- trabajos se inicia la época actual de la historia del asma , en la que imperan las investigaciones de los alergistas que son casi universalmente aceptadas en sus conclusiones (21).

En México , Mario Zalazar Mallén ha iniciado la investigación peculiar de la flora de nuestro país , dando una -- estimable contribución original para la clínica del asma en nuestro medio . Sin embargo hasta la fecha se consideran -- tres formas principales de asma : la alérgica , cuyo sustratum radica en una hipersensibilidad específica ; la bacte-- riana , en cuya etiología priva un factor infeccioso , y la refleja , con un mecanismo nervioso desencadenada por una -- espina irritativa , según los clásicos (21).

A S M A

DEFICICION: Es el estrechamiento generalizado de las vías respiratorias como reacción exagerada a diversos estímulos; la intensidad es variable , y puede desaparecer espontáneamente o por acción de los medicamentos (13).

EPIDEMIOLOGIA: Es la causa principal de enfermedad crónica en la infancia . Puede comenzar a cualquier edad .Alrededor del - 80 a 90% de los niños asmáticos tienen sus primeros síntomas - antes de los 4-5 años de edad. El curso y la gravedad son difíciles de predecir. La mayoría de los niños afectados tienen só lo ataques ocasionales de intensidad moderada o leve, y su manejo es relativamente fácil. Una minoría desarrollará un asma intratable , severo, habitualmente perenne más que estacional , que es incapacitante e interfiere con la asistencia escolar, - los juegos y la actividad diaria. La relación con la edad de co mienzo para el pronóstico es incierta , pero estudios indican que los niños más gravemente afectados habían empezado con sibilancias durante el primer año de su vida , y presentaban una historia familiar de asma y otras enfermedades alérgicas (especialmente dermatitis atópica).

El pronóstico para los niños asmáticos es generalmente -- bueno , la mayoría tendrán una remisión definitiva que dependerá , en gran medida , del crecimiento del diámetro seccional - de las vías aéreas. Estudios longitudinales muestran que alrededor de la mitad de estos niños estarán libres de síntomas -- cuando sean adultos , aunque no se sabe si la hiperreactividad bronquial desaparece . Se ha comunicado de una continua reacti vidad anormal a la inhalación de metacolina en antiguos asmáti cos hasta 20 años después de que los síntomas hayan desaparecido (12).

MORBILIDAD :

En U.S.A. el asma es el trastorno pulmonar crónico más frecuente en pediatría . Se calcula que en el país hay entre 7 y 10 millones de asmáticos , de los cuales 2 a 5 millones son niños . Estadísticas recientes indican que 10.5 % de los niños han tenido uno o más episodios de asma a la edad de 17 años . A pesar de que en los últimos 20 años se han introducido muchas sustancias nuevas para tratar el asma , no se ha apreciado una disminución en el número de ingresos en hospitales por esta causa (7). El asma se señala con más frecuencia en personas de nivel económico bajo . La prevalencia de asma no se modifica por la residencia en medio urbano o rural , pero sí por la pobreza en cada uno de estos dos ambientes (7).

En nuestro medio , más específicamente en el H.G.R. M.F. No. 1 Morelia , encontramos que en 10 meses captados por el servicio de codificación existen 13,911 consultas de Enero a Octubre de 1989 en Urgencias Pediátricas , constituyendo el asma una de las 10 primeras causas de consulta con un total de 679 correspondiendo a un 4.8% (4). En hospitalización se tuvieron 23 casos con un promedio de 3.22 de días asma , que corresponde a una tasa de 12.64 (22).

FISIOPATOLOGIA:

Los tres elementos que contribuyen a la obstrucción de las vías aéreas en el asma , son el espasmo del músculo liso, edema e inflamación de las mucosas que revisten la vía aérea, así como la exudación intraluminal de moco , células inflamatorias y desechos celulares. Esta obstrucción produce aumento en las resistencias de las vías aéreas , que lleva a disminución de los volúmenes espiratorios forzados y de la velocidad de flujo , cierre prematuro de las vías , hiperinsuflación pulmonar , aumento del trabajo respiratorio y cambios -

en las propiedades elásticas y en el comportamiento frecuencia dependiente del pulmón .

Al principio de un ataque agudo de asma la pCO_2 arterial está habitualmente disminuida a causa de la hiperventilación . A medida que el proceso obstructivo empeora , sobreviene una franca hipoventilación alveolar , la pCO_2 aumenta, y cuando -- los mecanismos de tampón se agotan , el pH sanguíneo baja .Puede observarse hipertensión pulmonar , sobrecarga ventricular derecha y alteración del llenado del ventrículo izquierdo(12).
ETIOLOGIA:Las causas son de acción compleja. La etiopatogenia no es estrictamente la misma en todos los pacientes asmáticos, y varía de una población a otra según las características ecológicas de cada lugar y del microambiente hogareño (13). La escuela anglosajona ha establecido una clasificación ya aceptada en forma casi general , aunque no satisfaga plenamente : intrínseca y extrínseca .

1.- Asma intrínseca o no alérgica abarca factores endocrinos - donde la exacerbación del asma puede ocurrir con la menstruación , especialmente en los días premenstruales , o puede comenzar al llegar la menopausia . Se conoce poco el papel de -- los factores endocrinos en la etiología y patogénesis del asma.
Factores psicológicos :Donde el asma se influye en gran medida por factores emocionales . Los incidentes emocionales son desencadenantes importantes de los síntomas en muchos niños y adultos asmáticos . Los trastornos emocionales o de conducta es tán relacionados más estrechamente con el mal control del asma que con la severidad de la crisis y , por esta razón , la correcta intervención médica puede tener un efecto beneficioso(12).
Otros factores no inmunopatogénicos incluyen cambios climatológicos (frío , humedad), ejercicio físico , analgésicos(aspirina), polvos o gases irritantes(pinturas, humo de tabaco,etc.), así como las infecciones virales (13)(14).

2.- Asma extrínseca o alérgica : Las causas son exposiciones a factores ambientales (polvo, pólenes, caspas de animales y alimentos). Se presenta frecuentemente en la niñez . En la mayoría de estos pacientes se asocia con rinitis y/o eczema y antecedentes familiares de padecimientos similares . Se encuentran pruebas cutáneas positivas a diversos antígenos en el 80-90% de los casos e IgE específica positiva en el 60 a 70% (12)(15).

Hay otros aspectos relacionados con el asma como son:

- a) Raza.- La más afectada es la raza blanca, muy especialmente los sajones .
- b) Sexo.- Algunos autores afirman que el asma es más frecuente en el hombre que en la mujer .
- c) Edad.- Alrededor del 80-90% de los niños asmáticos tienen sus primeros síntomas antes de los 4-5 años de edad(12). Puede influir en el pronóstico para su remisión . Así como también para el tipo de asma que se presenta a tal edad.
- d) Herencia.- El 60% de los pacientes asmáticos tienen antecedentes hereditarios . Y parece compatible con determinantes poligénicos o multifactoriales(12).
- e) Ocupación.- De los padres ya que hay ocupaciones que obligan a inhalar sustancias irritantes para las vías respiratorias y actúan como inespecíficos : vapores, humo, polvos, filamentos vegetales , etc. y que influyen en casos de asma.
- f) En forma específica algunos parásitos obran como alérgenos como el ascaris lumbricoides , taenia solium , triquina , los oxiuros , etc. .

CUADRO CLINICO: Desde el punto de vista clínico podemos considerar dos formas principales : asma aguda o paroxística , y asma crónica. Los episodios agudos están a menudo desencadenados por exposición a irritantes o exposición a alérgenos .-- Los ataques precipitados por infección viral respiratoria --

son de comienzo lento , con aumento gradual en la frecuencia e intensidad de la tos y con respiración sibilante a los pocos días . Los signos y síntomas del asma , que pueden estar presentes en distinto grado según el estadio y la gravedad del ataque , son: tos con sonido espástico y que no es productiva al principio , sibilancias , taquipnea y disnea con espiración alargada y uso de los músculos accesorios de la respiración , cianosis , hiperinsuflación del tórax , taquicardia y dolor abdominal. Cuando el paciente está con distres respiratorio máximo las sibilancias pueden estar ausentes ,mejorando solo con el tratamiento broncodilatador .Con disnea severa el niño tiene dificultad para andar , o incluso hablar , con una postura encorvada , que le facilita la respiración, puede sudar profusamente y tener fiebre .(12)

DIAGNOSTICO: Los ataques repetidos de tos y sibilancias acentuados especialmente con el ejercicio , son tan característicos del asma que el diagnóstico se realiza fácilmente en la mayoría de los casos .(12)

El procedimiento diagnóstico incluye una historia clínica bien elaborada, con exploración física adecuada . Exámenes de laboratorio básicos , radiografías de tórax , pruebas de función pulmonar ; estudios opcionales como pruebas cutáneas con alérgenos , cuantificación de inmunoglobulinas , examen y cultivo de esputo , radiografías de senos paranasales , coproparasitoscopios , electrocardiogramas , prueba de provocación por ejercicio ; así como estudios especiales como tests del sudor , gasometrías , prueba de provocación inhalatoria(metacolina , histamina , etc.) , Serie Esofago GastroDuodenal , esofagoscopias (20).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:Malformaciones congénitas(de aparato respiratorio,cardiovascular o gastrointestinal),cuerpos extraños en vías aéreas o esofago, bronquiolitis,fibrosis quística, inmunodeficiencias, aspergilosis , tuberculosis ,etc..

TRATAMIENTO: Actualmente se acepta que el niño asmático requiere estudio integral y multidisciplinario , sobre todo en los casos rebeldes al tratamiento sintomático tradicional(13) El tratamiento se encamina al control de la fase aguda y crónica(tratamiento específico , sintomático y de sostén).

Manejo de la fase aguda:Se utilizan fármacos de primera elección (adrenalina,salbutamol, aminofilina e hidrocortisona en caso necesario , esto aunado con terapia inhalatoria , medidas generales, antibióticos solo en caso necesario y maniobras más complicadas en casos graves(17).

Manejo de la fase crónica: Constituye el período de mayor trascendencia en el manejo adecuado de los casos. El tratamiento exige la colaboración armónica entre el paciente , la familia , el personal médico y el paramédico , buscando con ello que el niño pueda llevar una vida lo más cercana a lo normal y sin restricción de sus actividades habituales.Se puede enfocar en tres aspectos fundamentales :

- a)Tratamiento específico: Que abarca higiene ambiental , hiposensibilización donde se identifica el alérgeno,erradicación de focos infecciosos, Psicoterapia familiar donde haya alteraciones emocionales que interfieran con el padecimiento (7).
- b).-Tratamiento sintomático: Con fármacos de acción broncodilatadora(salbutamol y aminofilina);Ketotifeno en asma alérgica o por ejercicio. Corticoesteroides en caso necesario.
- c)Tratamiento de sostén: Con pláticas de orientación familiar que es básico en el manejo integral para proporcionar información acerca del padecimiento, y de esa manera disminuir la angustia por el desconocimiento de la enfermedad . Esto se logra desarrollando programas especiales que alcancen ciertos objetivos: Como establecer comunicación entre el equipo de salud-paciente-núcleo familiar ; proporcionar información sobre la diversa etiología ;lograr que los padres adquieran conciencia de su responsabilidad en la salud del niño .

PREVENCION:

A) PREVENCION PRIMARIA :En el lactante y preescolar es conveniente que la recámara esté exenta del llamado "polvo casero o doméstico", porque contiene las partículas orgánicas más dañinas para el paciente, como son los ácaros dermatofagoides; la ropa personal y los sarapes de lana no son recomendables, y el colchón y la almohada deben ser de hule espuma; así mismo deberán evitarse las alfombras, los tapetes, las zafas de animales y los muñecos de peluche. La recámara en general debe tener pocos objetos, y muebles que permitan la limpieza óptima. La importancia mayor de esta higiene es preferente en el niño con antecedentes atópicos y se recomienda que, desde recién nacidos eviten el contacto con animales domésticos, se prohibirá el humo de tabaco así como la inhalación de irritantes químicos porque alteran los mecanismos locales de defensa y facilitan el paso de productos inmunógenos y otros agentes patógenos a través de la mucosa del aparato respiratorio, que producen rino-bronquitis recurrente. Estos niños deberán alimentarse al seno materno durante los seis primeros meses de su vida.

B)PREVENCION SECUNDARIA: Con medicamentos del tipo del Keto tifeno y el cromoglicato de sodio en el asma inmunopatogénica y en el asma por el ejercicio.

FAMILIA :

De todos los grupos sociales , la familia es probablemente el más controvertido. Hablando en sentido metafórico, la familia ha sido pesada, medida y cuantificada por sociólogos y economistas; ha sido fragmentada y analizada microscópicamente por el antropólogo; ha sido idealizada y romantizada por clérigos y poetas y no es , hasta épocas recientes, cuando la ciencia médica se propone estudiarla. El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe , en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad(5).

Familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, si simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado --- transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época .En 1861 Bachofen inicia el estudio científico de la familia .

El diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe entender "al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de la casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje"(5) .

Ackerman la define como "la unidad básica del desarrollo y experiencia , de realización y fracaso". Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud. Minuchin la define como el "grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia , el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia , y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares (5).

Los problemas de adaptación que tienen las familias se relacionan con sus capacidades para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas . Se especifican cinco funciones de la familia :

ADAPTACION SOCIAL: La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar al lactante , durante los años , en un individuo social capaz de participar por completo en la sociedad . El niño tiene que aprender lenguaje , sus papeles en las diversas etapas de la vida , normas y esperanzas socioculturales , y estructuras cognoscitivas importantes.

CUIDADO: Significa llenar las necesidades físicas y sanitarias básicas de los miembros de la familia . Las probabilidades de buena salud y vida prolongada se relacionan de manera directa con el estado socio-económico de la familia .

APECTO: La familia debe llenar las necesidades afectivas de -- sus miembros porque las respuestas afectivas de un individuo a otro proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar. Las necesidades de afecto de los padres son tan importantes para la salud familiar como las necesidades de afecto de los niños .

REPRODUCCION:Matrimonio y familia tienen por objetivo regular y controlar la conducta sexual , lo mismo que la reproducción. La reproducción sexual se ha reconocido como parte importante de los niños que se están adaptando desde el punto de vista social .

OTORGAMIENTO DE ESTADO(STATUS):Es el establecimiento de derechos y tradiciones en los niños.La familia tiene la responsabilidad de proporcionar la adaptación social necesaria y las experiencias educativas que permiten al individuo adoptar una vocación y ciertos papeles en grupos que coinciden con las esperanzas de su estado. En general , se dan más recursos familiares al primogénito, de preferencia si es varón . Tiene que ver

con las diferencias en el estado socioeconómico entre las familias y las variaciones resultantes en los modos de vida y oportunidades . Determinantes importantes de la vida social son etnicidad y clase social .

Hay diversos problemas y responsabilidades que afronta la familia durante sus diversas etapas de desarrollo. Las funciones familiares varían con el ciclo de vida de la familia. Existen -- cinco fases en el ciclo de vida de la familia , que son :

FASE DE MATRIMONIO: Es cuando dos personas quedan unidas por un lazo, sus preocupaciones iniciales consisten en prepararse para un nuevo tipo de vida. Los tópicos primarios de preocupación -- son adaptación sexual, de aprender a vivir juntos y al mismo -- atender las necesidades básicas de la personalidad del otro .

FASE DE EXPANSION: La llegada de un niño nuevo crea tensiones, porque se debe ajustar toda la estructura de las relaciones para dar entrada al nuevo miembro . Sus preocupaciones principales son la educación prenatal, parto, atención postnatal, visitas de bienestar del lactante , reconocimiento temprano de los síntomas y su manipulación , inmunizaciones , asesoría de desarrollo infantil , planeación familiar e interacción familiar .

FASE DE DISPERSION: Los padres tienen trabajo triple para ayudar a sus hijos a que se adapten socialmente , a que desarrollen la autonomía y a que satisfagan sus propias necesidades. Al mismo tiempo los padres deben satisfacer las propias. La familia debe adaptarse para que los hijos sean independientes .

FASE DE INDEPENDENCIA: Conforme se dispersan los hijos, los padres tienen que aprender a volverse independientes de nuevo. En el reajuste, el matrimonio debe ser viable si se quiere que sigan satisfaciéndose sus necesidades . Para que esta fase sea -- completa, los niños deben ser independientes mientras conservan , al mismo tiempo los lazos que los unen con los padres . Las funciones de adaptación social, afectivas y de estado de la

de la familia pueden proseguir en esta fase.

PASE DE RETIRO Y MUERTE:Planeación para el fin de la vida familiar es tan difícil como planear el principio y es obvio que se hace con un entusiasmo diferente. El papel de los hijos que cuidan por sus padres no es claro , particularmente si su propio núcleo familiar se encuentra en fase de matrimonio o de expansión . Es muy difícil para las familias jóvenes tener que usar sus limitados recursos a cuidar a sus padres y proveer -- sus propias necesidades(6).

Desde el punto de vista de "composición" la familia se clasifica en :

FAMILIA NUCLEAR:Es aquella constituida por padres e hijos exclusivamente , o a los padres sin hijos, o bien a uno de los padres con hijos cuando el otro ha muerto, se ha retirado o divorciado(5).

FAMILIA EXTENSA O EXTENDIDA:Es la formada por los padres , los hijos y algún otro familiar consanguíneo(abuelo,sobrino,tío)(5)

FAMILIA EXTENSA-COMPUESTA:Es igual a la anterior , pero que incluye además , personas sin parentesco o con parentesco menor que el anterior como compadres y amigos .

La familia también desde el punto de vista integración , puede clasificarse en :

FAMILIA INTEGRADA:Donde los cónyugues viven y cumplen sus "funciones" .

FAMILIA SEMI-INTEGRADA: Donde los cónyugues viven pero no cumplen adecuadamente sus "funciones".

FAMILIA DESINTEGRADA: Aquella donde falta alguno de los cónyugues por muerte , divorcio , separación o abandono(6).

Hasta ahora se ha hablado de lo normal en las familias , pero se debe de hacer notar que una alteración en cualquiera de las fases mencionadas puede traer una serie de crisis durante su ciclo vital. Probablemente la mayoría de las familias presentan crisis graves antes de la fase de retiro y muerte,y du-

rante la misma. La capacidad para ajustarse y afrontar las crisis es tan importante como su capacidad de funcionar bien en cada familia(6).

Como la familia está compuesta por una estructura muy interactiva de situaciones sociales , la desorganización produce separación . Es común que un problema produzca una serie de otros problemas para la familia . Las familias funcionan mejor cuando todos sus miembros están sanos , pero deben aprender a funcionar incluso cuando se trastorna la salud(6).

Las necesidades de salud individual repercuten en el grupo familiar . A este nivel las relaciones intrafamiliares se circunscriben en su ecosistema de salud y explican la influencia del miembro enfermo .

Si recordamos que no existe mejor perspectiva de las condiciones biológicas que la ecología , entenderemos por qué la familia es producto de su medio ambiente , y con éste a todos aquellos factores socioeconómicos y culturales que determinan su infraestructura sanitaria .

En nuestro caso se empleó un marco situacional ; para mejor llamarlo ECOLOGICO , en donde se encierran todos los elementos socio-económicos y ambientales en general de importancia para la salud familiar y un razonamiento en base a estructura-función que facilite una explicación deductiva y posibilite un nivel clasificatorio(8).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACION .-

El asma en México se cataloga como un problema de salud pública que afecta cada vez más a un número mayor de personas en edad pediátrica , hecho que se ha demostrado en la ciudad de México con el incremento significativo en la morbi-mortalidad y letalidad gracias a las condiciones ambientales desfavorables y hacinamiento que prevalecen en la actualidad en nuestro medio .(1)

En el niño es la enfermedad broncopulmonar crónica más frecuente (2) , y se considera que más del 50% de los pacientes asmáticos inician la enfermedad a partir del tercer año de vida .(3)

Las investigaciones realizadas sobre el tema son múltiples , algunos abordan los aspectos inmunológicos , otros los infecciosos , parasitarios , psicológicos , terapéuticos , a veces en forma conjunta o aislada , pero pocos son los que han abordado el problema en forma global tomando en cuenta la unidad bio-psico-social del niño asmático y la relación que hay en la función o disfunción de su núcleo familiar.

Los estudios sobre disfunción familiar y su relación con una enfermedad crónica , muestran que todas las funciones pueden ser afectadas , de menor a mayor grado , algunas dependiendo de otro tipo de factores (económico , social , cultural , etc.).

El asma en el servicio de urgencias de Pediatría del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 Morelia , Mich. en 1988 ocupó el segundo lugar como motivo de ingreso a dicho servicio , superado únicamente por el síndrome diarreico (4) .

En ocasiones las familias de los niños con asma caen en un estado de apatía y abandonan el tratamiento, o dan atención inadecuada al niño en el medio familiar, que puede repercutir en la conducta y salud del propio paciente.

Por la frecuencia y evolución poco satisfactoria de esta enfermedad, nos propusimos realizar este estudio con la finalidad de lograr una valoración actualizada y dinámica en la relación con los pacientes que requieren de nuestros servicios y buscar la forma de abatir la recurrencia de consultas al servicio de Urgencias Pediatría de nuestra Unidad, lo que se ha visto en otras unidades es el manejo a base de orientación familiar.

O B J E T I V O S

- 1.- DETERMINAR SI EL MEDIO AMBIENTE CONTRIBUYE AL AGRAVAMIENTO O RECURRENCIA DEL ASMA BRONQUIAL , Y DE SER ASI CUALES SON LOS FACTORES MAS IMPORTANTES .
- 2.- DETERMINAR EL TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR EXISTENTE Y SI ES FACTOR COADYUVANTE DE LAS CRISIS ASMATICAS .

H I P O T E S I S D E T R A B A J O

LA RECURRENCIA DE ASMA EN EL NIÑO ESTA RELACIONADA CON UN MEDIO AMBIENTE FAMILIAR Y ECOLOGICO DESFAVORABLE .

H I P O T E S I S N U L A

LA RECURRENCIA DEL ASMA EN EL NIÑO NO ESTA RELACIONADA CON UN MEDIO AMBIENTE FAMILIAR Y ECOLOGICO DESFAVORABLE.

H I P O T E S I S A L T E R N A

LA RECURRENCIA DE ASMA EN EL NIÑO ESTA RELACIONADA EN UN 50 % CON UN MEDIO AMBIENTE FAMILIAR Y ECOLOGICO DESFAVORABLE .

MATERIAL Y METODOS :

Para este estudio , se tomó como universo de trabajo a la población infantil que acudió a consulta al servicio de Urgencias Pediátricas del H.G.R.M.F. No. 1 I.M.S.S. de Morelia , Mich., desde Enero a Octubre de 1989 .

Se incluyen como sujetos de estudio , a los miembros de 40 familias , seleccionadas al azar , con edades entre 1 a 15 años , que fueron diagnosticados como asmáticos , de ambos sexos , con cuadro recurrente o de primera vez.

Se excluyeron niños menores de 1 año y pacientes mayores de 16 años .

Se les realizó una encuesta familiar , se revisaron expedientes clínicos y se les hizo una visita domiciliaria ; además de sacar datos del servicio de codificación el total de consultas en 10 meses ; se revisó en medicina preventiva la morbilidad de los primeros seis meses del año actual(1989)

Se trata de un estudio clínico-observacional y transversal (descriptivo).

Se anexa test de encuesta familiar utilizado para la recolección de datos , a continuación .

R E S U L T A D O S

- 1.- De 40 casos de asma , obtuvimos en nuestro estudio que el 72.5%(29) corresponde al sexo masculino, que corresponde aproximadamente a una proporción de 3:1 con el femenino.
- 2.- El asma se encontró entre las 4 primeras causas de consulta con un total de 679 , que corresponde al 4.8% del total que es de 13,911 consultas , durante 10 meses y solamente por abajo del síndrome diarreico y de las infecciones de vías respiratorias altas(Rinofaringitis y amigdalitis).
- 3.- Durante el transcurso de 6 meses (enero a junio) se hospitalizaron a 23 niños asmáticos , correspondiendo al grupo de edad de 1 a 4 años el mayor número de porcentaje , predominando el sexo masculino(60.9%), con una tasa de 12.64 por 100,000 derechohabientes menores de 14 años , los días promedio de hospitalización fueron de 3.22 .
- 4.- La edad de inició fué más frecuente en el grupo de edad de 1 a 4 años con un 47% , esto sumado con los menores de 1 año suman en total 60%(24 pacientes) con edad de inició menor al cuarto año . Le sigue en frecuencia la edad de 5 a 9 con un 33% (13 pacientes). Y con solo 7%(3 pacientes) iniciaron su asma después de los 10 años .
- 5.- Los pacientes asmáticos encuestados presentaron un rango de hospitalización anual desde 0 hasta en 6 ocasiones , siendo el grupo de 1 a 4 años los que más la requirieron en un 50% , y predomina además el que se hospitalizó en una sola ocasión con un total de 11 pacientes (27%) . Cabe hacer mención que nada más están reportados los datos cuando el paciente ingresa al hospital , desconociéndose si presentó o no , crisis que no ameritaron acudir al servicio de urgencias .
- 6.- La frecuencia con que se presentaron las crisis asmáticas anualmente van desde 1 a 10 ocasiones; lo más frecuente fueron 3 crisis por año 11 pacientes(27%). Encontrando que 5 de

los pacientes presentaron de 6 a más crisis por año , donde ha bría que demostrar que existe una alteración familiar.

- 7.- Entre los factores desencadenantes encontrados más frecuen-
tamente en el niño asmático se encuentran los factores climá-
ticos(frío con 78%, humedad 73%), siguiendo en orden de fre-
cuencia está el polvo(70%), las infecciones(68%), la caspa de
animales(28%), ejercicio(25%), polén(23%) y el factor psicoló-
gico en 5 pacientes(13%) haciendo notar que este último esta-
ba ya establecido por médico especialista .
- 8.- Los factores desencadenantes encontrados en casa del pa-
ciente y sus alrededores(menos de 300 metros) son en orden de
frecuencia :arboles(sin establecerse el tipo)en un 73% , pol-
vo(70%) , flores y pasto(63%), colchón mayor de 3 años(55%) ,
libreros(53%),humedad (48%), un río cerca(40%), juguetes de -
peluche y animales diversos(38%), alfombra 15% , y por último
almohada de plumas (3%) , pero 15 asmáticos utilizan almohada
de trapos dándonos un total de 16 casos para un total de 40%.
- 9.- Los meses más frecuentes fueron los de otoño e invierno co-
mo son:noviembre(72.5%), octubre(50%) , diciembre(32%), sep-
tiembre y junto con este , abril (23%) , el resto de meses --
tiene bajo porcentaje .
- 10.- El tipo de familia que más se encontró fué la nuclear (79%)
en 32 familias, le sigue la extensa(18%) en 7 familias y solo
una familia compuesta (3%) .
- 11.- El ciclo de vida en que se encuentra la mayoría de las fa-
milias es en la fase de dispersión(65%) , luego la de expan-
sión y independencia(15%) y en fase de retiro y muerte 5% .
- 12.- La integración familiar en este estudio fué de la siguien-
te manera : Familias integradas 18 (45%), semiintegradas 19 -
(47%) , y solo 3 familias desintegradas (8%).

13.- Entre las funciones familiares afectadas el cuidado ocupa el primer lugar con un 45 % (18 familias) , le sigue el afecto con 32 % (13 familias) , la reproducción 28% (11 familias) , el Status 18% (7 familias) y socialización solo 10% (4).

14.- El lugar que ocupa el niño asmático en la familia predomina en el primogénito (18 familias) con un 45% , le sigue el -segundo niño (8 familias) y un 20% , luego el tercer niño (con 7 familias) y un 18%. Por último 5 niños ocupan el 4^o lugar .

15.- Encontramos que existen atopias familiares en 31 familias (78%), siendo la más frecuente el asma en 21 casos (53%), las dermatitis (no especificadas) con 13 casos (33%) , las rinitis alérgicas en 12 casos (30%) , alergia no determinada 11 - casos (28%) y urticaria en 6 casos (15%).

16.- El tipo de empleo tanto del padre como de la madre fué en contrada de la siguiente manera : Solo trabajan 38 padres de familia , 2 no por estar finados . Predominando el obrero en un 40% , el empleado en un 25% , albañil 17% , y profesionales solo 13% . De las 40 madres solo trabajan 15 y el resto - se dedica al hogar . Predomina también el oficio de obrero -- con 9 , empleadas 4 y solo 2 trabajan profesionalmente .

El ingreso per cápita se distribuye con más de \$78,000⁰⁰ pesos que es el mínimo ideal , y por abajo de este capital . Encontramos que 33 familias lo sobrepasan (82%) y solamente 3 familias (8%) , están por abajo de este ingreso , el resto que son 4 familias (10%) no quisieron dar cifras exactas , desconociéndose su salario (Se podían ver de bajos recursos).

17.- La escolaridad encontrada en las 40 familias en los padres de familia es el siguiente: 5 familias analfabetas (26%), 6 familias con primaria incompleta (30%), con primaria completa -- 3 padres y 12 madres (37%), la secundaria incompleta 3 padres y una mamá (10%), secundaria completa 6 padres y 8 madres, --

respectivamente que equivale a un 35%, preparatoria incompleta 2 padres y 1 mamá (9%), preparatoria completa 3 padres y 1 mamá (13%), profesional incompleta 4 padres e 1 mamá (13%), profesionales 8 padres y y mamás (27%). Esto relacionado con el empleo tenemos que solo 5 profesionales ejercen su profesión de los padres de familia y solo 2 mujeres y sumando los grados de analfabeta con primaria incompleta observamos que es un porcentaje muy elevado .

19.- La unidad habitacional en sus aspectos de promiscuidad y hacinamiento la encontramos solo en un 7 y 13 familias respectivamente que corresponden a un 18 % y 45 % .

19.- En toxicomanías tenemos que en nuestro estudio el padre ingiere alcohol en un 58% (23 padres) y fuman 13 (45%). En las señoras 4 ingieren alcohol(10%) y 9 fuman (21%), siendo esto determinante como factor desencadenante de crisis asmáticas.

20.- La alimentación más frecuentemente encontrada en las familias con pacientes asmáticos es regular en un 56% (23 familias) , buena en un 25%(10 familias) y mala en 17%(7 familias)

21.- Las 40 familias del niño asmático han llevado a este con un médico , pero varias han sido vistas por especialistas entre estos tenemos a : inmunológico 18 niños(45%) , con pediatras 9 niños (23%) , neumólogo 3 niños (8%) , con homeópata 2 niños (5%) , otorrinolaringólogo y naturista a 1 niño (3%) . Son 15 familias que no han visto al especialista (38%). Algunos de los asmáticos han sido vistos por dos o más especialistas. De los 18 niños vistos por el servicio de alergología a todos se les indicó hiposensibilización , pero cuatro la han suspendido debido a que no existe mejoría alguna .

22.- La casa habitación es propia en 28 familias (70%) y rentada en 12 (30%) . El promedio de cuartos es de 25 casas con 2 cuartos (62%) , 9 casas con 3 cuartos (22%), 3 casas con 1 -- cuarto (8%), 2 casas de 4 cuartos(5%) y 1 casa con 5 cuartos

(3%) . El techo es inadecuado en 8 casas (20%) , el piso en 7 casas (17%) , y la pared en 8 casas (20%) . El agua se encuentra entubada fuera en 9 casas (23%) , de pozo en 2 casas (5%) , La basura recolectada en recipiente inadecuado fue en 22 casas (55%) , dispersada en 2 familias (5%) ,No existe excusado en 5 casas (13%)(en 2 de ellas habia letrina y en una una foss séptica , siendo estas 3 casas suturbanas).

(27)
CONCLUSIONES

- 1.- Coincidiendo con los autores encontramos predominancia en varones en una proporción de 3:1 del asma(19) (ver cuadro 1 gráfica 1) .
- 2.- Así mismo los autores mencionan desde un 5 a un 15% de la frecuencia del asma en la población infantil(menores de 15 años) y en nuestro estudio esto corresponde a un 4.8%(ver gráfica 2 y cuadro 2) .
- 3.- La morbilidad de pacientes hospitalizados en nuestro hospital correspondió al segundo lugar de las enfermedades de las vías respiratorias , en el transcurso de 6 meses se hospitalizaron a 23 pacientes asmáticos , solo abajó de la bronconeumonía con 38 casos (Ver cuadro 3) .
- 4.- La edad de inicio del asma entre nuestros pacientes , correspondió a la mayoría entre las edades de 1 a 4 años .Los autores mencionan una edad de inicio en un 50% del asma a partir del tercer año de edad(3), otros autores mencionan que el asma inicia antes de los 18 meses de edad cuando existe atopia familiar (en un 70% de probabilidad)(20). Y en nuestro estudio se encontró un alto porcentaje de atopia familiar (78%). (Ver cuadro 4 y cuadro 13) .
- 5.- Igualmente encontramos que el grupo de edad de 1 a 4 años es el que más acude al servicio de urgencias y el que más se hospitaliza , siendo los días promedio de hospitalización 1 día)(Ver cuadros 5 y 6) .
- 6.- En la frecuencia de crisis por año encontramos en nuestro estudio que continúa predominando el grupo de 1-4 años de edad , pero tenemos a 9 familias que presentan crisis asmáticas desde 6 hasta 16 ocasiones en el año , encontrando en ellas que existe el mayor grado de alteraciones en la estructura familiar y psicológica .(Ver cuadro 6) .
- 7.- Los factores desencadenantes en nuestro estudio los más frecuentes son los factores climatológicos (frío y humedad), en orden de frecuencia además **tenemos** a los factores alérgi

cos (polvo , polenes, caspa de animales), infecciones , ejercicio y por último el factor psicológico (ya que este se presenta principalmente en edades de 5 años en adelante). En la literatura médica se mencionan que los factores más frecuentes son: el infeccioso , alérgico y el emocional . Nosotros no estudiamos el emocional específicamente , ya que solo se le realizaron a la familia algunas preguntas vagas sobre el tema (11).(Ver cuadro 7 , gráfica 3). También encontramos que el tabaco en nuestro estudio está presente en un 58% en los jefes de familia y en un 18% en las esposas ; esto concuerda con lo mencionado en la literatura médica (50%)(10)(Ver cuadro 17) .

- 8.- De acuerdo al resultado de los factores desencadenantes encontrados en la casa habitación de los pacientes asmáticos , tenemos que estos factores están presentes en un 50% de los casos , lo que nos da una idea de que efectivamente influye nuestro medio ambiente ecológico en la recurrencia del asma ; aún más , si tomamos en cuenta que en algunas familias la casa habitación es deficiente en un 20% en promedio , con un hacinamiento de 45% y una promiscuidad del 18%(siendo estos datos bajos en promedio de porcentaje y de acuerdo a nuestro estudio son causa importante en la recurrencia del asma , lo que nos extraña verlo en pocas familias , y que no concuerda con lo mencionado en la literatura médica), observamos el por que el asma se ha ido incrementando y ser recurrente en varias familias por los factores ya mencionados . Esto debido a que hay desinformación acerca del padecimiento y la forma de prevenirlo(Ver cuadros 8,16,21,22,23,24,25,26,27;gráfica 8)
- 9.- En nuestro estudio encontramos que la estructura familiar es la siguiente : Familia nuclear en un 79% , con un ciclo de vida en fase de dispersión 65% , semiintegrada en un 47 % , --

sin significancia mayor a las familias integradas con un 45%, las funciones básicas de la familia se encuentran afectadas - en orden de frecuencia : el cuidado(45%), afecto(32%) ,reproducción (28%), llamándonos la atención el Status que solo estuvo alterado en 7 familias (18%), socialización (10%). Esto podría estar en relación con la escolaridad de los padres en el que hay 17 padres de familia desde secundaria completa hasta profesional (43%) que ya pueden comprender mejor una situación de lo que se necesita básicamente en la vida actual .En resumen la familia se encuentra con alteraciones en sus funciones básicas , lo que nos conlleva a formar una familia semiintegrada , dándonos la idea de que existe una alteración - en su estructura familiar que puede influir en la recurrencia del asma . Aunado a un bajo nivel de escolaridad de los padres y si se toma en cuenta que el alcohol se encuentra en un 58% en el padre nos damos cuenta que existe una disfuncionalidad familiar .(Ver cuadros 9,10,11,15,17; gráficas 5,6 y 7) .

- 10.- Otro punto interesante es que en nuestro estudio el niño - asmático fué el primogénito en el mayor de los casos , dato - que no se menciona en la literatura médica . Por lo que sería interesante realizar un estudio sobre este punto(Ver cuadro 12)
- 11.- En lo que respecta al empleo del padre de familia predominan los obreros (40%), que junto con los albañiles(17%) suman más del 50% y que pueden influir en la recurrencia del asma , ya que se emplean materiales irritantes del árbol respiratorio (Ver cuadro 14) .
- 12.- Los pacientes asmáticos que son vistos por varios especialistas , es debido a , que probablemente hay una mala o nula información del padecimiento, por lo que suspenden el tratamiento o las vacunas , al no ver control adecuado del padecimiento en corto tiempo.(ver cuadro 19). Buscando a otro médico .

DISCUSION

Al iniciar este estudio , como puede observarse en nuestra hipótesis de trabajo , la recurrencia del asma si está en relación con un medio ambiente ecológico desfavorable , y que su medio ambiente familiar se encuentra con una disfunción de grado variable que influye igualmente .

A pesar de que el asma es la enfermedad crónica pulmonar más frecuente en la infancia , que su incremento es significativo principalmente en las grandes urbes , por las condiciones ecológicas desfavorables que prevalecen en la actualidad; en -- nuestro estudio de aspectos difícilmente medibles en una entidad de tanta trascendencia como es la familia , en la cual confluyen factores de índole variada , y el del asma un problema multifactorial, es posible que este estudio adolezca por las fallas intrínsecas y las resultantes por la limitación de recursos más de tiempo que de tipo económico. Y dado que en una investigación como la que nos ocupa , requiere la realización de un estudio piloto previo , que debe aplicarse en un gran número de familias , con la finalidad de conocer los aspectos importantes del problema que se estudia. Esto para sentar las bases de una investigación representativa , que produzca resultados científicamente válidos .

Entre las incidencias que ocurrieron en la realización de este trabajo , debemos mencionar que el cuestionario menciona una gran cantidad de variables lo que complicó más el realizar este estudio . Y en relación con la información que en estos cuestionarios proporcionó la esposa generalmente , debe de considerarse como posible causa de sesgo , su forma de interpretar los hechos y situaciones bajo una percepción influida emocionalmente (en ocasiones puede no contestar con sinceridad

a preguntas que menosprecian ante ella su imagen familiar). Pese a todo , consideramos que los cuestionarios fueron lo suficientemente aplicables y valorables .

Resumiendo en forma breve el asma , por definición, es un padecimiento crónico de origen multifactorial , en el cual es trascendente el reconocimiento del predominio de ciertos agentes desencadenantes , de acuerdo a la edad del paciente y al ambiente en que se desarrolla , así, por ejemplo , las infecciones virales pueden conducir a una crisis aguda en cualquier época de la vida , pero de hecho predominan en el lactante y en el preescolar debido a que sus características las propician ; el factor alérgico es más evidente en el escolar y el emocional en el adolescente . Sin embargo, durante los primeros años de la vida otras causas frecuentes que desencadenan las crisis son el ejercicio , los cambios climatológicos , los irritantes inespecíficos como el humo de tabaco y la contaminación atmosférica . Por otra parte es conveniente señalar que a la consulta de hospital acuden enfermos de difícil manejo , en un alto porcentaje de los casos la etiología es mixta . Su evolución depende en particular de las condiciones económicas , sociales y culturales de los padres . El pronóstico es diferente en cada caso y dependerá básicamente de las determinantes genéticas -- del paciente , de la diversidad e intensidad de los factores dentro y fuera del hogar y por último , de la actitud que adopta el médico o el equipo de salud en el estudio y manejo parcial o integral de los pacientes asmáticos .

Consideramos que dada la importancia y trascendencia de esta problemática , es primordial , crear mayor conciencia en el médico familiar en relación al importante papel que debe cumplir en los aspectos preventivo , de orientación y manejo de las familias con pacientes asmáticos .

CUADRO I

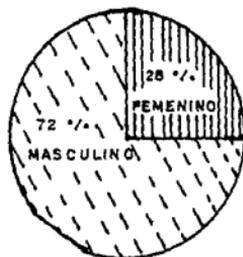
NUMERO DE PACIENTES ASMATICOS
POR SEXO DE 40 ENCUESTADOS

SEXO	FEMENINO	MASCULINO
TOTAL	11	29
%	28	72

FUENTE : ENCUESTA FAMILIAR H.G.R.
M.F. No 1 MORELIA
PERIODO DE ENERO A OCT. 1989

GRAFICA I

NUMERO DE PACIENTES POR SEXO DE
40 PACIENTES ASMATICOS ENCUESTADOS



FUENTE : ENCUESTA FAMILIAR H.G.R.
M.F. No 1 MORELIA
PERIODO DE ENERO A OCT. 1989

C U A D R O 2
CONSULTAS POR OTROS MOTIVOS
Y POR ASMA EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIATRIA

CONSULTAS	EN GENERAL	ASMA	OTRAS CAUSAS
TOTAL	13,911	679	13,232
%	100	4.8	95.2

FUENTE : SERVICIO DE CODIFICACION IMSS
 H.G.R.M.F. No 1 MORELIA
 PERIODO DE ENERO A OCT. 1989

G R A F I C A 2

CONSULTAS POR OTROS MOTIVOS Y POR
ASMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
PEDIATRIA



FUENTE : SERVICIO DE CODIFICACION IMSS
 H.G.R.M.F. No 1 MORELIA
 PERIODO DE ENERO A OCT. 1989

C U A D R O 3

MORBILIDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS DE ENERO A JUNIO
 POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.
 POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

MORBILIDAD	CASOS	-1	1-4	5-14	HOMBRE	MUJER	TASA *
BRONCONEUMONIAS	38	39.47	52.63	7.89	52.6	47.4	20.88
BRONQUIOLITIS	23	43.48	47.83	8.70	69.60	30.4	12.64
ASMA	23	43.48	52.17	43.48	60.9	39.1	12.64
NEUMONIA	19	42.11	52.63	5.26	52.6	47.4	10.44
LARINGOTRAQUEITIS	17	23.53	52.94	23.53	58.8	41.2	9.34

FUENTE: SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y EPIDEMIOLOGIA
 DEL H.G.R.M.F. No 1 MORELIA.
 PERIODO DE ENERO A JUNIO 1989

LA TASA ES POR 100,000 DERECHAHABIENTES
 MENORES DE 14 AÑOS

C U A D R O 4
 EDAD DE INICIO DE PACIENTES ASMATICOS
 POR SEXO Y EDAD

SEXO \ EDAD	- 1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15		TO- TAL	%
MASCULINO	5	13 %	15	37 %	7	18 %	2	5 %	0	0 %	29	73 %
FEMENINO	0	0 %	4	10 %	6	15 %	1	2 %	0	0 %	11	27 %
TOTAL	5	13 %	19	47 %	13	33 %	3	7 %	0	0 %	40	100 %

FUENTE : ENCUESTA FAMILIAR H.G.R.M.F. No 1 MORELIA.
 SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA.
 PERIODO DE JULIO A OCTUBRE 1989

C U A D R O 5

HOSPITALIZACION POR DIA AL AÑO.
POR GRUPOS DE EDAD.

HOSP. \ EDAD	-1	1-4	5-9	10-14	TOTAL	%
0	1	1	2	—	4	10
1	2	5	3	1	11	27
2	1	5	2	—	8	20
3	1	3	5	—	9	22
4	—	3	1	1	5	13
6	—	3	—	—	3	8
TOTAL	5	20	13	2	40	100
%	13	50	32	5		100

FUENTE : ENCUESTA FAMILIAR H.G.R.M.F. No 1,
MORELIA. URGENCIAS PEDIATRIA.
PERIODO DE ENERO A OCT. 1989

C U A D R O 6

NUMERO DE CRISIS POR AÑO Y POR
GRUPO DE EDAD.

EDAD CRISIS	-1	1-14	5-9	10-14	15	TOTAL	%
1	2	4	3	-	-	9	22
2	-	2	2	1	-	5	13
3	2	4	5	-	-	11	27
4	-	2	4	-	-	6	15
6	-	3	-	-	-	3	8
8	1	4	-	-	-	5	13
10	-	-	-	1	-	1	2
SUBT.	5	19	14	2	-	40	
%	13	47	35	5	-	100	100

FUENTE : ENCUESTA FAMILIAR H.G.R.M.F. No 1
MORELIA. URGENCIAS PEDIATRIA.
PERIODO DE ENERO A OCT. 1989

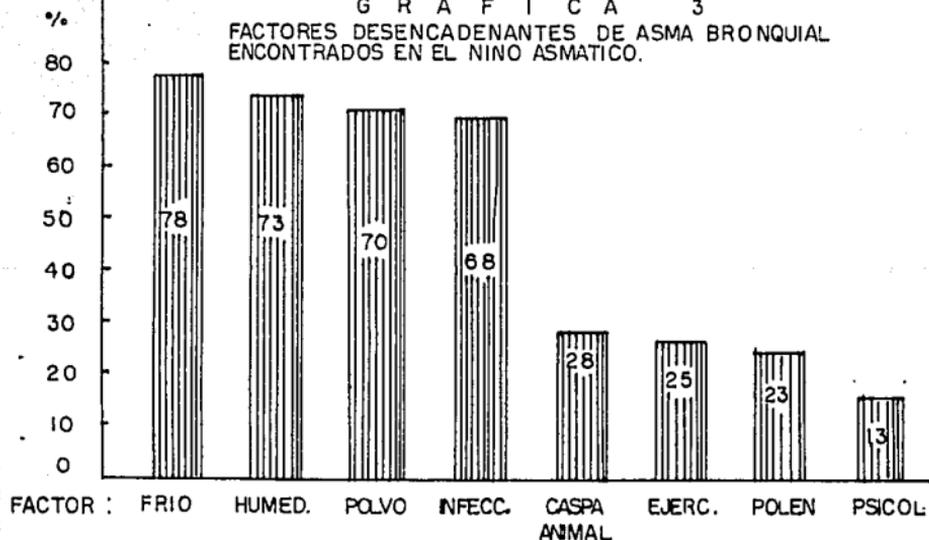
C U A D R O 7

FACTORES DESENCADENANTES DE ASMA
BRONQUIAL ENCONTRADOS EN EL NIÑO AS-
MÁTICO.

FACTOR	No CASOS	%
FRIO	31	78
HUMEDAD	29	73
POLVO	28	70
INFECC	27	68
CASPA ANIMAL	11	28
EJERCIC	10	25
POLEN	9	23
PSICOL	5	13
- TOTAL	40	100

FUENTE : ENCUESTA FAMILIAR H.G.R.M.F. No 1
MORELIA URGENCIAS PEDIATRIA.
PERIODO DE JULIO A OCT. 1989

G R A F I C A 3
FACTORES DESENCADENANTES DE ASMA BRONQUIAL
ENCONTRADOS EN EL NIÑO ASMÁTICO.



FUENTE : ENCUESTA FAMILIAR H.G.R.M.F. No 1 MORELIA, URGENCIAS
PEDIATRIA. PERIODO DE JULIO A OCTUBRE 1989

C U A D R O 8

FACTORES DESENCADENANTES DE ASMA BRONQUIAL ENCONTRADOS EN
CASA DE EL PACIENTE ASMATICO .

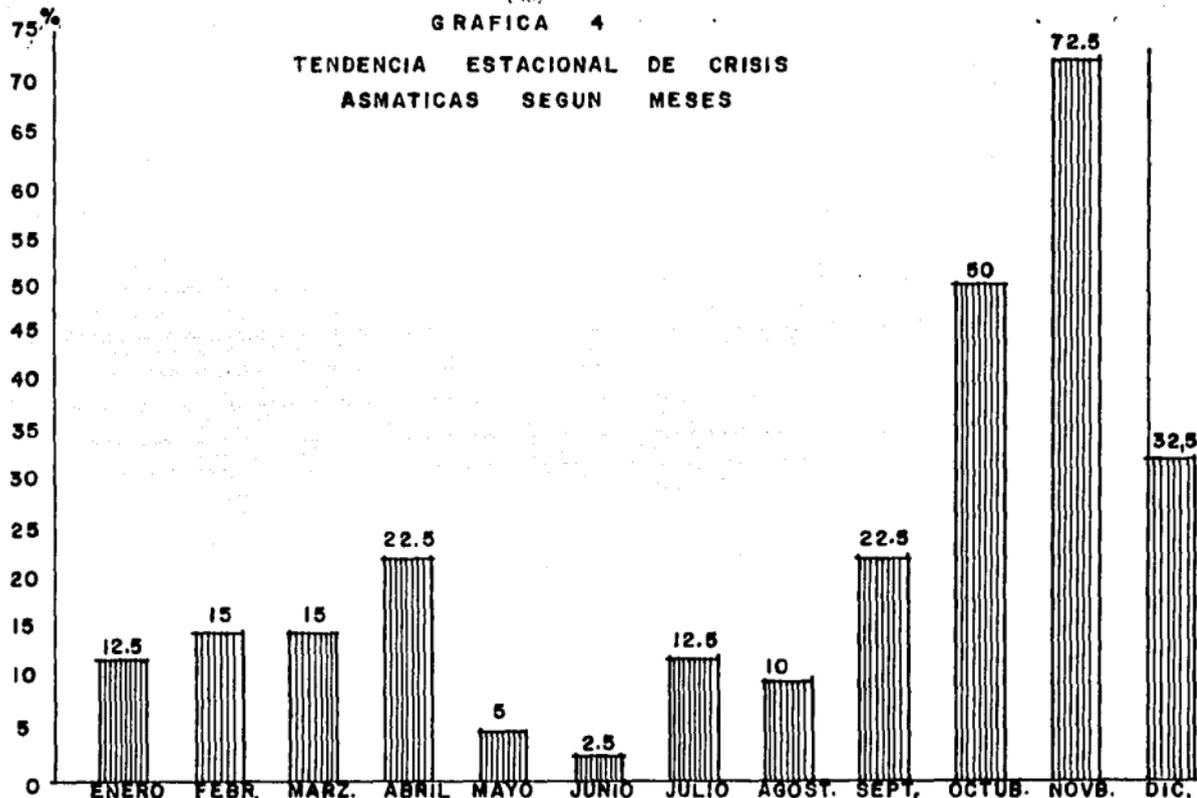
(ECOAMBIENTE)

	TOTAL	%
1.- ARBOLES GERCANOS(MENOS DE 300 METROS)	29	73
2.- POLVO	28	70
3.- FLORES Y PASTO	25	63
4.- COLCHON MAYOR DE 3 AÑOS	22	55
5.- LIBREROS	21	53
6.- HUMEDAD	19	48
7.- RIO (A MENOS DE 300 METROS)	16	40
8.- ALMOHADA(PLUMAS Y TRAPOS VIEJOS)	16	40
9.- JUGUETES DE PELUCHE	15	38
10.- ANIMALES (DIVERSOS)	15	38
11.- ALFOMBRA	6	15

FUENTE: VISITA DOMICILIARIA A PACIENTES ASMATICOS CAPTADOS
EN URGENCIAS PEDIATRICAS DEL H.G.R.M.F. No. 1 MORELIA.
PERIODO DE OCTUBRE A NOVIEMBRE .

GRAFICA 4

TENDENCIA ESTACIONAL DE CRISIS
ASMATICAS SEGUN MESES



FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR EN 40 PACIENTES ASMATICOS CAPTADOS EN
URGENCIAS PEDIATRICAS DEL H.G.R.M.F.

No. 1 MORELIA. EN EL PERIODO JULIO A NOVIEMBRE DE 1989.

GUADRO 9

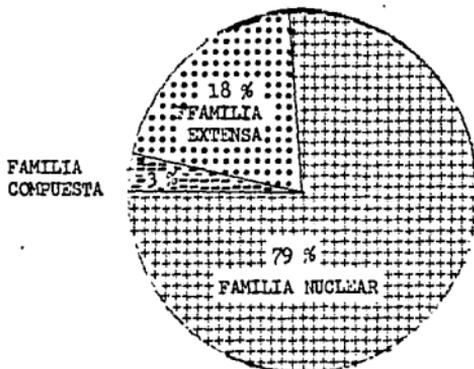
ESTRUCTURA FAMILIAR ENCONTRADA EN 40 PACIENTES ASMATICOS

ESTRUCTURA FAMILIAR	NUCLEAR	EXTENSA	COMPUESTA
TOTAL FAMILIAS	32	7	1
%	79	18	3

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR EN EL H.G.R.M.F. No. 1 MORELIA
PERIODO JUL. A OCT. 1989 .

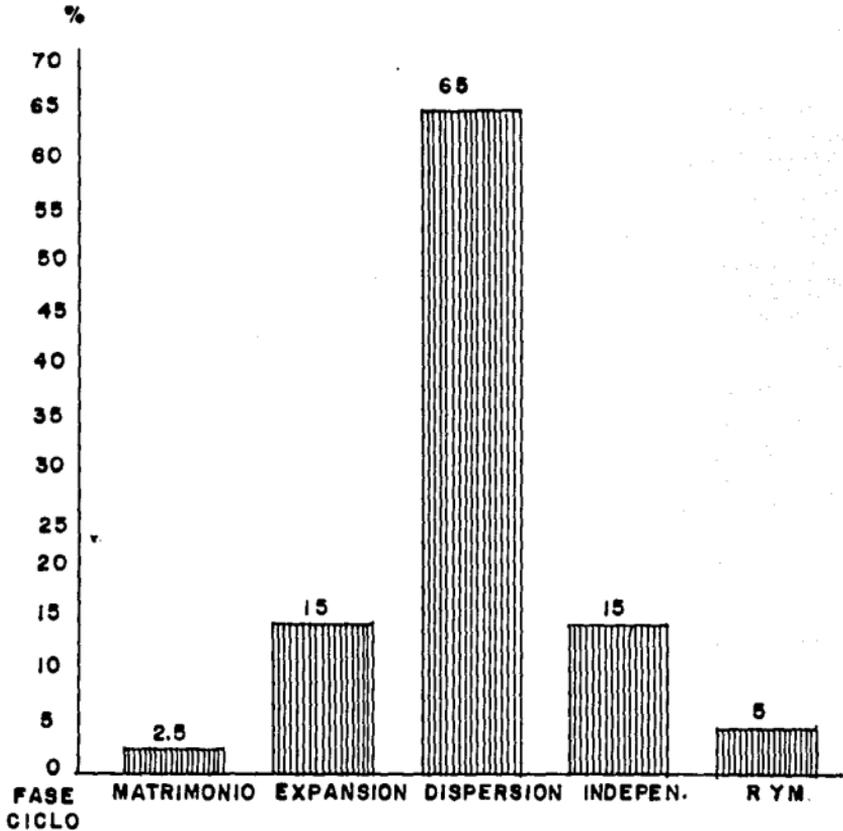
GRAFICA 5

ESTRUCTURA FAMILIAR ENCONTRADA EN 40 PACIENTES ASMATICOS



FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR EN EL H.G.R.M.F. No. 1 MORELIA
PERIODO JUL. A OCT. 1989 .

GRAFICA 6
CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA
DEL PACIENTE ASMATICO.



FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR EN EL H.G.R.M.F. No. 1
 MORELIA. URGENCIAS PEDIATRIA.

PERIODO DE JULIO A OCTUBRE DE 1989.

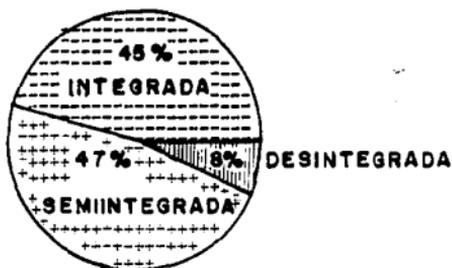
CUADRO 10

INTEGRACION FAMILIAR EN PACIENTES
ASMATICOS:

INTEGRACION FAMILIAR	INTEGRADA	SEMIINTEGRADA	DESINTEGRADA
TOTAL	18	19	3
%	45	47	8

FUENTE: ENTREVISTA FAMILIAR EN EL H.G.R.M.F. No. 1
MORELIA. PERIODO JULIO A NOVIEMBRE DE 19
URGENCIAS PEDIATRIA.

GRAFICA 7

INTEGRACION FAMILIAR EN PACIENTES
ASMATICOS.

FUENTE: ENTREVISTA FAMILIAR EN EL H.G.R.M.F. No. 1
MORELIA. PERIODO JULIO A NOVIEMBRE DE 19
URGENCIAS PEDIATRIA.

CUADRO II

FUNCIONES FAMILIARES QUE AMERITAN ATENCION EN PACIENTES ASMATICOS					
FUNCION FAMILIA	SOCIALIZACION	CUIDADO	AFECTO	REPRO- DUCCION	STATUS
FAMILIA	4	18	13	11	7
%	10	45	32	28	18

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR H.G.R.M.F. No. 1
 MORELIA. URGENCIAS PEDIATRIA,
 PERIODO DE JULIO A OCTUBRE DE 1989.

CUADRO 12

LUGAR QUE OCUPA EL NIÑO
ASMATICO EN LA FAMILIA

No. PROGRE- SIVO	1º	2º	3º	4º	10º 12º	TOTAL	%
FAMILIA SUBTOTAL	18	8	7	5	2	40	100
%	45	20	18	12	5	100	100

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR REALIZADA EN EL H.G.R.M.F. No. 1
MORELIA. URGENCIAS PEDIATRIA.
PERIODO DE JULIO A NOVIEMBRE DE 1989.

CUADRO 13

ATOPIAS FAMILIARES ENCONTRADAS
EN 40 PACIENTES ASMATICOS.

ATOPIAS	ASMA	URTICARIA	RINITIS ALERGICA	ALERGIA NO DETER- MINADA	DERMA- TITIS NO DETER- MINADA	SIN ATOPIAS
TOTAL	21	6	12	11	13	9
%	53	15	30	28	33	23

FUENTE: ENTREVISTA FAMILIAR REALIZADA EN EL H.G.R.-M.F. No.1
MORELIA. URGENCIAS PEDIATRIA.
PERIODO DE JULIO A NOVIEMBRE DE 1989.

CUADRO 14

ASPECTO ECONOMICO DE LOS PADRES DEL NIÑO ASMATICO
(E M P L E O)

EMPLEO	OBRAERO	ALBAÑIL	EMPLEADO	PROFESIONAL	MUERTO	TOTAL	%
PADRE	18	7	10	5	2	40	100
%	40	17	25	13	5	-	100
MADRE	9	-	4	2	-	15	-
%	23	-	10	5	-	-	38

FUENTE; ENCUESTA FAMILIAR EN EL H.G.R.M.F. No. 1
MORELIA. URGENCIAS PEDIATRIA.
PERIODO JULIO A NOVIEMBRE DE 1989.

CUADRO 15
 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES
 DEL NIÑO ASMATICO

GRADO DE ESCOLARIDAD	PADRE	%	MADRE	%	TOTAL	%
ANALFABETA	5	13	5	13	10	26
PRIMARIA INC.	6	15	6	15	12	30
PRIMARIA COM.	3	7	12	30	15	37
SEC. INC./EQUIV.	3	7	1	3	4	10
SEC. COM./EQUIV.	6	15	8	20	14	35
PREPARATORIA INC.	2	6	1	3	3	9
PREPARATORIA COM.	3	7	1	3	4	10
PROP. INC.	4	10	1	3	5	13
PROP. COM.	8	20	3	7	11	27
TOTAL	40	100	38	97	78	197

FUENTE: ENCUESTA FAMILIAR EN EL H.G.R.M.P. No. 1 MORELIA ,
 URGENCIAS PEDIATRIA . PERIODO DE JULIO A NOVIEMBRE
 DE 1989 .

CUADRO 16
 HACINAMIENTO Y PROMISCUIDAD EN LA UNIDAD
 HABITACIONAL EN 40 FAM. DE PACIENTES ASMATICOS

UNIDAD HA- BITACIONAL	PROMISCUI- DAD	HACINAMIE- TO.	ADECUADA
TOTAL VIVIENDAS	7	18	15
%	18	45	37

FUENTE: VISITA DOMICILIARIA. ENCUESTA FAMILIAR
 H.G.R.M.F. No 1 MORELIA URGENCIAS PE-
 DIATRIA. PERIODO DE JULIO A NOV. 1989

GRAFICA 8

HACINAMIENTO Y PROMISCUIDAD EN LA UNIDAD
 HABITACIONAL EN 40 FAM. DE PACIENTES ASMATICOS



FUENTE: VISITA DOMICILIARIA. ENCUESTA FAMILIAR
 H.G.R.M.F. No 1 MORELIA URGENCIAS PE-
 DIATRIA. PERIODO DE JULIO A NOV. 1989

CUADRO 17
TOXICOMANIAS DE PADRES DE NIÑOS ASMATICOS

TOXICOM.	ALCOHOL	%	TABACO	%
PADRE	23	58	18	45
MADRE	4	10	9	23
TOTAL	27	—	27	—
%	68	68	68	68

FUENTE : ENCUESTA FAMILIAR H.G.R.M.F. No 1
 MORELIA, URGENCIAS PEDIATRIA PE-
 RIODO DE JULIO A NOV. 1989 .

CUADRO 18
 ALIMENTACION ENCONTRADA EN FAMILIAS
 DE PACIENTES ASMATICOS.

	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL	%
SUBTOT.	10	23	7	40	-
%	25	58	17	-	100

FUENTE : ENCUESTA FAMILIAR EN EL H.G.R.M.F.
 MORELIA URGENCIAS PEDIATRIA.
 PERIODO DE JULIO A NOVIEMBRE.

C U A D R O 19

PACIENTES ASMATICOS VALORADOS POR LOS SIGUIEN -
TES MEDICOS ESPECIALISTAS DE SEGUNDO NIVEL

ESPECIALI- DADES 2º NIVEL	ALERGO	PEDIAT.	NEUMOLC	HOMEOP	O. R. L.	NATURIST	NO HAN SIDO VIS- TOS
TOTAL ASMAT.	18	9	3	2	1	1	15
%	45	23	8	5	3	3	38

FUENTE : ENCUESTA FAMILIAR. EXPEDIENTE CLINICO, H.G.R.M.F.
No 1 MORELIA. PERIODO DE JULIO A NOV. 1989

C U A D R O 20

TENENCIA DE CASA HABITACION
POR FAMILIAS.

C A S A	No FAMILIAS	%
PROPIA	28	70
RENTADA	12	30
TOTAL	40	100

FUENTE : VISITA DOMICILIARIA. ENCUESTA FAMILIAR
REALIZADA EN EL H.G.R.M.F. No 1 MORELIA.

C U A D R O 21

NUMERO DE CUARTOS POR VIVIENDA EN 40
FAMILIAS DE PACIENTES ASMATICOS

CUARTOS	VIVIENDAS	%
1	3	8
2	25	62
3	9	22
4 y mas	3	8
TOTAL	40	100

FUENTE : VISITA DOMICILIARIA ENCUESTA
FAMILIAR REALIZADA EN EL H.G.R.M.F.
No 1 MORELIA PERIODO DE OCT. A
NOV.

C U A D R O 22

MATERIAL ADECUADO O NO PARA LA VIVIENDA EN
40 FAMILIAS DE PACIENTES ASMATICOS

MATERIAL	VIVIENDAS	%
ADECUADO	32	80
INADECUADO	8	20
TOTAL	40	100

FUENTE : VISITA DOMICILIARIA, ENCUESTA FAMILIAR
H.G.R.M.F. No 1 MORELIA, URGENCIAS
PEDIATRIA, PERIODO DE OCT. A NOV. 1989

C U A D R O 23

MATERIAL PARA LA VIVIENDA : PISO

MATERIAL	VIVIENDAS	%
ADECUADO	33	83
INADECUADO	7	17
TOTAL	40	100

FUENTE: VISITA DOMICILIARIA, ENCUESTA FAMI -
LIAR H.G.R.M.F. No 1 MORELIA UR -
GENCIAS PEDIATRIA, PERIODO DE OCT.
A NOV. 1989.

CUADRO 24
MATERIAL PARA LA VIVIENDA EN
40 FAMILIAS (PARED)

MATERIAL	VIVIENDAS	%
ADECUADA	32	80
INADECUADA	8	20
TOTAL	40	100

FUENTE: VISITA DOMICILIARIA ENCUESTA FAMILIAR
H.G.R.M.F. No 1 MORELIA, URGENCIAS
PEDIATRIA. PERIODO OCT. A NOV. 1989.

CUADRO 25
DISPOSICION DE LA BASURA DE 40 FAMILIAS
DE PACIENTES ASMATICOS.

DISPOSICION	VIVIENDAS	%
RECIPIENTE ADECUADO	13	32
RECIPIENTE INADECUADO	22	55
DISPERSADA	5	13
TOTAL	40	100

FUENTE: VISITA DOMICILIARIA ENCUESTA FAMILIAR.
H.G.R.M.F. No 1 MORELIA, URGENCIAS PEDIATRIA.
PERIODO DE OCT. A NOV. 1989.

C U A D R O 26
DISPONIBILIDAD DE AGUA POR VIVIENDA EN
40 FAMILIAS DE PACIENTES ASMATICOS.

AGUA	VIVIENDAS	%
ENTUBADA DENTRO	29	62
ENTUBADA FUERA	9	23
POZO	2	5
TOTAL	40	100

FUENTE : VISITA DOMICILIARIA. ENCUESTA FAMILIAR H.G.R.M.F. No 1 MORELIA URGENCIA PEDIATRIA. PERIODO DE JULIO A NOV. 1989

C U A D R O 27
DISPOSICION DE EXCRETAS POR VIVIENDA EN
40 FAMILIAS DE PACIENTES ASMATICOS

D. EXCRETAS	VIVIENDAS	%
EXCUSADO W.C.	35	87
LETRINA	2	5
F. SEPTICA	1	3
FECALISMO AL RAS SUELO	2	5
TOTAL	40	100

FUENTE: VISITA DOMICILIARIA. ENCUESTA FAMILIAR H.G.R.M.F. No 1 MORELIA URGENCIAS PEDIATRIA. PERIODO DE JULIO A NOV. 1989

CUADRO 28

NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA DE PACIENTES ASMATICOS

No HIJOS	1	2	3	4	5	6	10	12	TOTAL
No FAMILIAS	1	11	15	8	1	2	1	1	40
%	2.5	27.5	37.5	20	2.5	5	2.5	2.5	100

FUENTE : ENCUESTA FAMILIAR H.G.R.M.F. No 1 MORELIA ,
 URGENCIAS PEDIATRICAS,
 PERIODO DE JULIO A NOV. 1989 ,

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Gardida Ch. A. Consideraciones sobre epidemiología del asma en México. Rev. Alergia, 33:97 , 1986 .
- 2.- Weiberger M.M.; Brousky , E.A. Evaluation of oral bronchodilator therapy in asthmatic. J.Pediatr .84:421 .1974
- 3.- Rojas M.N.; Laguna F.A.;Alcalá F.F. Beneficios de la atención multidisciplinaria orientada al núcleo familiar del niño asmático ;"experiencia de 3 años en Acapulco , Gro. "Rev. Med. IMSS(Méx)(27):135 .1989 .
- 4.- Fuente; forma 4-30-6 Departamento de estadística ,Delegación IMSS , Morelia ,Mich. 1989 .
- 5.- Santacruz V.J. La familia como unidad de análisis. Rev. Med. IMSS(Méx) 21:348 . 1983
- 6.- Williams J.I. , Leaman L.T. "Estructura y función de la familia" en Medicina Familiar ; Teoría y práctica .Nueva Ed. Interamericana , S.A. de C.V., México,D.F. , Vol.II: 16 . 1974 .
- 7.- Friday G.A.,Fireman F. Morbilidad y Mortalidad por asma Clínicas Pediátricas de Norteamérica . Ed. Interamericana(5); 124 . 1988 .
- 8.- Tapia Y.R. , Espinoza A.J.. Novoa M.A., Padecimientos biológicos en la familia , sus implicaciones . III Jornada Nacionales de Medicina Familiar.Memorias 1980. Ed. - IMSS 105-125 .
- 9.- Valenzuela R.H. , Luengas J.,Marquets L. Alergia . Manual de Pediatría . Ed. Interamericana 10a. Edición , -- 1983 . 708-718
- 10.- Gardida Ch. A. , Arana M.O.,Tapia C.R.,et al .Manejo del niño asmático en las instituciones de salud. Bol. Méd.-- Hosp. Infantil Méx.(39) 8:581 , Agosto 1982 .

- 11.- Gardida Ch. A., Arana M.O., Pérez N.J. et al ., Estudio y manejo integral del niño asmático . Rev. Méx. Pediatría 42 (2) Feb. 1980 .
- 12.- Behrman R.E., Vaughan V.C. Asma . Nelson Tratado de Pediatría . 12a. - edición . Ed. Interamericana I : 559 . 1986 .
- 13.- Gardida Ch.A., Arana M.O., Pérez N.J., et al ., Control del niño asmático y su familia . Rev. Med. IMSS(Méx) 24: 137 . 1986
- 14.- Arana M.O., Gardida Ch.A., Tapia C.R., Pérez N.J. Niveles de atención del niño asmático . Rev. Med. IMSS (Méx) (20) 1:96 1982 .
- 15.- Maulen I., Huerta J., Valderrabano L., Manejo de la crisis asmática . - Criterios Pediátricos.(Instituto Nacional de Pediatría) 2 (13):49 Julio 1o. 1986 .
- 16.- Hinshaw , asma bronquial y Trastornos Afines . Enfermedades del Tórax 4a. Edición , 319 . 1976 .
- 17.- Arana M.O., Gardida Ch. A., Tapia C.R., Atención multidisciplinaria del asma en los niños . Rev. Med. IMSS (Méx)(19) 5:520 . 1981 .
- 18.- Saucedo G.J.M., Focerrada M.M. La exploración de la familia . Aspectos Médicos , Psicológicos y Sociales . Rev. Med. IMSS (Méx) 19:155.1981
- 19.- Charpin J., Vervloet.D., Signes, formes cliniques, diagnostic et pronostic de l'asthme . Encycl. Méd. Chir., Paris, Poumon , 6039 A 35,1.1986 .
- 20.- Strobe G.L., Stempel D.A. Riesgos asociados de enfermedades pulmonares en niños . Clínicas Pediátricas de Norteamérica . Ed. Interamericana 4: 746 . 1984
- 21.- Cosío V.I. "Síndrome de asma bronquial". Aparato Respiratorio .Libro de Medicina , Novena Edición. Ed. Mendez Oteo , México , D.F. 61-99. 1984
- 22.- Fuente: Departamento de Medicina Preventiva , Delegación IMSS , Morelia , Mich. 1989 .