

11226
2ej
253

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA DE ORIZABA, VER.



MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE ASMATICO
POR EL MEDICO FAMILIAR.

T E S I S

Para obtener el Posgrado en
MEDICINA FAMILIAR

presenta

DR. MANUEL ROMERO CORDERO

Orizaba, Ver.



1984



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

- I) INTRODUCCION
- II) GENERALIDADES
- III) ANTECEDENTES CIENTIFICOS
- IV) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- V) HIPOTESIS
- VI) OBJETIVOS
- VII) PROGRAMA DE TRABAJO
- VIII) RESULTADOS
- IX) CONCLUSIONES
- X) ALTERNATIVAS DE SOLUCION.
- XI) BIBLIOGRAFIA.

I N D I C E

- I) INTRODUCCION
- II) GENERALIDADES
- III) ANTECEDENTES CIENTIFICOS
- IV) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- V) HIPOTESIS
- VI) OBJETIVOS
- VII) PROGRAMA DE TRABAJO
- VIII) RESULTADOS
- IX) CONCLUSIONES
- X) ALTERNATIVAS DE SOLUCION.
- XI) BIBLIOGRAFIA.

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

Los padecimientos obstructivos de las vías aéreas se han incrementado en nuestro medio en proporción directa al hacinamiento y grado de contaminación ambiental, que repercuten en la salud física y mental de quienes sufren el stress emocional de las grandes urbes.

Se ha considerado de interés revisar los aspectos sobresalientes del asma por su génesis multifactorial, el pleomorfismo del cuadro clínico, las dificultades para el diagnóstico y por la diversidad de criterios en el manejo, que favorecen la aparición de casos problemas, ocasionalmente iatrogénicos.

El asma es una enfermedad de las vías aéreas caracterizada por signos de obstrucción e insuficiencia respiratoria de intensidad variable; la causa primordial es la hiperreactividad bronquial con respuesta exagerada a estímulos inmunológicos y no inmunológicos y los síntomas pueden desaparecer con medicamentos o espontáneamente.

La prevalencia del asma en nuestro medio se ha investigado sólo en parte; según un estudio publicado recientemente entre 23,996 habitantes de la ciudad de México se hallaron 2,996 (12.49%) casos con algún padecimiento alérgico entre los cuales el asma ocupó 1.17 por ciento. En norteamérica se estima que 1% de la población general padece asma, pero en los menores de 15 años se observó entre 5 y 15 por ciento.

En el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el transcurso de 14 años, la proporción anual de bronquiolitis aguda y asma se ha incrementado paulatinamente, lo cual es de interés porque en la mayoría de las publicaciones se considera que 25.0% de los niños con bronquiolitis evolucionan hacia asma.

Durante 1977, en la Consulta Externa de Neumología del mismo Hospital, de 707 consultas, 381 (55.0%) fueron por asma; en la sala de hospitalización de dicho servicio, de 838 pacientes, 218 (22.0%) presentaron diagnóstico de asma, y en el laboratorio de pruebas funcionales pulmonares, de 1037 estudios, 752 -- (73.0%) se practicaron a niños con el mismo padecimiento.

GENERALIDADES.

La palabra "asma" proviene del griego que significa "jadedar". Se utilizó como sinónimo de disnea durante el primer milenio antes de cristo hasta bien entrado el siglo XVII representaba una frase hecha que describía todas las manifestaciones -- sintomáticas de diversas enfermedades cardíacas y pulmonares. A fines del siglo XVIII y a comienzos del XIX cuando iban aumentando los conocimientos, empezaron los esfuerzos para intentar limitar el empleo de este término a un síndrome clínico específico, pero estos esfuerzos no dieron resultado hasta comienzos del siglo actual. Ahora el término se usa exclusivamente para describir una enfermedad respiratoria consistente en crisis epilépticas de una serie de signos y síntomas característicos.

Aunque todavía no hay acuerdo universal acerca de la definición precisa, es útil describir el asma como enfermedad caracterizada por una respuesta aumentada del árbol traqueobronquial a muy diversos estímulos, que se manifiesta por estrechamiento difuso del árbol traqueobronquial, con intensidad que puede variar espontáneamente o gracias a la terapéutica.

Actualmente se acepta que existen dos subgrupos de asma -- con características etiopatogénicas diferentes: asma con sustrato inmunológico y asma con sustrato no inmunológico. En el primero es común hallar antecedentes de atopia en la familia o en el paciente; los síntomas de obstrucción bronquial se presentan de dos maneras: a) Rápidamente, cuando el antígeno se adhiere a la IgE, la que a su vez altera la permeabilidad de las células cebadas dejando en libertad mediadores químicos como histamina factor quimiotáctico del eosinófilo y sustancias de reacción -- lenta de la anafilaxia que son los responsables de la broncoconstricción, edema e hipersecreción bronquial. b) Lentamente,

por estímulo de los neutrófilos que liberan enzimas proteolíticas y en donde la I γ y el complemento actúan como mediadores químicos y desencadenan reacciones similares. La presentación de los síntomas se observa horas después de haber recibido el estímulo.

En el grupo con sustrato no inmunológico, se encuentra el asma por ejercicio, por cambios climatológicos, por ácido acetilsalicílico y de base emocional.

Las manifestaciones clínicas del asma en el niño son muy variables y cambiantes y dependen básicamente de la edad en que se presentan; lo más característico es la presentación de crisis de obstrucción bronquial de predominio nocturno, acompañadas de insuficiencia respiratoria y sibilancias que pueden desaparecer espontáneamente o con la administración de broncodilatadores. El doctor Gómez Orozco ha descrito detalladamente la evolución de los síntomas.

Según nuestra experiencia, la evolución natural del asma en el niño se caracteriza por presentar dos etapas: la inicial, o período prepatogénico, en la cual, aunque no se tiene un diagnóstico preciso existen antecedentes que se deben tomar en cuenta para determinar si un niño puede ser potencialmente asmático. Estas características están relacionadas con el enfermo, con los factores desencadenantes específicos y con el ambiente. El posterior o período patogénico, en el cual el diagnóstico es de mayor probabilidad o de certeza; sus manifestaciones se caracterizan de acuerdo con la edad, de la siguiente manera:

Lactante preescolar. En esta etapa el diagnóstico se hace por exclusión de otros padecimientos como bronquiolitis aguda, alergia a la leche, inmunodeficiencias, neumonía eosinofílica y mucoviscidosis; en estos casos el médico diagnóstica bronquiolitis

recurrente, bronquitis obstructiva reversible o bronquitis asma-
tiforme. Estos términos connotan el factor más frecuente desde
el punto de vista etiológico en esta época de la vida, que es -
la infección viral; en estos casos, es el curso natural autoli-
mitado o persistente del cuadro clínico de la enfermedad lo que
va a confirmar el diagnóstico, ya que los estudios de laborato-
rio y gabinete son de poca utilidad.

Escolar. En esta edad la causa principal de la presentación de
crisis es el fenómeno alérgico, pero también por irritantes fí-
sicos e inespecíficos diversos; sin embargo, en algunos casos -
las infecciones bacterianas adquieren relativa importancia, so-
bre todo cuando constituyen verdaderos focos de infección a ni-
vel de amígdalas, adenoides y senos paranasales.

El diagnóstico se hace con relativa facilidad ya que el --
cuadro clínico es similar al del adulto. El niño con o sin an-
tecedentes atópicos presenta disnea de predominio nocturno, a--
compañada o no de insuficiencia respiratoria. La participación
alérgica se comprueba mediante la determinación de IgE, eosinó-
filos abundantes en moco nasal, eosinofilia sérica y pruebas cu-
táneas positivas. En algunos casos el factor emocional se en-
cuentra involucrado y puede influir en el desencadenamiento o -
perturbación de las crisis.

Adolescente. En esta etapa de la vida, en la mayoría de los ca-
sos la etiología de las crisis es multifactorial, predominando
el factor emocional debido a los cambios propios de esta etapa
de desarrollo y crecimiento, el diagnóstico se basa en el cua-
dro clínico, estudios de laboratorio y pruebas de función pulmo-
nar; en estos enfermos es importante valorar, desde el punto de
vista psicológico, la influencia de la enfermedad en la vida --
del paciente y del núcleo familiar.

HISTORIA NATURAL DEL CASO.

PERIODO PRE-PATOGENICO		PERIODO PATOGENICO		
LACTANTE	PRE-ESCOLAR	ESCOLAR	ADOLESCENTE.	
H O R I Z O N T E C L I N I C O				
I. HUESPED 1. ANT. ATOPIA FAMILIAR 2. ANT. ATOPIA PERSONAL ECCEMA, RINITIS, UR- TICARIA 3. SEXO.	-BRONQUIOLITIS -RINOBRONQUITIS -BRONQUITIS OBS- TRUCTIVA REVERSI- BLE.	ASMA MIXTA	ASMA MIXTA COMPLICADA.	
	FACTORES DESENCADENANTES			
II. AGENTE DESENCADENANTE 1. INFECCIONES VIRALES DE V.R.S. 2. BRONQUIOLITIS				
	INFECCION	ALERGIA	F. PSICOLOGICOS	
III. AMBIENTE. 1. CONTAMINACION 2. CAMBIOS BAROMETRI- COS 3. NIVEL SOCIOECONOMICO	-CULTIVOS? -PRUEBAS CUTANEAS -Ige ? -Rx DE TORAX	-PRUEBAS CUTANEAS -EOSINOFILIA SERI- CA Y NASAL. Ige ETC. -RX TORAX Y SPN -P.F.R.	-ANTERIORES -EST. PROBIOTI- CA. ENOCIONAL.	
	PREVENCION PRIMARIA	PREVENCION SECUNDARIA		PREVENCION TERCIA- RIA.

Está de acuerdo el diagnóstico diferencial, con los padecimientos más frecuentes de acuerdo con la edad del niño, en especial aquellos que inducen al médico a usar broncodilatadores ya sea como "prueba terapéutica" o por verdadero error en el diagnóstico presuncional.

LACTANTES Y PREESCOLARES.

- 1) Bronquiolitis (viral-irritantes)
- 2) Defecto de deglución (aspiración de leche)
- 3) Reflujo gastro-esofágico (hernia hiatal)
- 4) Alergia a la leche
- 5) Mucoviscidosis
- 6) Anomalías de tráquea o bronquios y/o inflamación
- 7) Compresión extrínseca de tráqueo o bronquios
 - a) Linfadenopatía
 - b) Anillos Vasculares
 - c) Quistes o tumores de mediastino

PREESCOLARES Y ESCOLARES.

- 1) Cuerpo extraño en tráquea o bronquios
- 2) Síndrome de Loeffler
- 3) Reacción psicofisiológica
- 4) Angioedema
- 5) Embolia Pulmonar
- 6) Síndrome hipereosinofilia
- 7) Deficiencia de alfa-1-antitripsina

El principal fenómeno que altera la función pulmonar, es la obstrucción bronquial generalizada, que origina aumento de la resistencia de las vías aéreas y en la ventilación del espacio muerto, atrapamiento de aire y aumento del volumen residual por otra parte la distensibilidad pulmonar está disminuida y se presentan irregularidades entre ventilación/perfusión.

En las crisis intensas existe incremento de la presión intratorácica secundario a la sobredistensión alveolar, lo que dificulta el retorno venoso a la aurícula derecha, por lo que se observa ingurgitación yugular así como hepatomegalia, sugestivas de insuficiencia cardíaca, situación que se modifica rápidamente al mejorar la ventilación.

En las crisis leves o moderadas del árbol bronquial, la --

angustia que acompaña a la disnea produce hiperventilación alveolar, observándose hipocapnia; en cambio, durante las crisis muy intensas y en el estado de mal asmático se presenta hipoventilación con hipoxemia, hipercapnea y acidosis respiratoria o mixta. Los enfermos asmáticos con bronconeumonía u otra neumo-patía crónica pueden presentar hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca.

En la crisis aguda la obstrucción de las vías aéreas es debida a broncoespasmo, pero rápidamente se presenta el edema e hipersecreción mucosa, inflamación e 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.

Los estudios de laboratorio que solicitaremos son:

Biometría Hemática
Citología del moco nasal
Estudio coporparasitoscopico
IgE sérica
Pruebas intradérmicas
Prueba Tuberculínica
Rx de Torax
Rx de senos paranasales

Manejo de la fase aguda. Se considera como crisis de asma, la presencia de insuficiencia respiratoria reversible con la administración de broncodilatadores. El estado de mal asmático es la crisis que persiste a pesar de la administración de adrenalina y otro medicamento broncodilatador en la dosis y tiempo adecuados.

Independientemente de la severidad de las crisis, es recomendable aplicar los siguientes fármacos por orden de importancia.

Adrenalina

Salbutamol en aerosol
Aplicación de Oxígeno al 40%
Posición de semifowler
Ayuno hasta obtenerse mejoría
Signos vitales cada 15 ó 30 minutos
Aminofilina
Hidrocortizona
Bicarbonato
Antibióticos.

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. De ésta manera cada especialista ofrece su punto de vista y se contempla integralmente al paciente para lograr un criterio uniforme que favorece el estudio y manejo posterior.

Durante la etapa crónica el tratamiento del asma se puede enfocar en tres aspectos fundamentales: específico, sintomático y de sostén. Creemos que el más importante es el Tratamiento de sostén. Ya que en los últimos años se han venido impartiendo pláticas de orientación educativa a los miembros de la familia del niño asmático que suministran información respecto a la enfermedad y llenan esa falta de comunicación existente entre el médico, el paciente y los padres de éste, situación que limita su participación en el control del padecimiento. Con el fin de cubrir esta deficiencia se diseñaron las pláticas de orientación a los padres y a los pacientes teniendo como base los siguientes conceptos:

- 1) La etiología del asma es multifactorial.
- 2) La evolución generalmente es crónica.
- 3) El padecimiento y la dinámica familiar están íntimamente relacionadas.
- 4) El niño, como entidad bio-psico-social en crecimiento y desarrollo, debe manejarse integrado a su núcleo familiar.

FAMILIA. La definición más aceptada en la actualidad es la que ofrece el censo americano que dice: "Es un grupo de dos o más - personas que viven juntas y que se relacionan unas con otras -- por lazos sanguíneos, de matrimonio o de adopción". Linton aplica el término familia indiscriminadamente a dos unidades sociales básicamente diferentes en su composición y en sus posibilidades funcionales.

La familia vista desde el punto Psodinámico es la Unidad Básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, - es también la unidad básica de la enfermedad y de la salud.

DINAMICA FAMILIAR. Son las fuerzas de impulso físicas, morales o intelectuales de cualquier área o las leyes relacionadas con ella. Kolb define a la dinámica familiar como las motivaciones que dirigen la conducta, los procesos mecánicos de adaptación - que se utilizan para satisfacer las necesidades funcionales a - niveles biológicos, familiares y sociales.

La familia busca el camino mas fácil y más económico para la resolución de sus conflictos y satisfacer sus requerimientos ésto va a permitirles establecer un equilibrio de fuerzas entre sus miembros, lo que va a ocasionar asignación de roles y funciones a cada uno de los miembros según sirvan para la economía y equilibrio de todo el grupo familiar, a ésto se le conoce con el nombre de "Homeostasis Familiar".

La estructura familiar debe estar adaptada desde dentro a la amplia gama de vicisitudes que afectan las relaciones de ca da miembro de la familia y que bajo condiciones favorables, los sentimientos de amor y lealtad prevalecen y se va a mantener la armonía familiar. Existen condiciones de conflicto y tensión - excesivos bajo los cuales pueden surgir antagonismos y odio mutuos, amenazando la integridad de la familia.

La dinámica familiar según Jackson es un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad.

La familia es considerada como grupo primario e institución humana fundamental, diferentes a otros grupos humanos, desde su duración, historia, intensidad y tipo de funciones. Las necesidades de cada uno de los miembros de éste grupo primario va a depender de sus estadios evolutivos y la unidad familiar es extraordinariamente sensible a ésta y al medio ambiente en el que se desenvuelve. Ackerman expresa que la familia es la unidad básica del desarrollo y experiencia, de realización y fracaso.

La familia constituye un sistema abierto formado por varios subsistemas, organizados por generación, sexo, intereses y funciones. Así tenemos que considerar subsistemas de esposos como matrimonio, los esposos como padres, el binomio madre-hijo, etc

La familia es algo más que el resultado de la suma de las personalidades de sus integrantes, quienes al relacionarse producen una organización en constante cambio y crecimiento.

Comunicación en la Familia.- Desde el punto de vista de la comunicación, se debe ser clara y directa. En los grupos familiares se van a manejar diversos tipos de comunicación como son Comunicación clara, enmascarada, directa y desplazada. Todo lo anterior con el fin de mantener la interacción dinámica entre los emisores y los receptores.

Estructura familiar es el conjunto indivisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian.

La familia como un sistema depende de un sinnúmero de pau-

tas de alternativas y flexibilidad para poder movilizarlas cuando sea necesario, así como también debe responder a cambios externos e internos por lo que debe ser capaz de una transformación. Posee una historia natural propia de su vida en la cual vamos a encontrar etapas que son: Germinación, nacimiento, crecimiento y desarrollo, a través del proceso la unidad psicológica de la familia es moldeada continuamente por las condiciones externas, así como por su organización interna.

FUNCIONES DE LA FAMILIA. Los problemas de adaptación que tienen las familias se relacionan con sus capacidades para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas. Por lo que se han desarrollado diversas tipologías, pero, por lo menos se pueden especificar cinco funciones de la familia:

- 1) Adaptación social.
- 2) Cuidado
- 3) Afecto
- 4) Reproducción
- 5) Otorgamiento de estado

Es importante determinar no sólo si la familia llena estas funciones, sino también el modo en que sus papeles se conforman para lograr esas labores. Por lo que trataremos de explicarlas a continuación brevemente.

I) ADAPTACION SOCIAL. Es considerada la función primaria y esencial, por medio de la cual vamos a encontrar un proceso de aprendizaje y adaptación por lo cual el individuo va a adquirir la capacidad de desempeñar los roles adecuados a su status, que van a ser sucesivos que le van a designar la sociedad a medida que desarrolla y se mueve a través de ella.

II) GUIDADO. 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 socioeconómico de la familia.

Las respuestas a las demandas de cuidado dependen no sólo del acceso de recursos sociales, sanitarios y de bienestar, sino también del nivel de conocimientos de la familia. No sólo la familia necesita conocer de que servicios dispone, sino cuándo, cómo y en dónde utilizarlos.

III) AFECTO. 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. Atención y afecto son parte del proceso de adaptación social, del mismo modo que recompensas y castigos.

Maslow las clasifica en cinco tipos:

- 1) Necesidades fisiológicas: hambre, sed, sexo, actividad física.
- 2) Necesidades de seguridad: seguridad y protección.
- 3) Necesidades de pertenencia y amor: respuesta, afecto y amor filial.
- 4) Necesidades de respeto: deseo de que toda la familia -- tenga un concepto propio estable y positivo y el respeto de los demás.
- 5) Autoactualización: culminación de las otras necesidades que dan por resultado autorealización o satisfacción de las capacidades totales propias.

IV) REPRODUCCION. La función única de la familia consiste en reproducirse y producir reemplazos para la sociedad. Matrimonio y familia tienen por objetivo regular y controlar la conducta sexual, lo mismo que la reproducción.

La familia es el único grupo socialmente aceptado para desempeñar ésta función, aunque también admite variedades, aunque con menor margen.

V) OTORGAMIENTO DE ESTADO. Estatus es el rango o posición de -

un individuo en un grupo o de un grupo en relación con otros y su característica es que éste se ocupa.

La familia adapta a un niño desde el punto de vista social en una clase social e instala en él todas las aspiraciones importantes. El estado está relacionado directamente con la tradición familiar. Los niños garantizan la inmortalidad o perpetuación social de nombre y tradiciones de la familia. El otorgamiento de un estado en los niños es el establecimiento de derechos y tradiciones. La familia tiene la responsabilidad de proporcionar la adaptación social necesaria y las experiencias educativas que permiten al individuo adoptar una vocación y ciertos roles en grupos que coinciden con las esperanzas de su status.

PSICODINAMIA FAMILIAR. Según el diccionario Webster es "las fuerzas de impulso, físicas, morales o intelectuales de cualquier área o las leyes relacionadas con ella". Kolb la define como "las motivaciones que dirigen la conducta y los procesos y mecanismos de adaptación que se utilizan para satisfacer las necesidades funcionales a niveles biológicos, familiares y sociales durante la vida".

Los elementos de la psicodinamica familiar son:

Vínculo

Ambivalencia

Rol

Necesidad y Deseo

Economía y equilibrio

Estructura Psíquica

Elección de la pareja.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

El asma es un trastorno frecuente en nuestro país, en 1975 la dirección de Bioestadística de la S.S.A. reportó un 2.4 por ciento. Su gravedad va desde crisis mínimas episódicas, hasta un trastorno crónico que amenaza a la vida, cada año fallecen por asma de dos a tres mil nacientes, siendo éstas cifras conservadoras. Por lo tanto es importante identificar los mecanismos patogénicos, no sólo por su interés intrínseco, sino también porque permiten al médico brindar asistencia óptima.

Ha sido hasta el momento actual, muy difícil definir con exactitud el asma, pero desde el punto de vista operativo el Asma puede considerarse como una enfermedad reversible y obstructiva de vías aéreas, que se acompaña de eosinofilia en sangre, taquicardias y esputo y que se caracteriza por la hiperreactividad persistente de las vías aéreas a muy diversos estímulos.

Las clasificaciones del asma no son precisas, pero se sabe que pueden ser causadas por mecanismos de alergia extrínseca -- que dependen de IgE y la llamada intrínseca.

Por lo tanto el médico familiar para llevar a cabo un manejo integral del paciente, debe tener la seguridad absoluta de poder diagnosticar en forma específica ésta enfermedad.

P L A N T E A M I E N T O D E L P R O B L E M A .

El asma bronquial es un padecimiento Universal en ambos -
sexos y su manejo inadecuado trae consecuencias que repercuten
en suspensión laboral y/o escolar, limitación profesional y cam
bios importantes en la Dinámica Familiar.

H I P O T E S I S .

El aumento de la incidencia de las crisis aguda y sus complicaciones están en relación directa con el manejo inadecuado del médico familiar.

O B J E T I V O S .

GENERAL.

Determinar la conducta que debe seguir el médico familiar con el paciente asmático para su manejo integral y por consiguiente prevenir al máximo las complicaciones que le pueden ocasionar la muerte.

ESPECIFICOS.

Conocer el índice de frecuencia por edad y sexo de los pacientes asmáticos de la U.M.F. No. 3 del I.M.S.S.

Identificar las manifestaciones clínicas del padecimiento.

Investigar el tratamiento establecido.

Identificar la frecuencia de las complicaciones presentadas en la enfermedad.

Conocer la conducta del médico familiar al realizar el diagnóstico.

Investigar la conducta del paciente ante el conocimiento del diagnóstico.

Explicar la participación de la familia al saber que un integrante de la misma presenta dicha enfermedad.

P R O G R A M A D E T R A B A J O.

- 1) Pacientes estudiados, seleccionados de acuerdo a una muestra representativa de pacientes asmáticos de la U.M.F. No. 3 -- del I.M.S.S.
- 2) Tiempo estimado para su desarrollo.
6 meses a partir del mes de Agosto de 1983 a Enero de 1984.
- 3) Material de Trabajo utilizado.

a) Recursos Humanos.

Médico Residente II de Medicina Familiar.

Médico Familiar de Base, Horario A/C **Dr. N. Varela S.**
Srita. Encargada del Archivo Clínico de la Unidad.

b) Recursos materiales.

Para haber realizado este estudio, se llevó a efecto el siguiente proceso.

Revisión de expedientes existentes en la U.M.F. No. 3 de Nogales, Ver., para la detección de pacientes con asma y la elaboración de la muestra representativa del 25%.

Localización domiciliaria de los pacientes detectados, a los cuales se estudiaron paralelamente con su núcleo familiar por medio de un cuestionario preelaborado.

Después de dar respuesta al cuestionario antes mencionado se elaboró su familiograma, su apgar familiar y posteriormente se llevaron a cabo visitas programadas a fin de recoger los resultados obtenidos durante el periodo de tratamiento que constituyó este estudio.

QUESTIONARIO PREELABORADO.

- I) FICHA DE IDENTIFICACION:
NOMBRE _____
EDAD _____ SEXO _____
ESTADO CIVIL _____
No. DE FILIACION _____
DOMICILIO _____
No. DE INTEGRANTES DEL NUCLEO FAMILIAR
TOTAL _____ MASCULINOS _____ FEMENINOS _____
- II) INGRESO FAMILIAR:
MENSUAL GLOBAL _____
INGRESO PERCAPITA _____
- III) STATUS SOCIOECONOMICO _____

- IV) ESTRUCTURA FAMILIAR:
NUCLEAR _____
EXTENDIDA _____
COMPUESTA _____
- V) FASE ACTUAL DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR.
SOLTERIA _____
MATRIMONIO _____
EXPANSION _____
DISPERSION _____
INDEPENDENCIA _____
RETIRO O MUERTE _____
- VI) CAUSA DEL ASMA _____
- VII) TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD _____

VIII) GRADO DE ESCOLARIDAD:

DEL JEFE DE FAMILIA _____

DE LA ESPOSA _____

DE LOS HIJOS _____

DEL ASMATICO _____

AÑO MAXIMO DE ESTUDIOS _____

CONTINUA ESTUDIANDO _____

TERMINO DE ESTUDIAR _____

PORQUE SUSPENDIO SUS ESTUDIOS _____

IX) OCUPACION:

EN QUE TRABAJA _____

QUE ACTIVIDAD DESARROLLA EN SU TRABAJO _____

HA TENIDO PROBLEMAS EN CONSEGUIR TRABAJO Y PORQUE _____

TIENE PROBLEMAS EN SU TRABAJO Y PORQUE _____

X) ECONOMIA.

CUANTAS PERSONAS FORMAN EL GRUPO FAMILIAR _____

ES USTED DEPENDIENTE O CONTRIBUYE A LA ECONOMIA FAMILIAR _____

ES USTED EL UNICO QUE CONTRIBUYE A LA ECONOMIA FAMILIAR _____

XI) CONOCIMIENTO MEDICO.

COMO SE COMPORTA LA FAMILIA EN EL MOMENTO DE LA ---
CRISIS _____

QUE CONSIDERA UD. QUE LE OCASIONEN LAS CRISIS ASMA
TICAS _____

QUE ES LO QUE MAS LE PREOCUPA DE SU ENFERMEDAD _____

CONSIDERA UD. QUE LA MEDICACION QUE TOMA PARA EL -
ASMA PRODUCE HABITO O ADICCION _____

HA SUSPENDIDO LA MEDICACION SIN ORDEN MEDICA, Y --
PORQUE _____

XII) ROLES DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.

DEL ESPOSO _____

DE LA ESPOSA _____

DE LOS HIJOS _____

DEL PACIENTE ASMATICO _____

XIII) ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR:

INTEGRADA (CUANDO LOS MIEMBROS DEL GRUPO INTERAC--
TUAN COMO UN TODO) _____

SEMIINTEGRADA (CUANDO ALGUN MIEMBRO DEL NUCLEO FA-
MILIAR NO DESEMPEÑA SU ROL) _____

DESINTEGRADA (CUANDO EL GRUPO FAMILIAR NO CUMPLE --
CON SUS FUNCIONES) _____

XIV) REACCION DEL PACIENTE ASMATICO.

DEPRESION: SIEMPRE () FRECUENTEMENTE ()
NUNCA ()

AGRESIVIDAD: SIEMPRE () FRECUENTEMENTE ()
NUNCA ()

ANSIEDAD: SIEMPRE () FRECUENTEMENTE ()
NUNCA ()

OTRAS REACCIONES _____

ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD _____

DEPENDENCIA FAMILIAR () SI () NO

PARTICIPA EN LAS ACTIVIDADES FAMILIARES

SI () NO ()

AISLAMIENTO DEL RESTO DEL GRUPO FAMILIAR.

SI () NO ()

XV) COMPORTAMIENTO DE LA FAMILIA HACIA EL PACIENTE AS-
MÁTICO.

SOBREPOTECCION _____

RESTRICCIONES _____

SENTIMIENTO DE CULPA _____

INDIFFERENCIA _____

VERGUENZA _____

RECHAZO _____

AYUDA AL TRATAMIENTO _____

TEMOR A LAS CRISIS _____

RESULTADOS.

Estos fueron tomados desde los dos aspectos, Los médicos y los socioculturales, de una muestra representativa del 25% del total de los pacientes asmáticos de la U.M.F. No. 3 de Hogales, Ver., lo que nos arrojó una cantidad de 20 pacientes asmáticos.

ASPECTOS MEDICOS:

- Incidencia por edad y sexo
- Etiología
- Modelo clínico
- Control de medicamentos

ASPECTOS SOCIOCULTURALS:

- Nivel Socioeconómico y cultural
- Estructura y dinámica familiar
- Ocupación del paciente asmático
- Factores que ocasionan abandono al tratamiento en la consulta externa de medicina familiar.

La edad tiene gran importancia en la incidencia del asma, ya que se ha comprobado que existe predominio evidente de frecuencia de crisis asmáticas en niños y adolescentes en comparación con los adultos .

La mayoría de los autores concuerdan en que este padecimiento tiene preferencia o se presenta más en edades tempranas.

En el estudio realizado aparentemente la edad no influyo en la presentación de las crisis; ya que se observó que se presentó entre los 0 y 19 años de edad el 50% y el otro 50% correspondió a los 20 y 64 años de edad.

Por lo referente al sexo coincidentemente correspondió igualmente el 50% para cada uno.

En lo referente al estado civil, la muestra reportó, el 30% está casado; 20% soltero-trabajador y el 50% soltero-estudiante.

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
0 - 4	1	-	1
5 - 9	3	2	5
10 - 14	3	1	4
15 - 19	-	-	-
20 - 24	1	2	3
25 - 29	1	2	3
30 - 34	-	1	1
35 - 39	-	1	1
40 - 44	-	1	1
45 - 49	1	-	1
	10	10	20

CUADRO I. Incidencia por edad y sexo de asma.

En lo referente a la etiología, encontramos que la causa más importante del asma correspondió al asma extrínseca (atópica-alérgica) 40%. El segundo lugar correspondió al asma del lactante y del niño de corta edad 30%, el 15% al asma de esfuerzo y 15% al asma Intrínseca (Criptogénica).

CAUSAS	No.	%
ASMA EXTRINSECA (ATOPICA-ALERGICA)	8	40
ASMA DEL LACTANTE Y DEL NIÑO DE CORTA EDAD	6	30
ASMA DE ESFUERZO	3	15
ASMA INTRINSECA (CRIPTOGENICA)	3	15
T O T A L.	20	100

CUADRO II. Causas más frecuentes de asma.

Por lo que concierne al tratamiento empleado los resultados obtenidos fué el siguiente: el 60% de los pacientes fueron controlados con Aminofilina Tabs, de los cuales el 40% refirió haber presentado las crisis con la misma frecuencia que sin tomar medicamento, aunque no con la misma intensidad, y el 20%

restante refirió que las crisis fueron más esporádicas.

El 10% fué controlado con una Asociación de Aminofilina - en tabletas y Salbutamol en Aereosol, con los resultados de no haber presentado las crisis desde el inicio del tratamiento.

El 25% empleo para su control una asociación de Aminofilina e Isoproteronol Inhalable, reportándose que exclusivamente - el 10% no ha vuelto a presentar crisis asmátiforme y el 15% restante menciona continuar igual.

Unicamente el 5% se encuentra controlado con Cromoglicato de Sodio en aereosol, sin que se hubiera presentado crisis.

Aunque hay que mencionar como punto especial, que el paciente refiere que las crisis se controlaron a partir de que - le practicaron Vasectomia, por coincidencia hace 6 meses, o sea al inicio del tratamiento de éste trabajo.

MEDICAMENTOS	No.	%
AMINOPILINA TABS.	12	60
AMINOPILINA TABS. Y SALBUTAMOL AEROSOL	2	10
AMINOPILINA TABS. E ISOPROTERENOL INHALABLE.	5	25
CROMOGLICATO DE Na. (VASECTOMIA) (?)	1	5
	<hr/> 20	<hr/> 100

CUADRO III. Respuesta al tratamiento empleado en los pacientes asmáticos.

Por lo que concierne a todos aquellos casos en los cuales se presentó resistencia al tratamiento antiasmático utilizado, fué debido a que existieron factores secundarios que originaron a que el tratamiento no fué llevado en forma regular y constante, que enumeraremos a continuación.

Patología Asociada. Hipertensión arterial, Alcoholismo --
Crónico.

Ignorancia de los pacientes por su escaso nivel socio-económico y cultural.

Deficiente relación médico paciente.

TIPOS FAMILIARES DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS.

El estudio referente a la tipología familiar arrojó los siguientes resultados:

El 75% correspondió a la familia Nuclear o conyugal, prototipo de la sociedad de la era moderna.

El 20% correspondió a familias extensas-compuesta.

El 5% correspondió a familias extensas.

TIPO	No.	%
NUCLEAR	15	75
COMPUESTA	4	20
EXTENSA	1	5
	<u>20</u>	<u>100</u>

CUADRO IV. Tipos de Familia.

Al estudio del estado civil de los pacientes asmáticos estudiados este reportó:

Sexo Femenino: 7 Casados.

3 Solteros.

De los 3 pacientes solteros todos se encontraron entre los 0-15 años.

Sexo Masculino: 3 casados.

7 Solteros.

De los 7 solteros, 4 correspondieron a pacientes menores de 25 años y menores 3 de 15 años.

La escolaridad máxima alcanzada en los pacientes asmáticos estudiados fué el siguiente. El 10% estudió la preparatoria -- completa, 10% sin escolaridad, el 50% primaria incompleta, 10% primaria completa, 15% secundaria completa y el 5% restante secundaria incompleta.

En los padres de los pacientes asmáticos, se encontró una escolaridad mínima fundamental. El 65% primaria completa, 25% secundaria completa e incompleta y 5% preparatoria completa.

El ingreso percapita de las familias estudiadas es de aproximadamente \$3000.00; por lo que los incluye en el nivel socio-económico bajo.

Los resultados referentes a la estructura de la dinámica familiar de las familias de los pacientes asmáticos estudiados fué la siguiente:

45% familias integradas.

45% familias semiintegradas

10% desintegración familiar.

De acuerdo a los ciclos de la vida familiar, los resultados fueron los siguientes: Dos familias (10%) se encontraban en la fase de matrimonio, uno joven con recursos económicos bajos, causa por lo que con frecuencia presentaban problemas, ya que el esposo se incapacitaba muy frecuentemente por las crisis asmáticas, trayendo como consecuencia esto una baja más ostensible en el orden económico. Una familia con 10 años de unión matrimonial y sin descendencia, aparentemente no tenían problemas. Seis familias (30%) en fase de expansión, 5 familias (25%) en fase de dispersión y 7 familias (35%) en fase de independencia.

La principal problemática existente en el paciente asmático es el que se refiere a los múltiples y constantes conflictos interpersonales en el núcleo familiar y en el medio en el que se desenvuelve principalmente escolar.

En el núcleo familiar lo principal fué: las situaciones de tensión que se presentaban ante la presencia de las crisis, por lo que es común encontrar sentimientos de culpa en algunos de los miembros de la familia, ya que se considera como el causante de la enfermedad.

En el medio escolar en que se desenvuelve va a estar dado por la no aceptación del niño asmático por la falta de información del profesor sobre éste padecimiento tomando en cuenta: etiología, control, pronóstico y tratamiento, lo que va a acarrear como consecuencia, personas con bajo índice escolar e intelectual.

Del estudio realizado se observaron 3 familias aisladas -- por bajo nivel socioeconómico y cultural, ya que pertenecían a la comunidad rural de Huiloapan, Ver. Como es observable, son pocas las familias que se aíslan porque cuentan en su seno con un niño asmático.

El resto de las familias presentó un alto sentido de pertenencia al núcleo familiar (propio de un grupo primario como es la familia) ya que se observó que la enfermedad y en especial las crisis los une más, por lo que es poco frecuente la desintegración. En ocasiones el grupo familiar va a influir sobre los pacientes sobreprotegiéndolos y restringiéndoles sus actividades físicas y hábitos, transformando al paciente asmático en un individuo dependiente de la familia.

CUADRO V. Reacciones de la familia ante el paciente asmático

TIPOS DE REACCIONES	+	-
CONFLICTOS INTERPERSONALES	15	5
SITUACIONES DE TENSION	17	3
SENTIMIENTO DE CULPA	15	5
TEMOR DE LAS CRISIS	18	2
AISLAMIENTO SOCIAL DE LA FAMILIA	4	16
DESINTEGRACION	8	12
SOBREPOTECCION	12	8
RESERICCIONES	13	7

C O N C L U S I O N E S .

La experiencia que nos dejó el manejo de pacientes asmáticos, se puede resumir con 3 círculos entrelazados:

El primero representa al lactante, en quien la infección viral o los irritantes inespecíficos del hogar juegan un papel preponderante. El segundo al preescolar, en quien la alergia adquiere importancia. En el círculo inferior se incluyen los escolares y adolescentes en quienes los factores emocionales -- son de trascendencia. En la circunferencia que engloba a los tres círculos se pretende resaltar el papel de los factores hereditarios predisponentes que dan el sello característico a la personalidad, pero que durante el desarrollo y crecimiento se van modulando por la acción del ambiente hogareño y el macroambiente al que se pertenece; en particular las condiciones económicas, sociales y culturales de los padres influyen positiva o negativamente en la evolución del niño asmático. Por otra parte, el pronóstico del padecimiento por las razones mencionadas es diferente en cada caso y dependerá básicamente de las determinantes genéticas del paciente, de la diversidad e intensidad de los factores desencadenantes 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.

En el estudio realizado en la U.M.F. No. 3 del I.M.S.S. - de los pacientes asmáticos y su núcleo familiar llegamos a la conclusión que los factores importantes causantes del fracaso - del tratamiento y control del asma por el médico familiar son:

Cambios frecuentes de Medicación. *

Ignorancia del padecimiento por falta de información del - médico.

Asociación con otro padecimiento.

Negación a la Enfermedad.

Intolerancia a los medicamentos.

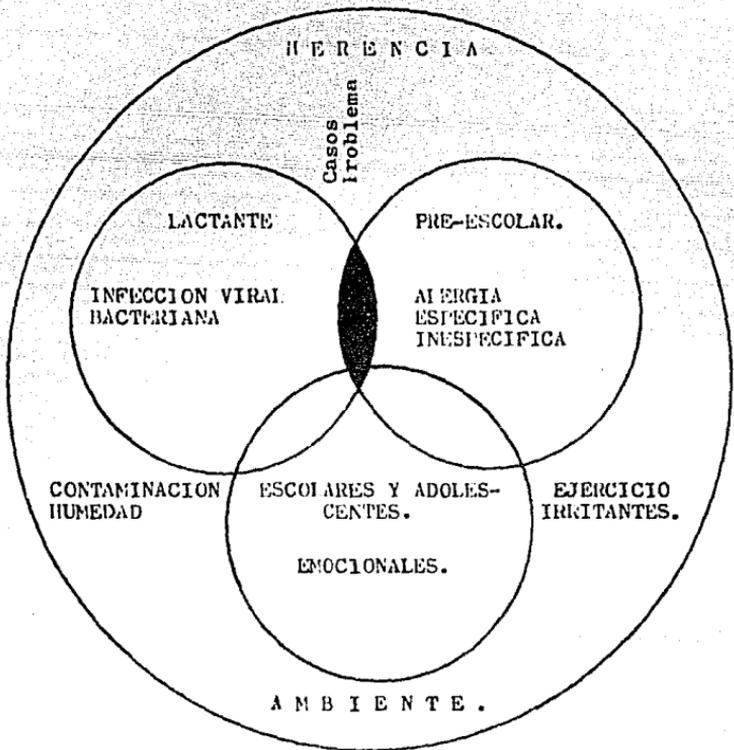


FIGURA I. Factores Etiopatogénicos del asma en el niño.

Hemos observado algunas alteraciones que influyen en la dinámica familiar de los enfermos en los que el factor emocional juega un papel importante; mencionaremos las mas frecuentes y - trataremos de ejemplificarlas:

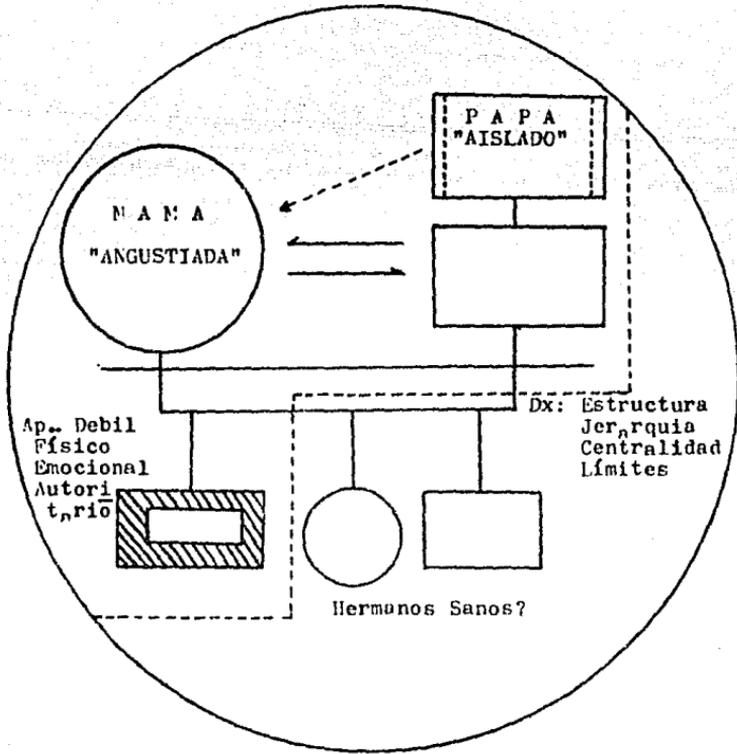


FIG. II. Dinámica de la familia del niño asmático.

Frecuentemente se observa que existe poca comunicación entre los padres, quienes comparten poco la angustia y la responsabilidad de atender al paciente tanto en la crisis de asma como en la administración de los medicamentos y su asistencia a las consultas. La sobreprotección exagerada hacia el enfermo altera su crecimiento y desarrollo; las inasistencias al colegio repercuten en el rendimiento escolar.

Por otra parte, el hecho de recibir un trato diferente al de los demás miembros del núcleo familiar favorece que el niño asmático manipule en ocasiones su enfermedad con el fin de obtener ganancias secundarias, que a la larga lo hacen blanco de la agresión inconciente de padres y hermanos, la cual genera en parte por la frustración que causa el hecho de que las actividades del hogar se ven programadas de acuerdo al curso de la enfermedad o estado de ánimo del enfermo.

Consideramos muy importante distinguir cuando las alteraciones de la dinámica familiar son producto de un equilibrio que se rompe ante la presencia de la enfermedad y cuando la dinámica familiar ya estaba alterada por causas ajenas a la enfermedad, pues en algunos casos se utiliza al niño y su padecimiento para enmascarar las verdaderas causas del conflicto. Cuando se logra ésta distinción se obtienen las pautas del manejo tanto del enfermo como del núcleo familiar.

El médico debe evaluar los diferentes factores etiopatogénicos presentes en cada caso para no utilizar tratamientos sintomáticos que sólo propician la cronicidad y dificultan el control del padecimiento.

Por todo lo anterior expuesto las conclusiones finales del trabajo son:

- 1) El asma es un padecimiento de origen multifactorial de evolución crónica y cambiante en donde las crisis se desencadenan

por fenómenos inmunológicos.

- 2) Los tres factores más frecuentes del asma en el niño son: infeccioso, alérgico y emocional.
- 3) Durante los primeros años de la vida el diagnóstico de asma se fundamenta en el cuadro clínico y secundariamente en los exámenes de laboratorio y gabinete.
- 4) Los casos problema en donde se encuentran involucrados diversos factores etiopatogénicos, deben ser estudiados y tratados en forma integral por un equipo de salud multidisciplinario.
- 5) La mayoría de los enfermos se puede controlar integrando al paciente y su familia al equipo de salud, para prevenir o manejar adecuadamente las crisis administrando con oportunidad los medicamentos que el caso requiere.
- 6) El factor emocional debe ser investigado en todo paciente con asma, por la importancia que adquiere en algunos casos como factor desencadenante o perpetuante y su repercusión en la dinámica familiar.

A L T E R N A T I V A S D E S O L U C I O N .

Consideramos que es posible disminuir el período de cronicidad del padecimiento si se toman en cuenta las medidas preventivas mediante la instrucción de padres, pacientes y médico; ésto se logra desarrollando programas especiales que alcancen los siguientes objetivos:

- 1) Establecer comunicación entre el equipo de salud paciente-núcleo familiar.
- 2) Proporcionar información básica sobre los diversos factores etiológicos.
- 3) Disminuir la angustia de los padres, condicionada por el desconocimiento de la enfermedad.
- 4) Lograr que los padres adquieran conciencia de su responsabilidad en la salud del niño.
- 5) Capacitar a los padres en el manejo de crisis leves.
- 6) Identificar los factores que interfieren el control adecuado de la enfermedad.
- 7) Favorecer el desarrollo normal del paciente, permitiéndole los juegos y actividades propias de su edad.
- 8) Evitar la dependencia hospitalaria.
- 9) Minimizar el ausentismo escolar y/o laboral y el sentimiento de invalidez en el paciente.
- 10) Evaluar las ventajas que se obtienen trabajando en forma multidisciplinaria.

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

- 1) Clínicas médicas de norteamérica. Alergia Clínica. Vol. 5. 1981.
- 2) Clínicas Médicas de norteamérica. Enfermedades pulmonares. Nov. 1977.
- 3) Praxis Medica.- Asma Bronquial. Cap. 1.225. Pag. 1/10., - 1983.
- 4) Shanon, D.C.; Asthma in children. Notes Resp. Dis., Am. - Lung Ass., 15:3, 1976.
- 5) Cueva, V. J.: Regional problems in bronchial asthma in México. In: Proceedings IX International Congress of Allergology, p. 349 Ed. Excerpta Medica International, Buenos Aires, 1976.
- 6) Gardida, Ch. A.: Conceptos actuales sobre la correlación - que existe entre la bronquiolitis y asma. Bol. Med. Hops. Inf. Méx. 31:165, 1974.
- 7) Orozco, G.L.: Inicio del asma en el niño. Alergia (Méx). - 20:89, 1972.
- 8) Freedman, B.J.; Meisner, P y Hill, G.B.: A comparison of - the actions of different bronchodilators in asthma. Thorax 23:590, 1968.
- 9) Gardida, Ch. A.: Diagnostico diferencial del Asma. Memorias del Simposio Internacional de Alergología Pediátrica en el Instituto Nacional de Pediatría. México, mayo 1979.
- 10) De Ajuria Guerra J.: Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Toray Masson. Barcelona, 1976.
- 11) Gardida, Ch. A. y cols.: Estudio y manejo integral del niño asmático. Separata: Revista Mexicana de Pediatría, Vol. XLII, Núm. 2, Febrero, 1980.
- 12) Conn, H.F.; Rakel E.R.; Johnson W.: Medicina Familiar. - Edit. Interamericana. Caps. I/II pags. 1/25. 1974.
- 13) Chagoya L.; Dinámica Familiar y Patología en Dulante R.; La familia medio propiciador o Inhibidor del desarrollo - Humano. Breviarios de Pediatría. Ediciones Médicas, Hospital Infantil de México, D.F. 1975.
- 14) Ackerman, N.W.: Diagnóstico y Tratamiento de las disfunciones familiares, Edit. Home, Buenos Aires. 1975.
- 15) Salvador Winuchin.; Familias y Terapia Familiar. Granica

Editores, Barcelona, 1977.

- 16) Angulo, V.S.; Enfoque Psicodinámico y la Psicoterapia Fami
liar I.P.A.C. pag. 51/76, 1981.