

11226
56

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

ABORDAJE INTEGRAL DE LAS FAMILIAS
ASMATICAS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 20 "VALLEJO",
DELEGACION 1 N.O D.F. IMSS, EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO
A SEPTIEMBRE DE 1999

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :
DR. MARIO ALBERTO LOPEZ NUÑEZ

ASESOR DE TESIS: DRA. YOLANDA VALENCIA ISLAS

GENERACION 1998 - 2000

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2000

201172





Universidad Nacional
Autónoma de México

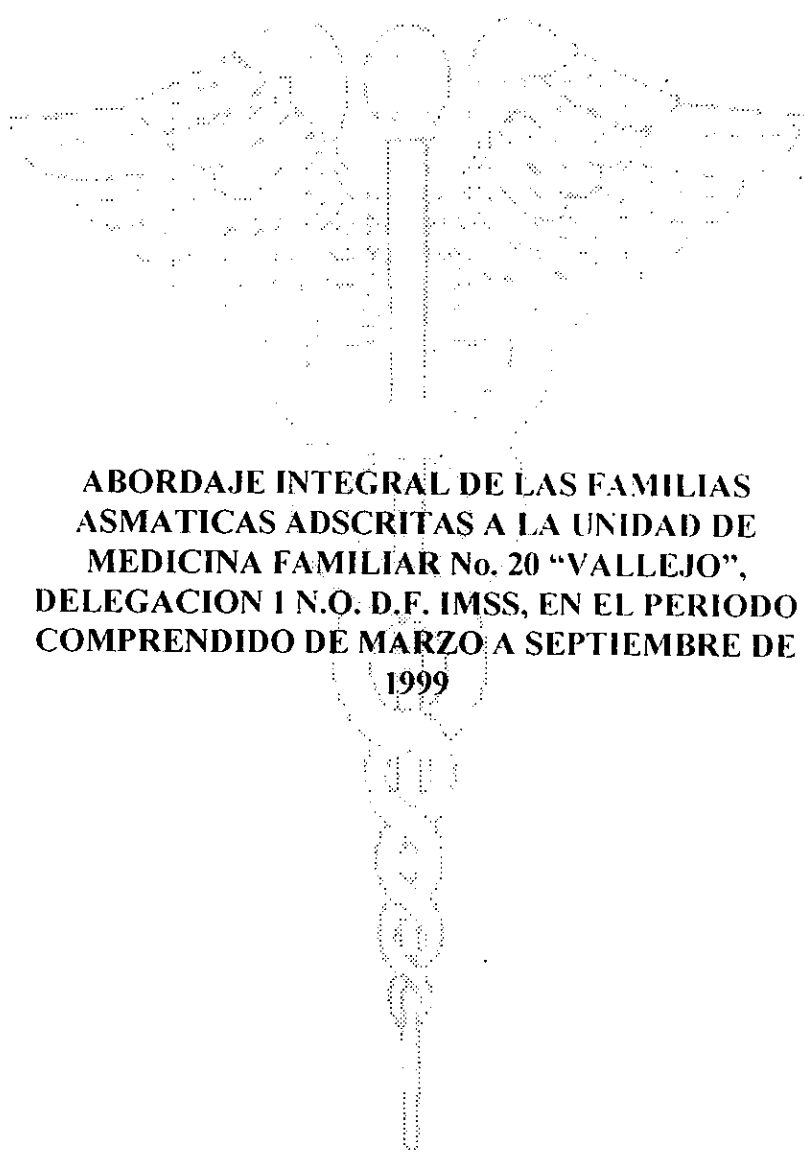


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



**ABORDAJE INTEGRAL DE LAS FAMILIAS
ASMATICAS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 20 "VALLEJO",
DELEGACION I N.O. D.F. IMSS, EN EL PERIODO
COMPENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DE
1999**

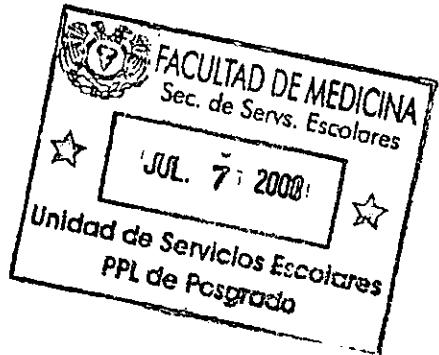


U. M. F. No 20
DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Vo. Bo.
ASESOR

Yolanda Valencia Islas

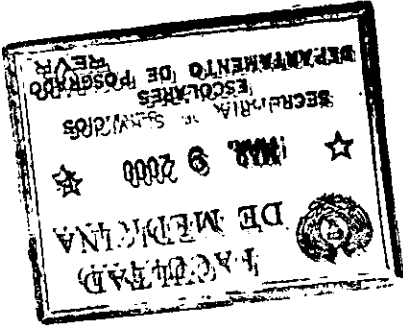
DRA. YOLANDA VALENCIA ISLAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR, JEFE DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION, PROFESOR
TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR U.M.F. No 20
DELEGACION I N.O. DEL IMSS.



Vo. Bo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juan Espinosa Martínez', written over a horizontal line.

DR. JUAN ESPINOSA MARTINEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PROFESOR ADJUNTO DEL
CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR U.M.F No. 20
DELEGACION I N.O. DEL IMSS.



*A MIS PADRES
MARIO Y LUCY*

QUE TODO ME LO HAN DADO... VIDA, AMOR, EJEMPLO Y FE
POR SER UNA FUENTE INAGOTABLE DE AMOR Y TERNURA
SON Y SERAN LA GUIA DE MI CAMINO
QUE GRACIAS A SU APOYO LOGRE LA META ANHELADA...

A MI ESPOSA
ELVIRA

COMPLEMENTO DE MI VIDA,
QUE LLENO MIS DIAS DE AMOR
CAMINANDO JUNTO A MI EN LAS
BUENAS Y EN LAS MALAS
Y APOYADO EN SU MANO
ALCANCE MI DESTINO.

A MI HIJO
MARIO IVAN

PRINCIPIO DE MI CAMINO
Y RAZON DE MI SER...
QUE CON SU EXISTENCIA ILUMINO
MI VIDA
Y SU SONRISA ME LLENA DE
ALEGRIA...

A MIS HERMANOS

CON QUIENES DISFRUTE LOS
JUEGOS INFANTILES
Y COMPARTI LAS ILUSIONES DE
ADOLESCENCIA.
HOY SU AMOR PROFESADO ME
SIRVE DE ALICIENTE PARA
ALCANZAR MI DESTINO.

*A MI TIA YEYA
(IN MEMORIA)*

Y... AUN QUE TU PARTIDA DEJO UN
GRAN VACIO EN MI CORAZON,
EL INMENSO AMOR QUE
PROFESASTE A LA FAMILIA AUN
LO PERCIBO...
Y LA BONDAD DE TU ALMA ME
ACOMPAÑA EN MI VIDA

INDICE

	PAG.
OBJETIVOS.....	1
INTRODUCCION.....	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
HIPOTESIS.....	14
MATERIAL Y METODOS	15
PRESENTACION DE RESULTADOS	18
CUADROS Y GRAFICOS	22
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	45
ANALISIS ESTADISTICO	48
CONCLUSIONES.....	50
COMENTARIO	51
RESUMEN	52
BIBLIOGRAFIA.....	59
ANEXOS.....	62

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Demostrar que el abordaje integral de la salud familiar de los pacientes asmáticos, disminuye de manera estadísticamente significativo el número de crisis asmáticas.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- Describir el abordaje integral de la salud familiar en la esfera psicológica, biológica y social del paciente asmático.
- Describir el abordaje integral de la salud familiar en los ámbitos psicosocial, socio dinámico, institucional de las familias asmáticas.
- Determinar las funciones de servicio, docencia e investigación en el medico de primer nivel de atención de pacientes asmáticos.

INTRODUCCION

El hombre esta expuesto a distintos factores de riesgo que afectan su nivel de vida y bienestar, la presencia de estos factores esta determinado por las actuales condiciones histórico – social, donde se determina la existencia de la patología prevalecte de acuerdo a las condiciones de desarrollo del país o de una región, creando grupos especificos de mayor vulnerabilidad para las enfermedades

El Asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en la edad pediátrica, con gran impacto social, económico y emocional, repercutiendo en los niveles de actividad de los niños, causa común de atención médica, internamiento hospitalario y ausentismo escolar.

Durante el año de 1998, el Asma representó en la U.M.F No 20 del I.M.S.S., un total de 1264 consultas de las 347 467 otorgadas en dicho año, significando un 3% de la demanda de consulta general, de éstas, las de primera vez representaron un 2% con 264 consultas de las 115 994 otorgada en este año, las subsecuentes fueron un 4% con 1000 consultas de 231 473. (2)

Según registros del I.M.S.S. (4), el Asma ocupa el lugar número 18 como causa de hospitalización. Estos datos ponen de relieve la importancia de una buena atención médica, para un buen control del padecimiento.

La alternativa propuesta para lograrlo, es el Abordaje Integral de la Salud Familiar (AISFA) en la práctica diaria del médico familiar, siendo un modelo de atención médica, implementado por el Dr. Arturo Cerda Ochoa, en al U.M.F. No. 20 del I.M.S.S. (1). Este método es un proceso educativo, terapéutico, integrador con medidas predominantemente preventivas, que estudia al individuo y a su familia en 3 ejes y 3 momentos, donde cada eje es el producto de la interacción dialéctica de sus componentes.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

HISTORIA

El término “Asthma”, aparece desde la época más remota en la literatura médica; su definición se remonta a los caldeos y egipcios. Su significado se deriva de la cultura griega y traduce un estado “jadeante o anhelante”.

Hipócrates menciona el término en algunos de sus aforismos. Areteo de la Padocia, en el segundo siglo de la era cristiana contemporáneo de Galeno, fue el primero en descubrir con acierto un acceso de asma.

Celso consideró tres variedades en la dificultad de la respiración: disnea, asma y ortopnea, considerándosele más como un síntoma, que como una enfermedad.

Helmont, a principios del siglo XVII, desarrolla la primera hipótesis sobre la patogenia del asma, invocando la intervención de espíritus en las alteraciones de los bronquios finos.

John Fleyer, en 1698, siendo un asmático, publicó su libro sobre asma, siendo aceptado por 100 años.

Reisseisen, en 1822, después de estudiar con detalle las fibras musculares de los bronquios, propone la teoría del broncoespasmo.

A principios de este siglo, los autores alemanes experimentan alrededor de los factores que suceden: el bronco espasmo y la congestión de la mucosa bronquial.

Meitzezen deduce que la patogenia del asma está en relación con los fenómenos de la anafilaxia.

Se empiezan a usar los "test" cutáneos con sustancias proteínicas por Noen en Inglaterra y por Cooke, Scheless y Walker en Estados Unidos. Con estos trabajos se inicia la época actual de los alergistas.

DEFINICION

Es un padecimiento crónico recurrente de intensidad variable, caracterizado por el estrechamiento u obstrucción de las vías respiratorias bajas, acompañado de hiperactividad bronquial, posterior a la exposición de varios estímulos (alergenos, infección viral, ejercicio, aire, frío, pólenes irritantes), con presencia de disnea paroxística, sibilancias y tos en accesos, pudiendo ser reversibles en forma espontánea o con tratamiento. (3,-,6,7)

FRECUENCIA

El asma bronquial aparece a cualquier edad, predominando en los primeros años de la vida. Al rededor del 50 % de los casos ocurre antes de los 10 años. Durante la niñez hay un predominio de 2:1 en varones (12).

Según algunos estudios (4, 12) su prevalencia varia entre 3 a 7% y 5 a 10% y, según registros del I.M.S.S. (4), ocupa el lugar número 18 como causa de hospitalización. La atención por asma en menores de 15 años, se han mantenido estables, representando un 4% de las consultas de primera vez otorgadas en el periodo de 1994 (4, 12).

La frecuencia de atención por esta causa disminuye entre los 15 y 24 años de edad. Se encontró que de agosto a noviembre se presentó un aumento significativo de la demanda de atención por asma (12).

La mortalidad nacional por esta causa ha disminuido de 3.5 por 100 000 habitantes en 1987 a 2.9 por 100 000 habitantes en 1993 (12).

ETIOLOGIA (3,6, 7-21)

El asma es una enfermedad multifactorial, siendo difícil definir su etiología, sin embargo, es importante apuntar que el común denominador que se encuentra en la producción de la crisis asmática es una hiperirritabilidad inespecífica del árbol traqueobronquial.

CLASIFICACION ETIOLOGICA (5)

Asma alérgica (extrínseco)

- Tipo I (inmediato)
- Tipo II (mediato por inmunocomplejos)

- Asma Idiopático (intrínseco, infeccioso)
- Mixto
- Inducido por aspirina
- Inducido por ejercicio
- Laborar (ocupacional)

FACTORES PREDISPONENTES (3, 6, 21)

Son los estímulos que aumentan la reacción de las vías respiratorias y propician episodios de asma. Se pueden agrupar en siete categorías principales:

1. Alergenos
2. Farmacológicos
3. Ambientales
4. Ocupacionales
5. Infecciones
6. Ejercicio
7. Tensión emocional

CUADRO CLINICO (8, 9-15)

Se debe fundamentalmente a los diferentes grados de obstrucción de las vías respiratorias como consecuencia del espasmo de la musculatura lisa, del edema de la mucosa y de la hipersecreción de moco.

CLASIFICACION CLINICA DEL ASMA (5 – 10 – 11)

Asma Leve:

- No falta el aire
- Sibilancias escasas
- Tos
- Conciencia normal
- Responde a broncodilatadores
- Cianosis ausente

Asma Moderada

- Disnea moderada
- Sibilancias abundantes inspira-expiratorias
- Tos frecuente
- Irritable
- Cianosis mínima

Asma Severa

- Franca disnea
- Abundantes sibilaciones audibles a distancia con hiperventilación
- Sopor y como A
- Cianosis generalizada
- Pulso paradójico presente

TRATAMIENTO (16, 17, 19, 20)

Los criterios terapéuticos en el asma propuestos por los autores contemplan tres aspectos importantes:

- I. Enseñanza al enfermo
- II. Control Ambiental
- III. Agentes Farmacológicos

1. **Enseñanza al enfermo**
2. Naturaleza de la enfermedad
3. Método de tratamiento
4. Identificación de tratamientos tempranos de la exacerbación
5. Vigilancia del flujo máximo en el hogar.
6. Medicamentos: naturaleza, usos, efectos adversos
7. Medicamentos: aspectos técnicos (empleo del inhalador)

Control Ambiental

1. “Inductores”, sensibilizantes alérgicos y sustancias químicas
2. Agentes que desencadenan broncoespasmos
3. Medicamentos y aditivos de alimentos

Tratamiento Medicamentoso

- Fase 1 Agonista beta, según sea necesario
- Fase 2 Agentes profilácticos inhalados. cromolin sódico, corticoesteroide inhalado
- Fase 3 corticoesteroide inhalada en altas dosis
- Fase 4 Corticoesteroide ingerido
- Fase 5 Broncodilatador adicional (se agrega su uso en cualquier momento de la Fase 2)
Cambio de agonista beta, teofilina, anticolinérgico
- Fase 6 Tratamiento de las exacerbaciones se agrega comolin o esteroide inhalado o se duplica su dosis. Prednisona de 30 a 40 mg/día.

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD FAMILIAR (AISFA)

Propuesta metodológica que consiste en un proceso educativo, terapéutico que aborda a la familia en 3 ejes y 3 momentos.

La estrategia general del AISFA, consiste en reunir grupos de familias que comparten un proceso fisiológico o funcional, o bien un proceso patológico o disfuncional; se trabaja con ellos para que mediante la interacción entre sí y con un equipo de salud, alcancen objetivos específicos (aspectos biológicos, psicológicos y sociales del padecimiento) en un tiempo determinado (1).

Este abordaje integral de la salud se da con 3 ejes y 3 momentos.

Los 3 ejes constituidos por:

EJE DE LAS ESFERAS:

Esfera Biológica. Investiga los problemas de orden orgánico que pudiera padecer el individuo.

Esfera Psicológica. Estudia la repercusión que tiene al presentarse un proceso fisiológico o patológico en un individuo. Como es entendido y comprendido el proceso: tipo de personalidad, stress, depresión.

Esfera Social. Indaga la repercusión referente a la relación con quienes lo rodean, la modificación del rol al presentarse el proceso y la nueva actitud hacia la familia.

EJE DE LOS AMBITOS:

Ambito Psicosocial (dimensión individual). Se ubica al individuo con su familia, desde el punto de vista biológico se investigan antecedentes, principio, evolución y estado actual del proceso patológico. Desde el punto de vista psicosocial se estudia la conducta del individuo en función del proceso (enfermedad) que presenta el desarrollo con su medio familiar, reacciones de segregación y sometimiento.

Ambito Sociodinámico. Desde el punto de vista biológico se investiga la participación de la familia en el origen del evento (factor de riesgo), la participación facilitadora o entorpecedora en el manejo del evento. Desde el punto de vista psicosocial se indaga la capacidad de la familia para cumplir las funciones sociales de formar individuos sanos física y psicológicamente.

Ambito Institucional. Se estudia a la familia en su contexto histórico y social, incluye determinantes socioeconómicos y culturales de la salud enfermedad, como son: posición que ocupa en el proceso de producción, procedencia de la familia de origen, tipo de vivienda y los servicios que contenga ésta.

EJE DE FUNCIONES:

Función Docente. Se pretende educar a los pacientes y a sus familiares por medio del proceso enseñanza – aprendizaje, esto con miras a promover el fenómeno de salud a través del aprendizaje grupal. Se investiga la existencia de procesos formales de educación continua al personal de salud y al paciente.

Función Asistencial. Llamada también de servicio, representa la forma como se ha integrado la docencia a la investigación para resolver los problemas de salud – enfermedad. Se investiga la organización y capacidad para otorgar el servicio, redes de apoyo al paciente y la infraestructura hospitalaria.

Función Investigativa Por medio de ésta se descubren las leyes que gobiernan a los procesos existentes en el universo, pudiendo discernir los distintos comportamientos e intervenir en la modificación a partir de la manipulación de las causas, con el objeto de transformar la realidad en beneficio del hombre, investigando la coherencia clínica diagnóstica o coherencia diagnóstica terapéutica.

Los tres momentos se encuentran constituidos por momentos diagnóstico. Se realiza entrelazando los 3 ejes anteriormente descritos.

Momento Pronóstico

Se efectúa una evaluación del individuo (caso pista) en lo biológico, psicológico y social. La evolución de la familia en función de las interacciones de sus miembros (pronóstico sociodinámico).

La evolución de la familia como institución (en lo económico y socio cultural), así como predecir la posibilidad de manejo integral y sus modalidades

Agotando el momento diagnóstico y elaborado el momento pronóstico, se realiza el momento terapéutico (manejo integral), el cual se desarrolla en 2 instancias: educativa y terapéutica o profiláctica.

I. Instancia educativa comprende 2 fases

- a) intensiva
- b) intermitente

a) Fase intensiva

Se realiza con un grupo de familias (15 a 29), consta de 5 sesiones de 90 minutos cada una, promoviendo el aprendizaje grupal del proceso patológico o disfuncional.

b) Fase intermitente

Se citan a las familias cada semana durante 4 semanas, cada 15 días durante 2 meses y cada mes durante 2 meses.

II. Instancia Terapéutica o profiláctica, tiene 3 niveles

- a) Nivel terapéutico o profiláctico individual (incluye las 3 esferas)
- b) Nivel terapéutico o profiláctico familiar (incluye las 3 esferas)
- c) Nivel terapéutico o profiláctico situacional (se estima nivel económico o socio cultural, relacionado con el proceso que se aborda).

Esta instancia es terapéutica cuando el proceso que se aborda es patológico o disfuncional (recuperar la salud), o profiláctico cuando el proceso abordado es fisiológico o funcional (conservar la salud).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es posible que disminuyan de manera estadísticamente significativo el número de crisis asmáticas en niños enfermos menores de 15 años de edad. cuando son manejados por el abordaje integral de la salud familiar (AISFA), a diferencia de aquellos casos abordados por el proceso biológico tradicional?

HIPOTESIS:

Alternativa (H_i)

- Las familias asmáticas cuando son abordadas de manera integral, presentan una disminución estadísticamente significativa en el número de crisis asmáticas

De Nulidad (H₀)

- Las familias asmáticas cuando son abordadas de manera integral, no presentan una disminución estadísticamente significativa en el número de crisis asmáticas

MATERIAL Y METODOS

Características del Estudio:

Periodo en que se capta la información:	Prospectivo
Evolución del Fenómeno:	Transversal
Comparación de la población	Descriptivo
Causalidad.	Causa – Efecto
Interferencia del investigador:	Observacional

Universo del estudio:

Constituido por un total de 40 familias asmáticas adscritas a la UMF No 20, Delegación I Noroeste del D.F. del IMSS, las cuales fueron seleccionadas de la consulta externa de ambos turnos y divididos de forma aleatoria en dos grupos de 20 familias cada uno, siendo denominados grupo control y grupo de estudio respectivamente, seleccionadas con base a los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Familias asmáticas cuyo miembro asmático este bajo control por médico familiar. por un mínimo de 6 meses.
- Familias asmáticas, cuyo miembro asmático tenga entre 0-14 años de edad
- Familias asmáticas cuyo miembro asmático presente más de 5 crisis asmáticas al año.

Criterios de No inclusión:

- Familias asmáticas cuyo miembro asmático tenga más de 14 años de edad.

- Familias asmáticas cuyo miembro asmático no esté bajo control por médico familiar
- Familias asmáticas no adscritas a la U.M.F. No 20.

Criterios de exclusión:

- Familias asmáticas que abandonen el tratamiento durante el proceso.
- Pacientes asmáticos que dejen de pertenecer al IMSS durante el abordaje.
- Pacientes asmáticos que fallezcan durante el proceso.

Método:

Ya integrados los grupos a cada miembro de las familias asmáticas de ambos grupos. previa autorización se les aplicó los siguientes cuestionarios (Evaluación Inicial).

- A) Historia Clínica y Familiograma (VID INFRA Anexo 1)
- B) Conocimientos generales y manejo sobre el asma (VID INFRA Anexo 2)
- C) Evaluación del estado del paciente asmático (VID INFRA Anexo 3)
- D) Alteraciones psicosociales (ámbito individual) (VID INFRA Anexo 4)
- E) Funcionalidad de las familias asmáticas; Mapas Familiares (VID INFRA Anexo 5)

Una vez concluida esta etapa se enviará al grupo control a la consulta con el médico familiar para su tratamiento y al grupo de estudio se le aplicará el AISFA.

Proceso Educativo.- Las familias del grupo de estudio serán sometidas al manejo integral por un periodo de 3 meses, este manejo consta de 3 fases.

- Fase I: Educación para la salud (intensiva)
- Fase II: Desarrollo grupal (intermitente)
- Fase III: Manejo familiar (sostén)

Durante la Fase I se realizaron 5 sesiones de 90 minutos cada una, durante la primera semana, utilizando la técnica de aprendizaje grupal (laboratorio), donde se promueve la

integración grupal y la educación sobre aspectos biológicos y psicológicos del paciente, apoyados por material escrito (VID INFRA Anexos 6-7)

En estas 5 sesiones iniciales se trataron los siguientes temas

- Sesión I: Definición, distribución, etiología y fisiopatología del Asma
- Sesión II: Signos y síntomas del asma
- Sesión III: Complicaciones del asma
- Sesión IV: Manejo del asma
- Sesión V: Dieta y ejercicio

La Fase II (intermitente) estuvo constituida por 6 sesiones con duración de 120 minutos cada una, citando a las familias una vez por semana durante 6 semanas, con el propósito de intercambio de experiencias y conocimientos obtenidos durante el proceso para proponer alternativas de solución, continuando así con la tarea correctora.

La Fase III (sostén) estuvo constituida por 4 sesiones de 90 minutos cada una, citando a las familias cada 15 días el primer mes y posteriormente mensualmente durante 2 meses, con el objeto de someterlas a un proceso corrector de objetivos y tiempo limitados para tratar la problemática familiar.

Al terminar este proceso corrector, se aplicó nuevamente el cuestionario 2 y 3 al miembro asmático de cada familia de ambos grupos (control y estudio), para su evaluación final.

El proceso de elaboración de datos se realizó mediante frecuencias, promedios y porcentajes, presentado los resultados en gráficas de barras, polígono de frecuencias e histogramas. El significado estadístico se buscó por la prueba de Mac Nemer.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Se estudiaron un total de 40 familias asmáticas, adscritas a la U.M.F No 20 Delegación I Noroeste del D.F. IMSS, las cuales fueron divididas en dos grupos de 20 familias cada uno, denominándoles grupo control y grupo de estudio respectivamente. Las familias de ambos grupos fueron clasificadas de acuerdo a la edad y sexo del miembro asmático, quedando constituidos los grupos de la siguiente manera

En ambos grupos fueron tomados 3 subgrupos con una amplitud de clase en cada subgrupo de 5 años; en el grupo control predomina la clase de 5-9 años con 8 pacientes (40%), la clase de 0-4 años con 7 pacientes (35.5%) y la clase 10-14 años con 5 pacientes (25%), así como la distribución por sexo fue más frecuente en el masculino con un total de 14 casos (70%), en comparación con el femenino con un total de 6 pacientes (30%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 1

En el grupo de estudio continuó siendo la clase de 5-9 años, la más frecuente, con 11 pacientes (55%), la clase 0-4 con 5 pacientes (25%) y la clase 10-14 años con 4 pacientes (20%); en cuanto al sexo predominó el masculino con 12 miembros (60%) en relación con el sexo femenino que presentó 8 casos (40%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 2

De acuerdo a las crisis presentadas en los últimos 6 meses por edad, los resultados encontrados en el grupo control antes de la aplicación del proceso correctivo de objetivos y duración limitados, fue un predominio del número de crisis 1-2 con 14 casos (70%) sucediendo con mayor frecuencia en la clase 5-9 años con 6 casos (30%), seguido de la clase 0-4 y 10-14 con 4 casos (20%) respectivamente VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 4

En el grupo de estudio antes del proceso corrector predominaron las crisis de 1-2 en 10 casos (50%), siendo más frecuentes en la clase 5-9 con 5 casos (25%), seguido de la clase 0-4 años con 3 casos (15%). el número de crisis 3-4 fue de 6 casos (30%) predominando la clase 5-9 años con 3 casos (15%) y sin presencia de crisis sólo en 2 casos (10%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 5

Después de la aplicación del proceso corrector de objetivos y duración limitados en el grupo de estudio observamos que el número de crisis de 1-2 se presentó en 12 casos (60%), predominando la clase 5-9 años con 6 casos (30%) y sin presentar crisis en 7 casos (35%), respectivamente principalmente por la clase 5-9 con 4 caos (20%) VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No 5.

En cuanto al tratamiento utilizado en el control de las crisis antes de aplicar el proceso educativo, el tratamiento más utilizado en el grupo control fue el salbutamol inhalado en 10 pacientes (50%), seguido del mucolítico 5 pacientes (25%) y sin tratamiento sólo 2 pacientes (10%). En contraste con el grupo estudio, donde continuó el predominio del salbutamol inhalado con 9 pacientes (45%) también seguido del mucolítico 6 pacientes (30%) y sin tratamiento sólo 1 pacientes (5%). Después de aplicar el proceso educativo los resultados fueron: en el grupo control el tratamiento más utilizado continuó siendo el salbutamol inhalado con 8 pacientes (40%), seguido del mucolítico 6 pacientes (30%) y sin tratamiento 1 paciente (5%); en comparación con el grupo de estudio donde el salbutamol inhalado fue utilizado en 2 pacientes (10%), el mucolítico 8 pacientes (40%) y sin tratamiento 10 pacientes (50%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 6

Por lo que respecta al tipo de alteraciones del ámbito individual se clasificaron de la siguientes manera: en el grupo control el carácter autoritario fue el que se presentó más con 7 pacientes (35%), seguido de recibe trato privilegiado con 6 pacientes (30%), en tanto que carácter normal sólo 2 pacientes (10%). En el grupo de estudio el carácter berrinchudo fue el de mayor presentación con 7 pacientes (35%) seguido del caracter autoritario con 6 pacientes (30%) y el carácter normar en 2 pacientes (10%) Después de aplicar el proceso corrector de objetivos y duración limitados, en el grupo control se observó que el tipo de

carácter autoritario permaneció sin cambios 7 pacientes (35%), seguido de recibe trato privilegiado en 7 pacientes (35%) y carácter normal continuó con 2 pacientes (10%), en el grupo de estudio predominó el carácter normal con 13 pacientes (65%), el carácter autoritario en 3 pacientes (15%) y carácter berrinchudo con 2 pacientes (10%) VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No 7

Para determinar la funcionalidad de las familias asmáticas, se aplicó un cuestionario, investigando nivel de jerarquía, fronteras externas, fronteras entre subsistemas, fronteras individuales y alianzas, ponderando una puntuación de 0-8 para familias disfuncionales, 9-14 para familias moderadamente disfuncionales y 15-20 para familias funcionales.

En el grupo control antes del proceso corrector de tiempo y objetivos limitados, predominaron las familias moderadamente disfuncionales, con 17 casos (85%) y disfuncionales 3 casos (15%), no existiendo familias funcionales. Después de la aplicación del proceso correctivo continuaron predominando las familias moderadamente disfuncionales con 16 casos (80%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 8

En el grupo de estudio antes del proceso correctivo, se encontró con mayor frecuencia las familias moderadamente disfuncionales con 17 casos (85%), continuando las disfuncionales en 2 casos (10%) y funcional en un caso (5%). Después de la aplicación del proceso correctivo, continuó el predominio de las familias moderadamente disfuncionales con 18 casos (90%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 9

Por lo que respecta al conocimiento y manejo del asma, se encontró en el grupo control al inicio del estudio que 11 familias (55%) aprobaron y 9 familias (45%) reprobaron y en el grupo de estudio fueron 10 familias (50%) aprobadas y reprobadas similarmente. Al final del estudio y después de aplicar el proceso educativo se observó en el grupo control que aprobaron 9 familias (45%) y reprobaron 11 (55%), y en el grupo de estudio aprobaron 19 familias (95%), reprobando una sola familia (5%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 10

El total de familias que aprobaron al inicio del estudio fueron 21 (52.5 %), reprobando 19 (47.5%) y el total de familias que aprobaron posterior a la aplicación del proceso educativo fueron 28 (70%), reprobando 12 (30%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 11

CUADROS Y GRAFICOS

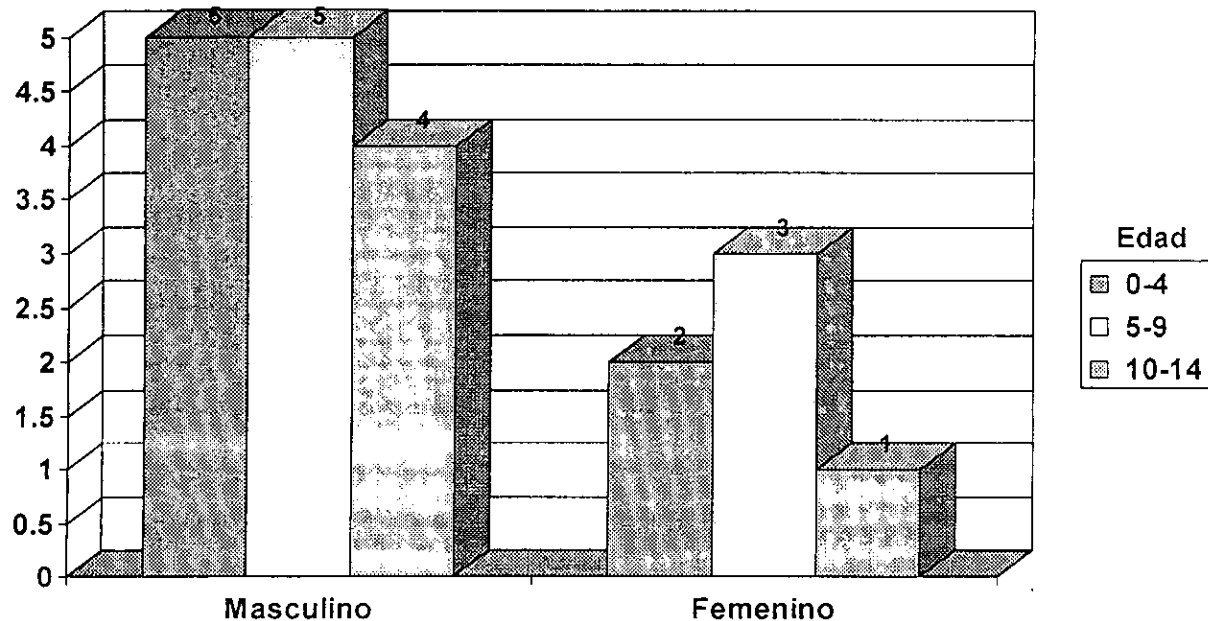
(Cuadro No. 1)

PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL DE ACUERDO A EDAD Y SEXO EN EL GRUPO DE CONTROL

Grupo de edad	S E X O				TOTAL	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
0-4	5	25	2	10	7	35.5
5-9	5	25	3	15	8	40
10-14	4	20	1	5	5	25
TOTAL	14	70	6	30	20	100

Fuente: Historia Clínica y Familiograma (Anexo 1)

(Gráfico No. 1)
**PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL DE ACUERDO
A EDAD Y SEXO EN EL GRUPO DE CONTROL**



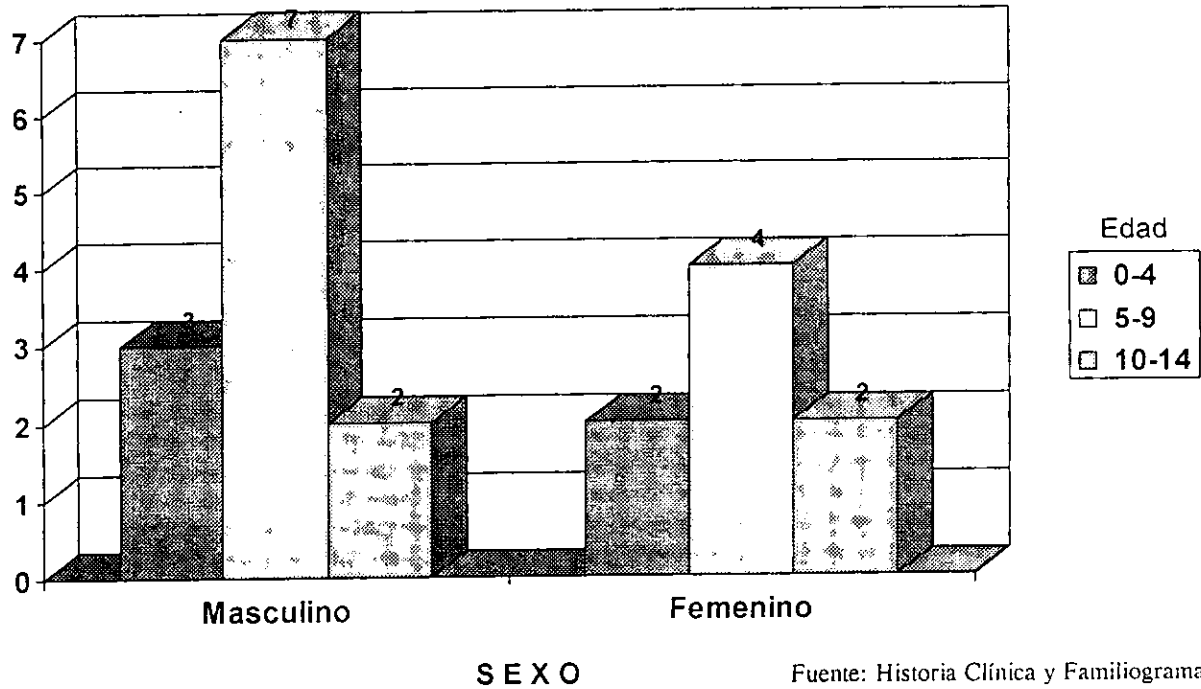
(Cuadro No. 2)

PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL DE ACUERDO A EDAD Y SEXO EN EL GRUPO DE ESTUDIO

Grupo de edad	S E X O				TOTAL	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
0-4	3	15	2	10	5	25
5-9	7	35	4	20	11	55
10-14	2	10	2	10	4	20
TOTAL	12	60	8	40	20	100

Fuente: Historia Clínica y Familiograma (Anexo 1)

(Gráfico No. 2)
**PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL DE ACUERDO
 A EDAD Y SEXO EN EL GRUPO DE ESTUDIO**



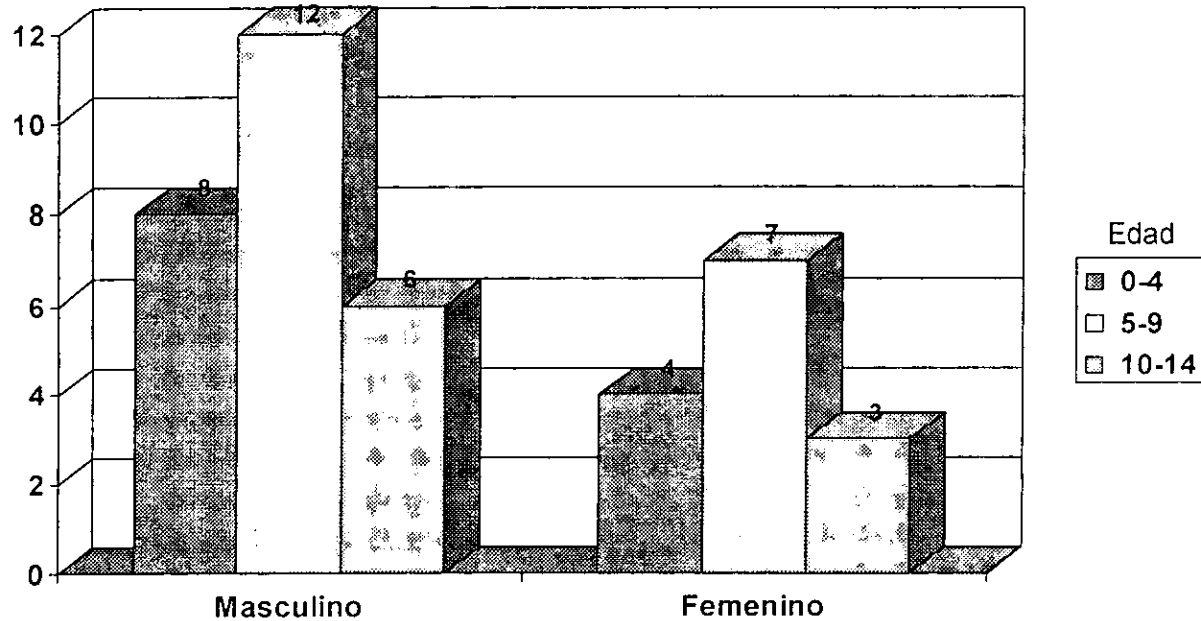
(Cuadro No. 3)

PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL DE ACUERDO A EDAD Y SEXO GLOBAL

Grupo de edad	S E X O				TOTAL	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
0-4	8	20	4	10	12	30
5-9	12	30	7	17,5	19	47,5
10-14	6	15	3	7,5	9	22,5
TOTAL	26	65	14	35	40	100

Fuente: Historia Clínica y Familiograma (Anexo 1)

(Gráfico No. 3)
**PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL DE ACUERDO
 A EDAD Y SEXO**



SEXO

Fuente: Historia Clínica y Familiograma (Anexo 1)

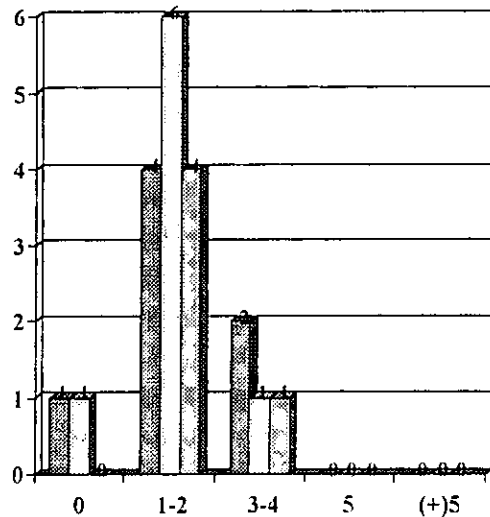
(Cuadro No. 4)

**CRISIS PRESENTADAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES POR EDAD
GRUPO CONTROL**

EDAD	A N T E S								D E S P U E S											
	Número de Crisis								Número de Crisis											
	0		1-2		3-4		5		+5		0		1-2		3-4		5		+5	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	No.	No.	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	No.		
0-4	1	5	4	20	2	10	0	0	1	5	5	25	1	5	0	0				
5-9	1	5	6	30	1	5	0	0	0	0	7	35	1	5	0	0				
10-14	0	0	4	20	1	5	0	0	0	0	4	20	1	5	0	0				
TOTAL	2	10	14	70	4	20	0	0	1	5	16	80	3	15	0	0				

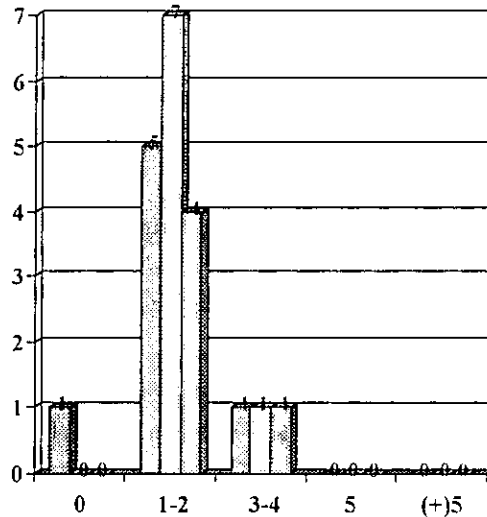
Fuente: Cuestionario, Evaluación del Estado del Paciente Asmático (Anexo 3)

(Gráfico No. 4)
CRISIS PRESENTADAS EN LOS ULTIMOS SEIS MESES POR EDAD Y SEXO
(GRUPO CONTROL)



■ 0-4 □ 5-9 □ 10-14

ANTES



■ 0-4 □ 5-9 □ 10-14

DESPUES

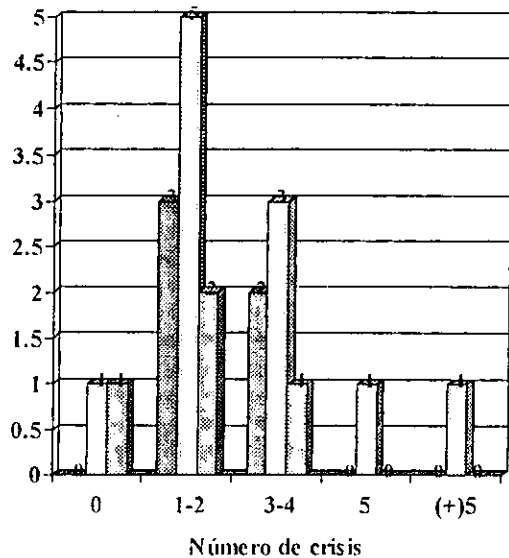
(Cuadro No. 5)

**CRISIS PRESENTADAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES POR EDAD
GRUPO DE ESTUDIO**

EDAD	A N T E S										D E S P U E S									
	Número de Crisis										Número de Crisis									
	0		1-2		3-4		5		+5		0		1-2		3-4		5		+5	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	No.		
0-4	0	0	3	15	2	10	0	0	0	0	1	5	4	20	0	0	0	0		
5-9	1	5	5	25	3	15	1	5	1	5	4	20	6	30	1	5	0	0		
10-14	1	5	2	10	1	5	0	0	0	0	2	10	2	10	0	0	0	0		
TOTAL	2	10	10	50	6	30	1	5	1	5	7	35	12	60	1	5	0	0		

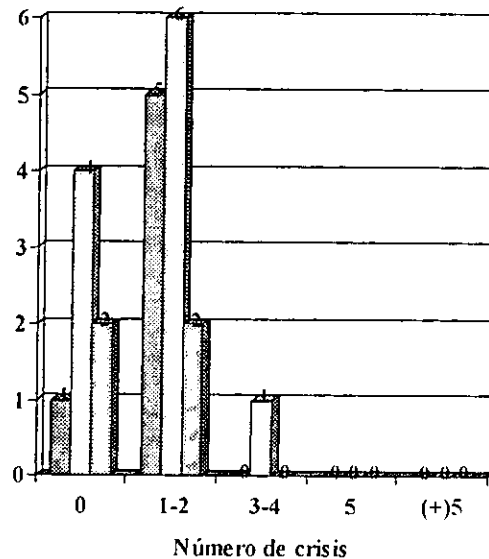
Fuente: Cuestionario, Evaluación del Estado del Paciente Asmático (Anexo 3)

(Gráfico No. 5)
**CRISIS PRESENTADAS EN LOS ULTIMOS SEIS MESES POR EDAD
 (GRUPO ESTUDIO)**



■ 0-4 □ 5-9 ▣ 10-14

ANTES



■ 0-4 □ 5-9 ▣ 10-14

DESPUES

Fuente: Cuestionario, Evaluación del Estado del Paciente Asmático (Anexo 3)

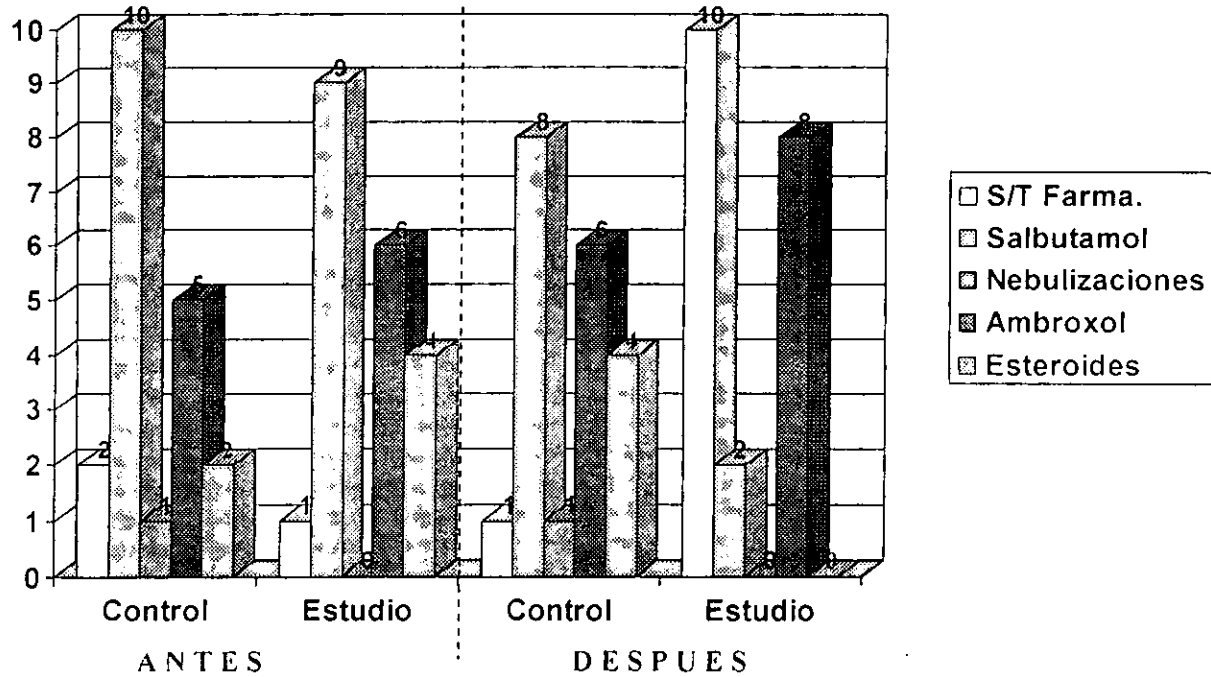
(Cuadro No. 6)

TRATAMIENTO UTILIZADO EN EL CONTROL DE LAS CRISIS

Tipo de Tratamiento	ANTES				DESPUES			
	Control		Estudio		Control		Estudio	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sin tratamiento farmacológico	2	10	1	5	1	5	10	50
Salbutamol inhalado	10	50	9	45	8	40	2	10
Nebulizaciones con Salbutamol	1	5	0	0	1	5	0	0
ucolitico (ambroxol)	5	25	6	30	6	30	8	40
Esteroides inhalados	2	10	4	20	4	20	0	0
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100

Fuente Cuestionario Conocimientos Generales y Manejo del Asma (Anexo 2)

(Gráfico No. 6)
TRATAMIENTO UTILIZADO EN EL CONTROL DE LA CRISIS



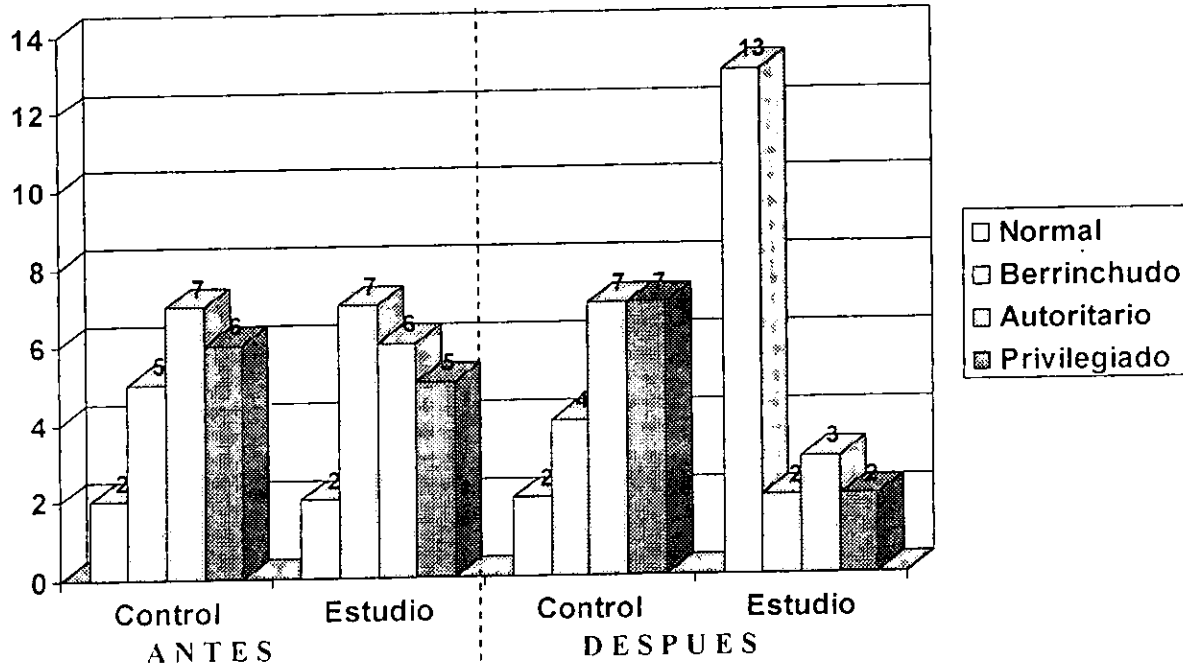
(Cuadro No. 7)

ALTERACIONES DEL AMBITO INDIVIDUAL

Tipo de Caracter	ANTES				DESPUES			
	Control		Estudio		Control		Estudio	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	2	10	2	10	2	10	13	65
Berrinchudo	5	25	7	35	4	20	2	10
Autoritario	7	35	6	30	7	35	3	15
Recibe trato privelegiado	6	30	5	25	7	35	2	10
TOTAL	20	100	20	100	20	100	20	100

Fuente: Alteraciones Psicosociales (Anexo 4)

(Gráfico No. 7)
ALTERACIONES DEL AMBITO INDIVIDUAL



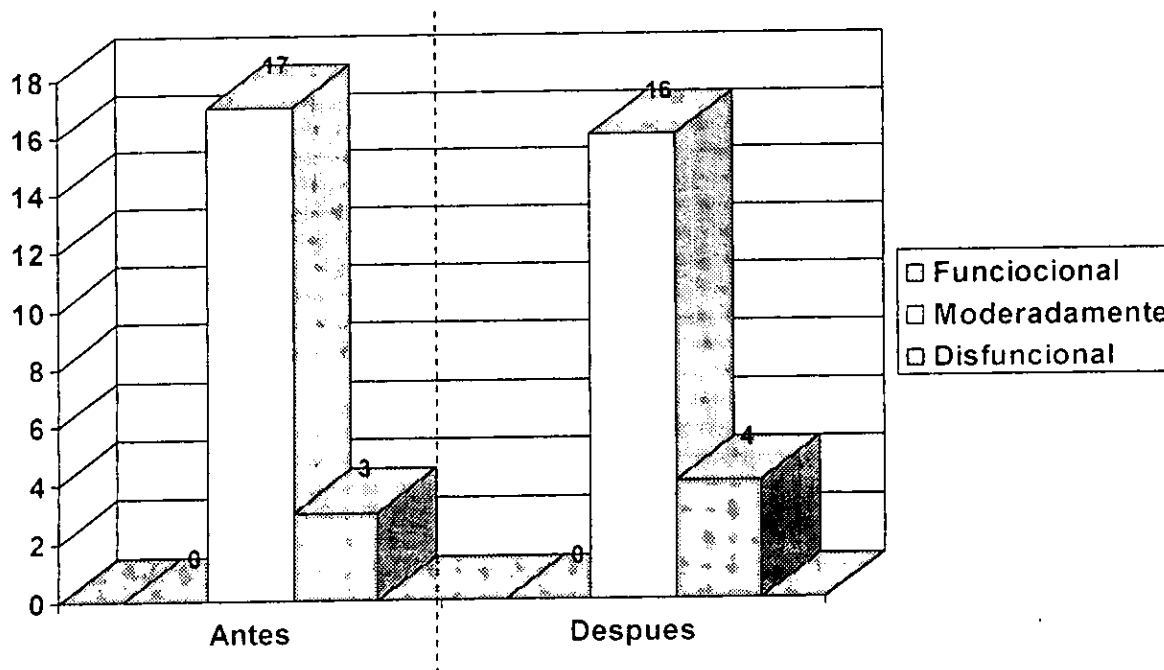
(Cuadro No. 8)

**FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS ASMATICAS
GRUPO CONTROL**

* Funcionalidad Familiar	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Funcional	0	0	0	0
Moderadamente Funcional	17	85	16	80
Disfuncional	3	15	4	20
TOTAL	20	100	20	100

Fuente: Cuestionario Funcional de las Familias Asmáticas (Anexo 5)

(Gráfico No. 8)
**FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS ASMATICAS
GRUPO CONTROL**



Fuente: Cuestionario. Funcionalidad de las Familias Asmáticas (Anexo 5)

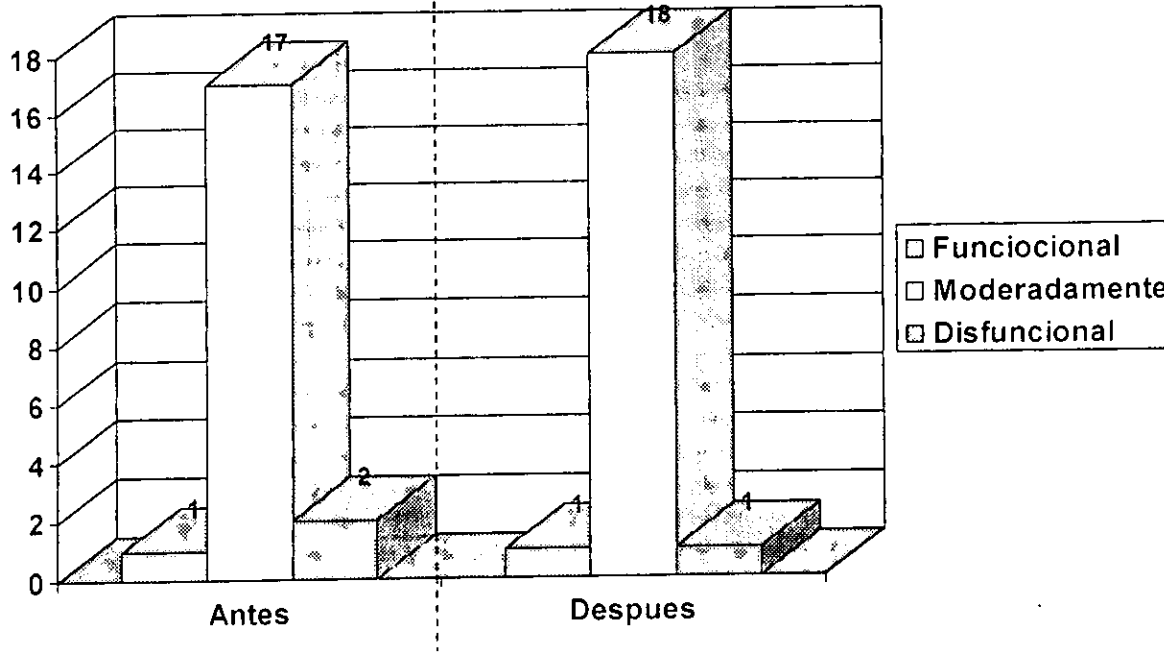
(Cuadro No. 9)

**FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS ASMATICAS
GRUPO ESTUDIO**

Funcionalidad Familiar	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Funcional	1	5	1	5
Moderadamente Funcional	17	85	18	90
Disfuncional	2	10	1	5
TOTAL	20	100	20	100

Fuente: Cuestionario Funcional de las Familias Asmáticas (Anexo 5)

(Gráfico No. 9)
FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS ASMATICAS
GRUPO ESTUDIO



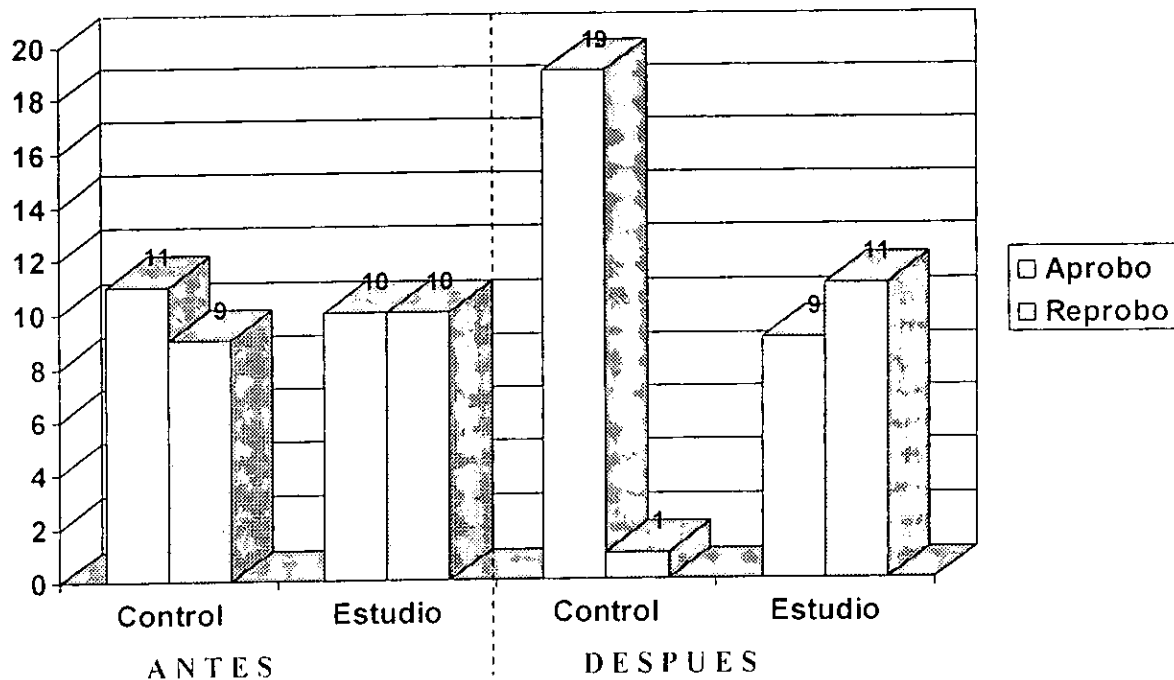
(Cuadro No. 10)

CONOCIMIENTOS Y MANEJO DEL ASMA EN GRUPO CONTROL Y ESTUDIO

	ANTES				DESPUES			
	Aprobo		Reprobo		Aprobo		Reprobo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CONTROL	11	55	9	45	9	45	11	55
ESTUDIO	10	50	10	50	19	95	1	5
TOTAL	21	52.5	19	47.5	28	70	12	30

Fuente: Cuestionario Conocimientos Generales y Manejo del Asma (Anexo 2)

(Gráfico No. 10)
**CONOCIMIENTOS Y MANEJO DEL ASMA EN GRUPO
 CONTROL Y ESTUDIO**



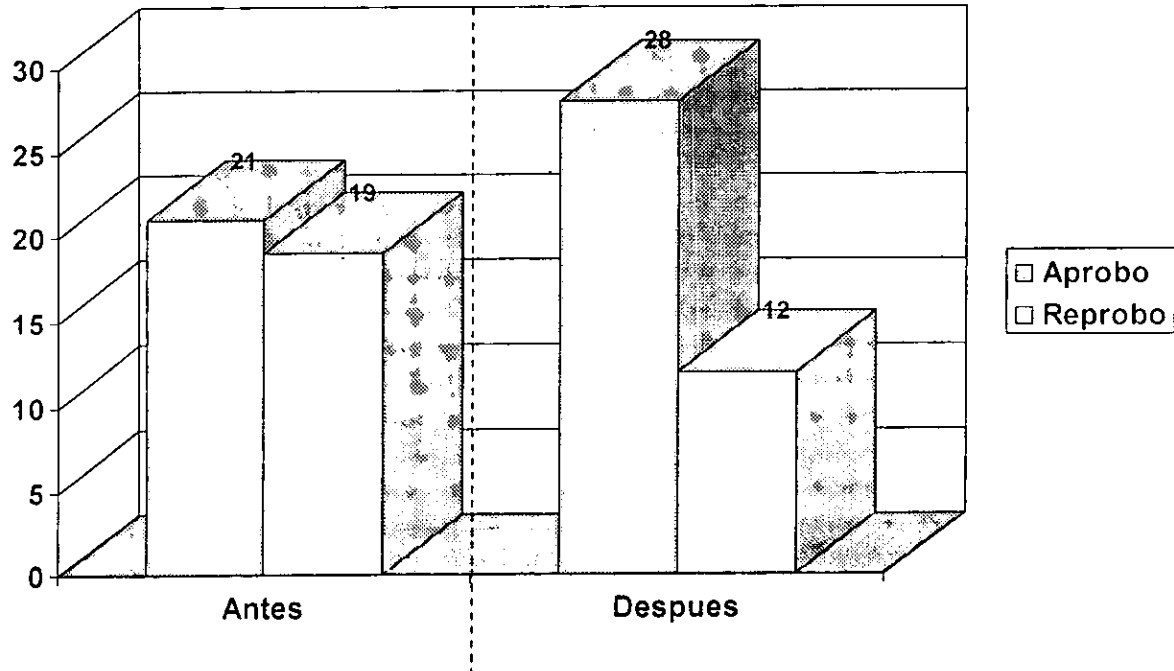
(Cuadro No. 11)

CONOCIMIENTOS Y MANEJO DEL ASMA GLOBAL

	ANTES		DESPUES	
	No.	%	No.	%
APROBO	21	52.5	28	70
REPROBO	19	47.5	12	30
TOTAL	40	100	40	100

Fuente: Cuestionario Conocimientos Generales y Manejo del Asma (Anexo 2)

(Gráfico No. 11)
CONOCIMIENTOS Y MANEJO DEL ASMA GLOBAL



ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Las familias asmáticas fueron clasificadas de acuerdo a la edad y sexo, encontrando que la clase de 5-9 años, fue la que más pacientes aportó en ambos grupos con 19 pacientes (47%), seguidos de las clase 0-4 años con 12 pacientes (30%), en cuanto al sexo predominó el masculino con 26 pacientes (65%), en relación al femenino que aportó 14 pacientes (40%). Lo anterior coincide con lo referido en la literatura de que el asma bronquial aparece a cualquier edad pero alrededor del 50% de los casos ocurren antes de los 10 años de edad y que durante la niñez existe un predominio en varones 2:1. VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 3

De acuerdo a las crisis presentadas en los últimos 6 meses por edad antes de la aplicación del proceso correctivo de objetivos y duración limitados en el grupo control el predominio fue del número de crisis 1-2 con 14 casos (70%) , ocurriendo con mayor frecuencia en la clase 5-9 años, con 6 casos (30%), el número de crisis 3-4 con 4 casos (20%) y sin crisis en 2 casos (10%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 4

En el grupo de estudio también predominó el número de crisis 1-2 en 10 casos (50%), con mayor ocurrencia en la clase 5-9 años, con 5 casos (25%), el número de crisis 3-4 fue de 6 caos (30%) y sin crisis 2 casos (10%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 5

Después de la aplicación del proceso corrector de objetivos y duración limitados, en el grupo de control encontramos el número de crisis 1-2 con 16 casos (80%), con un aumento del 10% en éstas crisis y en el grupo de estudio hubo una disminución del número de crisis 3-4, con un caso (5%) representando un 25% de disminución de éstas crisis. En el número de crisis 1-2 se presentaron 12 casos (60%), significando un aumento de 2 casos (10%) en estas crisis; en cuanto a no presentar crisis fueron 7 casos (35%) con un incremento de 5 casos (25%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 5

En lo anterior observamos un incremento de pacientes sin presentar crisis y una disminución de crisis 3, 4, 5 y más de 5, esto puede ser explicado por la aplicación del proceso corrector de objetivos y duración limitados, las familias conocen y entienden mejor su patología, pudiendo evitar los factores desencadenantes y aminorar las crisis, operando una conducta de autocuidado.

En cuanto al tratamiento utilizado en el control de las crisis antes de aplicar el proceso educativo el tratamiento más utilizado fue el salbutamol inhalado, con 10 pacientes (50%) en el grupo control y 9 pacientes (45%) en el grupo de estudio. Después de aplicar el proceso educativo el tratamiento más utilizado en el grupo control continuó siendo el salbutamol inhalado con 8 pacientes (40%), en comparación con el grupo de estudio donde el salbutamol inhalado fue utilizado en 2 pacientes (10%), mientras que sin tratamiento fueron 10 pacientes (50%) con un avance de 9 pacientes (45%) Esto refleja que la educación de la familia es esencial para obtener un buen manejo del padecimiento al comprender la fisiopatología y farmacología, no caen en el abuso del medicamento. VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 6

Por lo que respecta al tipo de alteración del ámbito individual, en el grupo control prevaleció el carácter autoritario con 7 pacientes (35%) antes y después del proceso corrector; recibe trato privilegiado en 6 pacientes (30%) antes y 7 pacientes (35%) después y el carácter normal 2 pacientes (10%) antes y después. En el grupo de estudio el carácter normal se presentó en 13 pacientes (65%) significando un avance del 11 pacientes (55%) presentando disminución en el tipo de carácter autoritario con 3 pacientes (15%) y berrinchudo 2 pacientes (10%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 7

Estos resultado ponen de manifiesto que al aplicar los procesos correctores de objetivos y duración limitados, se reetiqueta al paciente, movilizandolos roles, adecuando las jerarquias y estableciendo limites precisos pero flexibles, favoreciendo la funcionalidad familiar.

En cuanto a la funcionalidad de las familias asmáticas, encontramos en el grupo control un predominio de las familias moderadamente disfuncionales con 17 casos (85%) antes y 16 casos (80%) después del proceso corrector. Asimismo, en el grupo de estudio encontramos también mayor frecuencia en las familias moderadamente disfuncionales, con 17 casos (85%) antes y 18 casos (90%) después del proceso corrector. Estos datos demuestran que no existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y el grado de control de las crisis asmáticas, pero también observamos que al mejorar la funcionalidad familiar, se mejora el control de las crisis asmáticas. . VID INFRA CUADROS Y GRAFICOS No. 8 y 9

Por lo que respecta al conocimiento y manejo del asma en el grupo control, encontramos antes de aplicar el proceso educativo que aprobaron 11 familias (55%), y al terminar el estudio aprobaron 9 familias (45%), lo que significó un 10% de retroceso en contraste al grupo de estudio antes de aplicar el proceso educativo, aprobaron 10 familias (50%) y posterior a la aplicación del proceso corrector fueron 19 familias (95%) las que aprobaron, representando un avance de 9 familias (45%) con respecto al inicio del estudio. Esto pone de manifiesto que un proceso educativo apoyado con la aplicación de documentos es guía de ayuda para las familias al conocer y entender su patología prevalente, redituando en una conducta de autocuidado. VID INFRA CUADROS Y GRAFICOS No. 10 y 11

ANALISIS ESTADISTICO

El presente estudio fue analizado por la prueba de comparación de dos muestras de Mc Nemer, obteniendo los siguientes resultados.

De acuerdo a las crisis presentadas en los últimos 6 meses, las variaciones en el grupo control tuvieron un valor de significancia de 0.42 con una P 0.05, interpretándose que los cambios obtenidos se debieron en más del 5% al azar. En el grupo de estudio las variaciones tuvieron un valor de significancia de 2.39, con una P 0.05, interpretando que los cambios obtenidos se debieron en más del 95% al manejo integral.

Por lo que respecta al tratamiento utilizado en el grupo control las variaciones tuvieron un valor de significancia de 0.78 con una P 0.05, de donde podemos interpretar que las variaciones en el tratamiento estuvieron determinadas en más del 5% pro el azar, y en el grupo de estudio las variaciones del tratamiento utilizado tuvieron un valor de significancia de 2.38 con una P 0.05, lo cual podemos interpretar que dichas variaciones se debieron en más del 95% al manejo integral.

En cuanto al conocimiento y manejo del asma, las variaciones en el grupo control tuvieron un valor de significancia de 1.05, con una P 0.05, pudiendo concluir que en más del 5% estas variaciones están determinadas por el azar. En el grupo de estudio, las variaciones en el conocimiento y manejo del asma, tuvieron un valor de significancia de 5.52 con una P 0.05 lo cual podemos interpretar que dichas variaciones se debieron en más del 95% al manejo integral.

Por lo que respecta al tipo de alteración del ámbito individual, las variaciones en el grupo control tuvieron un valor de significancia de 0.25 con una P 0.05, que debemos interpretar que dichas variaciones se debieron en más del 5% al azar. En el grupo de estudio

las variaciones tuvieron un valor de significancia de 5.8 con un $P < 0.05$, interpretando que los cambios obtenidos se debieron en más del 95% al manejo integral.

CONCLUSIONES

1. Cuando las familias asmáticas son manejadas por el abordaje integral de la salud familiar, disminuyen de manera estadísticamente significativo el número de crisis asmáticas, al menos en aquellas familias cuyas características sean semejantes a las del universo de trabajo.
2. Cuando a las familias asmáticas se les aplica el abordaje integral de la salud familiar, las crisis son manejadas en forma estadísticamente significativo sin tratamiento farmacológico.
3. Cuando las familias asmáticas NO son manejadas por el abordaje integral de la salud familiar, NO disminuyen en forma estadísticamente significativa, el número de crisis asmáticas, al menos en aquellas familias cuyas características sean semejantes a las del universo de trabajo.
4. Cuando las familias asmáticas son manejadas por el abordaje integral de la salud familiar mejoran en el ámbito individual de manera estadísticamente significativo, al menos en aquellas familias cuyas características sean semejantes a las del universo de trabajo.
5. El grado de funcionalidad más frecuentemente presentado por las familias asmáticas, es la categoría de moderadamente disfuncional, no existiendo relación entre el grado de funcionalidad familiar y el grado de control del asma, al menos dentro de nuestro universo de trabajo, pero observamos un vínculo entre la mejoría en la funcionalidad familiar y la mejoría en el control de las crisis asmáticas.

COMENTARIO

El Asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en la edad pediátrica, con gran impacto social, económico y emocional, repercutiendo en los niveles de actividad de los niños, causa común de atención médica, internamiento hospitalario y ausentismo escolar.

A pesar de que en los últimos años se han observado avances notorios en la comprensión de la fisiopatología, sigue siendo difícil definir su etiología y a pesar de los nuevos y novedosos tratamientos, el asma continua teniendo gran prevalencia sobre todo en los primeros 10 años de vida.

Esto pone de relieve la importancia de una buena atención médica para un buen control del padecimiento. La alternativa propuesta para lograrlo es el *Abordaje Integral de la Salud Familiar (AISFA)*, en la práctica diaria del médico familiar, proceso educativo, que al menos en este estudio o una población similar al presente trabajo, podría funcionar como alternativa de terapéutica contra este padecimiento.

RESUMEN

El Asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en la edad pediátrica, con gran impacto social, económico y emocional, repercutiendo en los niveles de actividad de los niños, causa común de atención médica, internamiento hospitalario y ausentismo escolar.

Según algunos estudios (4,12) su prevalencia varía entre 3 a 7% y 5 a 10% y, según registros del IMSS (4) ocupa el lugar número 18 como causa de hospitalización.

El Asma es una enfermedad multifactorial, siendo difícil su etiología, sin embargo el común denominador que se encuentra en la producción de la crisis asmática es una hiperirritabilidad inespecífica del árbol traqueobronqueal. Estos datos ponen de relieve la importancia de una buena atención médica para un buen control del padecimiento

La alternativa propuesta para lograrlo, es el Abordaje Integral de la Salud Familiar (AISFA), en la práctica diaria del médico familiar, modelo de atención médica implementado por el Dr. Arturo Cerda Ochoa, en la UMF No. 20 del IMSS (1). Este método es un proceso educativo, terapéutico, integrador con medidas predominantemente preventivas, estudiando al individuo y a su familia en 3 ejes y 3 movimientos.

MATERIAL Y METODOS:

Se tomaron un total de 40 familias asmáticas adscritas a la UMF No. 20 Delegación I Noroeste D.F del IMSS, conformando dos grupos en forma aleatoria, denominándoles grupo control y grupo de estudio, con los siguientes criterios de inclusión:

Familias asmáticas cuyo miembro asmático tenga entre 0-14 años de edad. Familias asmáticas cuyo miembro asmático presente más de 5 crisis asmáticas al año. Los criterios de no inclusión son: familias asmáticas cuyo miembro asmático tenga más de 14 años de edad. Familias asmáticas cuyo miembro asmático no este bajo control por medico familiar. Los criterios de exclusión son: familias asmáticas que abandonen el tratamiento durante el proceso.

A estos grupos se les realizó una evaluación inicial aplicándoles los siguientes cuestionarios:

- A) Historia Clínica y Familiograma (VID INFRA Anexo 1).
- B) Conocimientos generales y manejo sobre el asma (VID INFRA Anexo 2).
- C) Evaluación del paciente asmático (VID INFRA Anexo 3)
- D) Alteraciones Psicosociales (ámbito individual) (VID INFRA Anexo 4).
- E) Funcionalidad de las familias asmáticas; mapas familiares (VID INFRA Anexo 5)

Una vez concluida esta etapa se envió al grupo control a la consulta con su médico familiar para su tratamiento y al grupo de estudio se le aplicó el AISFA, este manejo consta de tres fases:

- Fase I: Educación para la salud (intensiva)
- Fase II: Desarrollo grupal (intermitente)
- Fase III: Manejo familiar (sostén)

Al terminar este proceso corrector se aplicó nuevamente el cuestionario 2 y 3 al miembro asmático de cada familias de ambos grupos (control y estudio) para su evaluación final.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Se estudiaron un total de 40 familias asmáticas adscritas a la UMF No. 20 Delegación I Noroeste D.F del IMSS, las cuales fueron divididas en dos grupos de 20 familias cada uno, denominándoles grupo control y grupo de estudio. Las familias de

ambos grupos fueron clasificadas de acuerdo a la edad y sexo del miembro asmático, quedando constituidos los grupos de la siguiente manera.

En el grupo control predominó la clase 5-9 años con 8 pacientes (40%), la clase de 0-4 años con 7 pacientes (35%) y la clase 10-14 años con 5 pacientes (25%), así como la distribución por sexo fue más frecuente en el masculino con un total de 14 casos (70%) en comparación con el femenino con un total de 6 pacientes (30%). (VID INFRA Cuadro y Gráfico No. 1)

En el grupo de estudio continuo siendo la clase 5-9 años más frecuente con 11 pacientes (55%), la clase 0-4 con 5 pacientes (25%) y la clase 10-14 años con 4 pacientes (20%); en cuanto al sexo predominó el masculino con 12 miembros (60%) en relación con el sexo femenino que presentó 8 casos (40%) (VID INFRA Cuadro y Gráfico No. 2).

De acuerdo a las crisis presentadas en los últimos seis meses por edad, los resultados encontrados en el grupo control antes de la aplicación del proceso correctivo de objetivos y duración limitados, fue un predominio del número de crisis 1-2 con 14 casos (70%), sucediendo con mayor frecuencia en la clase 5-9 años, con 6 casos (30%) seguido de la clase 0-4 y 10-14 con 4 casos (20%) respectivamente. VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 4

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Las familias asmáticas fueron clasificadas de acuerdo a la edad y sexo, encontrando que la clase de 5-9 años, fue la que más pacientes aportó en ambos grupos con 19 pacientes (47%), seguidos de las clase 0-4 años con 12 pacientes (30%), en cuanto al sexo predominó el masculino con 26 pacientes (65%), en relación al femenino que aportó 14 pacientes (40%). Lo anterior coincide con lo referido en la literatura de que el asma bronquial aparece a cualquier edad pero alrededor del 50% de los casos ocurren antes de los 10 años de edad y que durante la niñez existe un predominio en varones 2:1. VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 3

De acuerdo a las crisis presentadas en los últimos 6 meses por edad antes de la aplicación del proceso correctivo de objetivos y duración limitados en el grupo control el predominio fue del número de crisis 1-2 con 14 casos (70%) , ocurriendo con mayor frecuencia en la clase 5-9 años, con 6 casos (30%), el número de crisis 3-4 con 4 casos (20%) y sin crisis en 2 casos (10%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 4

En el grupo de estudio también predominó el número de crisis 1-2 en 10 casos (50%), con mayor ocurrencia en la clase 5-9 años, con 5 casos (25%), el número de crisis 3-4 fue de 6 caos (30%) y sin crisis 2 casos (10%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 5

Después de la aplicación del proceso corrector de objetivos y duración limitados, en el grupo de control encontramos el número de crisis 1-2 con 16 casos (80%), con un aumento del 10% en éstas crisis y en el grupo de estudio hubo una disminución del número de crisis 3-4, con un caso (5%) representando un 25% de disminución de éstas crisis. En el número de crisis 1-2 se presentaron 12 casos (60%), significando un aumento de 2 casos (10%) en estas crisis; en cuanto a no presentar crisis fueron 7 casos (35%) con un incremento de 5 casos (25%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No 5

En lo anterior observamos un incremento de pacientes sin presentar crisis y una disminución de crisis 3, 4, 5 y más de 5, esto puede ser explicado por la aplicación del proceso corrector de objetivos y duración limitados, las familias conocen y entienden mejor su patología, pudiendo evitar los factores desencadenantes y aminorar las crisis, operando una conducta de autocuidado.

En cuanto al tratamiento utilizado en el control de las crisis antes de aplicar el proceso educativo el tratamiento más utilizado fue el salbutamol inhalado, con 10 pacientes (50%) en el grupo control y 9 pacientes (45%) en el grupo de estudio. Después de aplicar el proceso educativo el tratamiento más utilizado en el grupo control continuó siendo el salbutamol inhalado con 8 pacientes (40%), en comparación con el grupo de estudio donde el salbutamol inhalado fue utilizado en 2 pacientes (10%), mientras que sin tratamiento fueron 10 pacientes (50%) con un avance de 9 pacientes (45%). Esto refleja que la

educación de la familia es esencial para obtener un buen manejo del padecimiento al comprender la fisiopatología y farmacología, no caen en el abuso del medicamento. VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 6

Por lo que respecta al tipo de alteración del ámbito individual, en el grupo control prevaleció el carácter autoritario con 7 pacientes (35%) antes y después del proceso corrector; recibe trato privilegiado en 6 pacientes (30%) antes y 7 pacientes (35%) después y el carácter normal 2 pacientes (10%) antes y después. En el grupo de estudio el carácter normal se presentó en 13 pacientes (65%) significando un avance del 11 pacientes (55%) presentando disminución en el tipo de carácter autoritario con 3 pacientes (15%) y berrinchudo 2 pacientes (10%). VID INFRA CUADRO Y GRAFICO No. 7

Estos resultado ponen de manifiesto que al aplicar los procesos correctores de objetivos y duración limitados, se reetiqueta al paciente, movilizándolo los roles, adecuando las jerarquías y estableciendo límites precisos pero flexibles, favoreciendo la funcionalidad familiar.

En cuanto a la funcionalidad de las familias asmáticas, encontramos en el grupo control un predominio de las familias moderadamente disfuncionales con 17 casos (85%) antes y 16 casos (80%) después del proceso corrector. Asimismo, en el grupo de estudio encontramos también mayor frecuencia en las familias moderadamente disfuncionales, con 17 casos (85%) antes y 18 casos (90%) después del proceso corrector. Estos datos demuestran que no existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y el grado de control de las crisis asmáticas, pero también observamos que al mejorar la funcionalidad familiar, se mejora el control de las crisis asmáticas. VID INFRA CUADROS Y GRAFICOS No 8 y 9

Por lo que respecta al conocimiento y manejo del asma en el grupo control, encontramos antes de aplicar el proceso educativo que aprobaron 11 familias (55%), y al terminar el estudio aprobaron 9 familias (45%), lo que significó un 10% de retroceso en contraste al grupo de estudio antes de aplicar el proceso educativo, aprobaron 10 familias

(50%) y posterior a la aplicación del proceso corrector fueron 19 familias (95%) las que aprobaron, representando un avance de 9 familias (45%) con respecto al inicio del estudio. Esto pone de manifiesto que un proceso educativo apoyado con la aplicación de documentos es guía de ayuda para las familias al conocer y entender su patología prevalente, reeditando en una conducta de autocuidado. VID INFRA CUADROS Y GRAFICOS No. 10 y 11

CONCLUSIONES

1. Cuando las familias asmáticas son manejadas por el abordaje integral de la salud familiar, disminuyen de manera estadísticamente significativo el número de crisis asmáticas, al menos en aquellas familias cuyas características sean semejantes a las del universo de trabajo.
2. Cuando a las familias asmáticas se les aplica el abordaje integral de la salud familiar, las crisis son manejadas en forma estadísticamente significativo sin tratamiento farmacológico.
3. Cuando las familias asmáticas NO son manejadas por el abordaje integral de la salud familiar, NO disminuyen en forma estadísticamente significativa. el número de crisis asmáticas, al menos en aquellas familias cuyas características sean semejantes a las del universo de trabajo.
4. Cuando las familias asmáticas son manejadas por el abordaje integral de la salud familiar mejoran en el ámbito individual de manera estadísticamente significativo, al menos en aquellas familias cuyas características sean semejantes a las del universo de trabajo.
5. El grado de funcionalidad más frecuentemente presentado por las familias asmáticas, es la categoría de moderadamente disfuncional, no existiendo relación entre el grado de funcionalidad familiar y el grado de control del asma, al menos dentro de nuestro

universo de trabajo, pero observamos un vínculo entre la mejoría en la funcionalidad familiar y la mejoría en el control de las crisis asmáticas .

BIBLIOGRAFIA

1. **Abordaje Integral de la Salud Familiar (AISFA). Un método para la práctica de la Medicina Familiar.**
Arturo Cerda Ochoa
Mecanografiado UMF No. 20
2. **ARIMAC, Centro de Cómputo y Registro**
U.M.F. No. 20
3. **Principios de Medicina Interna**
Harrison 13ª Ed. :1341-47
4. **Los aspectos epidemiológicos del Asma Bronquial en la República Mexicana.**
Martínez C. Salvador; Salas R. Maribel; Segura M. Nora
Gaceta Medica México; Vol 131(3): 277-82
5. **Diagnóstico y Tratamiento del Asma**
Vargas H. Mario; Sierra M. Juan
Rev. Instituto Nacional de Enfermedades. Respiratorias. México;
Enero - Marzo 1994; 7(1) 53-66
6. **Practice para Meter, The Office Management of Acute Exacerbations of Asthma in Children**
Pediatrics 1994, January; 93(1): 119-26
7. **Asma Bronquial**
Rhuán ET AL
Rev. de Alergología; 1996, 17: 1-7
8. **Tratamiento de las Crisis Asmáticas en Pediatría**
Velázquez A. José; Castellanos M. Juan
Revista. Medica I.M.S.S., 1996; 34(1): 55-58

9. **Factores Associated with Prolonged Hospitalization of Children with Asthma**
Murray B. Redding, G.
Archivo Pediátrico Adolescente. Med. 1995, marzo, 149: 276-79

10. **Prevalencia de Hiperreactividad Bronquial en niños de 6-7 años.**
Boletín Médico Hospital Infantil de México, 1996, octubre, 53(10): 495-98

11. **Tratamiento del Asma**
Sierra M. Juan; Baeza B. Manuel
Boletín Medicina Infantil de México, 1995 Junio; 53(7): 443-48

12. **Aspectos Epidemiológicos del Asma Infantil en México**
Vargas H. Mario, Monges S. Juan; Díaz M. Guillermo y Cols.
Gaceta Médica de México, 1994; 3(132):255-64

13. **Prevalencia de Asma, Rinitis y Eczema en Escolares de la Ciudad de Cuernavaca, México.**
Tatto C. Maria, Sahín A. Luz, Ruiz V. Silvia y Cols.
Salud Pública de México, 1997, Nov -Dic., 39(6):487-504

14. **Protocolo de Estudio del Paciente Asmático**
Arana M. Osvaldo
Práctica Pediátrica, 1995 Agosto, 8(4):34-9

15. **Historia Natural del Asma**
Arana M. Osvaldo
Revista Médica de Pediatría, Nov -Dic., 1990, 6(3): 341-49

16. **Lineamientos para el Manejo del Asma. Resumen**
British Thoracic Society y otros
British Medical Journal; Agosto 1993, 6 (1):281-87

17. **Comparación del efecto broncodilatador de la combinación de cromoglicato de sodio más salbutamol, contra salbutamol. Ensayo clínico controlado.**
Sansores H. Raúl, Coronel E. Alicia; Carrillo R. Guillermo y Cols.
Revista Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; noviembre 1995, 4(8) 275-79

18. **Estudio comparativo de 3 diferentes dosis de salbutamol inhalado en el manejo inicial de crisis asmática en niños.**
Del Río N. Blanca; Sierra M. Juan, Briseño P. Carlos
Boletín Medico Hospital Infantil de México, octubre 1994, 10(51) 650-53

19. **Uso de Esteroides en Niños Asmáticos**
Meza M. Aurora, Navarrete S. Francisco, Arregín O. Lizardo
Revista Alergia México, 1995 Jul -Ago.; 4(42):74-77

20. **Consenso Latinoamericano Sobre Diagnóstico y Tratamiento del Asma**
Venegas Mario; Molina Carlos; Arana Oswaldo y Cols.

21. **Importancia de los Procesos Infecciosos en la Génesis y Exacerbación del Asma Bronquial**
Revista Neumología, mayo 1996; 1(3):56-58

22. **El Internista 1997**
J. Halabe; A. Lifshitz; J. López Bárcena
Medicina interna para internistas

ANEXOS

PROTOCOLO DE ESTUDIO DEL PACIENTE ASMATICO
Historia Clínica
(Anexo No. 1)

I. Ficha de identificación

Nombre del paciente: _____
 Edad (años y meses): _____
 Lugar de residencia (años y meses): _____
 Nombre del padre: _____
 Escolaridad del padre _____
 Domicilio: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Lugar de origen: _____
 Escolaridad: _____
 Nombre de la madre: _____
 Escolaridad de la madre: _____
 Teléfono Lada () _____

II. Antecedentes familiares (1er. Grado: padres y hermanos; 2° Grado: primos, tíos y abuelos)

	1er.	2°		1er.	2°
Asma	()	()	Alergia a alimentos	()	()
Rinitis	()	()	Eccema	()	()
Sinusitis	()	()	Tabaquismo	()	()
Bronquitis	()	()	Alcoholismo	()	()

III. Antecedentes personales

Parto eutócico	()	Laringotraqueitis recurrente	()
Hipoxia al nacimiento	()	Bronquitis recurrente	()
Displasia broncopulmonar	()	Bronconeumonía	()
Senó materno	()	Otitis	()
Ablactación en meses	()	Eccema	()
Rinitis obstructiva recurrente	()	Alergia a alimentos	()
Sinusitis	()	Parasitosis	()
Bronquitis	()	Enureses o encopresis	()

IV. Tratamientos previos

Betadrenérgicos	()	Aminofilina	()
Esteroides endovenosos	()	Esteroides orales	()

Esteroides tópicos	()	Antihistamínicos	()
Antibióticos	()	Vasocostritores nasales	()
Mucolítico o mucocinéticos	()	Ketotifeno	()
Inhaloterapia	()	Inmunoterapia	()
Cromoglicato disódico	()	Aztemisol	()

V. Antecedentes quirúrgicos

Amigdalectomía	()	Fecha	_____	Mejoró	()
Adenoidectomía	()	Fecha	_____	Mejoró	()
Antrostomía	()	Fecha	_____	Mejoró	()

VI. Condiciones de la vivienda

Localización

Zona Urbana () Suburbana () Rural () Industrial ()

Tipo de habitación:

Residencial () Casa sola () Departamento () Vivienda () Accesorio () Choza ()

Servicio de agua () Electricidad () Sanitario () Fosa séptica () Piso de tierra ()

Mosaico () Cemento () Otros _____

Ventilación: buena () Mala () Húmeda () Caliente ()

El niño utiliza almohada, cobijas o colchón de:

Hule espuma () Plumas () Lana () Acrilan () Borra () Algodón ()

Otros: _____

Contacto con animales domésticos:

Perros () Gatos () Palomas () Otros: _____

VII. Padecimiento actual

Tiempo de evolución: Años () Meses () Días ()

Forma de presentación: Rápida () Lenta ()

Precedida de: Rinorrea () Fiebre ()

Acompañada de:

Estornudos en salva () Prurito oculonasal () Tos seca () Tos productiva ()

Sibilancias () Dificultad respiratoria () Obstrucción nasal crónica ()

Rinorrea verdosa () Tos crónica o recurrente de predominio nocturno ()

Características de las crisis:

Reversibles a broncodilatadores () Ritmo estacional ()

Generalmente con fiebre () Generalmente sin fiebre ()

Predominio nocturno () Hospitalizaciones últimos 6 meses ()
 Promedio de crisis al año () Promedio de crisis al mes ()

Las crisis han sido desencadenadas por

Infecciones respiratorias altas	()	Contacto con animales	()
Ejercicio	()	Alimentos	()
Problemas emocionales	()	Medicamentos	()
Lana	()	Humedad	()
Polvo casero	()	Frio	()
Pólenes	()	Humo de tabaco	()
Insecticidas	()	Generalmente se desconoce	()

Meses en que mas frecuentemente se presentan las crisis:

Enero () Febrero () Marzo () Abril () Mayo () Junio ()
 Julio () Agosto () Sept () Oct () Nov () Dic. ()

Actualmente el paciente tiene crisis: Si () No ()

Leve () Moderada () Grave ()

Desencadenada por:

Infección () Alergia () Cambios climatologicos () Emocionales ()

Otros. _____

VIII. Exploración física

Peso	_____	Talla	_____	Temperatura	_____
P.C.	_____	T A	_____	F C	_____
F.R.	_____				

Mucosa nasal pálida	()	Amígdalas hipertroficadas	()
Edematosa	()	Congestivas	()
Congestiva	()	Purulentas	()
Secreción nasal hialina	()	Cornetes hipertroficados	()
Mucosa	()	Obstrucción moderada	()
Nasal:			
Purulenta	()	Importante	()
Cuello Adenopatías	()	Ingurgitación yugular I,II,III	()
Boca caries	()	Oído Otitis	()
Tórax normal	()	Insuficiencia mínima	()
Respiratoria			
Sobredistendido	()	Moderada	()
En quilla	()	Severa	()
Escoliotico	()		

Auscultación E Bronquiales () Sibilancias Mínimas ()

E. alveolares ()	Moderadas ()
E. roncantes ()	Importantes ()
E. transmitidos ()	Disminuidos ()
Area cardiaca taquicardia ()	Ruidos respi-Galope ()
Ref. 2º ruido ()	Ratorios Soplos ()

CONOCIMIENTOS GENERALES Y MANEJO DEL ASMA

(Anexo No. 2)

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____

Anote en el paréntesis de la derecha una cruz en la opción que crea correcta

1.- ¿Sabe usted lo que es el Asma?

- a) Enfermedad contagiosa de las vías respiratorias ()
- b) Enfermedad de los bronquios ()
- c) Enfermedad de la Faringe (garganta), no contagiosa ()

2 ¿La herencia facilita su aparición?

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) No sé ()

3 ¿A que edad se presenta mas frecuentemente el Asma?

- a) Cualquier edad ()
- b) En menores de 15 años ()
- c) Después de los 30 años ()

4 ¿Considera usted que los conflictos familiares favorecen la aparición de la crisis asmática?

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) Tal vez ()

5. ¿Dentro de las causas que producen el Asma se encuentran?
- a) Polvo, frío, catarro.
 - b) Aire, Tierra, sol
 - c) Agua, piquetes de insecto.
6. ¿Cuales son los síntomas del Asma?
- a) Inquietud, tos, silbido respiratorio
 - b) Visión borrosa, dolor de huesos y garganta
 - c) Zumbido de oídos, ardor de ojos y tos
7. ¿Cuales son las complicaciones del Asma?
- a) Infecciones agregadas, enfisema, neumotorax
 - b) Debilidad, agotamiento, falta de apetito
 - c) Disminución de peso, anemia, sed.
8. ¿El Asma se trata con?
- a) Solo con medicamentos
 - b) Medicamentos, reposo y dieta
 - c) Educacion al enfermo, control ambiental y medicamentos
9. ¿Que hacer en una crisis de Asma?
- a) Urgentemente administrar medicamento
 - b) Urgentemente llevarlo al servicio de urgencias para su tratamiento
 - c) Mantener la calma, dar medicamento, acudir a urgencias en caso de no ceder
10. ¿Cuál es el pronostico del niño asmático?
- a) Regular, no puede hacer deporte
 - b) Bueno, puede desarrollar cualquier actividad
 - c) Malo, no puede realizar ninguna actividad

EVALUACION DEL ESTADO DEL PACIENTE ASMATICO

(Anexo No. 3)

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____

Anote en el paréntesis de la derecha una cruz en la opción que crea correcta

1. ¿Cuántas crisis de Asma ha presentado su hijo(a) en los últimos 6 meses?

1 () 3-4 ()

2-3 () Mas de 5 ()

1. Promedio de crisis asmáticas al mes

0-1 () 3-4 ()

1-2 () Mas de 5 ()

1. ¿Se ha fijado usted si las crisis de Asma se presentan después de una discusión o problema familiar?

Si () No ()

1. ¿Las crisis de Asma en su hijo(a) aparecen cuando tiene problemas escolares?

Si () No ()

1. ¿Al practicar un deporte se presenta la crisis asmática?

Si () No ()

1. ¿Las crisis asmáticas que presenta su hijo(a) son desencadenadas por cambios estacionales?

Si () No ()

1. ¿Las crisis asmáticas que presenta su hijo(a) son desencadenadas por infecciones respiratorias altas (resfriado común, faringitis, amigdalitis)?

Si () No ()

1. ¿Cuántas hospitalizaciones por Asma tuvo su hijo(a) durante 1998?

0 crisis () 3-4 crisis ()

1 crisis () Mas de 5 ()

2 a 3 crisis ()

1. ¿Cuántos días de estancia hospitalaria ameritó en promedio?

0 () 2 ()

3 () 4 ()

Mas de 5 () No amerito ()

1. ¿Acude a control con su medico familiar?

Si () No ()

INVESTIGACIÓN DEL FACTOR PSICOSOCIAL.
(Ambito individual)
(Anexo No. 4)

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____

1. ¿Ha notado si la enfermedad ha cambiado el carácter del niño?

Si () No ()

2. Actualmente lo considera:

Normal () Aprensivo () Berrinchudo () Deprimido () Autoritario ()

3. ¿Ha notado que los temores, disgustos o preocupaciones provocan crisis de asma?

Si () No ()

4. ¿Los conflictos familiares han provocado crisis de asma?

Si () No ()

5. ¿El comportamiento de su hijo lo considera de acuerdo a su edad y sexo?

Si () No ()

6. ¿Considera usted que el paciente necesita sobreproteccion por ser asmatico?

Si () No ()

7. ¿Ha observado si su niño utiliza sus crisis para tener un trato especial o privilegios dentro de la familia?

Si () No ()

8. ¿Considera usted que los problemas intrafamiliares tienen relación con la enfermedad de su hijo?

Si () No ()

FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS ASMATICAS
(Anexo 5)

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____

Anote en el paréntesis de la derecha una cruz en la opción que crea correcta.

1. En su familia las decisiones ante un problema son tomadas por:

- | | | | |
|----------|-----|------------|-----|
| a) Padre | () | b) Madre | () |
| c) Ambos | () | d) Abuelos | () |
| e) Hijos | | | |

2. ¿Considera usted que quien aporta económicamente al gasto familiar debe tomar las decisiones?

- | | | | |
|------------|-----|--------|-----|
| Si | () | No | () |
| Quien sabe | () | Aveces | () |

3. ¿La responsabilidad de atender y cuidar a los hijos es compartida por ambos padres?

- | | | | |
|------------|-----|--------|-----|
| Si | () | No | () |
| Quien sabe | () | Aveces | () |

4. ¿Las reglas familiares (horarios, permisos, quehaceres, etc..) son acordados por todos los miembros de la familia?

- | | | | |
|------------|-----|--------|-----|
| Si | () | No | () |
| Quien sabe | () | Aveces | () |

5. ¿Como familia se preocupan y participan en los problemas de la comunidad?

- | | | | |
|------------|-----|--------|-----|
| Si | () | No | () |
| Quien sabe | () | Aveces | () |

6. ¿La familia participa en actividades recreativas en forma regular?

Si	()	No	()
Quien sabe	()	A veces	()

7. ¿Practican en forma regular algún deporte?

Si	()	No	()
Quien sabe	()	A veces	()

8. ¿Los abuelos o tíos toman decisiones con respecto a los problemas de la familia?

Si	()	No	()
Quien sabe	()	A veces	()

9. ¿Asisten a reuniones con sus amistades?

Si	()	No	()
Quien sabe	()	A veces	()

10. ¿Siguen las costumbres familiares?

Si	()	No	()
Quien sabe	()	A veces	()

11. ¿Considera adecuada su relación y la de su cónyuge con sus hijos?

Si	()	No	()
Quien sabe	()	A veces	()

12. Si usted tiene un conflicto con su cónyuge ¿intervienen en la solución los suegros?

Si	()	No	()
Quien sabe	()	A veces	()

13. Si entre sus hijos toman un acuerdo ¿usted y su pareja lo respetan?

Sí () No ()

Quien sabe () A veces ()

14. Si alguno de sus hijos enferma, ¿recibe un trato especial?

Sí () No ()

Quien sabe () A veces ()

15. ¿Considera que entre usted y su pareja existe una buena comunicación?

Sí () No ()

Quien sabe () A veces ()

16. Si su pareja tiene un problema en el trabajo y toma una decisión para resolverlo, ¿usted influye en esa decisión?

Sí () No ()

Quien sabe () A veces ()

17. ¿Sus hijos comparten las tareas y actividades recreativas?

Sí () No ()

Quien sabe () A veces ()

18. ¿La relación entre sus hijos es de mutua ayuda?

Sí () No ()

Quien sabe () A veces ()

19. Si existe una riña entre usted y su pareja ¿intervienen en ella sus hijos?

Sí () No ()

Quien sabe () A veces ()

20. ¿Están de acuerdo con la distribución de lo quehaceres del hogar?

Si () No ()

Quien sabe () A veces ()

Valor

Si = 2 puntos

No = 1 punto

Resto = 0 puntos

Ponderación

0 - 8 = Familias disfuncionales

9 - 14 = Familias moderadamente disfuncionales

15 - 20 = Familias funcionales

Elaboro:

Dr. Mario Alberto López Núñez

Residente 3er año de Medicina Familiar

Basado de Mapas Familiares

Dra. Ma. Luisa Velasco de Torres

Instituto de Terapia Familiar "Cemcalli"

Asma Bronquial

(Anexo No. 6)

¿ Que es el Asma ?

El Asma Bronquial es una enfermedad en la que se inflaman los bronquios, en forma recurrente ó continua, lo que produce una obstrucción de los tubos bronquiales (encargados de conducir el aire respirado hacia dentro ó hacia afuera) Ésta obstrucción es de una intensidad variable, y sucede habitualmente en forma de "crisis", que a veces ceden solas ó sólo con tratamientos especiales. La frecuencia de éstas "crisis" es muy variable, en algunos casos sólo una ó 2 veces al año, pero generalmente suceden varias crisis agudas en un período corto de tiempo, sobre todo en las épocas de cambio de clima (otoño y primavera) ó en el tiempo de frío.

En éste padecimiento, la inflamación bronquial se caracteriza por

- Secresiones bronquiales más espesas y más abundantes ("hipersecreción")
- Hinchazón interna de los bronquios ("edema")
- Contracción sostenida de los músculos que rodean a los bronquios ("broncoespasmo")
- Destrucción y cicatrización de la membrana celular superficial de los bronquios.

Todos éstos cambios inflamatorios pueden suceder de una forma brusca (Asma Aguda) ó en forma lenta y continua (Asma Crónica). Cuando aparecen en forma brusca se le denomina "crisis" ó ataque agudo asmático. Tanto la forma aguda como la forma crónica pueden ser muy variables en cuanto a su intensidad ó duración

Los síntomas ó molestias que caracterizan al asma bronquial son muy variados, y dependen mucho de la severidad del problema, sin embargo los síntomas más frecuentes son:

Tos: Generalmente seca al inicio, y progresivamente flemosa, puede ocurrir en forma esporádica ó por accesos y puede llegar a producir fatiga ó vómitos de flemas. Casi siempre es el primer síntoma de una recaída.

Dificultad Respiratoria: Esta aparece en forma progresiva y puede llegar a ser muy severa, con sensación de ahogo ó "falta de aire", sin embargo, es necesario recalcar que no es imprescindible su presencia para el diagnóstico de asma bronquial

Sibilancias: Es el ruido silbante que se produce al sacar ó meter aire en los pulmones debido al estrechamiento interno de las vías bronquiales ("hoguillo") Puede no ser percibido por la persona afectada y detectarse sólo en la revisión medica

Flemas: Son las secreciones bronquiales que al producirse en forma abundante en las vías aéreas, suenan al paso del aire como ronquido o estertores. Son generalmente muy sueltas y se desprenden con los accesos de tos, ya veces producen náuseas y vómito al toser

Otras molestias: Generalmente son menos frecuentes dolor torácico, dolor abdominal, sensación de opresión en el pecho, angustia, cianosis (coloración azulada de labios ó uñas), sudoración profusa, manos y pies fríos, palidez, etc.

En la mayoría de los casos se presentan también molestias nasales (aunque no se consideran realmente parte del ataque asmático); inclusive se presentan antes de los síntomas bronquiales, "anunciando" su llegada. Éstas molestias son estornudos, moco claro ó escurrimiento nasal, obstrucción nasal (mormada) y comezón de nariz y ojos.

En nuestro medio, al Asma Bronquial se le conoce también como "bronquitis", "bronquitis asmática", "bronquitis asmático", "bronquitis espástica", "broncoespasmo", "alergia bronquial", "hoguillo", etc. Esto se debe principalmente a que los médicos no den el diagnóstico de "asma" hasta que el padecimiento está muy avanzado, usando mejor términos menos impactantes, pues la mayoría de la gente tiene la idea de que el Asma es una enfermedad severa, progresiva e incurable, lo cual está muy lejos de ser cierto actualmente.

El Asma Bronquial es un padecimiento muy frecuente, ya que aproximadamente el 10% de la población general la padece, ó la ha padecido en algún tiempo. Es la causa más frecuente entre las enfermedades crónicas de la infancia: está entre las primeras causas de hospitalización en servicios de urgencia en nuestro medio; y, si no se le diagnostica y trata

adecuadamente, puede llevar al paciente a tratamientos inadecuados, largos, costosos e inútiles, de muy diversos tipos, generalmente con pobres resultados, si éstos tratamientos no van dirigidos a la causa real del problema, con el consecuente retraso y el incremento en el riesgo de daño bronquial permanente e irreversible, característico de el Asma Crónica.

¿Porqué se produce?

El Asma es un padecimiento multifactorial. Sin embargo, cuando el asma se inicia en la infancia, en la mayoría de los casos (80-85%) se puede demostrar un origen alérgico ó hiper-sensibilidad a diversas partículas proteicas inhaladas, suspendidas en el aire que respiramos, ó inclusive ingeridas, en mayor ó menor grado. Cuando el Asma se origina en la edad adulta, las posibilidades de hipersensibilidad alérgica disminuyen a un 45 a 50% del total de los casos, siendo aún en ellos muchas veces el factor predominante.

Debido a que el Asma Bronquial es casi siempre la consecuencia de un fenómeno inflamatorio de tipo alérgico, y que las alergias en general tienen un carácter hereditario, es frecuente encontrar antecedentes de Asma ú otros problemas alérgicos en una ó ambas líneas familiares.

Algunas infecciones respiratorias; el ejercicio; algunos medicamentos ,como la Aspirina, ciertos antihipertensivos y anti-inflamatorios; y ciertos compuestos químicos inhalados con frecuencia, también pueden causar Asma Bronquial, sin que exista necesariamente un proceso alérgico de fondo. La mayoría de los casos de asma tienen como causa a más de un factor; esto es, son Asmas Mixtas, casi siempre con predominio evidente de un factor. Algunos eventos pueden "disparar" las crisis asmáticas en un individuo ya asmático, aunque no sean la causa real del problema. Entre éstos fenómenos "disparadores" tenemos: El ejercicio; el aire frío; alimentos ó bebidas frías; ciertas infecciones; las emociones fuertes; los cambios bruscos de clima; los olores demasiado fuertes; el humo de cigarro ó basuras; el alcohol; algunos tipos de vacunas. etc. En algunos casos el origen real del Asma no puede ser demostrado a pesar de todos los estudios, sobre todo en los adultos; éstos casos se catalogan como Asma "intrínsecas", y generalmente tienen un peor pronóstico.

¿Cómo se diagnostica el Asma?

Para poder asegurar que un individuo es asmático, el médico se basa principalmente en la evolución de las molestias y sus características clásicas en la revisión médica, las cuales son generalmente muy típicas. El médico deberá de comprobar los datos de obstrucción bronquial, esto es, se deben encontrar sibilancias (chiflido) en la exploración del tórax, ó alguno de los diversos signos que indican inflamación bronquial . Esto quiere decir que para el diagnóstico del Asma, el médico generalmente no necesita de estudios especiales; sin embargo, lo ideal es demostrar objetivamente la obstrucción bronquial por medio de aparatos especiales, llamados "espirómetros", que miden y registran exactamente el grado de obstrucción real de los bronquios. Este tipo de estudio no se puede hacer en niños pequeños, y se hace para confirmar el diagnóstico, ó para valorar su evolución, según sea el caso, lo que ayuda mucho a guiar los tratamientos.

Una vez confirmado el diagnóstico de Asma Bronquial, es necesario tratar de establecer su(s) causa(s). Esto es, establecer el tipo de asma de que se trata, en cada caso en particular. Para ello, el especialista realiza un interrogatorio muy detallado, importando sobre todo los antecedentes familiares, los factores disparadores para cada caso, la respuesta a tratamientos previos, etc. En éste interrogatorio el médico se da una idea de las causas probables de cada caso, y de ello depende el tipo de exámenes que deberán de realizarse para tratar de encontrar su origen específico, esto es, el tipo de asma de que se trate.

Si el interrogatorio y los exámenes preliminares realizados sugieren un origen alérgico del Asma, entonces se deberán realizar pruebas especiales de alergia, tratando de especificar cual es el ó los alergenos culpables de su problema. Estas pruebas especiales son generalmente en piel ("pruebas cutáneas"), pero no son adecuadas en niños muy pequeños (menores de 2 años); por lo que en éstos casos, se hacen exámenes especiales en sangre, buscando anticuerpos de alergia específicos para ciertos alergenos (alimentos, polvo, pólenes, etc.). Muy raramente se necesitarán exámenes más sofisticados, sobre todo si el especialista sospecha una asociación de su asma con otras enfermedades especiales.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

¿ Cual es el Tratamiento del Asma?

Debido a que el Asma Bronquial puede ser de muy diferentes grados de severidad, y la originan diferentes cosas, el tratamiento es, por lo mismo, muy variado, pues deberá ajustarse al grado y tipo de asma de que se trate. Debido a que generalmente es un problema crónico, generalmente se requieren de tratamientos largos ó intermitentes con diferentes tipos de medicamentos, por lo que es ideal estar bajo supervisión periódica por un médico con experiencia en ésta enfermedad, de preferencia especialista en Asma y Alergias.

➤ **Control Ambiental:** Lo principal, es determinar si existen factores causales ó "disparadores" en el ambiente en que se desenvuelve el paciente, ya sea en la casa, la escuela ó el trabajo. Si existe la sospecha de que alguno de ellos está influyendo en su problema, es absolutamente necesario tratar de evitar ó eliminar completamente ése factor. La mayoría de éstos factores pueden ser identificados por el interrogatorio y con las pruebas de alergia en piel.

➤ **Medicamentos:** Además del control ambiental, por supuesto, se necesitan de medicamentos. Existen varios grupos ó tipos de medicamentos para tratar el Asma Bronquial:

Broncodilatadores: El grupo más utilizado y por lo tanto más conocido, ya que relajan ó "dilatan" al músculo que rodea los bronquios, y además disminuyen la producción de secreciones bronquiales. Existen una gran variedad de ellos y en diferentes vías de administración. Pueden usarse uno ó dos de diferentes grupos a la vez, dependiendo de la severidad del broncoespasmo. Cuando la edad lo permita, es preferible usarlos siempre por vía inhalada, por medio de aerosoles presurizados ó aparatos nebulizadores.

Esteroides ó Cortisona: Es otro grupo que merece una mención especial, lo constituyen medicamentos con un alto poder anti-inflamatorio. Debido a que el Asma es un fenómeno de inflamación bronquial crónica ó recurrente, la cortisona son altamente efectivas en éste tipo de padecimiento. Desgraciadamente, tienen fama de ser "malas" ó perjudiciales, lo cual no es necesariamente cierto, de hecho, son casi indispensables en la mayoría de los casos,

en alguna de las fases del tratamiento (aunque no todos los pacientes asmáticos los ameritan).

Lo que debe saberse, es que existen muchos tipos de cortisonas, que varían en la potencia y en la duración de su efecto. Cuando se utilizan cortisonas de corta duración de efecto, y potencia moderada ó leve, por vía oral ó inhalada, y por períodos de tiempo controlados, prescritos por un especialista con experiencia en su uso, son medicamentos extremadamente útiles en el tratamiento del asma. Por otro lado, existen ahora excelentes medicamentos del grupo de las cortisonas en aerosol, con potentes efectos anti-inflamatorios y, que por ser aplicados en micro dosis, y directamente en el árbol bronquial, no se absorben más que mínimas cantidades a la sangre, por lo que prácticamente carecen de efectos secundarios.

Preventivos: Otro grupo de medicamentos, también son llamados estabilizadores, ya que protegen a la mucosa bronquial, disminuyendo la hiperreactividad del bronquio a la mayoría de los estímulos "disparadores" ya mencionados. Pueden ser tomados ó inhalados. Con ellos se intenta evitar nuevas recaídas ó crisis, y por lo mismo, éstos medicamentos se utilizan por períodos largos, principalmente en los períodos de tiempo más susceptibles de cada paciente. Habitualmente no deben utilizarse en la fase aguda.

Debido a las características especiales de cada caso en particular, puede ser necesario utilizar medicamentos de otros grupos, como son los antihistamínicos (ó "antialérgicos"); los antibióticos; los expectorantes ,etc. Esto deberá de analizarlo el médico en cada caso ó en cada recaída, según las circunstancias.

Inmunoterapia: Mejor conocida comúnmente como "vacunas de alergia" es otra forma de tratamiento del Asma Bronquial. Este método probado de tratamiento consiste en aplicar dosis graduadas de los alérgenos responsables (demostrados) de cada caso, aplicadas en forma subcutánea en la piel, en forma repetitiva y constante por varios años, lo que se traduce generalmente en una "tolerancia" ó "desensibilización" a los alérgenos responsables de la inflamación asmática. Sin embargo, debemos señalar que no todos los pacientes asmáticos son candidatos a éste tipo de tratamiento.

Sólo se indica su uso en aquellos asmáticos con alergias a inhalables (Asma Alérgica) difíciles de evitar, y que ya hayan intentado los tratamientos tradicionales sin una buena respuesta. También se pueden indicar en los casos muy alérgicos en los que no sean aplicables medidas de control ambiental efectivas, ó simplemente cuando se quiere eliminar por completo y en forma definitiva el proceso asmático alérgico. Cuando se siguen éstas normas, utilizándolo en éste tipo de casos, y, cuando se lleva un control adecuado del tratamiento a largo plazo, se tiene la gran oportunidad de curar el Asma, ó en el peor de los casos, reducir en gran medida el problema, en casi un 80% de los casos tratados.

¿ Se cura sola el Asma?

Por los estudios realizados en grandes series de pacientes asmáticos en todo el mundo, se ha podido comprobar que, si tomamos en cuenta todos los tipos y grados de asma, aproximadamente el 30 ó 40% del total dejarán de tener asma solos, en un periodo de pocos ó muchos años. El otro 60 a 70% de los casos puede presentar remisiones y exacerbaciones por periodos largos (años), con la posibilidad que persista toda la vida, con diferentes grados de intensidad. Menos del 5% de los casos tienen Asmas severas desde muy pequeños; en éstos casos es muy difícil que dejen de tener Asma algún día, a pesar de tratamientos, nunca se les quita, pero aún así, pueden llevar una vida casi completamente normal.

A fin de cuentas, el pronóstico para una curación espontánea dependerá de muchos factores diferentes, entre los cuales están: la herencia por una ó ambas ramas familiares; la edad de inicio; su asociación con otras alergias; su intensidad; su frecuencia inicial; etc. Por ello es absolutamente necesario hacer todos los estudios que se han mencionado ya, para que el especialista pueda dar un pronóstico lo más aproximado posible a la realidad en cada caso.

Es necesario recalcar que el tratamiento actual del Asma Bronquial debe de ser integral, pudiendo requerir diferentes tipos de especialistas (en casos severos o crónicos), tratando de atacar todos y cada uno de los factores implicados en su producción.