



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS
RESPECTO A LA ENFERMEDAD QUE INGRESAN AL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF No. 8**

TESIS

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MEJÍA RAMÍREZ MAHETABEL ALEJANDRA
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
DIRECTOR DE TESIS

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
ASESOR METODOLOGICO

DRA. FRANCO ALMARAZ DIANA PAOLA
ASESOR CLINICO

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CD. DE MÉXICO, D. F. AGOSTO 2014.
No REGISTRO: 2014-3605-11



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS RESPECTO A LA ENFERMEDAD QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF No. 8

AUTORES: Dra. Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra¹. Dr. Espinoza Anrubio Gilberto².
Dr Vilchis Chaparro Eduardo³. Dra. Franco Almaraz Diana Paola ⁴.

1. Residente de Medicina Familiar del HGZ/UMF No 8,
2. Coordinador clínico de educación e investigación en salud del HGZ/UMF No 8
3. Profesor Titular de la Especialidad de Medicina familiar del HGZ/UMF No 8,
4. Médico Pediatra, adscrito al servicio de urgencias pediatría turno nocturno del HGZ/UMF No 8,

OBJETIVO: Evaluar el nivel de conocimientos que tienen los padres de niños asmáticos, respecto a su enfermedad, que ingresa al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No 8

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal, descriptivo. Criterios de inclusión: padres de pacientes asmáticos que ingresan a urgencias pediatría del HGZ/UMF No.8, de edad y sexo indistintos. Criterios de exclusión: Padres analfabetas, que no terminan o se nieguen a contestar el cuestionario. Muestra aleatoria de 196 pacientes, con intervalo de confianza de 95%. Instrumento: cuestionario de Rodríguez Martínez C, Sossa "Conocimiento acerca del asma"

RESULTADOS: Se estudiaron 196 padres de familia de niños asmáticos predominando el sexo femenino con 158 (80.6%), sexo masculino 38 (19.4%) Rango de edad de 93 pacientes (47.4%) corresponde a 31-45 años. Escolaridad máxima secundaria 48 (24.5%). En cuanto al nivel de conocimientos acerca del Asma 188 (95.9%) tuvieron un bajo conocimiento. Referente al factor I mitos y creencias se obtuvo el 98.5% con un bajo conocimiento, factor II conocimiento del asma 53.1% con bajo conocimiento y por último factor 3, factores asociados como deporte y tabaquismo el 85.7% presentan igual un bajo conocimiento.

CONCLUSIONES: Se observó que la población derechohabiente estudiada en el HGZ/UMF No. 8 que ingresan al servicio de urgencias pediatría tiene un bajo conocimiento respecto al tema. Demostrando que los padres de niños asmáticos carecen de conocimiento básico acerca de la naturaleza de la enfermedad, su medicación y las medidas preventivas.

PALABRAS CLAVES: Asma, nivel de conocimiento del asma, mitos y creencias del asma.

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS
PADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS
RESPECTO A LA ENFERMEDAD QUE
INGRESAN AL SERVICIO DE
URGENCIAS PEDIATRÍA DEL
HGZ/UMF No. 8**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

DR. PADILLA DEL TORO FRANCISCO JAVIER

DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8

“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL
HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL
HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DIRECTOR DE TESIS

DRA. FRANCO ALMARAZ DIANA PAOLA

**MEDICO PEDIATRA
ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA DEL
HGZ/UMF No.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

ASESOR CLÍNICO DE TESIS

DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL
HGZ/UMF No 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar doy gracias a Dios por permitirme despertar día a día, por darme la oportunidad de seguir adelante, luchar y darme la fuerza necesaria para no rendirme, por darme la oportunidad de mejorar y ser algo mejor en mi vida.

En seguida a la parte más importante de mí ser, a ti mamá; en primer lugar por haberme dado la vida; por ser mi compañera en todo, caminar a mi lado y ser parte y cómplice activa de todo esto. Por ser una luz en mi oscuridad, por apoyarme siempre, por ser mi mejor inspiración y mi mayor motor en todo esto, por acompañarme en las noches, por perdonar mis ausencias, por resistir mis desvelos, por enseñarme a salir adelante con la frente en alto y enseñarme a luchar por lo que uno más quiere. Gracias a la vida que me eligió a mí para ser tu hija. Nunca podré pagar todo lo que has hecho por mí, este gran logro es tuyo porque siempre estuviste ahí, como siempre conmigo. Te Amo.

A ti, mi Azzy gracias por estar a mi lado en las noches, por aguantar mis desvelos por ser mi acompañante en mi camino tan largo que he recorrido, por tu apoyo incondicional y por tu tiempo que muchas veces hice el mío. Gracias por tu paciencia, por tu compañía por tu alegría en mis ratos de estrés, por cuidarme y ser el mejor hermano que Diosito me pudo dar. Gracias por enseñarme a ver la vida de otra forma siempre sonriendo y nunca llorando. Este logro también es tuyo por ser parte de mi vida y por ayudarme cuando lo necesite. Gracias.

A mis abuelos quien con su templanza y su experiencia hacen que vea en ellos la perseverancia, la fuerza, el conocimiento y la lucha.

A ti mi Moxhi mil gracias por tu alegría, por tu apoyo incondicional, por tu enseñanza, por quererme tanto y por siempre estar ahí cuando más lo necesito.

Gracias a mis profesores que son mi guía en este proceso de formación quienes con su enseñanza, su consejo y su ejemplo me han enseñado amar día a día esta especialidad, a luchar por ella y poner en alto el nombre de donde soy y de lo que soy.

Gracias a la vida que me ha dado esta gran oportunidad y permitir seguir adelante.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
3. JUSTIFICACIÓN	18
4. OBJETIVOS	19
5. HIPÓTESIS	19
6. MATERIALES Y MÉTODOS	20
7. TIPO DE ESTUDIO	20
8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	21
9. POBLACIÓN, UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	22
10. MUESTRA	22
11. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	23
12. VARIABLES	24
13. DISEÑO ESTADÍSTICO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	27
14. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
15. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	28
16. CRONOGRAMA	29
17. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	30
18. CONSIDERACIONES ETICAS	31
19. RESULTADOS	32
20. DISCUSIÓN	65
21. CONCLUSIONES	69
22. BIBLIOGRAFÍA	71
23. ANEXOS	73

MARCO TEÓRICO

El asma se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que participan diversas células y mediadores químicos; se acompaña de una mayor reactividad traqueobronquial (hiperreactividad de las vías aéreas) que provoca en forma recurrente tos, sibilancias, disnea y aumento del trabajo respiratorio, principalmente en la noche o en la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente a una obstrucción extensa y variable del flujo aéreo que a menudo es reversible de forma espontánea o como respuesta al tratamiento ⁽¹⁾

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia. La importancia de esta patología radica en el carácter de enfermedad crónica que afecta a la calidad de vida, al ausentismo escolar y en los elevados costos sanitarios que genera. Se estima que un elevado porcentaje del costo que origina el asma está ocasionado por su inadecuado control. ⁽²⁾

Aunque su prevalencia puede ser variable entre diferentes localidades, se calcula que de 5 a 15% de los menores de edad la padecen; y su diagnóstico, en función de la presencia de sibilancias, puede incrementarse hasta 20% de la población infantil. Es una enfermedad costosa en términos humanos y materiales, ya que es una de las primeras causas de ausentismo escolar, y el gasto que genera su atención puede representar de 1 a 3% del presupuesto total de atención a la salud de prácticamente cualquier país. ⁽³⁾

Uno de los resultados más importantes el estudio ISAAC menciona que la prevalencia de asma en niños en edad escolar y adolescentes tiene una gran variabilidad entre los diversos países participantes, e incluso entre las diferentes regiones de un mismo país. Los estudios epidemiológicos recientes han documentado un aumento en la prevalencia del asma en todo el mundo. Según el proyecto ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood), la prevalencia en México, Chile y Argentina se sitúa entre 5% y 10% y en Uruguay, Panamá y Paraguay entre 15% y 20%. ⁽⁴⁾

En México, el asma se incluyó dentro de las enfermedades reportables desde 1995, aunque el primer registro confiable comenzó al año siguiente. Analizando la información de los últimos cinco años disponibles para su análisis (2003-2007) se puede observar que en todo el país la incidencia anual de asma fue de 2.78 ± 0.06 (promedio \pm error estándar) por cada 1,000 habitantes. Esta cifra coincide con la encontrada en un estudio en el que se analizaron las consultas médicas por esta enfermedad en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). ⁽⁵⁾

Los factores que influyen en el riesgo de desarrollar asma pueden ser divididos en aquellos que provocan el desarrollo de asma y aquellos que precipitan los síntomas de asma; algunos participan en ambas situaciones. Los primeros son relacionados a factores del huésped (que primariamente son genéticos) y los otros son usualmente factores ambientales ⁽⁶⁾

Genéticos: Los datos actuales demuestran que múltiples genes pueden estar implicados en la patogénesis del asma y distintos genes pueden estar involucrados con diferentes grupos étnicos. La búsqueda de los genes ligados al desarrollo del asma se ha centrado en cuatro áreas importantes: producción de los anticuerpos IgE antígeno-específicos (atopia); expresión de la hiperreactividad de la vía aérea; generación de mediadores inflamatorios, tales como citoquinas, quimioquinas, y de factores de crecimiento; y la determinación de la relación de la respuesta inmuno Th1 y Th2. ⁽⁷⁾

Además de los genes que predisponen el asma hay genes que se asocian con la respuesta del tratamiento del asma. Por ejemplo, las alteraciones en el gen que codifica a los betaadrenoreceptores han sido relacionadas con las diferencias en individuos que responden los a b2-agonistas. Otros genes modifican la sensibilidad a glucocorticoides y a los modificadores de leucotrienos. Estos marcadores genéticos podrían llegar a ser importantes no solamente como factores de riesgo en la patogénesis del asma sino también los determinantes en la respuesta al tratamiento. ⁽⁸⁾

Obesidad: La obesidad también ha demostrado ser un factor de riesgo para el asma. Ciertos mediadores, tales como las leptinas, pueden afectar la función pulmonar y aumentar el desarrollo de una probable asma. ⁽⁹⁾

Sexo: El ser del sexo masculino es un factor de riesgo para tener asma en la infancia. Antes de los 14 años de edad, la prevalencia del asma es casi dos veces mayor en niños que en niñas. Cuando los niños van creciendo la diferencia entre los sexos se hace menor, y en la edad adulta la prevalencia del asma es mayor en mujeres que en hombres. Las razones de esta diferencia en la relación de los sexos no están claras. Sin embargo, el tamaño del pulmón es más pequeño en varones que en niñas al nacer, pero es mayor en edad adulta. ⁽¹⁰⁾

Alergenos: Hay una sobrexposición entre los factores ambientales que influyen en el riesgo para desarrollar asma, y los factores que causan los síntomas del asma, por ejemplo, los sensibilizadores ocupacionales pertenecen a ambas categorías. Sin embargo, hay algunas causas importantes de los síntomas del asma tales como la contaminación ambiental y algunos alérgenos los cuales no han podido ser relacionados claramente al desarrollo del asma. Aunque los alergenios intradomiciliarios y los extradomiciliarios son reconocidos como causantes de exacerbaciones del asma, su papel específico en el desarrollo del asma todavía no se aclara completamente. Los estudios de cohorte al nacimiento han demostrado que la sensibilización a los alergenios del ácaro del polvo, al pelo del gato, el pelo del perro, y el del aspergillus son factores de riesgo independientes para el desarrollo del asma en niños de hasta 3 años de edad. ⁽¹¹⁾

En el caso de perros y de gatos, algunos estudios epidemiológicos han encontrado que la exposición temprana a estos animales puede proteger a un niño contra la sensibilización alérgica o el desarrollo del asma, pero otros sugieren que tal exposición puede aumentar el riesgo de la sensibilización alérgica. ⁽¹²⁾

Infecciones: Durante la infancia, diversos virus se han relacionado al inicio del fenotipo asmático. El virus sincicial respiratorio (VSR) y el virus de parainfluenza producen un patrón de los síntomas incluyendo bronquiolitis que son similares a muchas características del asma en la niñez. Un número de estudios prospectivos a largo plazo en los niños admitidos en el hospital con infección documentada de VSR han demostrado que aproximadamente el 40% continuarán con sibilancias o desarrollar asma al final de la niñez. Por otra parte, la evidencia también indica que ciertas infecciones respiratorias tempranas en la vida, incluyendo el sarampión y en algunas ocasiones incluso el VSR, pueden proteger contra el desarrollo de asma.⁽¹³⁾

Tabaquismo: El tabaquismo se asocia a la rápida disminución de la función pulmonar en los pacientes con asma, aumenta la severidad de los síntomas, puede hacer a que los pacientes respondan menos a los tratamientos con esteroides inhalados y sistémicos, y reduce la posibilidad de que el asma sea controlada. La exposición al humo del tabaco en las etapas prenatal y postnatal se asocia a efectos dañinos incluyendo un mayor riesgo de desarrollar síntomas similares a asma en la niñez temprana. Sin embargo, la evidencia del aumento del riesgo de enfermedades alérgicas es incierta. Distinguir los efectos independientes del tabaquismo materno prenatal y postnatal es difícil.⁽¹⁴⁾

Agentes extradomiciliarios e intradomiciliarios: Se ha demostrado que los brotes de exacerbaciones del asma están relacionados con los niveles elevados de contaminación ambiental, y esto puede relacionarse con el aumento de agentes contaminantes o a los alérgenos específicos a los cuales el paciente está sensibilizado. Sin embargo, el papel de los agentes contaminantes en el desarrollo del asma no está bien definido. Asociaciones similares se han observado en lo referente a los agentes contaminantes intradomiciliarios, ej. El uso del gas y los combustibles para la calefacción y el aire acondicionado, los hongos, y la infestaciones por cucarachas.⁽¹⁵⁾

Dieta: El papel de la dieta, particularmente la leche materna, en lo referente al desarrollo del asma se ha estudiado extensamente y, en general, los resultados revelan que los lactantes alimentados con fórmulas de leche de vaca intacta o proteína de soya comparada con la leche materna tienen una incidencia más alta de tener enfermedades de sibilancias en la niñez temprana. Ciertos datos también sugieren que ciertas características de las dietas occidentales, tales como uso creciente de alimentos procesados y reducción de antioxidantes (frutas y vegetales), aumento n-6 del ácido grasos poli-insaturados (encontrados en margarina y el aceite vegetal), y disminución de productos poli-insaturados del ácido graso n-3 (encontrado en pescados) hayan contribuido a los aumentos recientes en asma y enfermedades atópicas.⁽¹⁶⁾

Historia Natural del Asma: El asma en niños puede ser descrita como “ataques repetidos de obstrucción de la vía aérea y dificultad respiratoria intermitentes, que son desencadenados por factores tales como exposición a alérgenos, infecciones virales y ejercicio”. Sin embargo, el diagnóstico se hace difícil en niños, especialmente en los menores de 5 años, en los cuales los episodios de tos y sibilancias son frecuentes. El 60% de los niños que silban antes de los 5 años dejarán de hacerlo en la edad escolar.⁽¹⁷⁾

Se han descrito 3 categorías de sibilancias en niños menores de 5 años: Sibilancias tempranas transitorias que se asocian a prematurez y al humo de tabaco en el ambiente familiar. En ellos se postula la presencia de una vía aérea de menor calibre como causa de los episodios de sibilancias y generalmente superan los síntomas antes de los 3 años de edad. Sibilancias de inicio temprano, generalmente asociadas a episodios de infección viral, en niños sin evidencia o historia familiar de atopía. Los síntomas suelen persistir durante el período escolar y aún hasta los 12 años y suelen asociarse a infecciones por virus respiratorio sincicial en niños por debajo de los 2 años, mientras que otros virus predominan en niños mayores. Sibilancias de aparición tardía/asma: estos niños tienen asma, que a menudo persiste en la infancia y aún en la vida adulta. Típicamente tienen historia de atopía, con la presencia de eczema y patología de la vía aérea con características de asma ⁽¹⁸⁾. VER TABLA ANEXO 1

La principal función del pulmón es el intercambio de gases y para que se lleve a cabo es necesario movilizar el aire desde el ambiente hasta los alvéolos y viceversa. Esta movilización durante la inspiración debe vencer dos resistencias: la resistencia elástica del pulmón que se opone a la distensión y la resistencia de la vía aérea que se opone al paso del aire. Los pulmones y la caja torácica se encuentran en equilibrio; si ambos se independizaran, los pulmones tenderían a colapsarse y la caja torácica a expandirse. Esta tendencia pulmonar al colapso se denomina presión de retracción elástica, también llamada presión transpulmonar cuyo origen radica en la malla de fibras de elastina y colágena tipo I del tejido conjuntivo, así como en la tensión superficial de los alvéolos. ⁽¹⁹⁾

Se ha postulado que el tono del músculo liso de la vía aérea periférica también podría contribuir a la retracción elástica. Al igual que una burbuja de jabón unida a su pajilla tiende a colapsarse si deja de insuflarse, cada uno de los aproximadamente 500 millones de alvéolos tiene una predisposición inherente a colapsarse debida a la tensión superficial. La capa lipídica de surfactante que los recubre disminuye esa tendencia, pero no la anula por completo. Esta capa, además, evita que la vía aérea periférica acumule líquido en su interior y se obstruya. ⁽²⁰⁾

Ambas tendencias, la del pulmón a colapsarse y la de la caja torácica a expandirse, se equilibran al final de una espiración tranquila, cuando los músculos respiratorios están relajados y no hay flujo de aire en la vía aérea. A este punto se le conoce como capacidad funcional residual (FRC). La presión negativa intratorácica que se genera es transmitida a todo el tórax y son los pulmones los que sufren más cambios de tamaño por ser las estructuras más elásticas. Debido a que los alvéolos y las vías aéreas intrapulmonares están rodeados de tejido conjuntivo, las paredes de la vía aérea son «jaladas» por esta presión transpulmonar expansiva, de modo que su calibre aumenta en la inspiración, facilitando el flujo de aire. Durante la espiración, el volumen de la caja torácica tiende a disminuir; en una espiración tranquila normal, el diafragma y los músculos inspiratorios se relajan y la elasticidad de la caja torácica tiende a regresar a su posición de reposo (FRC). Esto provoca compresión pasiva de los pulmones, que es favorecida por la propia retracción elástica pulmonar. Sin embargo, el flujo aéreo nuevamente debe vencer la resistencia de la vía aérea pero ahora la resistencia es mayor, ya que la compresión pulmonar disminuye el calibre de las vías aéreas e incluso, cuando el volumen pulmonar es muy bajo, tiende a cerrar por completo la vía aérea periférica, limitando el flujo espiratorio. El calibre de las vías aéreas tiene una variabilidad circadiana normal, alcanzando su menor calibre en la madrugada y el mayor a media tarde. Estos cambios se demuestran por cambios progresivos en la Raw o los flujos pulmonares. ⁽²¹⁾

La alteración funcional básica en el asma es la obstrucción del flujo aéreo causada por una disminución del calibre de la vía aérea, en especial durante la espiración. Esta obstrucción suele ser episódica (crisis o exacerbación asmática) y parcial o completamente reversible de forma espontánea o con el tratamiento apropiado. Aunque durante una exacerbación la obstrucción puede ocurrir en cualquier nivel del árbol traqueobronquial, la vía aérea periférica (menor a 2 mm de diámetro en un adulto) parece ser el principal sitio de obstrucción. En pacientes con asma grave la obstrucción puede estar presente de forma continua. A partir de esta alteración pueden surgir otras anormalidades funcionales, como aumento del trabajo respiratorio, alteración de la mecánica pulmonar y de los volúmenes pulmonares, desequilibrio de la relación ventilación/perfusión y compromiso del intercambio de gases.⁽²²⁾

La obstrucción de la vía aérea puede deberse a uno o varios de los siguientes componentes: 1) contracción del músculo liso, también denominado broncoespasmo, 2) aumento de la secreción mucosa, que suele ser muy adherente y en casos de asma grave puede ocasionar taponamiento de la vía aérea, 3) engrosamiento de la pared traqueobronquial por inflamación y/o remodelación. La inflamación generalmente es de predominio eosinofílico, aunque también participan células T, neutrófilos, células cebadas, etc. En casos de asma casi fatal, de inicio súbito, la infiltración suele ser de predominio neutrofílico. La remodelación incluye hipertrofia e hiperplasia del músculo liso, hiperplasia de glándulas submucosas, neovascularización y fibrosis subepitelial. La contribución de cada uno de estos elementos puede variar de acuerdo al factor desencadenante de exacerbación y a la gravedad subyacente del asma.⁽²³⁾ VER TABLA ANEXO 2

La flujometría es la prueba más sencilla y barata e incluso asequible para el control cotidiano del paciente con asma. El único parámetro que evalúa es el flujo espiratorio máximo (PEF), el cual se alcanza en los primeros instantes de la espiración forzada. La principal utilidad de la flujometría es el control cotidiano realizado por el paciente y vigilado periódicamente por el médico tratante.⁽²⁴⁾

Durante una exacerbación asmática hay disminución de la presión de retracción elástica o presión transpulmonar, que regresa a valores cercanos a lo normal una vez que se ha resuelto la crisis. Se desconoce la causa de esta modificación transitoria de la retracción elástica; sin embargo, en algunos pacientes, en especial aquéllos con asma moderada o grave, esta disminución persiste durante periodos asintomáticos y habiendo descartado enfisema. Se ha encontrado que la elastina, una de las principales proteínas intersticiales responsables de la retracción elástica, está disminuida o fragmentada en los tabiques alveolares peribronquiales de pacientes que murieron a causa de asma, lo que podría ser una explicación. La disminución de la retracción elástica es importante porque al dejar de traccionar a las vías aéreas éstas tienden a cerrarse prematuramente al final de la espiración, causando atrapamiento de aire. Esta tendencia al colapso prematuro se ve favorecida por los cambios propios de la vía aérea en el asma (broncoespasmo, hipersecreción mucosa, inflamación y remodelación) y por la alteración del surfactante, ya que sus propiedades se ven alteradas por el exudado proteínico y además puede sufrir degradación por enzimas eosinofílicas. El atrapamiento de aire se manifiesta por aumento del volumen residual, a expensas de una disminución de la capacidad vital. La capacidad pulmonar total suele ser normal o ligeramente incrementada.⁽²⁵⁾

Los documentos previos de GINA subdividen al asma de acuerdo a la severidad basado en el nivel de los síntomas, limitación al flujo de aire y variabilidad de la función pulmonar, y la divide en cuatro categorías: intermitentes, leve persistente, moderada persistente, y severa persistente. La clasificación del asma, basada en la severidad, es útil de establecer cuando las decisiones se están tomando sobre el manejo en la evaluación inicial de un paciente. Es importante reconocer, sin embargo, que la severidad del asma implica ambas, la severidad de la enfermedad subyacente y su sensibilidad al tratamiento. Así, el asma se puede presentar con síntomas severos y la obstrucción al flujo aéreo, puede ser clasificada como severo persistente en la presentación inicial, pero responde completamente al tratamiento y después se clasifique como asma persistente moderada. Además, la severidad no es una característica invariable de un individuo con asma, sino que puede cambiar a través de los meses o años. ⁽²⁶⁾ VER TABLA ANEXO 3

La nueva clasificación del asma (Iniciativa Global para el Asma 2008) se basa en el grado de control de la enfermedad recomienda la clasificación del asma por grados de control: controlado, parcialmente controlado y no controlado. El control del asma se define como la ausencia de síntomas diurnos (dos veces o menos por semana), la no limitación a las actividades físicas incluyendo el ejercicio, la ausencia de sintomatología nocturna, la no utilización de medicamentos de rescate (o menos de 2 veces por semana), pruebas de función pulmonar normales o lo más cerca de lo normal y la ausencia de exacerbaciones. Otro concepto que se introduce es el del paciente parcialmente controlado, en el que dos o menos de las características anteriores se presentan más de dos veces por semana. El término control del asma se puede definir de muchas maneras. En general el término control puede indicar la prevención de la enfermedad, incluso la curación. Pero en el asma, donde ninguna de éstas son opciones reales actualmente, se refiere al control de las manifestaciones de la enfermedad. Idealmente esto se debe aplicar no solamente a las manifestaciones clínicas, sino en los marcadores del laboratorio de la inflamación y a las características fisiopatológicas de la enfermedad. Hay evidencia de que reduciendo la inflamación con terapia de control se alcanza control clínico, pero debido al costo y a la carencia en la disposición general de pruebas tales como eosinófilos del esputo, óxido nítrico exhalado, biopsias endobronquial, se recomienda que el tratamiento esté dirigido a controlar las características clínicas de la enfermedad, incluyendo pruebas de función pulmonar alteradas. ⁽²⁷⁾ VER TABLA ANEXO 4

El diagnóstico clínico del asma es aclarado a menudo por síntomas tales como disnea episódica, sibilancias, tos y tirantez de pecho. La variabilidad estacional de los síntomas y los antecedentes familiares positivos del asma y de una enfermedad atópica son también guías de diagnóstico provechosas. El asma se asocia con síntomas que pueden ocurrir en forma intermitente, con el paciente asintomático entre las temporadas o pueden incluir empeoramiento estacionario en el paciente con antecedente de asma persistente. Las características de los síntomas que sugieren fuertemente un diagnóstico de asma son su variabilidad; su precipitación por los irritantes no específicos, tales como humo de cigarrillo, los humos o los olores fuertes, o por ejercicio; su probabilidad de empeorar en la noche; y de su respuesta a la terapia antiasmática apropiada. ⁽²⁸⁾

Los pacientes con tos como variante de asma, tienen tos como su principal manifestación. Es particularmente frecuente en niños, y a menudo empeora durante la noche. Las evaluaciones en el día pueden ser normales. En estos pacientes la documentación de la variabilidad de la función pulmonar o de hiperreactividad de la vía aérea y posiblemente la presencia de eosinófilos en esputo, son particularmente importantes. La tos como variante del asma, debe ser diferenciada de la llamada bronquitis eosinofílica en la cual los pacientes tienen tos, eosinófilos en esputo, pero valores normales de función pulmonar cuando son evaluados a través de espirometría o por hiperreactividad de la vía aérea) ⁽²⁹⁾

El ejercicio induciendo broncoconstricción(la broncoconstricción inducida por ejercicio) puede ocurrir en cualquier condición climática, pero es más común cuando el paciente está respirando aire seco y frío y menos común en climas calientes, húmedos. La rápida mejora de los síntomas del post ejercicio después de inhalar B2-agonistas, o su prevención por el previo tratamiento con inhalador 2-agonistas antes del ejercicio, apoya el diagnóstico del asma. Un protocolo de minutos de correr se realiza fácilmente en la práctica clínica y puede establecer un diagnóstico firme del asma. Debido a que los síntomas del asma son variables, el examen físico del sistema respiratorio puede ser normal. Generalmente lo más anormal encontrado en el examen físico son las sibilancias en la auscultación, un hallazgo que confirma la limitación del flujo de aire. Sin embargo, en algunas personas con asma, la auscultación puede ser normal o las sibilancias se detectan solamente cuando le solicitan exhalar fuertemente, incluso en presencia de una limitación significativa al flujo de aire. De vez en cuando, en exacerbaciones severas del asma, las sibilancias pueden estar ausentes debido a una seria reducción en el flujo de aire y a la ventilación. Sin embargo, los pacientes en este estado usualmente tienen otros signos físicos que reflejan la exacerbación y su severidad, tal como cianosis, somnolencia, dificultad del habla, taquicardia, tórax hiperinsuflado, el uso de músculos accesorios y la retracción intercostal. Otros signos clínicos son solamente probables que estén presentes si se examinan a los pacientes durante períodos sintomáticos. La combinación de la hiperinflación y de la limitación al flujo de aire en una exacerbación del asma aumenta marcadamente el trabajo de la respiración. ⁽³⁰⁾

El diagnóstico del asma se basa generalmente en la presencia de síntomas característicos. Sin embargo, las medidas de la función pulmonar, y particularmente la reversibilidad de las anomalías de la función pulmonar, aumentan la certeza en el diagnóstico. Existen dos métodos han encontrado una extensa aceptación para su uso en pacientes mayores de 5 años de edad. Éstas son espirometría, particularmente la medición del volumen espiratorio forzado en 1 segundo (FEV1) y de la capacidad vital forzada (FVC), al igual que el pico flujo durante la espiración. La espirometría, es una prueba que analiza la totalidad de la espiración forzada durante mínimo seis segundos, por lo que puede proporcionar información sobre el flujo alcanzado en cualquier segmento de la espiración, ya sea el PEF o el flujo alcanzado al 25, 50 o 75% de la capacidad vital (FEF25, FEF50, FEF75, respectivamente) o bien el flujo calculado entre el 25 y 75% (FEF25-75). Otro parámetro directamente relacionado al flujo y útil para evaluar obstrucción es el volumen espiratorio forzado al primer segundo (FEV1), así como su relación con la capacidad vital forzada (FEV1/FVC). La pletismografía es más compleja que las pruebas anteriores y sólo se realiza en algunas unidades médicas de segundo o tercer nivel de atención médica. En este estudio el sujeto está sentado en el interior de una cabina hermética que continuamente mide los cambios de volumen y presión en su interior. Con estos elementos el equipo puede calcular las mismas variables que la espirometría, además de otras que esta última no puede evaluar, tales como el volumen residual (RV), la capacidad pulmonar total (TLC) y la Raw. ⁽³¹⁾ VER TABLA EN ANEXO 5

Para confirmar el diagnóstico del asma: a pesar de que la espirometría que es el método preferido para documentar la limitación de flujo de aire, una mejora de 60 L/min (o 20% o más de PEF pre-broncodilatador) después de la inhalación de un broncodilatador, o una variación en el PEF de más de 20% (a pesar de que de dos lecturas diarias, de más del 10 %) sugiere un diagnóstico de asma. Para mejorar el control del asma, particularmente en pacientes con poca percepción de síntomas. Los planes de manejo del asma que incluyen un automonitoreo de síntomas o PEF para tratamiento de exacerbaciones han mostrado que mejoran los resultados. Es más fácil observar una respuesta a la terapia desde un gráfico PEF que de un PEF diario. ⁽³²⁾

El asma tiene un impacto significativo en los individuos, sus familias y la sociedad y aunque no existe una cura, un manejo adecuado conduce muy a menudo al control de la misma. El conocimiento por parte de los padres se basa en considerar al asma como una enfermedad crónica en la que la familia debe asumir un papel activo, siendo su horizonte de trabajo el autocontrol y control en la familia; suponiendo así la toma de una decisión, pactada con los profesionales, que implica realizar un diagnóstico, iniciar un tratamiento y evaluar la evolución. Para ello se requiere que la familia reconozca precozmente los síntomas, que sepa utilizar de manera adecuada la medicación y se la instruya en las actitudes a tomar según la situación del niño. En las últimas dos décadas se han desarrollado e implantado varios programas educativos sobre el asma, que están dirigidos a pacientes pediátricos asmáticos y a sus padres o cuidadores. La evaluación de estos programas ha demostrado que la educación puede aumentar en forma efectiva el entendimiento de la enfermedad y producir alivio significativo en varios aspectos clínicos. Gran parte de los estudios referidos, y otros también relacionados con este tema, utilizan cuestionarios de conocimientos de asma para el paciente con objeto de determinar el impacto que tienen los programas educativos de las instituciones sobre el cambio en el nivel de conocimientos, así como su asociación con diversas variables de valoración. Dichos cuestionarios de conocimientos están disponibles en idiomas, y recientemente se ha desarrollado y validado uno en español diseñado especialmente para padres o tutores de niños con asma. ⁽³³⁾

El cuestionario “Conocimientos sobre el asma”, elaborado por el Dr. Rodríguez Martínez C y Sossa MP; validado y publicado en el año 2005 en Bogotá Colombia, deriva de la revisión de la bibliografía, de respuestas y observaciones dadas por los padres de niños asmáticos mediante la realización de grupos focales y de la experiencia profesional de los investigadores. Realizándose pruebas piloto del cuestionario en grupo de padres de niños asmáticos de manera convencional y secuencial en una misma institución de dicho país obteniendo la fiabilidad test mediante la prueba de la t de Wilcoxon, y mediante el coeficiente de correlación de concordancia de Lin. La consistencia interna se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach el cual fue de 0.70. Y la sensibilidad al cambio se determinó comparando la puntuación del cuestionario de conocimientos antes y después de la intervención educativa destinada a aumentar los conocimientos y habilidades en asma mediante la prueba de la t de Student para muestras apareadas o la prueba de la t de Wilcoxon según fuera oportuno. Con una sensibilidad del 70 % con un valor predictivo positivo del 52% y un valor predictivo negativo del 84%. Este cuestionario incluye un grupo de ítems relacionados con mitos y creencias acerca del manejo del asma, otro relacionado con conocimientos acerca de la enfermedad y un tercero relacionado con otros aspectos del asma, tales como tabaquismo y actividad física, del que se explica más adelante. ⁽³⁴⁾ VER ANEXO 6

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen los padres de niños asmáticos respecto a la enfermedad, que ingresan al servicio de urgencias pediatría del HGZ UMF No 8?

JUSTIFICACIÓN

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en niños y adolescentes. Se considera un problema de índole multicasual asociada a numerosas condiciones que desencadenan las crisis.

Es una de las enfermedades más diagnosticada en la infancia y que genera altos costos médicos; así como es una de las causas más comunes de ausentismo escolar. Por lo que constituye un importante problema de salud pública.

No sólo incrementa los cuidados de salud y los costos médicos, sino también afecta la calidad de vida de los niños y a sus familias. Los infantes con asma pierden días de escuela y tienen limitaciones para practicar algún deporte o realizar otras actividades. Los padres de estos niños resultan afectados por la pérdida de días de trabajo y disminución en la productividad laboral. Así como representa uno de los principales motivos de admisión a los servicios de salud de segundo nivel; además, genera un alto número de hospitalizaciones.

Los factores que pueden modificar o disminuir los costos de tratamiento implican: conocimiento de los agentes desencadenantes, control del padecimiento y de los periodos entre crisis, y apego al tratamiento médico y de rescate.

Por ende el presente estudio está enfocado a conocer el nivel de conocimiento que tienen los padres de niños asmáticos respecto a la enfermedad, con el fin de que con los resultados obtenidos se pueda utilizar en un futuro para plantear intervenciones oportunas encaminadas a su manejo y educación básica para una mejor atención.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de conocimientos que tienen los padres de niños asmáticos respecto a la enfermedad, que ingresa al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No 8

HIPÓTESIS

Se realizó hipótesis por motivos de enseñanza ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis y para llevar a cabo este estudio en base a los propósitos de la misma se plantearon los siguientes:

HIPÓTESIS NULA

H_0 : Los padres de pacientes asmáticos que ingresan al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No 8 no tienen conocimiento bajo sobre la enfermedad.

HIPÓTESIS ALTERNA

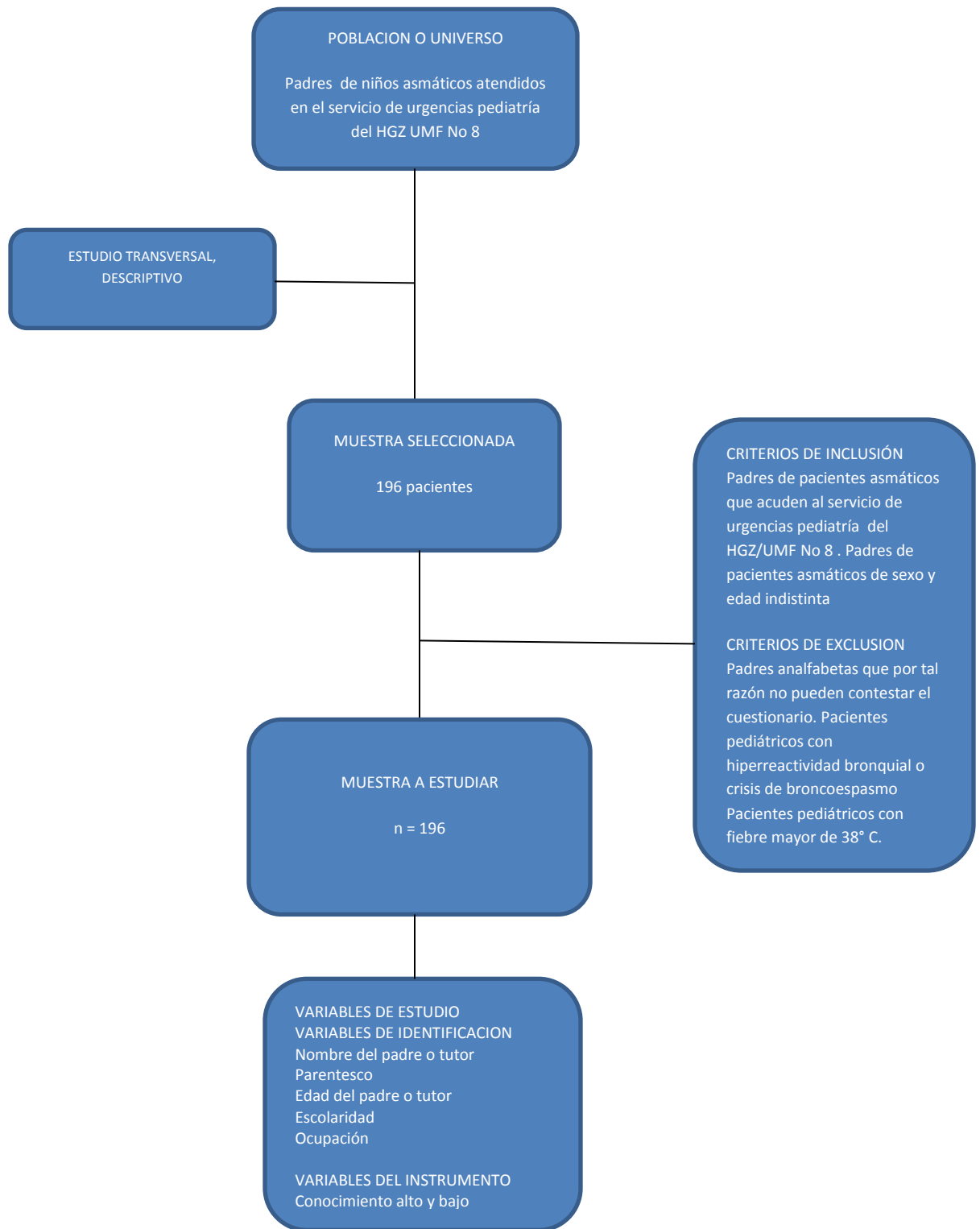
H_1 : Los padres de pacientes asmáticos que ingresan al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No 8 tienen un conocimiento bajo sobre la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.
- b) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.
- d) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.
- e) Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



ELABORÓ: DRA. MEJÍA RAMÍREZ MAHETABEL ALEJANDRA

POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en padres de pacientes asmáticos que ingresan al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS en el Distrito Federal, México. Fue una población urbana con un rango de edad 15 a 61 años asignados de forma aleatoria si cumplían con los criterios de inclusión.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se efectuó en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS de la Delegación Sur, localizado en el domicilio de Avenida Río Magdalena número 289, Colonia Tizapán San Ángel Delegación Álvaro Obregón. Distrito Federal, Ciudad de México CP 01090. En el periodo comprendido del mes de marzo del 2012 a Febrero 2014.

MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, requerirá de 196 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%, con una proporción del 0.15. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 95%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Padres de pacientes asmáticos que acuden al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No 8 en cualquier horario.
- Padres de pacientes asmáticos de sexo indistinto.
- Padres de pacientes asmáticos de edad indistinta

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Padres analfabetas que por tal razón no pueden contestar el cuestionario.
- Padres de pacientes con hiperreactividad bronquial o crisis de broncoespasmo
- Negativa por parte de los padres de pacientes asmáticos a contestar el cuestionario
- Padres que no estén seguros del Diagnóstico de Asma de sus hijos

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Padres de pacientes pediátricos que NO completen el cuestionario
- Respuestas incompletas

VARIABLES

➤ VARIABLES DE ESTUDIO

- Nombre del padre o tutor
- Parentesco
- Edad del padre o tutor
- Escolaridad
- Ocupación

➤ VARIABLES DEL INSTRUMENTO

- Nivel de Conocimiento del asma en padres de niños asmáticos, creado por Dr. Rodríguez Martínez C y Sossa.

➤ VARIABLE INDEPENDIENTE

- Asma

➤ VARIABLE DEPENDIENTE

- Nivel de conocimiento de los padres

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

ASMA: Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que participan diversas células y mediadores químicos; se acompaña de una mayor reactividad traqueobronquial que provoca en forma recurrente tos, sibilancias, disnea y aumento del trabajo respiratorio, principalmente en la noche o en la madrugada.

CONOCIMIENTO DE LOS PADRES: Se basa en la consideración del asma como una enfermedad crónica en la que la familia (padres y niño) debe asumir un papel activo, siendo su horizonte de trabajo el autocontrol y control en la familia del asma. Esto implica el desarrollo de procesos educativos protocolizados y adecuados a la magnitud de cada etapa de las crisis asmáticas y a la capacidad de cada familia; en un entorno amistoso, de su propia comunidad, con gran accesibilidad, y con los mismos profesionales que se ocupan de la atención integral del niño. La educación amplía sus perspectivas hacia ideas como el derecho a saber sobre su enfermedad, a conocer formas de autoayudarse y a la necesidad de asumir responsabilidades.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Sexo	Cualitativa	Nominal	1=Femenino 2=Masculino
Parentesco	Cualitativa	Nominal	1=Madre 2=Padre
Edad del padre o tutor	Cuantitativa	Continua	Años
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1= Primaria 2= Secundaria 3= Bachillerato 4= Carrera Técnica 5= Profesional 6= Otros

ELABORÓ: DRA. MEJIA RAMIREZ MAHETABEL ALEJANDRA

DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Conocimiento general del asma	Cualitativa	Nominal	1= Alto conocimiento 2= Bajo conocimiento
Mitos y creencias	Cualitativa	Nominal	1= Alto Conocimiento 2= Bajo Conocimiento
Conocimiento del asma	Cualitativa	Nominal	1= Alto Conocimiento 2= Bajo Conocimiento
Factores asociados como deportes y tabaquismo	Cualitativos	Nominal	1= Alto Conocimiento 2= Bajo Conocimiento

ELABORO: DRA. MEJIA RAMIREZ MAHETABEL ALEJANDRA

DISEÑO ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 17 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza de 95% se calcularán frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Se aplicó el cuestionario de conocimientos sobre el asma validado y publicado en el 2005, por el Dr. Rodríguez Martínez C y Sossa. El cuestionario incluye un grupo de ítems relacionados con mitos y creencias acerca del manejo del asma, otro relacionado con conocimientos acerca de la enfermedad y un tercero relacionado con otros aspectos del asma, tales como tabaquismo y actividad física. Se estableció una calificación tipo Liker con cinco respuestas: muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y muy en desacuerdo para cada ítem. Si el ítem correspondía una afirmación verdadera se asignaba una puntaje de 5 si respondía muy de acuerdo, 4 de acuerdo, 3 indeciso, 2 en desacuerdo y 1 muy en desacuerdo. De la misma manera, un ítem con una afirmación falsa se asignaba un puntaje de 5 si contestaba muy en desacuerdo, 4 en desacuerdo, 3 indeciso, 2 de acuerdo y 1 muy de acuerdo.

Se consideraron verdaderos los ítems 7, 11, 12, 13, 16, 17; mientras que los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 14 y 15 falsos. Se consideraron tres factores de conocimientos. Factor I incluye ítems 1 a 6 más el 10 (mitos y creencias con respecto al manejo de la enfermedad). Factor II incluye ítems 7, 11, 12, 15, 16 y 17 (conocimiento del asma). Factor III incluye ítems 8, 9, 13 y 14 (factores asociados como deportes y tabaquismo). En el artículo de referencia el grupo de padres que se consideró con “alto conocimiento” obtuvieron las siguientes puntuaciones medias en el cuestionario: puntaje total $72,1 \pm 4,3$; Factor I $32,1 \pm 2,8$; Factor II $23,7 \pm 3,1$; Factor III $16,4 \pm 2,4$. Por otro lado el grupo de padres que se consideró con “bajo conocimiento” obtuvieron las siguientes puntuaciones medias en el cuestionario: puntaje total $57,9 \pm 5,9$; Factor I $23,2 \pm 4,3$; Factor II $19,9 \pm 3,9$; Factor III $14,7 \pm 2,7$. Se tomaron como referencia estas puntuaciones medias para calificar nuestra población con “alto” o “bajo” conocimiento. Se permitieron en estudios previos de 20 a 25 minutos para contestar las tres secciones del cuestionario. La sensibilidad del mismo es del 70 % con un valor predictivo positivo del 52% y un valor predictivo negativo del 84%. VER CUESTIONARIO ANEXO 6

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Se realizó el cuestionario del Dr. Rodríguez Martínez C y Sossa a los padres de pacientes asmáticos ya diagnosticados atendidos en el servicio de urgencias pediatría del HGZ UMF No 8, de manera individual, que aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas, dando instrucciones tanto verbales como escritas de cómo realizar la encuesta, permitiendo de 20 a 25 minutos para contestar las 3 sesiones del cuestionario. Se otorgó el material necesario de escritura para el llenado del mismo.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se realizó una revisión sistemática de la medicina basada en evidencia, obteniendo definiciones de las variables del estudio tomadas de GINA así como fuentes de información similares para todos los participantes. Se aplicó el instrumento de recolección de datos a los padres de niños de asmáticos previo consentimiento informado por medio de interrogatorio directo. El lenguaje fue claro, así como la manera de plantear las preguntas del cuestionario que ayudo a reducir cualquier sesgo de obtención de la información. La evaluación de los cuestionarios obtenidos se realizó por el médico residente investigador, Utilizando los criterios previamente mencionados para seleccionar la unidad de estudio así como los grupos más representativos de la población.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HGZ UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DE TESIS:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS RESPECTO A LA ENFERMEDAD QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF No. 8

2012-2013

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2013
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		X	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				X								
OBJETIVOS					X							
HIPOTESIS						X						
PROPOSITOS							X					
DISEÑO METODOLOGICO								X				
ANALISIS ESTADISTICO									X			
CONSIDERACIONES ETICAS									X			
RECURSOS									X			
BIBLIOGRAFIA										X		
ASPECTOS GENERALES										X	X	
ACEPTACION												X

2013-2014

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	X
PUBLICACION											X	X

ELABORÓ: DRA.MEJÍA RAMÍREZ MAHETABEL ALEJANDRA

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

A. Recursos Humanos:

Para la realización de esta investigación se contó con un residente de Medicina Familiar investigador que aplicó los cuestionarios y recolectó los datos. Contó con la orientación de dos asesores de investigación, clínico y metodológico como de un director de tesis respectivamente.

B. Recursos Materiales:

Se utilizaron cuestionarios suficientes para la muestra, lápices y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados se contó con un equipo de cómputo HP Pavilion dv4 con WINDOWS 7, con memoria USB de 8 GB para almacenar los datos y análisis de resultados como respaldo.

C. Recursos Físicos:

Instalaciones del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Urgencias pediatría.

D. Recursos de Financiamiento:

Todos los gastos derivados de esta investigación estuvieron a cargo del médico residente de Medicina Familiar Dra. Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial publicada en 1975. Así mismo se dio a conocer ampliamente a los pacientes que en caso de no aceptar participar en el estudio no interfería de ningún modo con la relación médico/paciente. Se solicitó el consentimiento verbal y por escrito del padre del niño asmático que ingresó al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, manejándose toda la información de manera confidencial y con fines de investigación. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. (VER CONSENTIMIENTO INFORMADO ANEXO 7)

El presente estudio estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud en México y de las normas de investigación institucional y aceptado por el comité local de investigación.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

RESULTADOS

- Se estudiaron 196 pacientes, de los cuales predominó el sexo femenino con 158 (80.6%), del sexo masculino 38 (19.4%). (Ver grafica 1)
- La media de edad 35.64 años, valor mínimo de 16 años, valor máximo de 76 años, moda de 32 años, mediana de 33 años y desviación estándar de 12.365 años.
- En el rango de edad se observó 73 (37.2%) corresponde a una edad entre de 15-30 años, 93 (47.4%) 31-45 años, 15 (7.7%) de 46-60 años y 15 (7.7%) a más de 61 años. (Ver grafica 2)
- En cuanto al parentesco, se encontraron que: 158 (80.6%) fueron mamás y 38 (19.4 %) fueron papás. (Ver grafica 3)
- En escolaridad se apreció que: 28 (14.3%) tienen escolaridad máxima de primaria 62 (31.6%) secundaria, 48 (24.5%) preparatoria o bachillerato, 30 (15.3%) carrera técnica, y 28 (14.3%) nivel profesional. (Ver grafica 4)
- En cuanto a la ocupación se observó que 120 (61.2%) eran amas de casa, 11 (5.6%) estudiantes 43 (21.9%) empleado (a), 7 (3.6%) comerciantes 13 (6.6%) profesionistas, y 2 (1.0%) fueron desempleados. (Ver grafica 5)
- En el rubro correspondiente a nivel de conocimiento general acerca del Asma se demostró que 8 (4.1%) tienen un alto conocimiento y 188 (95.9%) tienen un bajo conocimiento. (Ver grafica 6)
- Referente al nivel de conocimiento del Factor 1: Mitos y creencias con respecto al manejo de la enfermedad, se observó que 3 (1.5%) tienen un conocimiento alto y 193 (98.5%) un conocimiento bajo. (Ver grafica 7)
- El nivel de conocimiento del Factor 2: Conocimiento del asma, se demostró que: 92 (46.9%) tienen un conocimiento alto y 104 (53.1%) un conocimiento bajo. (Ver grafica 8)
- En cuanto el nivel de conocimiento del Factor 3: Factores asociados como deporte y tabaquismo; se apreció que: 28 (14.3%) tienen un conocimiento alto y 168 (85.7%) un conocimiento bajo. (Ver grafica 9)
- En cuanto al nivel de conocimiento y sexo; se observó que los obtuvieron un alto conocimiento fueron 6 (3.1%) del sexo femenino y 2 (1.0%) masculino. Mientras que los que obtuvieron un bajo conocimiento fueron 152 (77.6%) del sexo femenino y 36 (18.4%) del sexo masculino (Ver grafica 10)

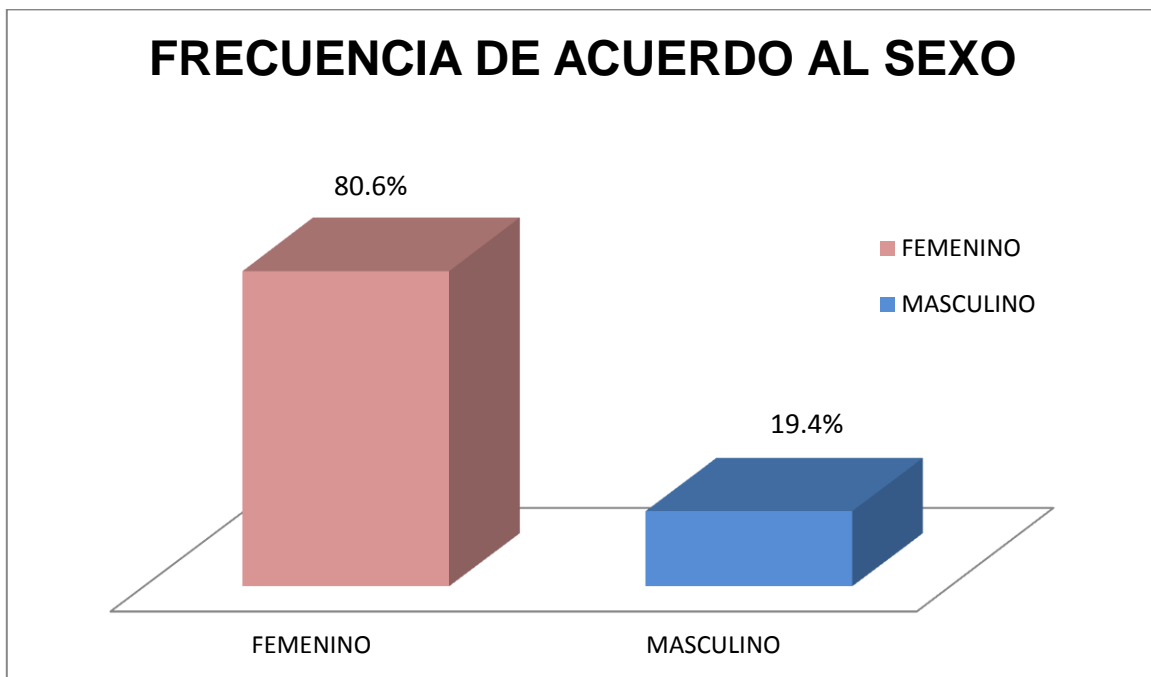
- Referente al rubro de nivel de conocimiento y edad, se encontró que los de alto conocimiento fueron 2 (1.0%) en una edad entre 15-30 años, 4 (2.0%) 31-45 años y 2 (1.0%) más de 61 años. Por otra parte en el nivel de bajo conocimiento 71 (36.2%) correspondían a una edad de 15-30 años, 89 (45.9%) 31-35 años, 15 (7.7%) 46-60 años y 13 (6.6%) más de 61 años (Ver grafica 11)
- Dentro del rubro de nivel de conocimiento y escolaridad; los que tienen un alto conocimiento fueron 2 (1%) con escolaridad máxima de primaria, 2 (1%) secundaria 1 (0.5%) preparatoria o bachillerato, 2 (1%) carrera técnica, y 1 (0.5%) profesional. Sin embargo en cuanto al nivel de bajo conocimiento 26 (13.3%) tienen como escolaridad máxima primaria, 60 (30.6%) secundaria, 47 (24.0%) preparatoria o bachillerato, 28 (14.3%) carrera técnica y 27 (13.8%) profesional (Ver grafica 12)
- En el rubro de nivel de conocimiento y ocupación: los que tienen un alto conocimiento 3 (1.5%) fueron amas de casa, 1 (0.5%) estudiantes, 3 (1.5%) empleados (as), 1 (0.5%) comerciantes. Mientras que en el rubro de bajo conocimiento 117 (59.7%) fueron amas de casa, 10 (5.1%) estudiantes, 40 (20.4%) empleados (as), 6 (3.1%) comerciantes, 13 (6.6%) profesionistas y 2 (1.0%) desempleados (Ver grafica 13)
- En cuanto al rubro de Conocimiento y Parentesco; los de alto conocimiento corresponden a 6 (3.0%) mamás y 2 (1.0%) papas. Por otra parte los de bajo conocimiento. 152 (77.5%) fueron mamás y 36 (18.3%) papas (Ver grafica 14)
- Respecto al nivel de conocimiento del Factor 1: Mitos y creencias con respecto al manejo de la enfermedad en relación al sexo; se demostró que los que tienen un alto conocimiento 1 (0.5%) fueron del sexo femenino y 2 (1.0%) masculinos. Mientras los que poseen un bajo conocimiento fueron 157 (80.1%) del sexo femenino y 36 (18.4%) masculinos (Ver grafica 15)
- Sobre el nivel de conocimiento del Factor 1: Mitos y creencias con respecto al manejo de la enfermedad en relación a la edad; se encontró que un conocimiento alto corresponde a 2 (1.0%) entre 15-30 años y 1 (0.5%) de 31-45 años. Mientras que un bajo conocimiento lo tienen 71 (36.2%) 15-30 años, 92 (46.9%) 31-35 años, 15 (7.7%) de 46-60 años y 15 (7.7%) más de 61. (Ver grafica 16)
- Acerca del nivel de conocimiento del Factor 1: Mitos y creencias con respecto al manejo de la enfermedad en relación al parentesco; se observó que los que tienen un alto conocimiento fueron 1 (0.5%) mamás y 2 (1.0%) papas. Mientras que un bajo conocimiento corresponden a 157 (80.1%) mamás y 36 (19.4%) papas (Ver grafica 17)
- Dentro del nivel de conocimiento del Factor 1: Mitos y creencias con respecto al manejo de la enfermedad en relación a la escolaridad; los que tienen un alto conocimiento tienen una escolaridad máxima de 1 (0.5%) primaria, 1 (0.5%) carrera técnica y 1 (0.5%) profesional. Mientras que los correspondientes a un bajo conocimiento tienen escolaridad máxima de 27 (13.8%) primaria, 62 (31.6%) secundaria, 48 (24.5%) Preparatoria o bachillerato, 29 (14.8%) Carrera Técnica, y 27 (13.8%) carrera profesional. (Ver grafica 18)

- Acerca del nivel de conocimiento del Factor 1: Mitos y creencias con respecto al manejo de la enfermedad en relación a la ocupación; los de conocimiento alto fueron: 1 (0.5%) amas de casa, 1 (0.5%) empleados (as) y 1 (0.5%) profesionistas. Mientras que un bajo conocimiento solo 119 (60.7%) amas de casa, 11 (5.6%) estudiantes, 42 (21.4%) empleado (a), 7 (3.6%) comerciantes, 12 (6.1%) profesionistas y 2 (1.0%) desempleados. (Ver grafica 19)
- En cuanto al Factor 2: Conocimiento del Asma en relación al sexo, el alto conocimiento encontrado fueron de 71 (36.2%) del sexo femenino y 21 (10.7%) del sexo masculino. Por otro lado los de bajo conocimiento 87 (44.4%) fueron del sexo femenino y 17 (8.7%) del sexo masculino. (Ver grafica 20)
- Referente al Factor 2: Conocimiento del Asma en relación al rango de edad, los de alto conocimiento fueron 37 (18.9) en un rango entre 15-30 años, 46 (23.5%) de 31-45 años, 4 (2.0%) de 46-60 años y 5 (2.6%) de más de 61 años. Por otra parte los de bajo conocimiento fueron 36 (18.4%) en un rango de 15-30 años, 47 (24%) de entre 31-45 años, 11 (5.6%) de 46 a 60 años y 10 (5.1%) de más de 61 años (Ver grafica 21)
- Respecto al Factor 2: Conocimiento del Asma en relación al parentesco, se observó que los de alto conocimiento fueron 71 (36.2%) mamas y 21 (10.7%) papas. Mientras que los que poseen un bajo conocimiento fueron 87 (44.3%) mamas y 17 (8.6%) papas(Ver grafica 22)
- En cuanto al Factor 2: Conocimiento del Asma en relación a la escolaridad; quien posee un alto conocimiento tuvieron como escolaridad máxima 17 (8.7%) primaria, 28 (14.3%) secundaria, 21 (10.7%) preparatoria o bachillerato, 13 (6.6%) carrera técnica y 13 (6.6%) profesional. Por otro lado los de conocimiento bajo 11 (5.6%) primaria, 34 (17.3%) secundaria, 27 (13.8%) preparatoria o bachillerato, 17 (8.7%) carrera técnica y 15 (7.7%) carrera profesional. (Ver grafica 23)
- Sobre el Factor 2: Conocimiento del Asma en relación a la ocupación, se observó que la mayoría de alto conocimiento 53 (27%) fueron amas de casa, 7 (3.6%) estudiante, 25 (12.8%) empleado (a), 2 (1.0%) comerciante, 4 (2.0%) profesionista, y 1 (0.5%) desempleado. Por otra parte los de bajo conocimiento fueron 67 (34.2%) amas de casa, 4 (2.0%) estudiante, 18 (9.2%) empleado (a), 5 (2.6%) comerciante, 9 (4.6%) profesionista, y 1 (0.5%) desempleado.(Ver grafica 24)
- Nivel de conocimiento del Factor 3: Factores Asociados como deporte y tabaquismo en relación al sexo: los de alto conocimiento fueron 22 (11.2%) del sexo femenino y 6 (3.1%) del sexo masculino. En cuanto un bajo conocimiento fueron 136 (69.4%) del sexo femenino y 32 (16.3%) del sexo masculino.(Ver grafica 25)
- Dentro del nivel de conocimiento del Factor 3: Factores Asociados como deporte y tabaquismo en relación a la edad, tienen un alto conocimiento 14 (7.1%) entre un rango de edad de 15-30 años, 8 (4.1%) 31-45 años, 3 (1.5%) de 46-60 y 3 (1.5%) más de 61 años. Por otra parte los de bajo conocimiento 59 (30.1%) 15-30 años, 85 (43.4%) 31-45 años, 12 (6.1%) de 46-60 años y 12 (6.1%) más de 61 años. (Ver grafica 26)

- Referente al nivel de conocimiento del Factor 3: Factores Asociados como deporte y tabaquismo en relación al parentesco, tuvieron un alto conocimiento 22 (11.2%) mamás y 6 (3.1%) papas. Mientras que los de bajo conocimiento 136 (69.3%) fueron mamás y 32 (16.4%) papas. (Ver grafica 27)
- Respecto al nivel de conocimiento del Factor 3: Factores Asociados como deporte y tabaquismo en relación a la escolaridad: tuvieron un alto conocimiento 4 (2.0%) con escolaridad máxima primaria, 5 (2.6%) secundaria, 9 (4.6%) preparatoria o bachillerato, conocimiento 5 (2.6%) carrera técnica y 5 (2.6%) profesional. Por otra parte los de bajo conocimiento 24 (12.2%) primaria, 57 (29.1%) secundaria, 39 (19.9%) preparatoria o bachillerato, 25 (12.8%) carrera técnica, y 23 (11.7%) profesional. (Ver grafica 28)
- En cuanto al rubro del nivel de conocimiento del Factor 3: Factores Asociados como deportes y tabaquismo en relación a la ocupación: los de alto conocimiento fueron 53 (27%) amas de casa, 7 (3.6%) estudiantes, 25 (12.8%) empleado (a), 2 (1.0%) comerciante, 4 (2.0%) profesionista y 1 (0.5%) fueron desempleados. Mientras que los de bajo conocimiento 67 (34.2%) fueron amas de casa, 4 (2.0%) estudiantes, 18 (9.2%) empleado (a), 5 (2.6%) comerciante, 9 (4.6%) profesionista y 1 (0.5%) desempleado. (Ver grafica 29)

TABLA 1: FRECUENCIA RESPECTO AL SEXO

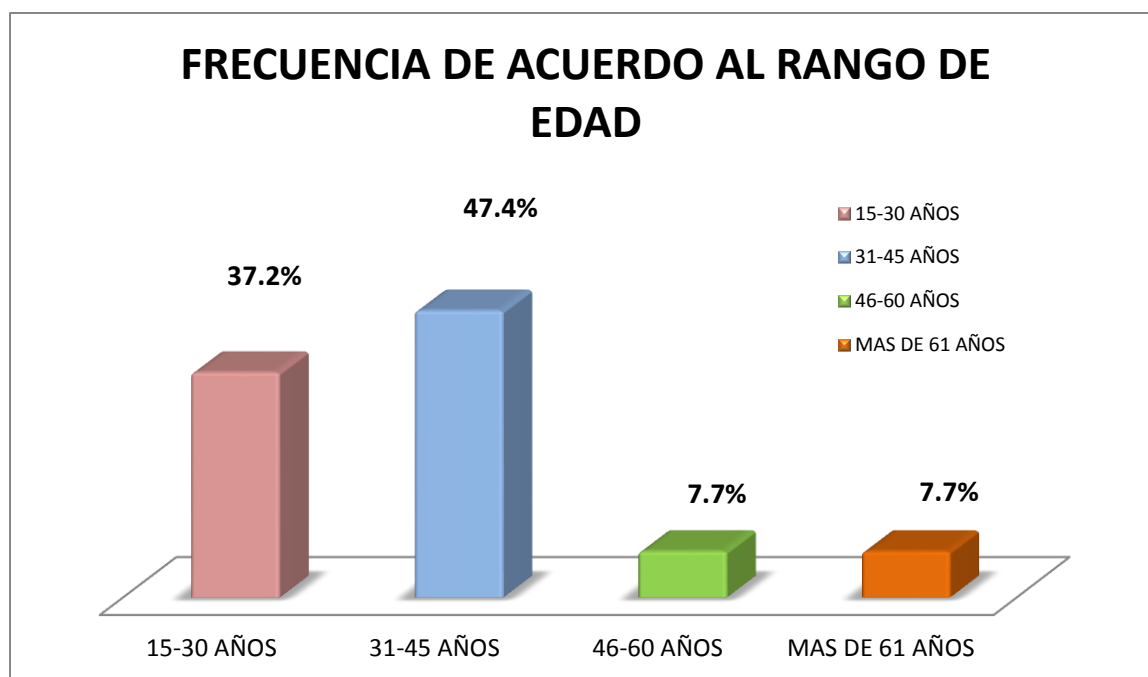
GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	158	80.6%
Masculino	38	19.4%
TOTAL	196	100%



GRAFICA 1: FRECUENCIA DE ACUERDO AL SEXO

TABLA 2: FRECUENCIA RESPECTO A RANGO DE EDAD

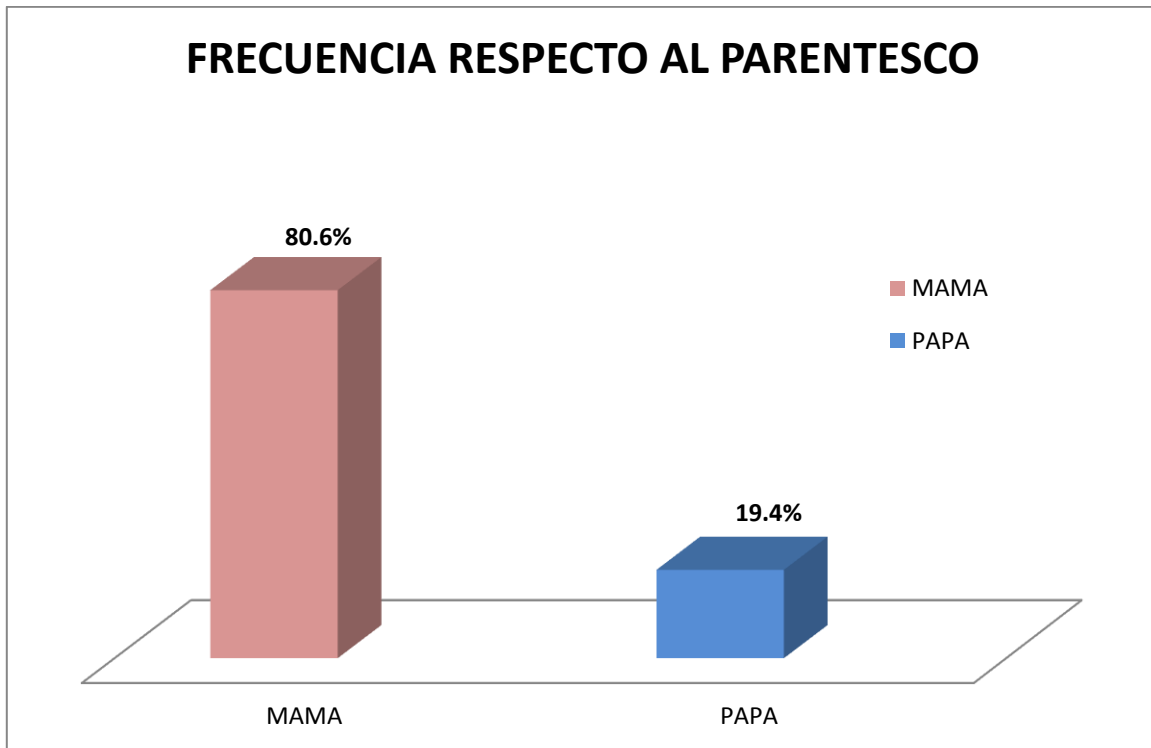
RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-30 Años	73	37.2%
31-45 Años	93	47.4%
46-60 Años	15	7.7%
Más de 61 Años	15	7.7%
TOTAL	196	100%



GRAFICA 2: FRECUENCIA DE ACUERDO A RANGO DE EDAD

TABLA 3: FRECUENCIA RESPECTO AL PARENTESCO

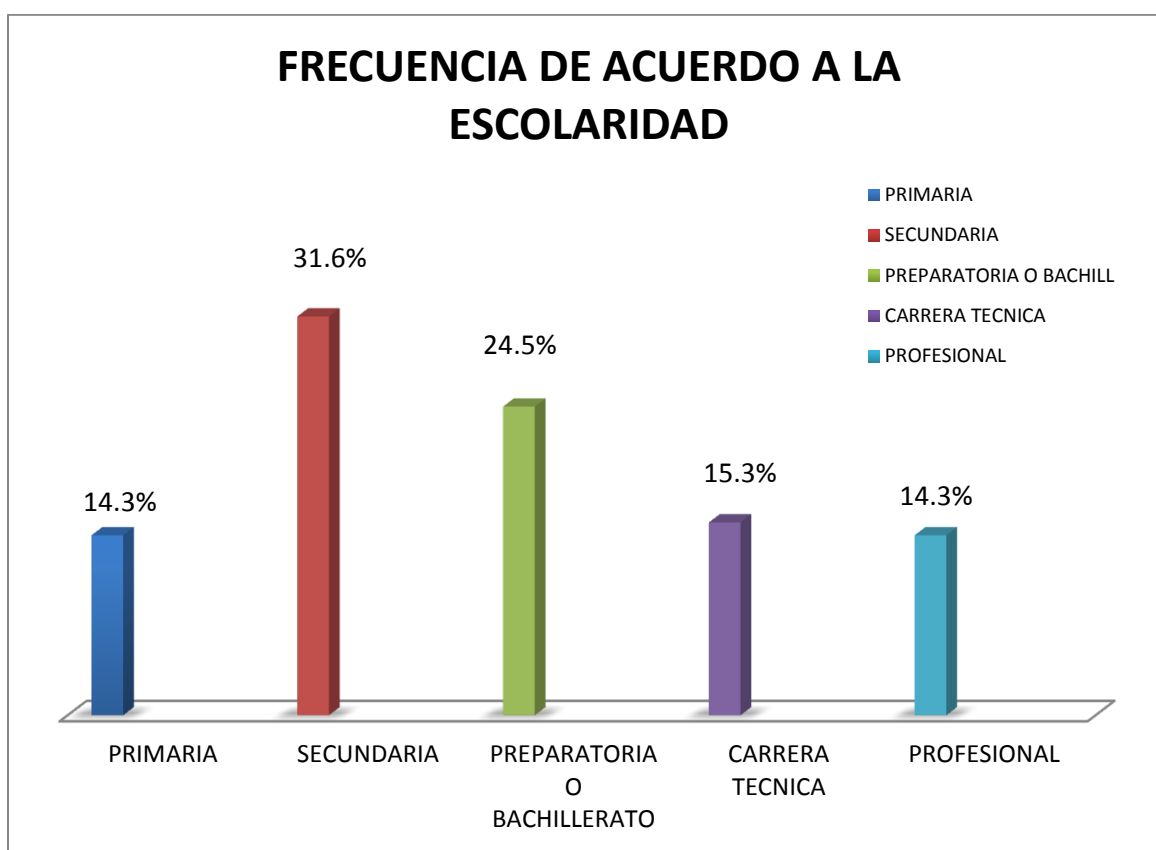
PARENTESCO	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Mamá	158	80.6%
Papá	38	19.4%
TOTAL	196	100%



GRAFICA 3: FRECUENCIA RESPECTO AL PARENTESCO

TABLA 4: FRECUENCIA DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD

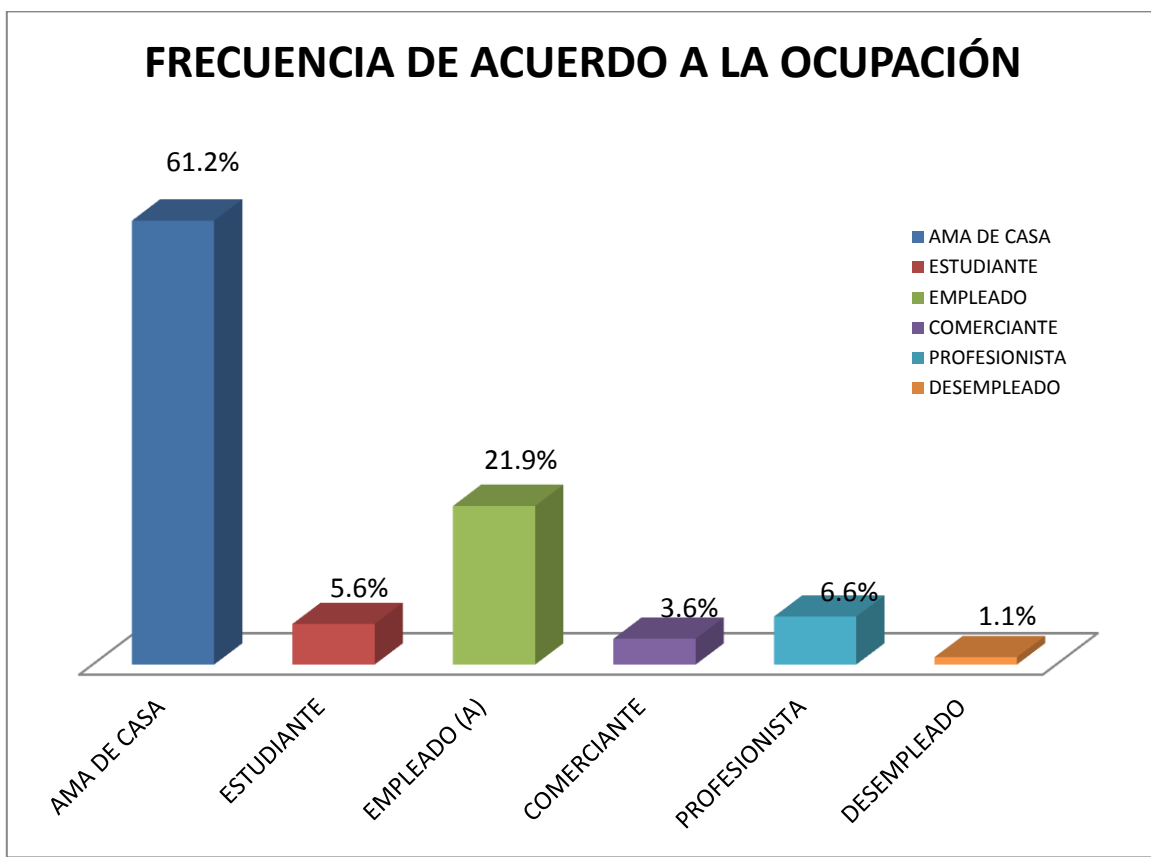
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	28	14.3%
Secundaria	62	31.6%
Preparatoria o Bachillerato	48	24.5%
Carrera Técnica	30	15.3%
Profesional	28	14.3%
TOTAL	196	100%



GRAFICA 4: FRECUENCIA DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD

TABLA 5: FRECUENCIA DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN

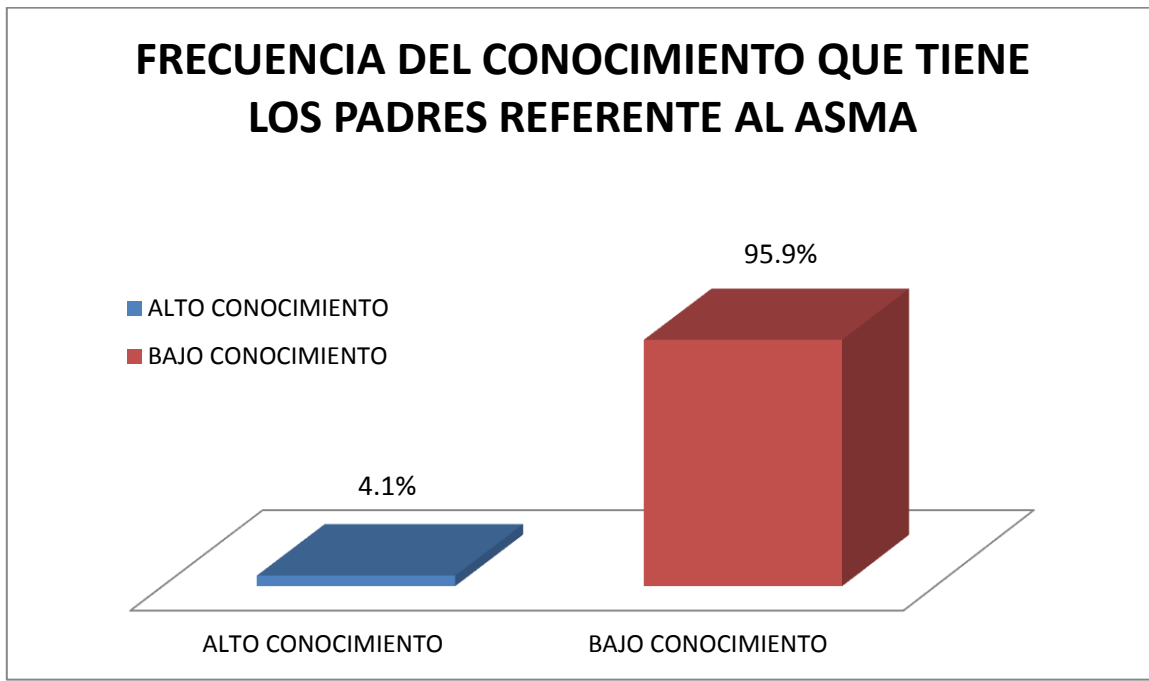
OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	120	61.2%
Estudiante	11	5.6%
Empleado (a)	43	21.9%
Comerciante	7	3.6%
Profesionista	13	6.6%
Desempleado	2	1.1%
TOTAL	196	100%



GRAFICA 5: FRECUENCIA DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN

TABLA 6: FRECUENCIA DEL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PADRES REFERENTE AL ASMA

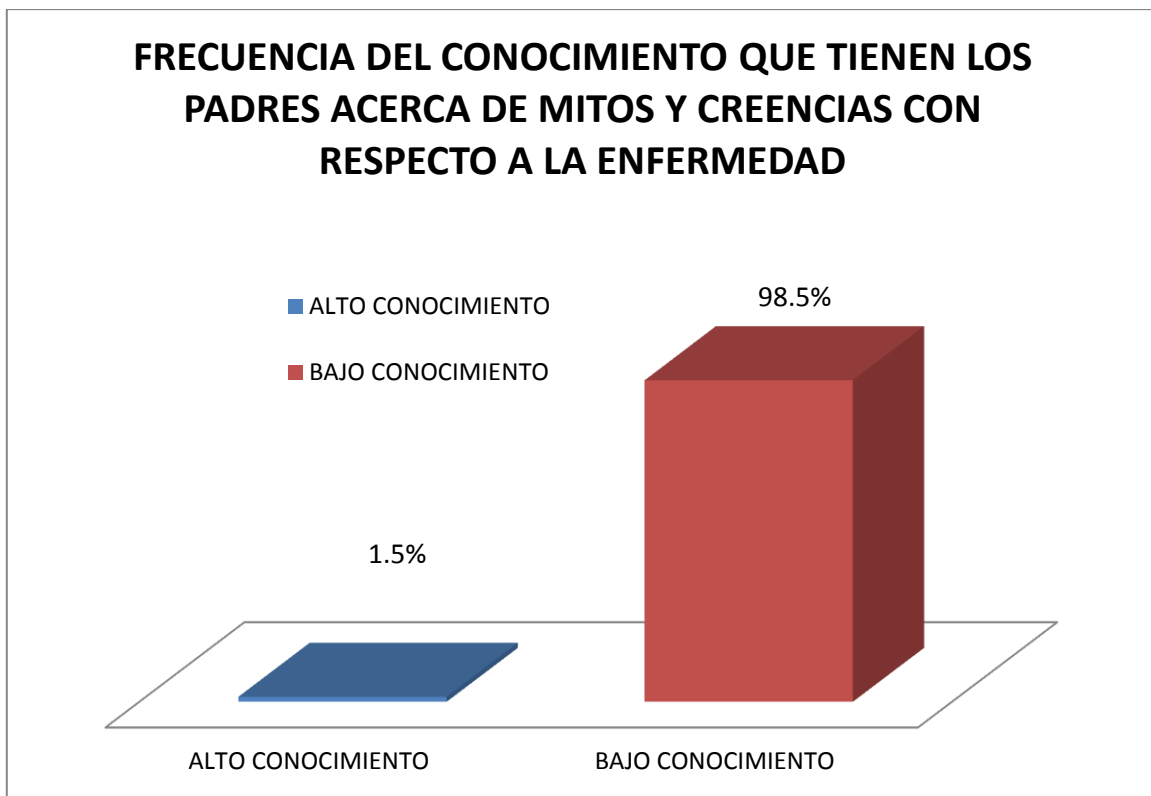
CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto conocimiento	8	4.1%
Bajo conocimiento	188	95.9%
TOTAL	196	100%



GRAFICA 6: FRECUENCIA DEL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PADRES REFERENTE AL ASMA

TABLA 7: FRECUENCIA DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL FACTOR 1: MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO A LA ENFERMEDAD.

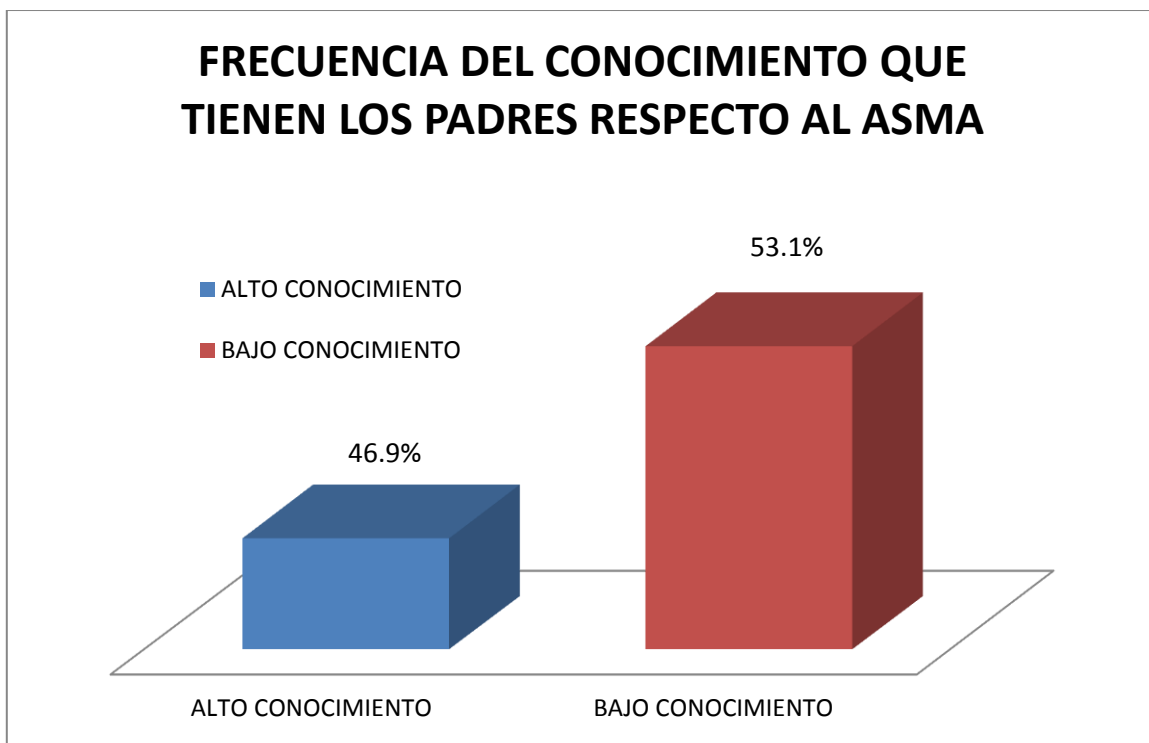
CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto conocimiento	3	1.5%
Bajo conocimiento	193	98.5%
TOTAL	196	100%



GRAFICA 7: FRECUENCIA DEL CONOCIMIENTO QUE TIENE LOS PADRES SOBRE EL FACTOR 1: MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO A LA ENFERMEDAD.

**TABLA 8: FRECUENCIA DEL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PADRES
RESPECTO AL FACTOR 2: CONOCIMIENTO DEL ASMA**

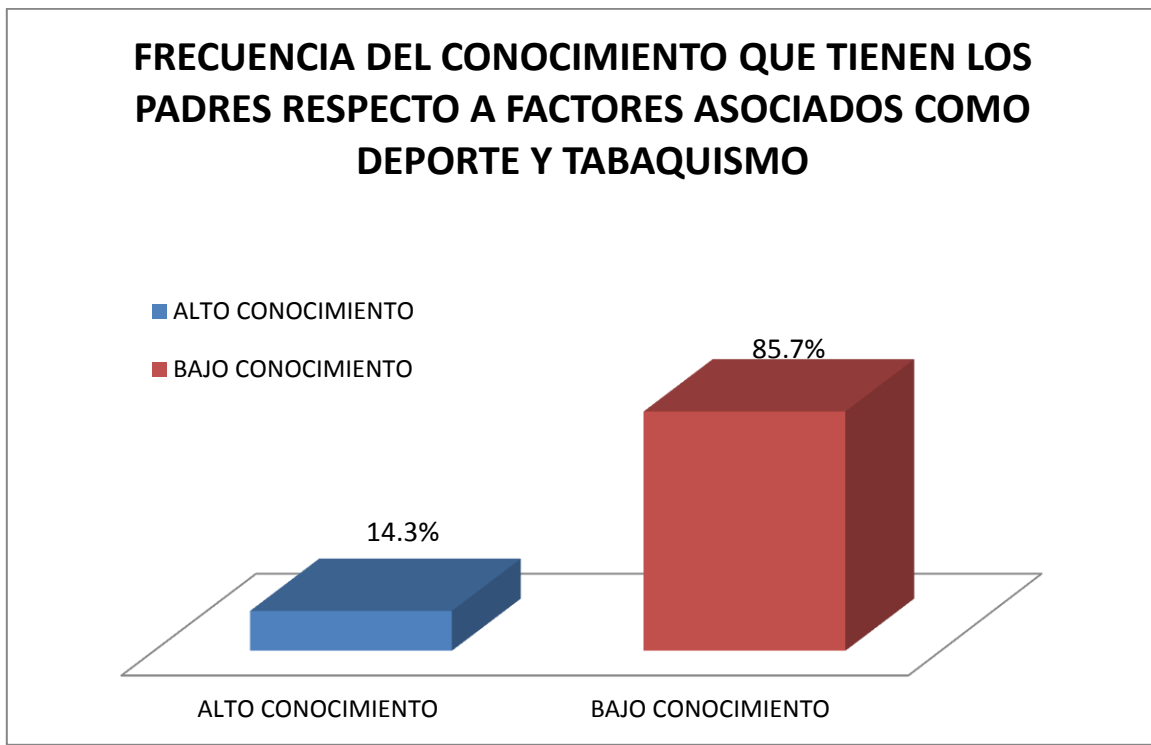
CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto conocimiento	92	46.9%
Bajo conocimiento	104	53.1%
TOTAL	196	100%



**GRAFICA 8: FRECUENCIA DEL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PADRES
RESPECTO AL FACTOR 2: CONOCIMIENTO DEL ASMA**

TABLA 9: FRECUENCIA DEL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PADRES RESPECTO AL FACTOR 3: FACTORES ASOCIADOS COMO DEPORTE Y TABAQUISMO

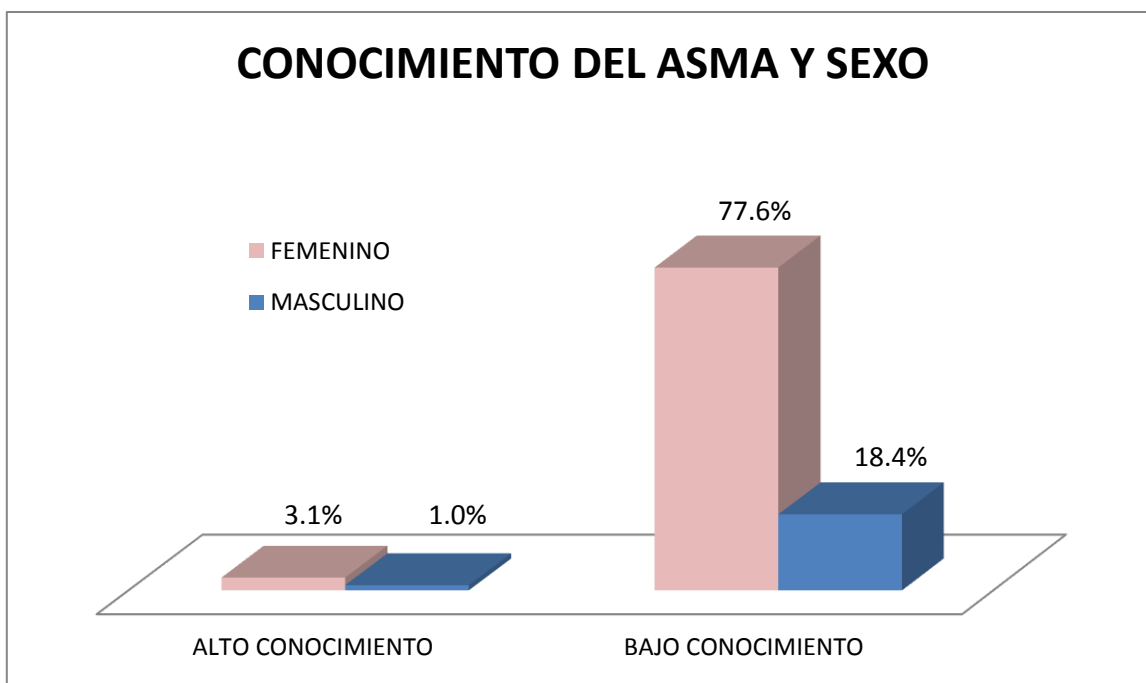
CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto conocimiento	28	14.3%
Bajo conocimiento	168	85.7%
TOTAL	196	100%



GRAFICA 9: FRECUENCIA DEL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PADRES RESPECTO AL FACTOR 3: FACTORES ASOCIADOS COMO DEPORTE Y TABAQUISMO

TABLA 10: CONOCIMIENTO DEL ASMA Y SEXO

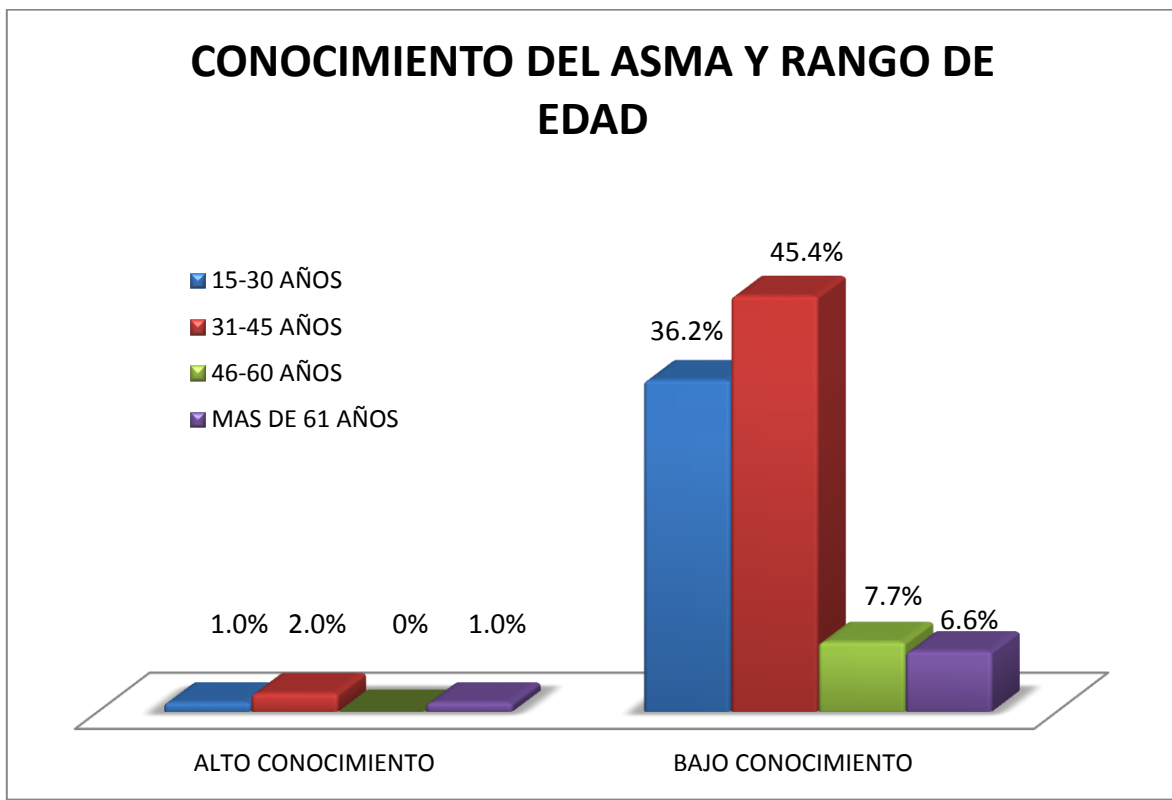
SEXO	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Femenino	6	3.1	152	77.6	158	80.7
Masculino	2	1.0	36	18.4	38	19.4
TOTAL	8	4.1	188	96.0	196	100



GRAFICA 10: CONOCIMIENTO DEL ASMA Y SEXO

TABLA 11: CONOCIMIENTO DEL ASMA Y RANGO DE EDAD

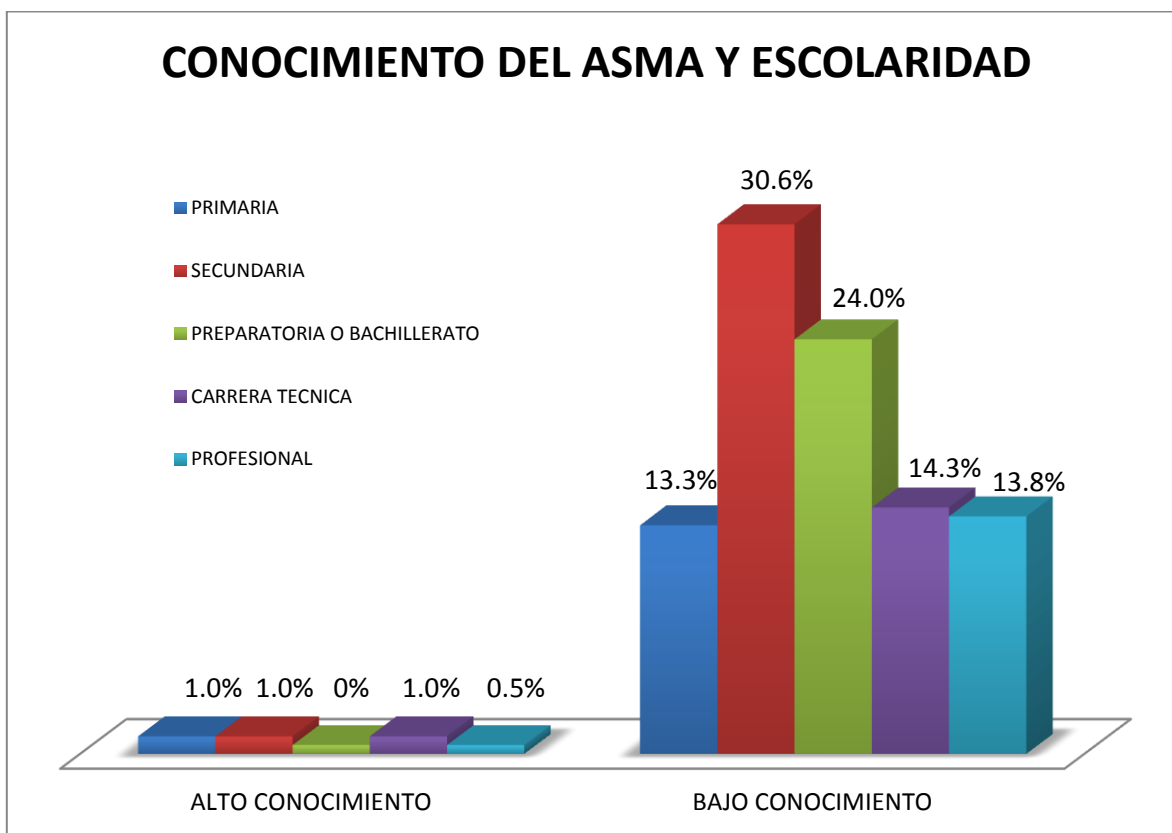
RANGO DE EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTOS				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
15-30 Años	2	1.0	71	36.2	73	37.2
31-45 Años	4	2.0	89	45.4	93	47.4
46-60 Años	0	0	15	7.7	15	7.7
Más de 61 años	2	1.0	13	6.6	15	7.7
TOTAL	8	4.1	188	95.9	196	100



GRAFICA 11: CONOCIMIENTO DEL ASMA Y RANGO DE EDAD

TABLA 12: CONOCIMIENTO DEL ASMA Y ESCOLARIDAD

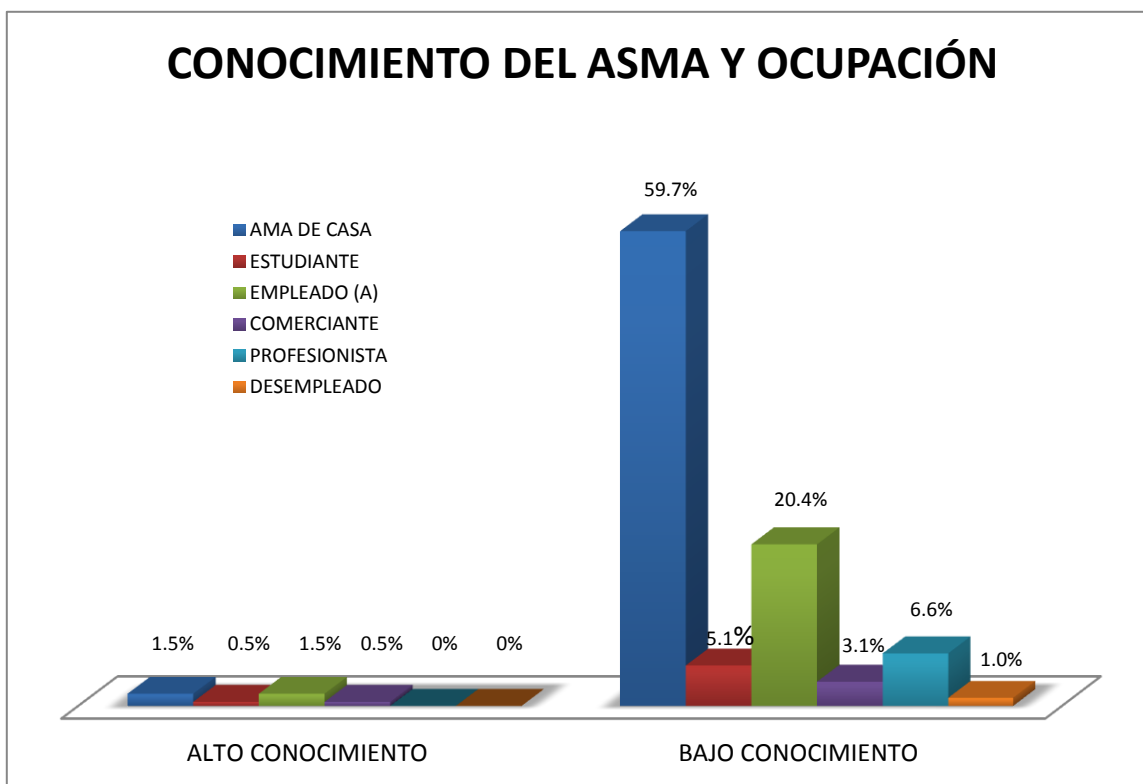
ESCOLARIDAD	NIVEL DEL CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Primaria	2	1.0	26	13.3	28	14.3
Secundaria	2	1.0	60	30.6	62	31.6
Preparatoria o Bachillerato	1	0.5	47	24.0	48	24.5
Carrera técnica	2	1.0	28	14.3	30	15.3
Profesional	1	0.5	27	13.8	28	14.3
TOTAL	8	4.1	188	95.9	196	100



GRAFICA 12: CONOCIMIENTO DEL ASMA Y ESCOLARIDAD

TABLA 13: CONOCIMIENTO DEL ASMA Y OCUPACIÓN

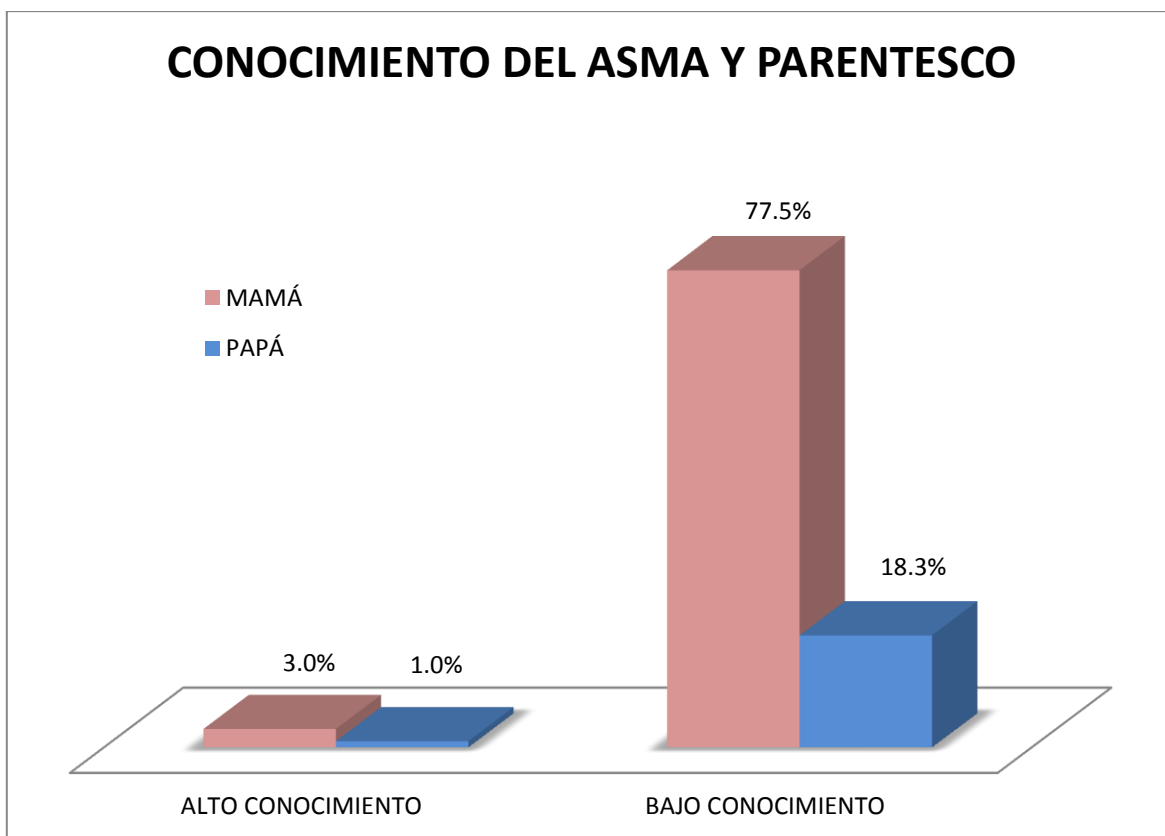
ESCOLARIDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Ama de casa	3	1.5	117	59.7	120	61.2
Estudiante	1	0.5	10	5.1	11	5.6
Empleado (a)	3	1.5	40	20.4	43	21.9
Comerciante	1	0.5	6	3.1	7	3.6
Profesionista	0	0	13	6.6	13	6.6
Desempleado	0	0	2	1.0	2	1.0
TOTAL	8	4.1	188	95.9	196	100



GRAFICA 13: CONOCIMIENTO DEL ASMA Y OCUPACIÓN

TABLA 14: CONOCIMIENTO DEL ASMA Y PARENTESCO

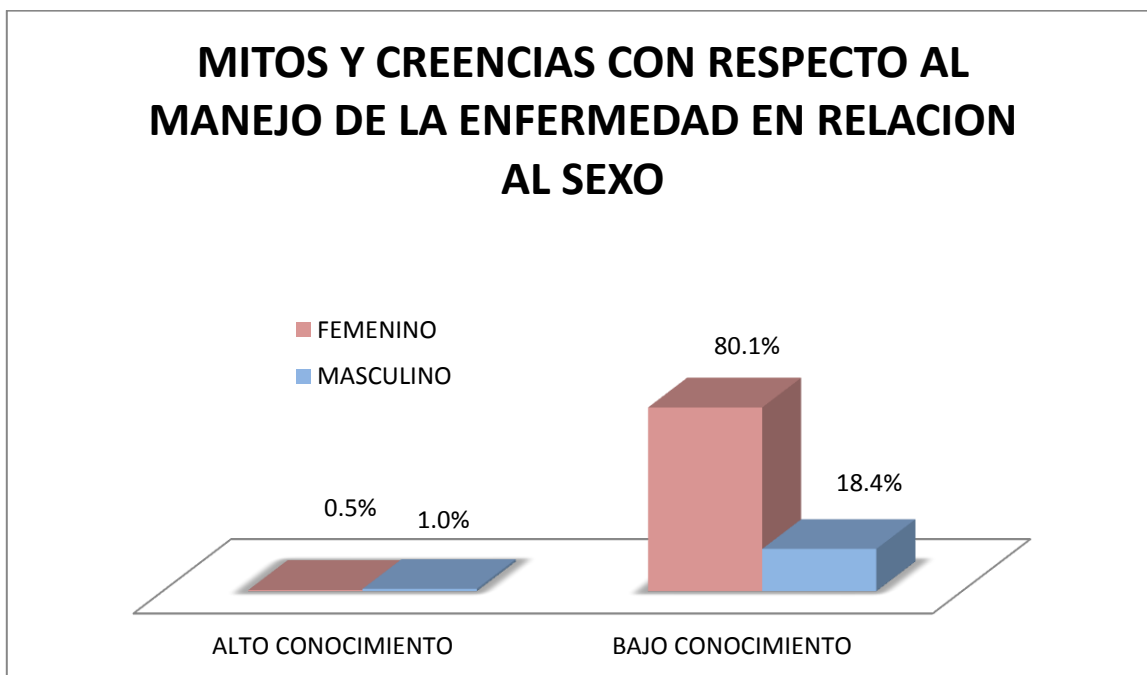
PARENTESCO	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Mamá	6	3.0	152	77.5	158	80.6
Papá	2	1.0	36	18.3	38	19.4
TOTAL	8	4.1	188	95.9	196	100



GRAFICA 14: CONOCIMIENTO DEL ASMA Y PARENTESCO

TABLA 15: CONOCIMIENTO DEL FACTOR 1: MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO AL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN AL SEXO

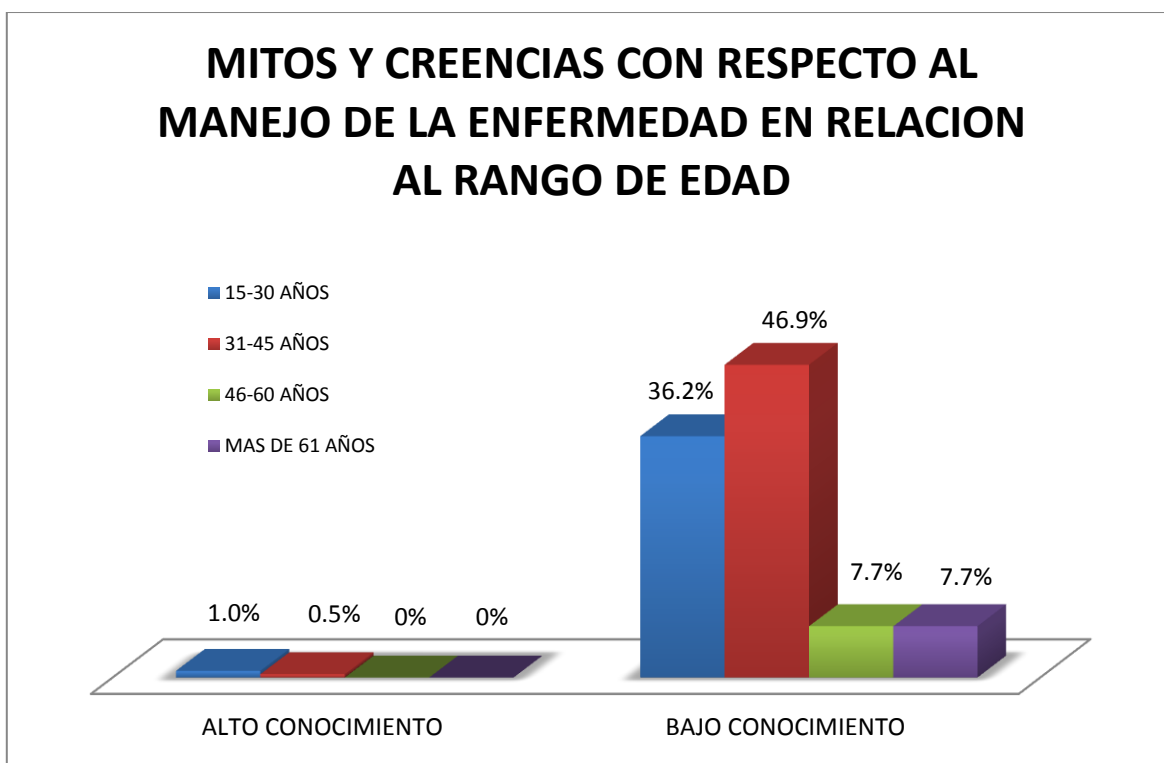
SEXO	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Femenino	1	0.5	157	80.1	158	80.6
Masculino	2	1.0	36	18.4	38	19.4
TOTAL	3	1.5	193	98.5	196	100



GRAFICA 15: CONOCIMIENTO DEL FACTOR 1: MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO AL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN AL SEXO

TABLA 16: CONOCIMIENTO DEL FACTOR 1: MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO AL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN A RANGO DE EDAD

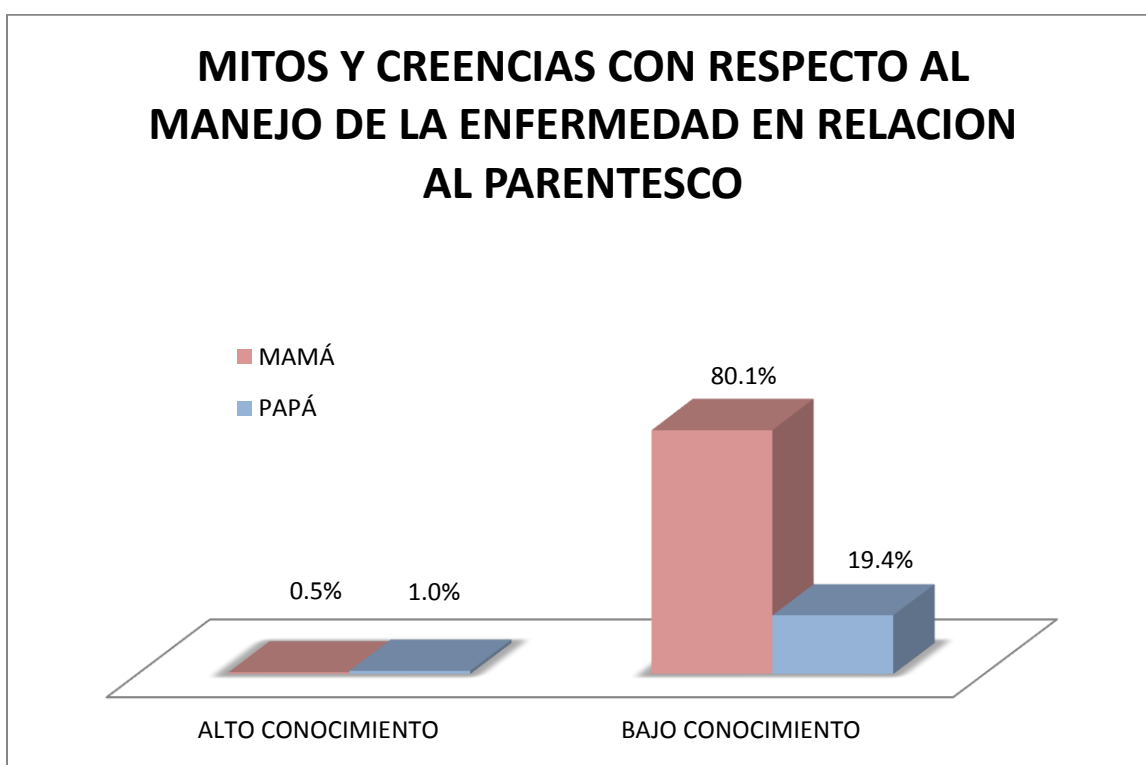
RANGO DE EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
15-30 Años	2	1.0	71	36.2	73	37.2
31-45 Años	1	0.5	92	46.9	93	47.4
46-60 Años	0	0	15	7.7	15	7.7
Más de 61 años	0	0	15	7.7	15	7.7
TOTAL	3	1.5	193	98.5	196	100



GRAFICA 16: CONOCIMIENTO DEL FACTOR 1: MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO AL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN AL RANGO DE EDAD

TABLA 17: CONOCIMIENTO DEL FACTOR 1: MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO AL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN AL PARENTESCO

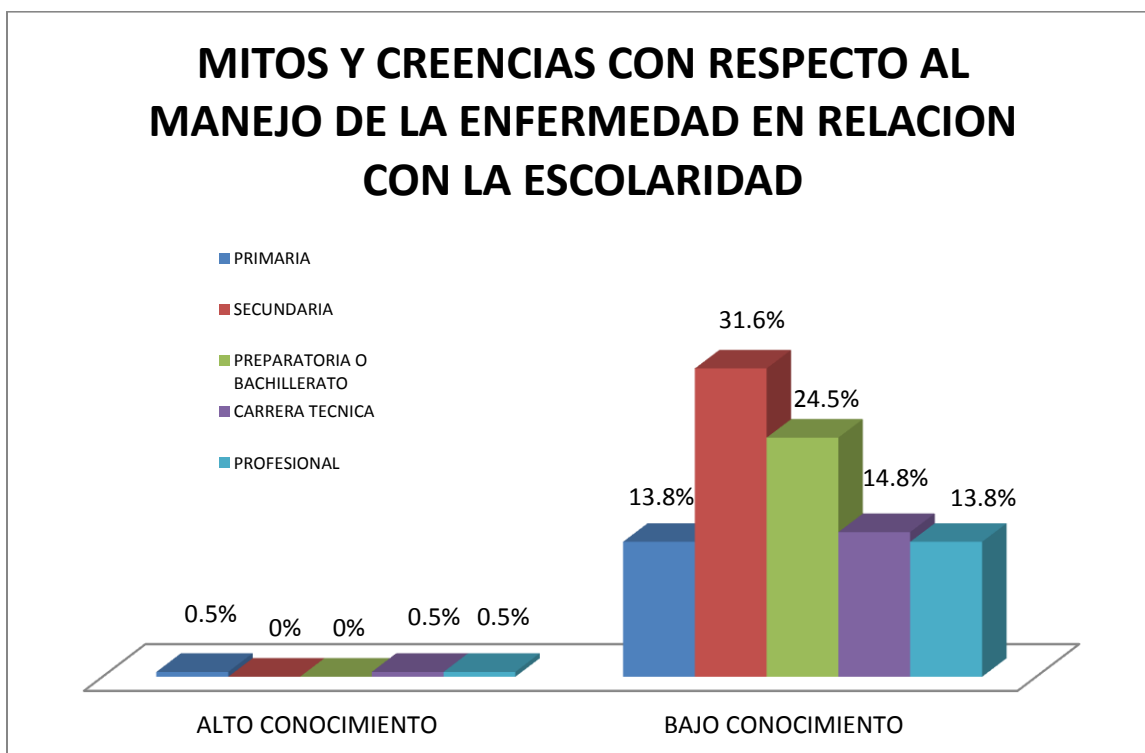
PARENTESCO	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Mamá	1	0.5	157	80.1	158	80.6
Papá	2	1.0	36	19.4	38	19.4
TOTAL	3	1.5	193	99.5	196	100



GRAFICA 17: CONOCIMIENTO DEL FACTOR 1: MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO AL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN AL PARENTESCO

TABLA 18: CONOCIMIENTO DEL FACTOR 1: MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO AL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN RELACION CON LA ESCOLARIDAD

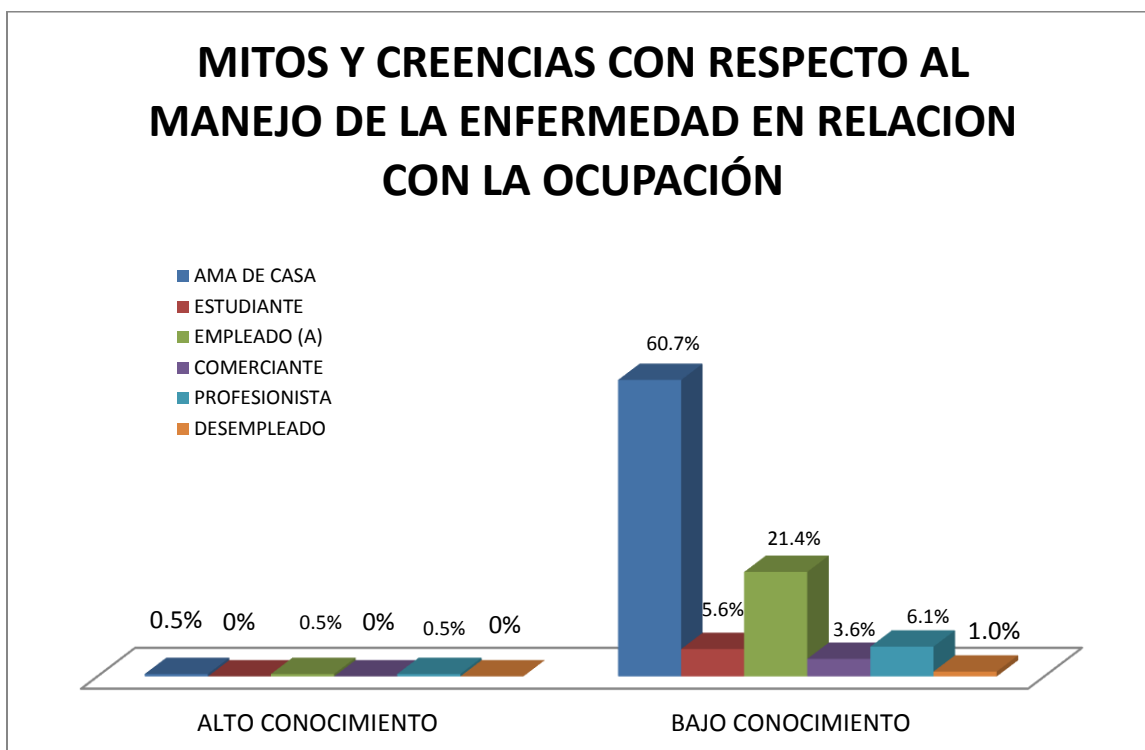
ESCOLARIDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Primaria	1	0.5	27	13.8	28	14.3
Secundaria	0	0	62	31.6	62	31.6
Preparatoria o Bachillerato	0	0	48	24.5	48	24.5
Carrera técnica	1	0.5	29	14.8	30	15.3
Profesional	1	0.5	27	13.8	28	14.3
TOTAL	3	1.5	193	98.5	196	100



GRAFICA 18: CONOCIMIENTO DEL FACTOR 1: MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO AL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN RELACION CON LA ESCOLARIDAD

TABLA 19: CONOCIMIENTO DEL FACTOR 1: MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO AL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN RELACION CON LA OCUPACIÓN

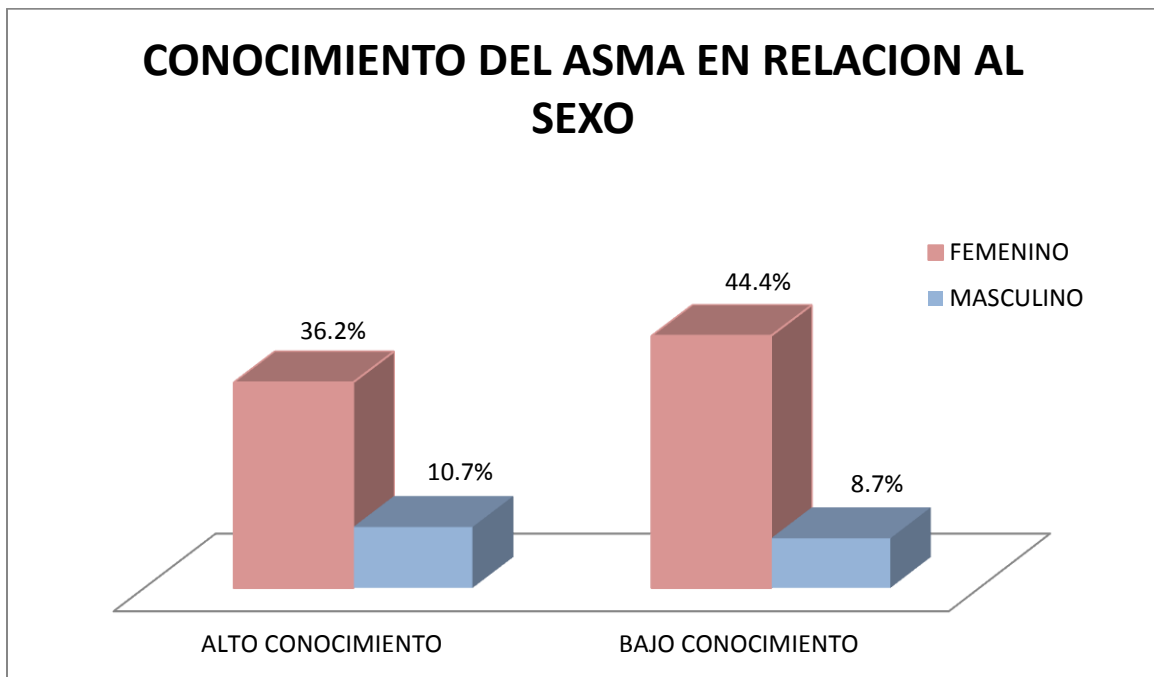
OCUPACION	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Ama De Casa	1	0.5	119	60.7	120	61.2
Estudiante	0	0	11	5.6	11	5.6
Empleado (a)	1	0.5	42	21.4	43	21.9
Comerciante	0	0	7	3.6	7	3.6
Profesionista	1	0.5	12	6.1	13	6.6
Desempleado	0	0	2	1.0	2	1.0
TOTAL	3	1.5	193	98.5	196	100



GRAFICA 19: CONOCIMIENTO DEL FACTOR 1: MITOS Y CREENCIAS CON RESPECTO AL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN RELACION CON LA OCUPACIÓN

TABLA 20:
FACTOR 2: CONOCIMIENTO DEL ASMA EN RELACION AL SEXO

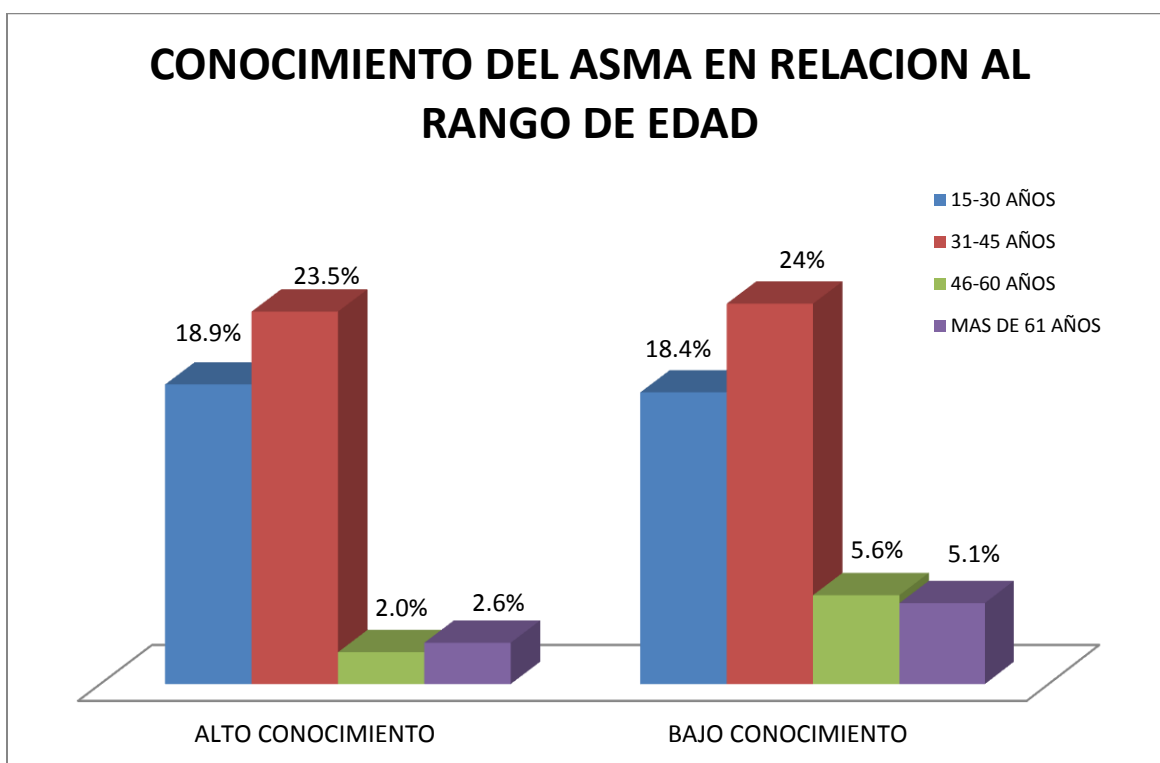
SEXO	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Femenino	71	36.2	87	44.4	158	80.6
Masculino	21	10.7	17	8.7	38	19.4
TOTAL	92	46.9	104	53.1	196	100



GRAFICA 20: FACTOR 2: CONOCIMIENTO DEL ASMA EN RELACION AL SEXO

TABLA 21:
FACTOR 2: CONOCIMIENTO DEL ASMA EN RELACION AL RANGO DE EDAD

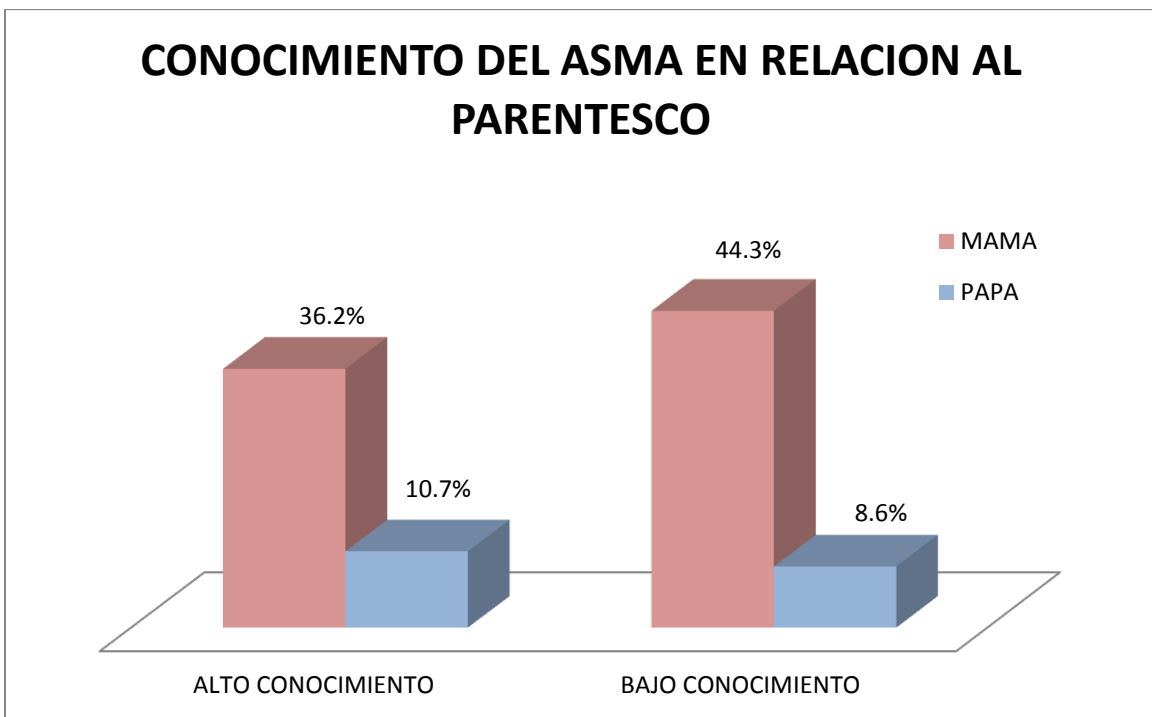
RANGO DE EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
15-30 Años	37	18.9	36	18.4	73	37.2
31-45 Años	46	23.5	47	24.0	93	47.4
46-60 Años	4	2.0	11	5.6	15	7.7
Más de 61 años	5	2.6	10	5.1	15	7.7
TOTAL	92	46.9	104	53.1	196	100



GRAFICA 21: FACTOR 2: CONOCIMIENTO DEL ASMA EN RELACION AL RANGO DE EDAD

TABLA 22:
FACTOR 2: CONOCIMIENTO DEL ASMA EN RELACION AL PARENTESCO

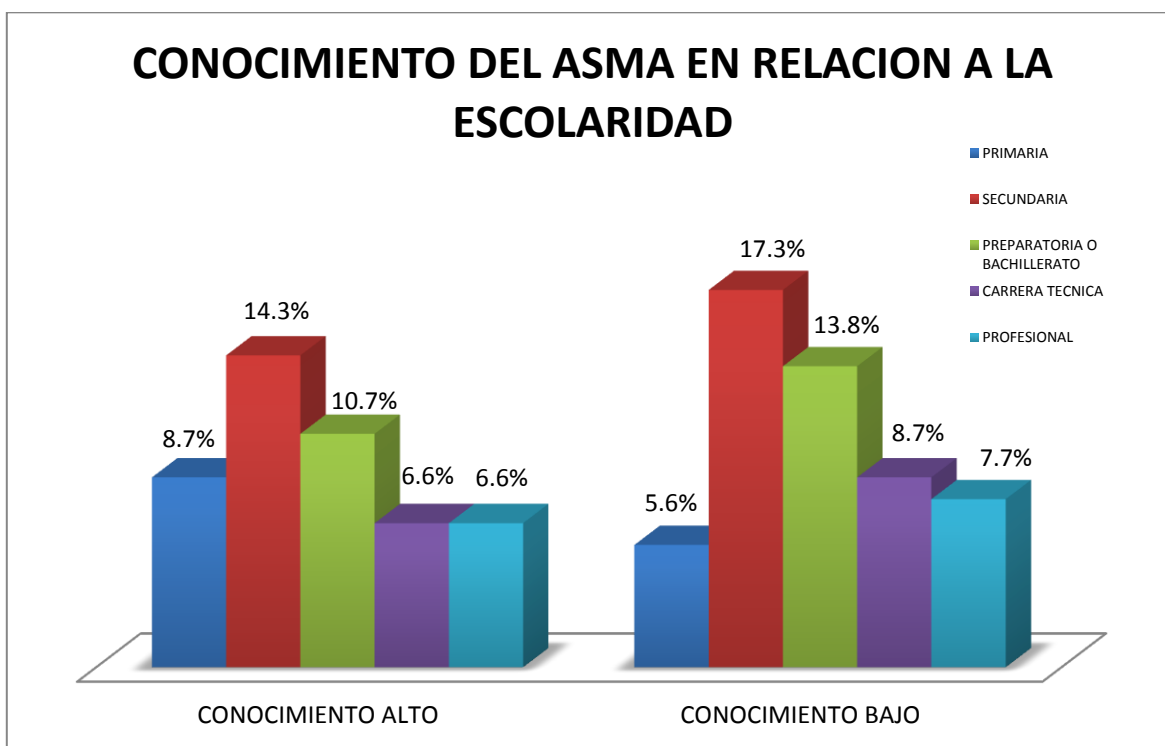
PARENTESCO	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Mamá	71	36.2	87	44.3	158	80.6
Papá	21	10.7	17	8.6	38	19.4
TOTAL	92	46.9	104	52.9	196	100



GRAFICA 22: FACTOR 2: CONOCIMIENTO DEL ASMA EN RELACION AL PARENTESCO

TABLA 23:
FACTOR 2: CONOCIMIENTO DEL ASMA EN RELACION A LA ESCOLARIDAD

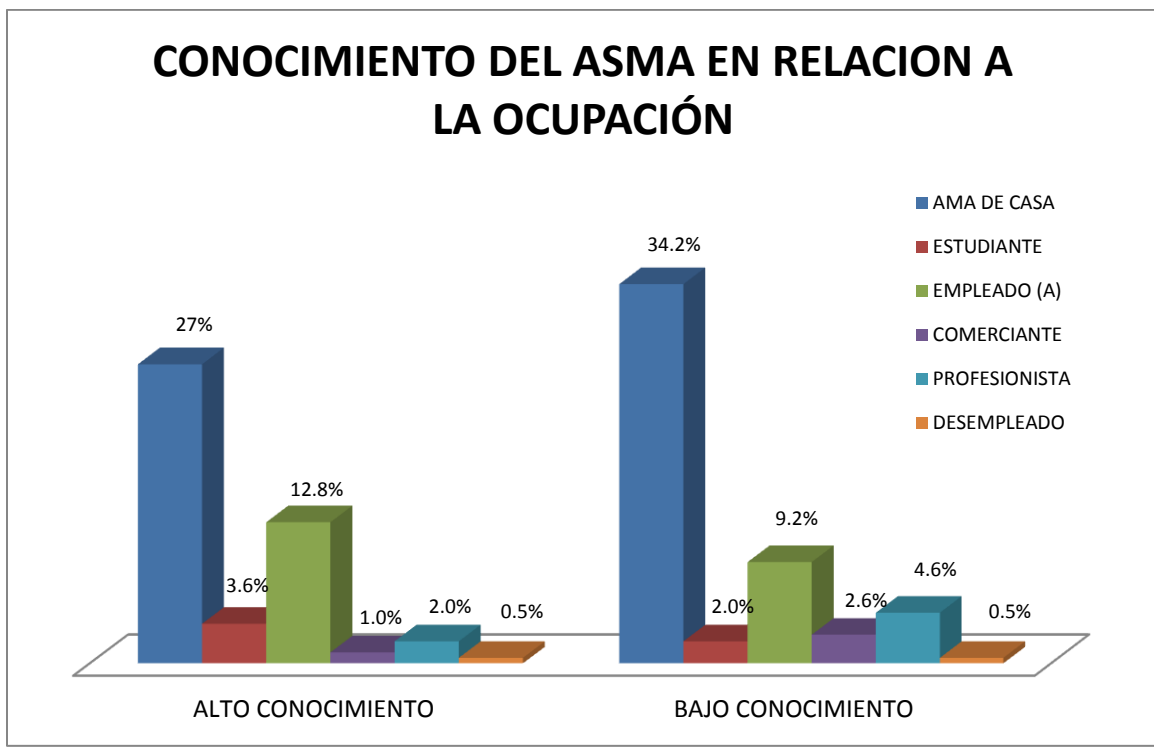
ESCOLARIDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Primaria	17	8.7	11	5.6	28	14.3
Secundaria	28	14.3	34	17.3	62	31.6
Preparatoria o Bachillerato	21	10.7	27	13.8	48	24.5
Carrera técnica	13	6.6	17	8.7	30	15.3
Profesional	13	6.6	15	7.7	28	14.3
TOTAL	92	46.9	104	53.1	196	100



GRAFICA 23: FACTOR 2: CONOCIMIENTO DEL ASMA EN RELACION A LA ESCOLARIDAD

TABLA 24:
FACTOR 2: CONOCIMIENTO DEL ASMA EN RELACION A LA OCUPACIÓN

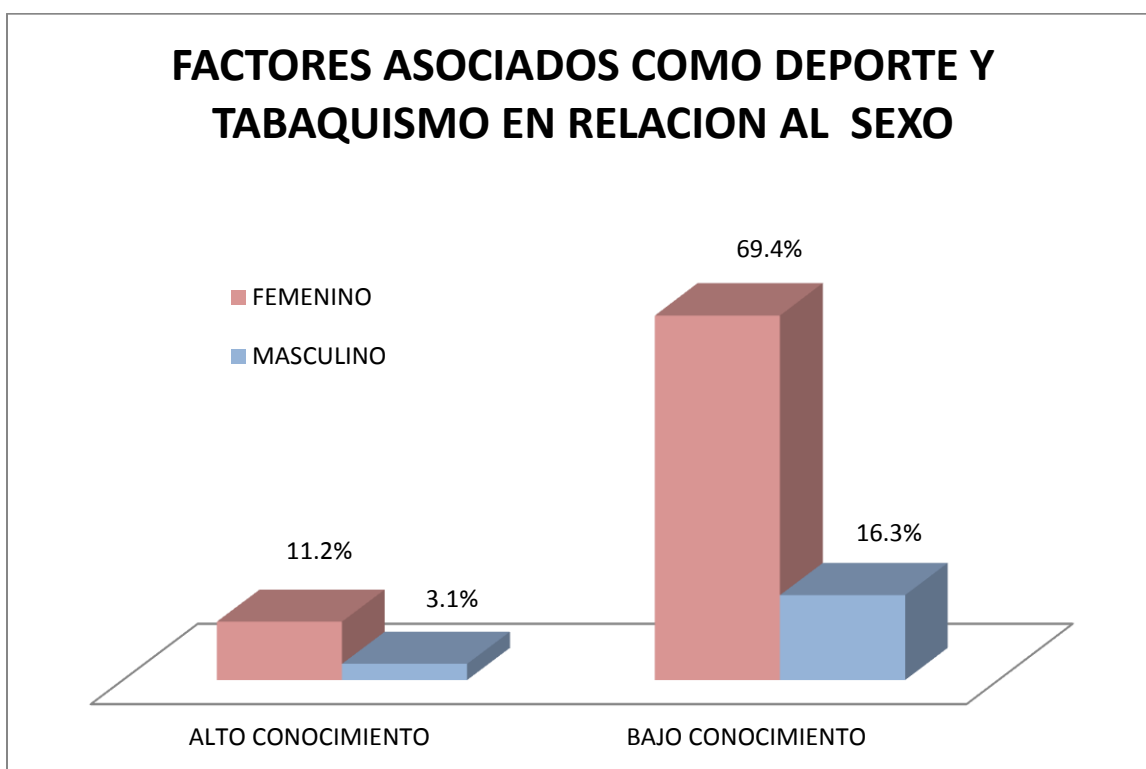
OCUPACION	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Ama de casa	53	27	67	34.2	120	61.2
Estudiante	7	3.6	4	2.0	11	5.6
Empleado (a)	25	12.8	18	9.2	43	21.9
Comerciante	2	1.0	5	2.6	7	3.6
Profesionista	4	2.0	9	4.6	13	6.6
Desempleado	1	0.5	1	0.5	2	1.0
TOTAL	92	46.9	104	53.1	196	100



GRAFICA 24: FACTOR 2: CONOCIMIENTO DEL ASMA EN RELACION A LA OCUPACIÓN

TABLA 25:
FACTOR 3: FACTORES ASOCIADOS COMO DEPORTES Y TABAQUISMO
EN RELACION AL SEXO

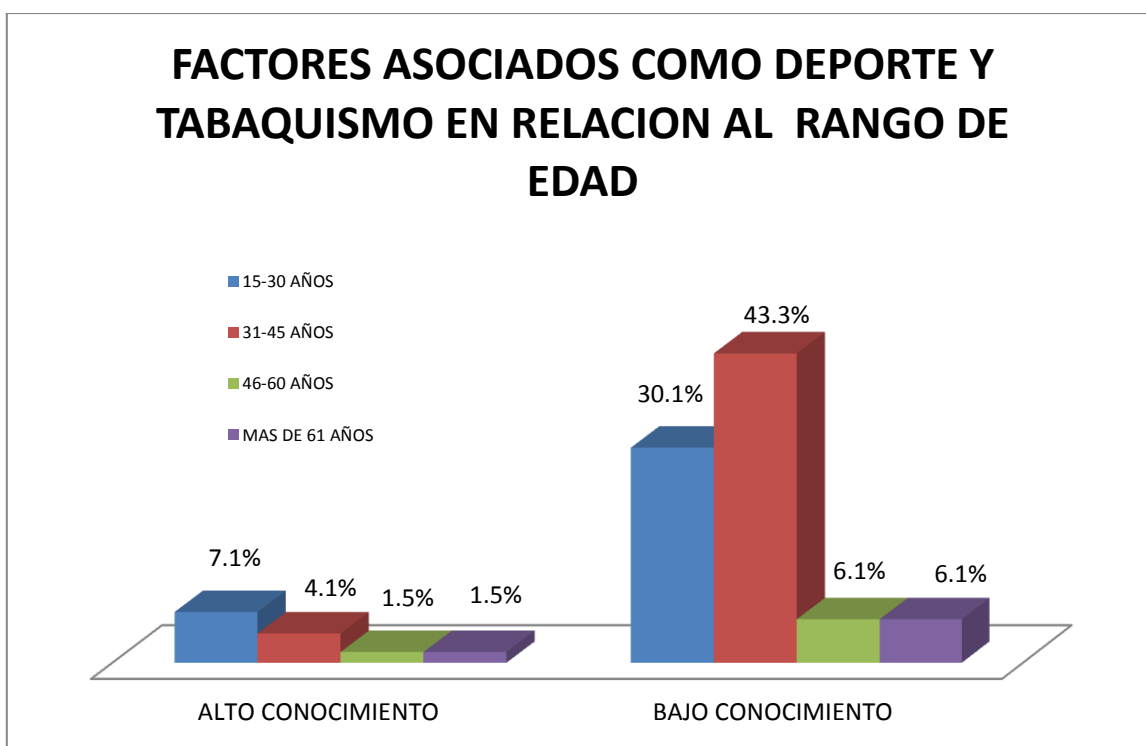
SEXO	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Femenino	22	11.2	136	69.4	158	80.6
Masculino	6	3.1	32	16.3	38	19.4
TOTAL	28	14.3	168	85.7	196	100



GRAFICA 25: FACTOR 3: FACTORES ASOCIADOS COMO DEPORTES Y TABAQUISMO EN RELACION AL SEXO

TABLA 26:
FACTOR 3: FACTORES ASOCIADOS COMO DEPORTES Y TABAQUISMO EN
RELACION AL RANGO DE EDAD

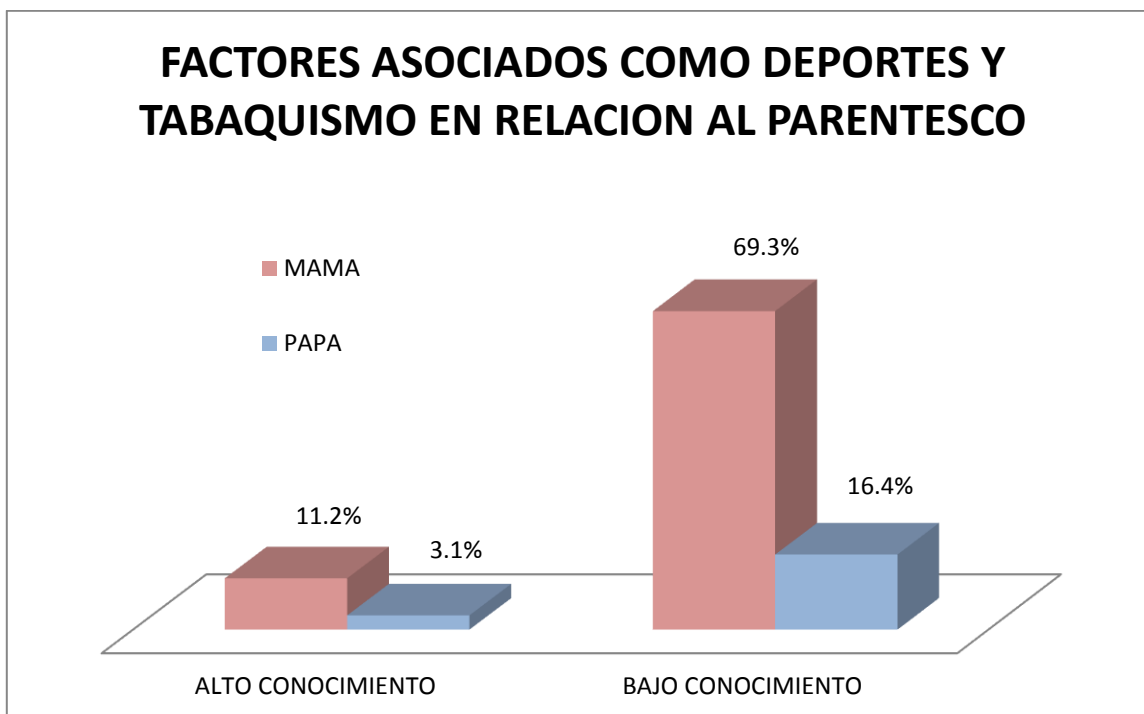
RANGO DE EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
15-30 Años	14	7.1	59	30.1	73	37.2
31-45 Años	8	4.1	85	43.3	93	47.4
46-60 Años	3	1.5	12	6.1	15	7.7
Más de 61 años	3	1.5	12	6.1	15	7.7
TOTAL	28	14.3	168	85.7	196	100



GRAFICA 26: FACTOR 3: FACTORES ASOCIADOS COMO DEPORTES Y
TABAQUISMO EN RELACION AL RANGO DE EDAD

TABLA 27:
FACTOR 3: FACTORES ASOCIADOS COMO DEPORTES Y TABAQUISMO
EN RELACION AL PARENTESCO

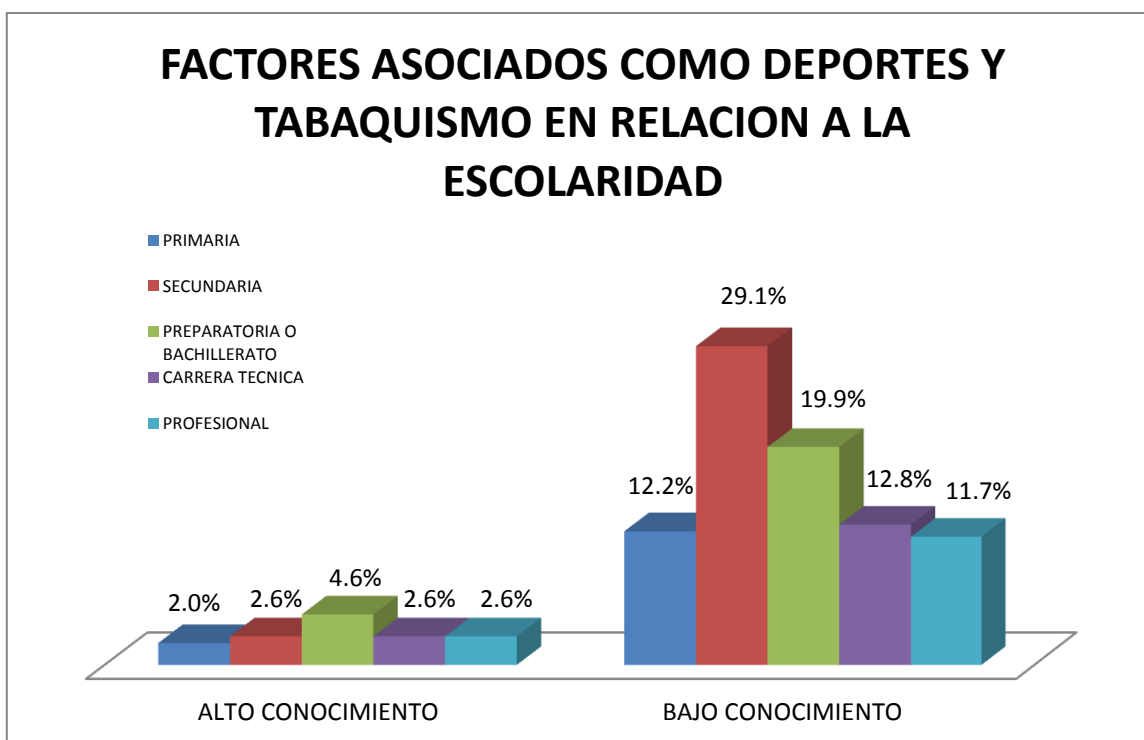
PARENTESCO	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Mamá	22	11.2	136	69.3	158	80.6
Papá	6	3.1	32	16.4	38	19.4
TOTAL	28	14.3	168	85.7	196	100



GRAFICA 27: FACTOR 3: FACTORES ASOCIADOS COMO DEPORTES Y TABAQUISMO EN RELACION AL PARENTESCO

TABLA 28:
FACTOR 3: FACTORES ASOCIADOS COMO DEPORTES Y TABAQUISMO
EN RELACION A LA ESCOLARIDAD

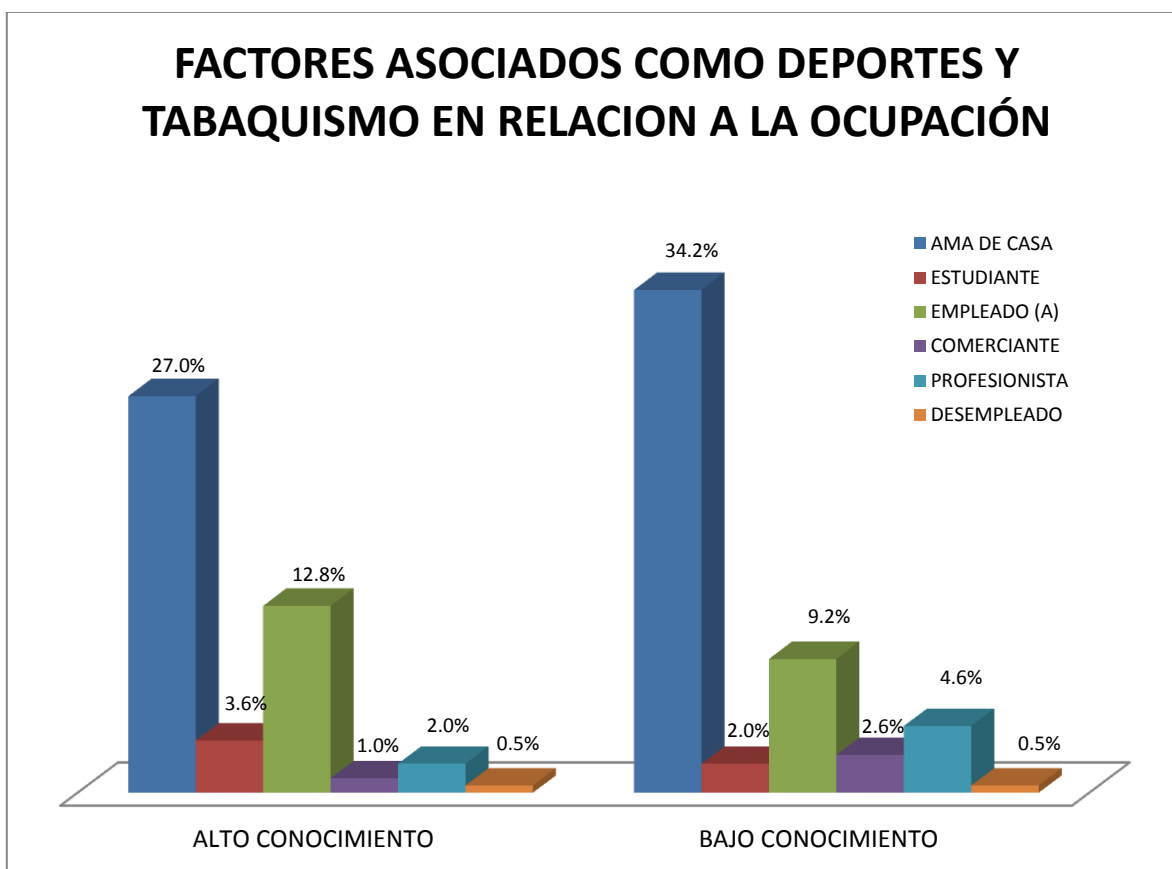
ESCOLARIDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Primaria	4	2.0	24	12.2	28	14.3
Secundaria	5	2.6	57	29.1	62	31.6
Preparatoria o Bachillerato	9	4.6	39	19.9	48	24.5
Carrera técnica	5	2.6	25	12.8	30	15.3
Profesional	5	2.6	23	11.7	28	14.3
TOTAL	28	14.3	168	85.7	196	100



GRAFICA 28: FACTOR 3: FACTORES ASOCIADOS COMO DEPORTES Y TABAQUISMO EN RELACION A LA ESCOLARIDAD

TABLA 29: FACTOR 3: FACTORES ASOCIADOS COMO DEPORTES Y TABAQUISMO EN RELACION A LA OCUPACIÓN

OCUPACION	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTAL	
	ALTO CONOCIMIENTO		BAJO CONOCIMIENTO		Frecuencia	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Ama de casa	53	27.0	67	34.2	120	61.2
Estudiante	7	3.6	4	2.0	11	5.6
Empleado (a)	25	12.8	18	9.2	43	21.9
Comerciante	2	1.0	5	2.6	7	3.6
Profesionista	4	2.0	9	4.6	13	6.6
Desempleado	1	0.5	1	0.5	2	1.0
TOTAL	92	46.9	104	53.1	196	100



GRAFICA 29: FACTOR 3: FACTORES ASOCIADOS COMO DEPORTES Y TABAQUISMO EN RELACION A LA OCUPACIÓN

DISCUSIONES

En un estudio realizado por el Dr. Mario I. Ortiz y cols, (2010) en el Hospital del Niño del DIF de Pachuca Hidalgo, respecto a factores de riesgo en niños asmáticos y conocimiento que tienen sus padres sobre asma; se identificaron 72 pacientes con crisis asmática; sin embargo, algunos padres no aceptaron participar y se eliminaron cuatro por estar contestados erróneamente o incompletos. A diferencia del estudio realizado en el HGZ/UMF No 8 en el servicio de urgencias pediatría con una muestra total de 196 padres de los cuales se realizaron 199 encuestas y se eliminaron 3 al no cumplir con los criterios de inclusión. 22 (41.5%) de los pacientes estudiados por Ortiz y cols, fueron del sexo femenino y 31 (58.5%) del masculino. A diferencia del presente estudio donde predominó el sexo femenino 158 (80.6%) del sexo masculino 38 (19.4%) demostrando así que la mayoría de los niños que ingresan al servicio de urgencias pediatría dependen en su mayoría del cuidado de las madres. Con un promedio similar de edad de entre 33.2 ± 5.6 años siendo la edad reproductiva promedio igual que la de nuestra población estudiada. Ambos padres de los diferentes estudios presentan un grado máximo de escolaridad de secundaria observando así que el nivel educativo de los padres juega un papel determinante para adquirir habilidades que les permitan prevenir y/o manejar adecuadamente las crisis asmáticas, disminuyendo la morbilidad producida por la enfermedad.

Sin embargo en el estudio elaborado por Rodríguez Martínez y Sossa (2004) en Cartagena Colombia; no se estudiaron como variable la ocupación, ya que el enfoque se centró en el conocimiento referente al manejo de la misma enfermedad y no tanto en conocer a profundidad el conocimiento en general por parte de los padres. A diferencia del nuestro estudio donde la justificación precedente es que dentro del contexto de prevención es importante conocer la capacidad de cada familia en un entorno amistoso, así como a su propia comunidad y por tanto la accesibilidad que estos tengan a los diferentes centros de salud para su atención como su ocupación. Obteniendo como resultados que la mayoría de los encuestados fueron amas de casa 120 (61.2%). Así se encontró que la población estudiada presenta un tipo de familia nuclear en donde la ama de casa se encuentra a cargo del estado de salud de sus integrantes y el padre de familia solo funge como proveedor y que se encuentra poco inmerso en este tipo de decisiones importante para el desarrollo y conocimiento de su cuidado y quién se encuentra a cargo de su evolución.

Referente al conocimiento básico sobre el asma, en un estudio realizado en Hospital Pediátrico de Pereira Rossell Uruguay por García-Luzardo y cols (2007), se encontró un resultado similar obtenido en el estudio donde ambos padres obtuvieron 95.9% con bajo conocimiento. En otro estudio realizado en Australia por Cooper DM y cols (2004), también se concluye que el grado de conocimientos de los padres de niños ingresados por crisis asmática es globalmente bajo. Sin embargo en un estudio elaborado por Escalona G y cols (2005), en el hospital ambulatorio urbano tipo II en la ciudad de Barquisimeto Venezuela, determinaron que 45% de las madres de niños asmáticos presentan un nivel de conocimiento regular, siendo este el único estudio encontrado con un nivel de conocimiento diferente; probablemente debido a las acciones y medidas de orientación y educación implementadas en dicho país, donde se instruye a los padres de familia posterior al ingreso por medio de acciones encaminadas a la prevención dentro y fuera de su domicilio como lo son las pláticas y programas piloto a los cuales tienen que acudir todos los familiares de forma obligatoria.

A diferencia de nuestra población estudiada donde se ha demostrado que la falta de información puede estar debida a la falta de aceptación al diagnóstico, las dificultades en el reconocimiento de los síntomas así como la subvaloración del tratamiento inhalado y la falta de desapego a factores desencadenantes y así como a una deficiente relación médico paciente donde el padre de familia no es instruido adecuadamente para la prevención de las exacerbaciones o su adecuado manejo durante las mismas.

Respecto al rubro correspondiente al Factor I: Mitos y Creencias con respecto al manejo de la enfermedad, en estudios previos realizados por García Marcos y cols (2004) en Madrid España; se demostró que 66% de los padres encuestados tienen conceptos erróneos como por ejemplo; que los niños pueden hacerse adictos a sus medicinas. Resultados similares a los encontrados en nuestro estudio donde se obtuvo que 98.5% de los padres tienen un conocimiento bajo. Lo cual nos traduce a que los mitos más establecidos entre la población estudiada son referidos de familiares o personas cercanas carentes de información adecuada y que muchas creencias erróneas de nuestro grupo de padres respecto a los tratamientos usados en el asma han sido demostradas previamente por otros autores. Así pues se cree más en lo que la gente dice que en lo que la gente pueda estudiar o se pueda orientar al mejor manejo de la enfermedad. Todo ello gracias a la deficiente preparación académica así como a la falta de confianza por parte de los mismos hacia los médicos para preguntar y orientarse en lo que respecta a la prevención de las exacerbaciones.

No así en el Factor II: Conocimiento del Asma; donde en un estudio realizado por Moreno G, y cols (2006) en el H.P Dr. Agustín Zubillaga II de Venezuela, 59.2% padres tuvieron un conocimiento excelente respecto al tema. Sin embargo en el estudio realizado en nuestra unidad, 104 padres (53.1%) tienen un conocimiento bajo y 92 (46.9%) tienen un conocimiento alto. Esta diferencia significativa entre nuestro estudio y Venezuela es debida quizás a partir de la declaración de Alma-Ata, donde dicho país ha abierto paso a la participación comunitaria como un factor importante de mejoramiento de la salud específicamente de la relación entre participación y la educación sanitaria consciente en pacientes asmáticos, los que en su mayoría evitarían un ataque agudo de asma, solo con cumplir las normas educativas higiénico sanitarias. Por ende, en dicho estudio se realizó un programa piloto encaminado a la educación de los padres de niños asmáticos obteniendo mejores resultados posteriores al mismo a diferencia del cuestionario aplicado a su ingreso. A diferencia de nuestro estudio donde no se ha incidido en este apartado, donde no existen programas educativos o de orientación que comprometan a padres de familia y servidores públicos para su elaboración.

Por otra parte en el rubro de Factor III conocimiento del control ambiental dirigido al tabaquismo y a la disciplina del deporte. Chilmoneyzk (2006) público que existe un número mayor de exacerbaciones de asma por año asociado a la exposición del humo del tabaco así mismo que la exposición en niños se asocia a un mayor número de severidad y crisis y por ende a un aumento significativo en la tasa de atención de los mismos. M.R. García-Luzardo y cols (2010) demostraron que el 100% de su población sabía que el hábito tabáquico de los padres puede empeorar el asma de su hijo. Y respecto a los síntomas posterior al ejercicio, el 21.3% contestó que una forma de evitarlos es limitar la intensidad del esfuerzo o no realizarlo, aunque el 85.1% de los encuestados afirmó que la mayoría de los niños asmáticos pueden llevar una vida sin restricciones si siguen un tratamiento adecuado.

A diferencia de nuestro estudio donde se identificó que los padres de niños asmáticos tienen un conocimiento deficiente relacionado a los factores de riesgo predominantes para desencadenar una crisis asmática como lo son exposición al clima frío, estrés; cuadros repetitivos de enfermedades respiratorias, el tabaquismo en casa, uso de brasero, calentador de leña, chimenea, entre otros; con un 85.7% de bajo conocimiento en comparación al 14.3% que posee un alto conocimiento. Creyendo así que la relación de estos dos factores no afecta directamente en el desarrollo ni en la exacerbación de las crisis asmáticas, provocando así ingresos repetitivos por falta de conocimiento referente a este rubro. Teniendo así dentro de nuestra población, personas con tabaquismo activo que no muestran diferencia significativa al cambio de hábito al momento del diagnóstico de su hijo ya que prefieren ignorar el tema.

Por ende con los resultados obtenidos en el presente estudio nos permite observar que la población derechohabiente estudiada en el HGZ/UMF No. 8 tiene un bajo conocimiento en relación al tema así como al nivel de conocimientos de los 3 factores descritos. Por lo tanto el médico familiar debe incidir por medio de los diferentes ejes; orientando diariamente en la consulta así como debe de generar interés y preocupación para asumir la responsabilidad de los factores predisponentes, reduciendo así el porcentaje de consultas médicas otorgadas en el servicio de urgencias pediatría por esta enfermedad.

Dentro del enfoque del médico familiar; en lo administrativo deberá de aprender a planificar un proceso continuo de toma de decisiones, es decir, optar por qué hacer, cuándo, cómo, dónde, con qué medios o recursos, y quiénes deben asumir la ejecución. Por otra parte dentro del eje asistencial tiene una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios. Es conocedor del uso inadecuado de un recurso sanitario, sino también de un gasto innecesario que priva al conjunto de la población de otros recursos; por ello es esencial que desarrolle la capacidad de escuchar y empatizar con el derechohabiente. Y por último en el ámbito docente aprenderá el marco teórico y las dimensiones de la calidad asistencial, sus herramientas de medición, su estructura, proceso y resultado para conocer el aprendizaje de la Medicina basada en la evidencia y la utilización de los recursos de Internet que son instrumentos fundamentales en el campo de la gestión clínica. Con el fin de desarrollar el razonamiento clínico y la toma de decisiones, que serán de gran ayuda en los protocolos y guías de práctica clínica en cuya elaboración participará el residente, para que pueda adquirir habilidades necesarias para exponer sesiones clínicas, bibliográficas de revisión y así colaborar en la formación de los médicos de pregrado y posgrado en medicina familiar.

Por ello es importante la intervención del médico familiar para hacer un análisis de la funcionalidad familiar a través de sus valores, creencias, conocimientos, juicios y criterios que determinan la salud del individuo y del colectivo de sus integrantes. Cuando existen factores que alteren la armonía familiar como los económicos, enfermedad, farmacodependencia, etc, no solo afectan al miembro que la sufre sino que repercuten en todo el conjunto familiar.

Los alcances que tienen este estudio demuestra que los padres de niños asmáticos que ingresan al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No 8 tienen un Conocimiento bajo referente al tema y que a partir de los resultados expuestos deben establecerse estrategias de manejo y orientación hacia ellos para evitar la recurrencia de crisis asmáticas y así obtener un mejor control de la enfermedad.

Las principales limitaciones que se encontraron dentro del estudio es que no se investigó acerca del manejo específico que tienen los niños al momento de la encuesta así como los años de evolución de la patología y el tiempo de intervalo entre la última crisis, ya que nos proporcionaría información más amplia del campo de estudio para incidir de forma activa al momento de su ingreso. Sin embargo a pesar de las limitaciones encontradas se refleja que la situación actual dentro del IMSS específicamente en el HGZ/UMF No. 8 no se encuentra muy lejana de la realidad en cuanto al grado de conocimiento de los padres a nivel internacional. Ya que la falta de orientación y conocimiento referente al tema es de índole no solo nacional sino internacional.

Los principales sesgos encontrados en el presente estudio fueron que los padres de familia de los niños asmáticos mencionaron datos clínicos de dificultad respiratoria leve de 1 semana de evolución al momento de la encuesta sin embargo al no contar con la información adecuada, este tipo de exacerbaciones fueron minimizadas no llevándolos al servicio de urgencias pediatría para su atención sino hasta que la exacerbación fue mayor. Así mismo se observó que al momento de la encuesta, los padres estaban más preocupados por el estado de salud de su pequeño que por contestar adecuadamente las preguntas.

Sin embargo tras la presente investigación y con los resultados obtenidos, se observa que existe un bajo conocimiento por parte de los padres de niños asmáticos en cuanto a su manejo, cuidado y educación sobre la enfermedad así como un incremento relevante de pacientes pediátricos en el HGZ/UMF No. 8, por lo que se propone con la colaboración multidisciplinaria del Médico Familiar, padres de familia, enfermeras, trabajo social y medico urgenciólogo pediatra para lograr una intervención educativa eficaz como parte del tratamiento integral y mejorar la calidad del autocontrol, reducir los síntomas encontrados por exacerbación, así como promover la participación de la familia, mejorando el rendimiento escolar y laboral y favoreciendo el cumplimiento terapéutico para lograr una educación que sea capaz de asumir, aceptar y aprender a controlar la enfermedad.

Siendo para él Médico Familiar uno de sus principales pilares la educación, tiene que incidir en la revisión sistemática de programas educativos que puedan mejorar el grado de conocimiento por parte de los padres de niños asmáticos, para así poder impactar sobre la historia natural de la enfermedad, el control y la calidad de vida a largo plazo de este tipo de pacientes. Teniendo los conocimientos que deben ser aplicados en la vida colectiva, social e individual a través de la practica social que incluya los conocimientos fundamentales de las disciplinas básicas de la naturaleza de la enfermedad, de una manera interdisciplinaria que permita desarrollar al individuo como una unidad formadora por la razón, la afectividad, la voluntad, las aptitudes que propicien la vinculación entre el médico y paciente.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en el estudio se cumplió el objetivo planteado, evaluar el nivel de conocimientos que tienen los padres de niños asmáticos respecto a la enfermedad, que ingresa al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No 8. Concluyendo así que los padres derechohabientes que acudieron al servicio de urgencias de dicho hospital, tienen un bajo conocimiento en un 95.9% debido a numerosos factores, como el nivel educativo, los recursos de la comunidad en la que viven, la edad, la falta de confianza de los padres en los medicamentos usados, el miedo a sus efectos adversos, la ausencia de planes de tratamiento, el no respetarlos o el bajo nivel de conocimiento acerca de esta patología.

Encontrando también que dentro del factor I relacionado a mitos y creencias con respecto al manejo de la enfermedad, el 98.5% de nuestra población estudiada tienen un bajo conocimiento creyendo erróneamente en los aspectos del tratamiento con temor al uso de alguno de ellos y en relación al miedo sobre los efectos secundarios de los mismos que imposibilitan el buen funcionamiento y el cumplimiento en su evolución.

En cuanto al factor II relacionado al conocimiento del asma se evidenció que el 53.1% tienen un bajo conocimiento en general respecto a la enfermedad, independientemente del nivel sociocultural o de educación de cada uno de ellos sin, embargo que influye directamente en el manejo y la atención de sus hijos. Infiriendo que esto se debe a las pocas acciones realizadas en consulta de 1° y 2° nivel de atención durante su estancia.

Dentro del factor III conocimiento del control ambiental dirigido al tabaquismo y a la disciplina del deporte; el 85.7% de la población encuestada tuvo un conocimiento bajo referente al tema, siendo estos dos primeros enfoques los que chocan entre sí de una manera evidente, en cuanto no sólo defienden su postulado clave sino que ponen en duda o minimizan la validez y eficacia de cada uno.

Por ende con los datos obtenidos se descarta la hipótesis nula planteada, ya que se demuestra que los padres de niños asmáticos carecen de conocimiento básico de la naturaleza de la enfermedad, la medicación y las medidas preventivas respecto al tema; aceptando así la hipótesis alterna. Destacando la importancia que tiene el poder de aumentar el conocimiento tanto en los profesionales de salud como en los progenitores para alcanzar las metas establecidas así como lograr el control adecuado de la mayoría de los pacientes pediátricos que lo padecen.

Por lo que se propone incidir en la educación continua de padres de familia por medio de objetivos específicos encaminados a la cooperación multidisciplinaria para establecer estrategias metodológicas que puedan ser encaminadas para la toma de decisiones por sí solos de manera positiva para su manejo y su control por medio del tratamiento y control de las crisis. Creando de esta forma recursos humanos y materiales para su elaboración, como por ejemplo; creando una educación grupal de diálogo con y entre los padres, motivando a unos con las experiencias de otros o modificando conductas por imitación. Así mismo crear material de apoyo educativo, guías informativas, apoyo visual así como documentación dirigida a los padres y médicos familiares para su formación. El plan de acción debe ser verbal y escrito, focalizado en las necesidades del paciente, con instrucciones sencillas y claras. Por otra parte la motivación es la principal herramienta que hace fuerte a la familia contra los contratiempos. Una familia motivada será menos susceptible a la frustración que puede generar una nueva crisis en el niño o un ingreso.

Sólo familias motivadas tomarán decisiones autónomas positivas sobre el asma del niño. Consiste en: a) aportar estímulos que movilicen a la familia a actuar; b) convencerlos de que teniendo un papel activo la intervención será más eficaz, y c) persuadirlos de que su actuación resultará en una mejora del asma del niño. Ningún proceso educativo es plenamente eficaz si el medio, el entorno social, no es favorable. Por ello son tan importantes los programas de salud que afecten a zonas amplias como servicios de salud o áreas sanitarias, con el fin de poder incidir positivamente a través de medios de comunicación, redes sociales u organizaciones ciudadanas.

Se propone para quien desee continuar esta línea de investigación realice un estudio integral con respecto a la respuesta que tienen los padres ante las medidas de educación si es que se implementaron o realizar una guía educativa para los padres de familia que les ayude a conocer y adentrarse un poco más en el tema o evaluar la calidad de vida que tienen no solo el paciente por sí solo sino también los cuidadores primarios que lo acompañan en este tipo de pacientes. Se recomienda evaluar la técnica inhalatoria e invitar al paciente a una demostración práctica en la consulta, con su propia inhalocámara y dispositivo de medicación para establecer el cumplimiento del mismo. se recomienda contar con inhalocámara o cámaras espaciadoras, diferentes dispositivos de inhalación (IDM, polvo seco, turbohaler) y pico de flujo para hacer demostraciones prácticas y entrenar al paciente en su correcta utilización.

Recomendando extender la investigación no solo a padres de familia sino también a cuidadores externos como abuelos, hermanos, maestros etc. Así como valorar el tiempo de evolución desde su diagnóstico así como el manejo actual que tiene el paciente al momento de que se realiza un nuevo estudio. Evaluando las barreras que se encuentren en la presente investigación y poder mejorar así la atención integral del niño. A su vez exhortando a crear programas educativos de forma personalizada por parte del equipo multidisciplinario por medio de estrategias claras y precisas para cada uno de los integrantes de la familia. Y posteriormente evaluar sus resultados para obtener un mejor manejo. Así como se recomienda realizar una investigación más exhaustiva referente a la tipología familiar en este tipo de pacientes así como evaluar la calidad de vida de cada uno de ellos en el contexto de la especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paul O'Byrne, MD, Eric D. Bateman, MD, Jean Bousquet, MD, Tim Clark, MD, Ken Ohta. MD, Pierluigi Paggiaro, MD et al. Global Initiative for Asthma. Estrategia global para el manejo y la prevención del asma. Traducido 2006. Disponible en <http://www.ginasthma.org>
2. Diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primero y segundo niveles de atención; México: Secretaría de Salud; 2008.
3. Vargas Becerra M. Epidemiología del asma. Rev. Neumología y Cirugía de tórax. 2009; 68(S2): 91-97
4. Pearce N, Ait-Khaled N, Beasley R, Mallot J, Keil U, Mitchell E, et al. Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). EMHJ. 2010; 16 (7): 758-66.
5. Furuya M, Salas J, Lugo A, Vargas M, Mejía G. Trends of asthma in Mexico: an 11-year analysis in a nationwide institution. Chest 2004; 125: 1993-7.
6. Cabana MD, Slish KK, Evans D, Mellins RB, Brown RW, Lin X, et al. Impact care education on patient outcomes. Pediatrics. 2006;117: 2149-57.
7. Ober C. Perspectives on the past decade of asthma genetics. J Allergy Clin Immunol 2005;116(2):274-8.
8. Drazen JM, Weiss ST. Genetics: inherit the wheeze. Nature 2002; 418(6896):383-4.
9. Beuther DA, Weiss ST, Sutherland ER. Obesity and asthma. Am J Respir Crit Care Med 2006; 174(2):112-9.
10. Coronel-Carvajal C. Factores asociados al asma bronquial en niños. Rev Mex Ped 2003; 70:232-6.
11. Huss K, Adkinson NF, Jr., Eggleston PA, Dawson C, Van Natta ML, Hamilton RG. House dust mite and cockroach exposure are strong risk factors for positive allergy skin test responses in the Childhood Asthma Management Program. J Allergy Clin Immunol 2001; 107 (1):48-54.
12. Sears MR, Greene JM, Willan AR, Wiecek EM, Taylor DR, Flannery EM, et al. A longitudinal, population-based, cohort study of childhood asthma followed to adulthood. N Engl J Med 2003; 349 (15):1414-22.
13. Gern JE, Busse WW. Relationship of viral infections to wheezing illnesses and asthma. Nat Rev Immunol 2002; 2(2):132-8.
14. Chaudhuri R, Livingston E, McMahon AD, Thomson L, Borland W, Thomson NC, et al. Cigarette smoking impairs the therapeutic response to oral corticosteroids in chronic asthma. Am J Respir Crit Care Med 2003; 168(11):1308-11.
15. Gauderman WJ, Avol E, Gilliland F, Vora H, Thomas D, Berhane K, et al. The effect of air pollution on lung development from 10 to 18 years of age. N Engl J Med 2004; 351(11):1057-67.
16. Devereux G, Seaton A. Diet as a risk factor for atopy and asthma. J Allergy Clin Immunol 2005; 115(6):1109-17.
17. Illi S, von ME, Lau S, Niggeman B, Gruber C, Wahn U. Perennial allergen sensitization early in life and chronic asthma in children: a birth cohort study. Lancet 2006; 368 (9537): 763-70.
18. Castro-Rodríguez JA, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162 (4):1403-6.
19. West JB. Fisiología respiratoria. 8a. ed. Barcelona: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 2009: 95-122.

20. Enhorning G. Surfactant in airway disease. *Chest* 2008; 133: 975-80.
21. West JB. Fisiología y fisiopatología pulmonar: estudio de casos. Barcelona: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 63-78.
22. Burgel PR, de Blic J, Chanez P, Delacourt C, Devillier P, Dider A, et al. Update on the roles of distal airways in asthma. *Eur Respir Rev* 2009; 18: 80-95.
23. Vargas B. M. Fisiopatología del asma. *Rev. Neumología y Cirugía de tórax*. 2009; 68 (2): 2-112.
24. Pellegrino R, Viegi G, Brusasco V, Crapo RO, Burgos F, Casaburi R, et al. Interpretative strategies for lung function tests. *Eur Respir J* 2005; 26: 948-68.
25. Eugene R. Bleecker, Similarities and Differences in Asthma and COPD. The Dutch Hypothesis. *CHEST* 2004; 126: 93-95
26. Denning DW, O'Driscoll B. R. Hogaboam CM, Bowyer P, Niven RM. The link between fungi and severe asthma: a summary of the evidence. *Eur Respir J* 2006; 27 (3): 615-26
27. Green RH, Brightling CE, McKenna S, Hargadon B, Parker D, Bradding P, et al. Asthma exacerbations and sputum eosinophil counts: a randomized controlled trial. *Lancet* 2002; 360(9347): 1715-1721.
28. Killian KJ, Watson R, Otis J, St Amand TA, O'Byrne PM. Symptom perception during acute bronchoconstriction. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162(2 Pt 1):490-496.
29. Gibson PG, Fujimura M, Niimi A. Eosinophilic bronchitis: clinical manifestations and implications for treatment. *Thorax* 2002; 57(2):178-182.
30. Anderson SD. Exercise-induced asthma in children: a marker of airway inflammation. *Med J Aust* 2002; 177:S61-63.
31. G Laszlo; Standardisation of lung function testing: helpful guidance from the ATS/ERS. Task Force. *Thorax* 2006; 61: 744-746
32. Reddel HK, Vincent SD, Civitico J. The need for standardisation of peak flow charts. *Thorax* 2005; 60(2):164-167.
33. Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez FJ, Casan Clarà P, Cobos Barroso N, López Viña A Llauguer Rosselló MA, et al. Guía española para el manejo del asma. *Arch Bronconeumol*. 2003; 39 (5):1-42.
34. Rodríguez Martínez C, Sossa MP. Validación de un cuestionario de conocimiento acerca del asma entre padres o tutores de niños asmáticos. *Arch Bronconeumol* 2005; 41(8): 419-24.

ANEXOS

ANEXO 1

Riesgo de asma en niños pequeños con sibilancias recurrentes: un índice clínico	
CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
1. Diagnóstico médico de asma en los padres	1. Diagnóstico de rinitis alérgica
2. Diagnóstico de eczema	2. Sibilancias fuera de resfríos virales
	3. Eosinofilia
IPA + = sibilancias + 1 criterio mayor	
IPA + = sibilancias + 2 criterios menores	

ELABORO: Dra. Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra

ANEXO 2

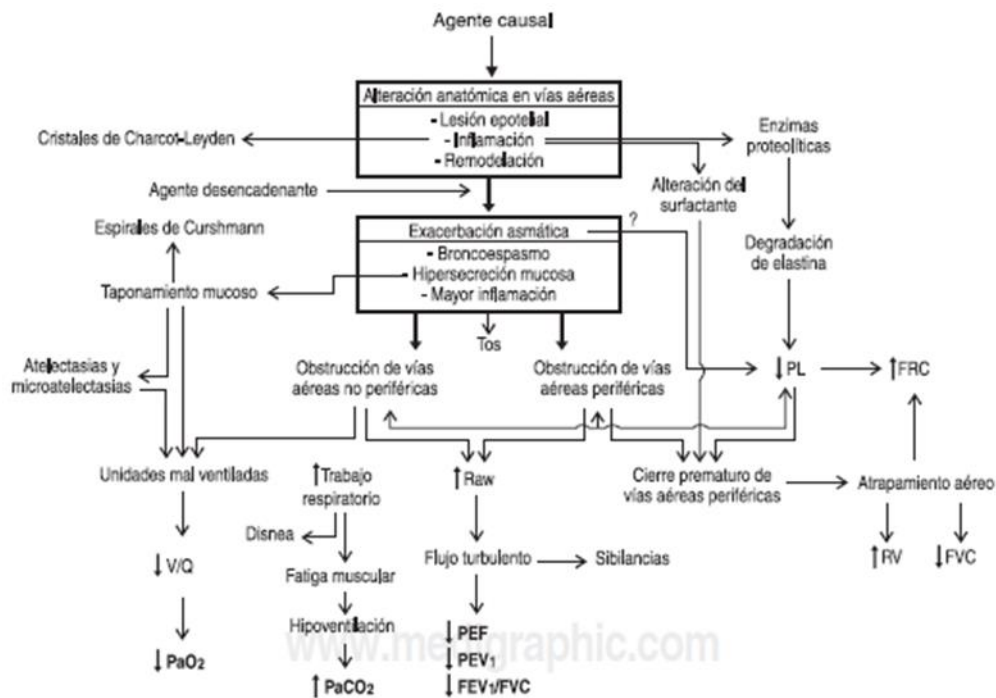


Figura 2. Mecanismos principales por los cuales se producen las alteraciones fisiopatológicas de la función pulmonar en el asma. Para detalles véase el texto. FEV₁ = flujo espiratorio forzado al primer segundo, FRC = capacidad residual funcional, FVC = capacidad vital forzada, PaCO₂ = presión arterial de bióxido de carbono, PaO₂ = presión arterial de oxígeno, PEF = flujo espiratorio máximo, PL = presión transpulmonar (presión de retracción elástica), Raw = resistencia de las vías aéreas, RV = volumen residual, V/Q = relación ventilación/perfusión.

ANEXO 3

Clasificación de grados de severidad del asma			
	Síntomas	Síntomas nocturnos	Función pulmonar
Nivel 4 PERSISTENTE SEVERO	Síntomas continuos Limitación física Exacerbaciones frecuentes	Frecuentes	VEF1 o PFE <60% del valor predictivo Variabilidad PFE >30%
NIVEL 3 PERSISTENTE MODERADO	Síntomas diarios Uso diario de B2 agonistas Exacerbaciones ≥ 2 veces por semana, puede durar días	>1 vez por semana	VEF1 o PFE >60%<80% Del valor predictivo Variabilidad PFE >30%
NIVEL 2 PERSISTENTE LEVE	Síntomas >2 veces por semana Exacerbaciones pueden afectar la actividad	≥ 2 veces al mes	VEF1 o PFE $\geq 80\%$ del valor predictivo Variabilidad PEF 20-30%
NIVEL 1 INTERMITENTE	Síntomas ≤ 2 veces por semana Asintomático, con PFE normal entre las exacerbaciones	≤ 2 veces al mes	VEF1 o PFE $\geq 80\%$ del valor predictivo Variabilidad PFE <20%

Elaboro: Dra. Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra

ANEXO 4

Niveles de control del asma en mayores de 5 años			
Características	Controlada (todos los siguientes)	Parcialmente Controlada (uno presente en cualquier momento)	No controlada
Síntomas diurnos	2 o menos por semana	Más de 2 por semana	3 o más de los síntomas del asma parcialmente controlada en cualquier semana
Limitación de actividades	No	Alguna	
Síntomas nocturnos	No	Alguno	
Necesidad de medicación de rescate	2 o menos por semana	Más de 2 por semana	
Función pulmonar (PEF o VEF1)	Normal	<80% del predicho o mejor valor personal	

Elaboro: Dra. Mejía Ramírez Mahetabel Alejandra

ANEXO 5

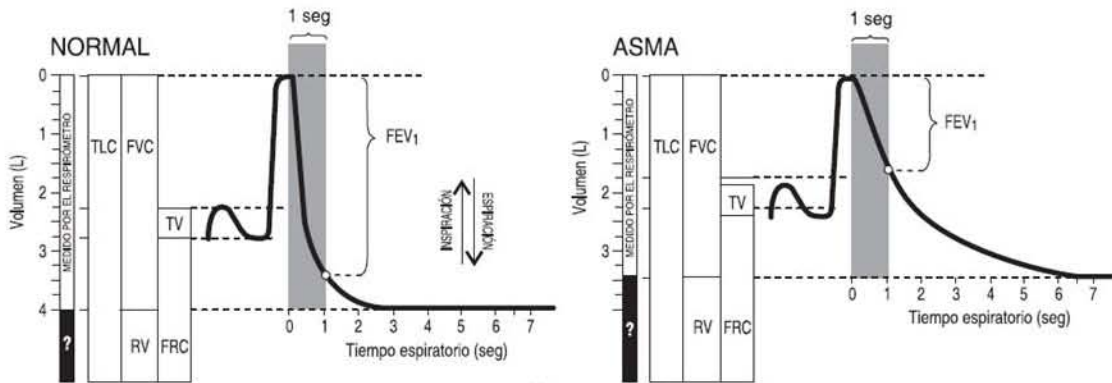


Figura 3. Representación de una espirometría en condiciones normales y en el asma. Durante una exacerbación asmática la obstrucción parcial de las vías aéreas provoca disminución del volumen espiratorio forzado al primer segundo (FEV_1), así como de otros flujos. La disminución de la presión transpulmonar (PL) hace que su equilibrio con la caja torácica se alcance a volúmenes más altos, provocando que las respiraciones tranquilas del volumen corriente (TV) ocurran a volúmenes pulmonares mayores y que aumente la capacidad funcional residual (FRC). El espirómetro no cuantifica el volumen que queda remanente en los pulmones después de la exhalación completa (volumen residual, RV). Sin embargo, mediante otras técnicas se sabe que la disminución de la PL favorece el cierre prematuro de las vías aéreas, originando atrapamiento de aire con aumento del RV y disminución de la capacidad vital forzada (FVC). La capacidad pulmonar total (TLC) se ve poco afectada.

ANEXO 6

CUESTIONARIO SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL ASMA

EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

OCUPACIÓN: _____

INSTRUCCIONES: Marque con una “X” la respuesta que usted considere correcta.

PREGUNTA	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1.Los inhaladores pueden producir dependencia o adicción					
2.Los inhaladores pueden afectar o dañar el corazón					
3.Es perjudicial aplicarles los inhaladores mucho tiempo a los niños					
4.Después de que a un(a) niño(a) le da una crisis de asma hay que suspenderle los inhaladores y los medicamentos cuando le pase la tos					
5.Los niños que tienen asma deben usar medicamentos para el tratamiento del asma sólo cuando tengan síntomas (tos, congestión o sonido en el pecho)					
6.Es mejor usar los inhaladores directamente, sin inhalocámara, para que el medicamento llegue más directo a los pulmones					
7.La principal causa del asma es la inflamación de las vías respiratorias					
8.Es recomendable pedir al médico un justificante para que los niños con asma no hagan ejercicio o educación física					
9. Los niños que tienen asma no deberían practicar deportes en los cuales tengan que correr mucho					

PREGUNTA	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDECISO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
10. Cuando un niño tiene una crisis de asma es mejor ir a urgencias aunque los síntomas sean leves					
11. Las crisis de asma se pueden evitar si se toman medicamentos en los momentos en que no hay síntomas (entre las crisis)					
12. Las gripes son los principales causantes o desencadenantes de crisis de asma					
13. Es recomendable no fumar ni dejar que nadie fume cerca de los niños con asma					
14. Si los padres de los niños con asma fuman fuera de la casa no afecta al niño(a)					
15. A los niños con problemas de asma, cuando les empieza una gripe, hay que aplicarles inhaladores aunque no tengan tos o sonido en el pecho					
16. A los niños que tienen asma les pueden dar crisis tan fuertes que pueden llegar a requerir una hospitalización en la unidad de cuidados intensivos o incluso pueden llegar a morir debido a una crisis					
17. Algunos medicamentos para el tratamiento del asma no funcionan a menos que se administren todos los días					

ELABORO: DRA. MEJÍA RAMÍREZ MAHETABEL ALEJANDRA



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ANEXO 7**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Nivel de conocimientos de los padres de niños asmáticos respecto a la enfermedad que ingresan al servicio de urgencias pediatría del HGZ/UMF No. 8

Lugar y Fecha: Urgencias Pediatría del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".
Febrero 2012 – Agosto 2012

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:... El asma se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que participan diversas células y mediadores químicos. Es un problema multicasual que afecta el árbol traqueobronquial y que provoca una serie de eventos clínicos que se asocian generalmente a una obstrucción extensa y variable del flujo aéreo que a menudo es reversible de forma espontánea o como respuesta al tratamiento. Sin embargo la falta de información de padres o tutores puede agravar la sintomatología o provocar complicaciones en su evolución.

Procedimientos:..... Se aplicara cuestionario, tomando datos procedentes de paciente y/o familiar así como resultados de estudios de laboratorio y gabinete del expediente clínico.

Posibles riesgos y molestias:.. Ninguno. No se identificarán ni se trataron aspectos sensitivos de la conducta de los pacientes. El presente es un estudio descriptivo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:..... Optimizar la atención médica en los servicios hospitalarios de urgencias pediatría

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:..... No aplica.

Participación o retiro: El Médico tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.

Privacidad y confidencialidad:..... Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autorizo que se tome la muestra

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Optimización de los recursos hospitalarios y su empleo en otras áreas críticas

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro.

Colaboradores: Dr. Diana Franco / Dr Gilberto Espinoza Anrubio

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HGZ UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DE TESIS:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS RESPECTO A LA ENFERMEDAD QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRÍA DEL HGZ/UMF No. 8

2012-2013

FECHA	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2013
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		X	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				X								
OBJETIVOS					X							
HIPOTESIS						X						
PROPOSITOS							X					
DISEÑO METODOLOGICO								X				
ANALISIS ESTADISTICO									X			
CONSIDERACIONES ETICAS									X			
RECURSOS									X			
BIBLIOGRAFIA										X		
ASPECTOS GENERALES										X	X	
ACEPTACION												X

2013-2014

FECHA	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO				X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANALISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCION DE DATOS									X			
DISCUSION DE DATOS									X			
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESION DEL TRABAJO											X	X
PUBLICACION											X	X

ELABORO: DRA.MEJÍA RAMÍREZ MAHETABEL ALEJANDRA