



Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Veracruz Norte
Unidad de Medicina Familiar No. 73
Poza Rica, Veracruz



**“CARACTERISTICAS FAMILIARES Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS
DE LOS PADRES DE NIÑOS SOBRE EL CONTROL DEL ASMA”**

TESIS
**PARA OBTENER EL POSGRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

Dra. Dora Angélica Vega Sepúlveda

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

Matricula 98311846

Correo Electrónico: wendo-08@hotmail.com

Domicilio: Avenida Juárez 106 Col centro Apizaco, Tlaxcala

Dr. Andrés Alvarado Pérez

MEDICO FAMILIAR DE UMF #73 POZA RICA VER.

ASESOR METODOLOGICO

CORREO ELECTRONICO:andaljl@hotmail.com

Lic. Lorena López Lozada

LICENCIADA ESTADISTA. ASESOR ESTADISTICO

Lugar Donde se realiza el estudio

HGZ NO 24/ UMF # 73POZA RICA VERACRUZ.

D E D I C A T O R I A

A mis padres:

Por esos dos seres humanos, que me dieron la vida y que sin ellos no habría logrado lo que soy, por esas dos grandes personas que confiaron en mí para cumplir este gran reto de ser Medico, dedico este gran triunfo que he logrado.

A mis hermanos:

Aunque más pequeños pero siempre dejaron algo de aprendizaje, que estuvieron compartiendo vivencias en este gran recorrido de mi vida y sobre todo, por su apoyo incondicional en las buenas, malas y por qué los amo.

A G R A D E C I M I E N T O S

A todos mis docentes que con su dedicación y sabiduría lograron encaminarme en este mundo de la medicina, y que con sus enseñanzas todos los alumnos que estuvimos a su cargo logramos este título.

A mi asesor Dr. Andrés Alvarado Pérez, por la participación en la tesis, así mismo como persona por todos los consejos que me dio, y sobre todo lo mucho que pude aprenderle y por la gran oportunidad de conocerlo.

A mi abuelo AdánPérez Vega (finado): por esos impulsos que me dio en vida cuando me veía llegar de la escuela y me decía: "Cuanta gente curaste" o cuando al irme a la escuela me decía "Cura a mucha gente". Ese gran ser humano que muchos lo extrañamos, también a él le agradezco este triunfo.

INDICE

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1 Marco teórico:	11
2.2 Antecedentes:	17
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
3.1.1 Planteamiento del problema	20
3.1.2 Objetivos.....	21
3.1.3 Metodología	22
3.1.4 Descripción del programa de trabajo	23
3.1.5 Criterios de inclusión:.....	24
3.1.6 Ética	25
3.2 Análisis estadístico	26
4. RESULTADOS	27
5. CONCLUSIONES	40
6. DISCUSION.....	41
7. RECOMENDACIONES.....	42
8. REFERENCIAS	43
9. ANEXOS	47
Anexo 1: hoja de recolección de datos generales.....	47
Anexo 2: Evaluación de control del asma.....	48
Anexo 3: Validación new castle NAKQ.....	49
Anexo 4: Tipología Familiar.....	51
Anexo 5: Índice de Pobreza Familiar.....	53
Anexo 6. Consentimiento informado	54

1. Resumen

Características familiares y nivel de conocimientos de los padres de niños asmáticos de 5 a 10 años con asma bronquial de la UMF 73 Poza Rica Ver.

Vega Sepúlveda D.A¹, Alvarado Pérez A.²

¹ Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar. ² Asesor Metodológico Especialista en Medicina Familiar UMF 73

Objetivo

Conocer las características familiares, que tienen los pacientes con asma bronquial en la UMF 73 y determinar el nivel de conocimientos que tienen los padres sobre el control del asma bronquial en la UMF 73 durante el 2012.

Tipo de estudio

El diseño del estudio fue una Encuesta Descriptiva Prospectiva

Material y métodos

Se llevó a cabo en la Unidad Médica Familiar No. 73, Instituto Mexicano del Seguro Social, Poza Rica, Veracruz, durante el periodo de Abril del 2012 a junio del 2013. Se estudiaron pacientes de 5 a 10 años adscritos a la Unidad Médica Familiar No. 73. Se obtuvo una muestra de 73 paciente entre los grupos de edad de 5 a 10 años de edad, se convocara a sus padres los cual se realizara mediante una invitación a participar en el protocolo de estudio.

Resultados: La muestra quedo conformada por 73 pacientes de los cuales en base a sus características familiares arroja que 41.10% de los niños asmáticos pertenecen a una familia con parentesco nuclear simple, 16.44% a una familia monoparental extendida sin parentesco, 100% a una familia de núcleo integrado en base a presencia física, 72.60% a una familia de servicio en base a su subsistencia. La puntuación promedio del cuestionario fue de 35.06 ± 3.28 puntos (Error estándar), con un mínimo de 2 puntos y un máximo de 73 puntos, obtenidos mediante el cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma.

Conclusiones: En base a los cuestionarios aplicados, que los resultados son un tanto variables, predominando la característica de familia como nuclear simple, así en el nivel de conocimientos se aprecia que hay predominantemente padres que si tiene conocimiento sobre asma. Sin embargo consideramos que una intervención del personal de salud puede contribuir a mejorar el conocimiento sobre asma, y con ello disminuir la morbilidad de esta enfermedad.

Palabras clave: asma, conocimiento de asma, características familiares.

Family characteristics and knowledge level of parents of asthmatic children 5-10 years with asthma bronquial of the Poza Rica UMF 73 View.

Vega Sepúlveda D.A¹, Alvarado Pérez A.²

1. Resident Specialization Course in Family Medicine 2. Methodological Adviser Specialist in Family Medicine UMF 73

Objective

Knowing family characteristics, patients with bronchial asthma in the FMU 73 and determine the level of knowledge of parents on asthma control in UMF 73 during 2012.

Type of study

The study design was a descriptive survey Foresight

Material and methods

It was held at the Family Medicine Unit No. 73, Mexican Social Security Institute, Poza Rica, Veracruz, during the period April 2012 to June 2013. We studied patients aged 5 to 10 years assigned to the Family Medicine Unit No. 73. A sample de 73 patient between the age groups of 5-10 years of age, their parents convene which was done through an invitation to participate in the study protocol.

Results:The sample comprised 73 patients remained which based on family characteristics reveals that 41.10% of asthmatic children belong to a single nuclear family kinship, 16.44% to a non-relative extended parent family, a family 100% integrated core based on physical presence, 72.60% for a family of service based on their livelihood. The average score of the questionnaire was 35.06 ± 3.28 points (standard error), with a minimum of 2 points and a maximum of 73 points from the questionnaire Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire of knowledge about asthma.

Conclusions:based on questionnaires, we note that the results are somewhat variable, predominantly feature simple nuclear family as well on the level of knowledge shows that parents are predominantly knowledge that if you have asthma. However, we believe that health personnel intervention can help improve knowledge about asthma, and thereby reduce the morbidity of this disease

Keywords: asthma, asthma knowledge, family characteristics.

2. INTRODUCCION

Toda familia, tiene características familiares las cuales las pueden hacer parecer distintas o similares entre sí, estas son las características tipológicas, de acuerdo a su parentesco presencia física, medios de subsistencia y por cambios sociales.

La presencia de enfermedad crónica como el asma en un miembro de la familia en especial si este es un niño genera cambios drásticos y dramáticos, en todos los integrantes de la familia, debido a que el paciente con esta enfermedad requiere de mayor atención, por tratamiento complejo y hospitalización frecuente. Los hogares tienden a reorganizarse para ofrecer atención a los enfermos y discapacitados. En el hogar son las mujeres las que asumen la mayoría de su responsabilidad en el cuidado.

El asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes como causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Existe evidencia que la prevalencia durante los últimos 20 años ha ido en aumento, especialmente en niños. (1)

Según la GINA o global initiative for asma, el asma es "la inflamación crónica de la vía aérea (bronquios) en la que desempeñan un papel destacado algunas células y mediadores (linfocitos Th2, eosinófilos, mastocitos). Este proceso se asocia a una hiperrespuesta de los bronquios que produce episodios de sibilancias (pitos), disnea (fatiga o ahogos), opresión torácica y tos, particularmente por la noche o de madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento". (1)

La Iniciativa Global para el Asma (**GINA**) ofrece una serie de documentos y recomendaciones con el fin de lograr y mantener un control del asma en la mayoría de los pacientes. Estas recomendaciones han sido creadas con el fin de lograr adaptarlas a nivel de los diferentes sistemas de salud. Material educativo como son

tarjetas, presentaciones y programas de cómputo que han sido creados y se encuentran disponibles. (1)

Entre las diferentes publicaciones del programa **GINA** se encuentran: (última revisión 2011)

1. Estrategia global para el tratamiento y prevención del asma (2006). Información científica y recomendaciones para programas para el control del asma.
2. Guía de bolsillo para el manejo y prevención del asma (2006). Resumen sobre el cuidado del paciente para el médico de atención primaria.
3. Guía de bolsillo para el manejo y prevención del asma en niños (2006). Resumen sobre el cuidado del niño asmático para el pediatra y otros profesionales en salud.
4. Lo que el paciente y su familia pueden hacer para el asma. Folletos informativos para el paciente y su familia. (1)

El Asma es un padecimiento bronquial crónico que inicia generalmente en la infancia, que tiene un gran impacto en la calidad de vida del que la sufre, que produce importantes alteraciones en economía y la dinámica familiar, que está aumentando su prevalencia a nivel mundial y que puede alcanzar niveles de severidad que lleven al paciente a la muerte. Es además un padecimiento con alta variabilidad individual, tanto en severidad como en pronóstico, por lo que es necesario que los médicos encargados de su atención se actualicen y entiendan que es un padecimiento que si se diagnostica tempranamente y se somete a tratamiento y seguimiento de control adecuados, por médico con experiencia en su manejo, puede controlarse o inclusive, bajo ciertas condiciones curarse. (2)

Se debe de hacer notar que existen diversas definiciones de Asma, basadas en criterios patológicos ó fisiológicos pulmonares, sin embargo la definición basada en estos conceptos clínicos simples cumple mejor el objetivo de identificación de casos y puede ser usado por cualquier médico sin necesidad de recursos sofisticados de diagnóstico. Es particularmente importante en esta definición el concepto de la

reversibilidad de la obstrucción bronquial, completa o parcial, ya sea en forma espontánea o en respuesta a tratamientos bronco dilatadores ó anti-inflamatorios. (2)

El asma se caracteriza por episodios recurrentes de sibilancias, dificultad respiratoria, opresión torácica y tos especialmente nocturna o durante la madrugada. (1) El asma es un trastorno inflamatorio crónico de las vías aéreas. Como respuesta de esta inflamación crónica, las vías aéreas desarrollan un evento conocido como hiperreactividad; caracterizado por obstrucción en el flujo de aire (bronco-constricción, tapones de moco y aumento de la inflamación) cuando estas vías se ponen en contacto con una serie de factores de riesgo. (1)

Entre los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de asma se incluyen la exposición a alérgenos (ácaros en el polvo casero, animales, cucarachas, pólenes y moho), irritantes ocupacionales, fumado, infecciones respiratorias virales, ejercicio, estados de ánimo, irritantes químicos y medicamentos (tales como aspirina y beta bloqueadores). (1)

El abordaje escalonado para el tratamiento farmacológico en los pacientes asmáticos se creó con el fin de lograr y mantener un adecuado control del asma, tomando en cuenta la seguridad, posibles efectos adversos y costos de dicho tratamiento. (1)

Los ataques de asma (o exacerbaciones) son episódicos, sin embargo la inflamación en la vía aérea es crónica. Para muchos pacientes los medicamentos controladores se deben de utilizar de manera diaria con el fin de prevenir síntomas, mejorar la función pulmonar y prevenirlas exacerbaciones. (1)

El tratamiento de rescate debe de limitar para tratar de manera aguda los síntomas como las sibilancias, opresión torácica y la tos. Para alcanzar y mantener un adecuado control del asma se requiere del desarrollo de una adecuada relación entre el paciente y el grupo médico o de salud tratante. (1)

En cuanto a lo relacionado con los factores externos familiares relacionados con la presencia de asma se sabe que hay relación significativa entre el estrés, los factores

psicológicos y el asma, el miedo y la ansiedad son sentimientos negativos, pues influyen en la pérdida del control emocional y atentan contra el buen estado de la salud. Los problemas emocionales asociados con el asma pueden mejorar con ayuda psicológica, psicoterapia y técnicas específicas. (3)

Los padres desempeñan un papel fundamental en la ayuda y control psicológico de los niños y adolescentes, así como en el apoyo, autocontrol y conocimiento de la enfermedad. (3)

Por otro lado el asma bronquial infantil es una enfermedad crónica que requiere constante atención, y vigilancia por parte de los padres de los niños afectados. Su naturaleza aguda y episódica comporta continuas visitas de control médico, numerosas ausencias escolares y algunas hospitalizaciones que ocasionan frecuentes cambios en la vida diaria familiar, que puede tener repercusiones importantes, no solo en el niño sino también de sus padres y la demás familia. (4)

En cuanto a los conocimientos de los padres citamos 2 autores que mencionan la importancia de los conocimientos de los padres sobre asma:

1. Ladebauche (1997): señala que la responsabilidad de cuidar a un niño que no puede respirar, motiva a que los padres se produzcan niveles elevados de temor y ansiedad, que va ligado a la incapacidad de los niños (en especial los más pequeños) para comunicar el grado de gravedad de sus síntomas, haciendo difícil que los padres puedan valorar adecuadamente el nivel de peligro respiratorio de sus niños.(4)
2. Mac Donald (1996): indica que para las madres de los niños asmáticos, la adquisición de conocimientos sobre el asma es un paso necesario para que ellas puedan hacerse cargo como participantes activas del manejo de la enfermedad de sus hijos. La información sobre el asma ayuda a los progenitores a aprender a vivir con la enfermedad y que se sientan competentes para cuidar a sus hijos lo cual influirá directamente sobre la autoestima.(4)

Los médicos de atención primaria además de llevar a cabo una labor educativa en su propia consulta, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se cuenta con un personal multidisciplinario encabezado por el servicio de trabajo social que dan pláticas y talleres a pacientes con asma, así como distintas enfermedades crónicas. (5)

Los médicos son cada vez más conscientes de la importancia de evaluar el nivel de conocimientos que poseen los pacientes sobre sus enfermedades, particularmente en el caso de patologías crónicas que requieren la activa participación del enfermo en el tratamiento. En este sentido, en los últimos años se han dirigido muchos esfuerzos hacia la formación de los niños asmáticos y sus cuidadores. El tratamiento de un paciente asmático no sólo incluye un esquema farmacológico individualizado, sino también intervenciones educativas, como explicar la naturaleza de la enfermedad, la importancia de usar el tratamiento de mantenimiento de forma constante, el uso correcto del inhalador o aprender a controlar los factores ambientales que desencadenan las crisis.

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 DEFINICION:

2.1.1 Definición de asma según GINA 2008

Asma es un desorden inflamatorio crónico de las vías aéreas, en el cual muchas de las células y elementos celulares juegan un rol. La inflamación crónica es asociada con hipersensibilidad de la vía aérea que nos da episodios recurrentes sibilancias, dificultad para respirar, chillido de pecho, y tos, particularmente en la noche o en la madrugada. Estos episodios son asociados con amplia pero variable obstrucción del flujo aéreo del pulmón que puede ser reversible con o sin tratamiento.

2.1.2 Definición de Asma según Guyton 11^a ed.

ASMA se caracteriza por la contracción espástica del musculo liso de los bronquiolos que obstruye parcialmente a los mismos y produce una gran dificultad respiratoria. (6)

El asma es una enfermedad que se caracteriza por presentar un conjunto de eventos patológicos que provocan una función crónica anormal en las vías respiratorias. Dichos eventos abarcan síntomas intermitentes como respiración difícil y ruidosa, tos, sensación de pesadez en el pecho, disnea, hiperreactividad bronquial. Los alérgenos, el ejercicio y la exposición a gripes provocan los síntomas ya mencionados; mientras que los contaminantes, las infecciones virales del tracto respiratorio e incluso las sustancias como el polen, polvo o caspa de animales son los inductores que intervienen en el desarrollo de la enfermedad.(6)

En el asma las vías respiratorias periféricas de pequeño calibre contribuyen de manera significativa a la resistencia del flujo de aire y la hipersecreción de moco empeora la situación. La estimulación de los receptores bronquiales por irritantes también participa en la evolución del asma, ocasionando tos y un reflejo bronco constrictor mediado por las vías eferentes vagales. Existe una participación de los péptidos neurotransmisores, en especial la sustancia P, que pueden liberarse en las vías respiratorias a partir de las fibras aferentes no mielinizadas e inducir la

contracción del músculo liso y la liberación de mediadores de la inflamación. La obstrucción respiratoria ocurre en todo el pulmón aunque se manifiesta de manera difusa ya que la ventilación en las unidades es poco uniforme y la coordinación de la misma con la perfusión es anormal. (6)

Convencionalmente, el asma se ha dividido en intrínseca y extrínseca. El asma extrínseca está mediada por el sistema inmune e involucra alérgenos inhalados, mientras la intrínseca se origina por mecanismos no inmunitarios. Ambas comparten las características patológicas de inflamación, hiperreactividad y obstrucción de las vías respiratorias. (6)

El primer grupo se subdivide en asma atópica (alérgica), asma de origen laboral (numerosas formas), y aspergilosis broncopulmonar alérgica. Esta última se origina por la colonización del *Aspergillus* seguida de la formación de anticuerpos IgE. El grupo del asma intrínseca se desencadena por la ingestión de ciertos fármacos como la aspirina, infecciones pulmonares de origen viral, frío, irritantes inhalados, estrés y ejercicio físico. (6)

Clasificación clínica del asma*

- Asma leve intermitente:

Menos de dos episodios de síntomas leves por semana, asintomático entre los episodios de crisis, exacerbaciones leves y de corta duración, menos de dos episodios de síntomas nocturnos por mes, no hay alteración del crecimiento de los niños. (7)

- Asma intermitente

Se caracteriza por las siguientes manifestaciones clínicas y funcionales.

Clínicas:

Tos y sibilancias de poca intensidad y corta duración

5 o menos episodios al año y de menos de un día de duración

Síntomas intermitentes (tos, sibilancias y opresión torácica) menos de una vez a la semana.

Largos períodos asintomáticos

Síntomas nocturnos poco frecuentes (menos de 2 veces/mes).

Sin consultas en servicio de urgencia

Buena tolerancia al ejercicio (7)

- Asma leve persistente:

Hasta dos episodios de síntomas por semana exacerbaciones que pueden o no interferir con la actividad física, menos de dos episodios de síntomas nocturnos por mes, no hay alteraciones del crecimiento en los niños. (7)

- Asma persistente leve.

Se caracteriza por las siguientes manifestaciones clínicas y funcionales.

Clínica

Síntomas frecuentes de tos y sibilancias (más de una vez a la semana y menos de una vez al día)

Exacerbaciones agudas más de una al mes

Síntomas nocturnos más de dos veces por mes

Consultas por exacerbaciones en servicio de urgencia

Asma por ejercicio

Ausentismo escolar (7)

- Asma moderada:

Síntomas diarios, uso diario de agonistas beta dos adrenérgicos de acción corta, limitación de la actividad cotidiana durante las exacerbaciones, más de dos exacerbaciones por semana, más de un episodio de síntomas nocturnos por semana, no hay alteración del crecimiento en los niños.(7)

- Asma persistente moderada

Se caracteriza por las siguientes manifestaciones clínicas y funcionales.

Clínica

Síntomas diarios

Exacerbaciones agudas más de una al mes

Exacerbaciones afectan actividad y el dormir

Síntomas nocturnos más de una vez por semana

Consultas por exacerbaciones en servicio de urgencia

Asma por ejercicio (7)

- Asma severa:

Síntomas continuos, actividad física y cotidiana limitada, exacerbaciones muy frecuentes, síntomas nocturnos muy frecuentes, puede haber alteración del crecimiento en los niños. (7)

- Asma persistente severa

Se caracteriza por las siguientes manifestaciones clínicas y funcionales.

Clínica

Síntomas continuos, diarios y exacerbaciones frecuentes

Síntomas nocturnos muy frecuentes.

Consultas de urgencia a repetición y hospitalizaciones

Limitación importante de la actividad física

Gran ausentismo escolar

Puede haber deformación torácica, alteración pondero-estatural y problemas psicológicos

Función pulmonar

Variabilidad diaria del FEM > 30%

Espirometría: VEF1 < 60%

* La presencia de un solo criterio alcanza para clasificar al paciente. Siempre se le debe clasificar dentro del grupo de mayor severidad.(7)

CUATRO COMPONENTES EN EL CUIDADO DEL ASMA

La meta en el cuidado del paciente asmático es lograr y mantener un adecuado control de las manifestaciones clínicas de la enfermedad por periodos prolongados. Cuando el paciente asmático está controlado, el paciente puede prevenir la mayoría de los ataques, evitar la presencia de sintomatología diurna o nocturna y lograr mantener una actividad física sin problemas. Para lograr alcanzar esta meta, deben de integrarse cuatro componentes fundamentales de la terapia (1)

Componente 1. Desarrollar una relación Médico / Paciente / Familia adecuada.

Componente 2. Identificar y reducir la exposición a factores de riesgo.

Componente 3. Abordaje, tratamiento y monitoreo del control en el paciente asmático.

Componente 4. Manejo de Exacerbaciones. (1)

Carga Social y Económica. Los factores sociales y económicos deben de integrarse para entender el asma y su manejo, ya sean vistos desde la perspectiva del individuo que la sufre, del profesional del cuidado médico, o de las organizaciones que pagan por el cuidado de la salud. El ausentismo escolar y los días perdidos del trabajo son reportados como una problemática social y económica importante del asma en estudios en India, región Asia Pacífico, Estados Unidos y Reino Unido India y Latinoamérica. (1)

2.1.3 MANEJO DEL ASMA Y PROGRAMA PREVENTIVO

2.1.3.1 Desarrollar La Relación Médico-Paciente.

El manejo eficaz del asma requiere el desarrollo de una relación entre la persona con asma y los profesionales del cuidado médico (y los padres, en el caso de niños con asma). La finalidad de esta relación es establecer un sistema de auto-manejo dirigido, es decir, proporcionar a los pacientes con asma la capacidad de controlar su enfermedad con la ayuda de profesionales encargados del cuidado de la salud. (1)

La relación se establece y se refuerza a medida de que el paciente y su médico tratante discuten y convienen las metas del tratamiento, un plan de auto-manejo escrito que incluya el auto-monitoreo, y revisen periódicamente el tratamiento y el grado de control del asma. (1)

La educación debe ser una parte integral de todas las interacciones entre los profesionales del cuidado médico y los pacientes, y es relevante para todos los pacientes con asma de todas las edades. (1)

Los planes personales de manejo del asma ayudan a las personas a realizar cambios a su tratamiento en respuesta a cambios en su nivel del control del asma incluyendo síntomas y/o pico flujo espiratorio, según pautas escritas en forma anticipada. (1)

Sin embargo, en nuestro medio no contamos con un instrumento validado que nos permita cuantificar el nivel de conocimientos de asma.

La falta de información en padres de niños con asma a sido demostrada en distintos países. Encontrando como características de mayor importancia la poca aceptación al diagnóstico de asma, dificultad en el reconocimiento de los síntomas de inicio de una crisis, alta resistencia a la terapia inhalada, subvaloración de la necesidad de la terapia de mantenimiento y de la reducción de factores ambientales favorecedores de la inflamación bronquial.

2.2 ANTECEDENTES

A nivel mundial los principales problemas de salud son las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de éstas, el Asma Bronquial (AB) ha sido considerada la más común entre adultos y niños en el mundo desarrollado, constituyendo un problema epidemiológico creciente que sobrecarga los servicios hospitalarios, ocupando un lugar importante con una mortalidad en aumento en los últimos años (8-9).

El Asma constituye la tercera causa de muerte en los países desarrollados, su incidencia se incrementa en los países en vías de desarrollo y la prevalencia ha aumentado en casi todos los países (10) independientemente del nivel de desarrollo a tal punto que se ha catalogado como la epidemia no infecciosa del siglo XXI. (11-12) Se conoce que más del 5 % de la población de las sociedades industrializadas sufren de AB.

Según la Iniciativa Global para el Asma este padecimiento afecta a 300 millones de personas en el mundo, cifra que según un estudio prospectivo puede crecer en más de los 100 millones para el año 2025. En cuanto a la mortalidad, más de 180 mil personas mueren cada año a causa de esta enfermedad. Sólo en América central y del sur 40 millones de personas tienen asma. En México la prevalencia hasta 1997 era relativamente baja, sin embargo, sólo en este año 120,000 personas fueron diagnosticadas, y se estima que arriba de 4,000 personas mueren de asma cada año en México (13)

El asma bronquial se ha incrementado en todo el mundo de un 10 a un 40% en el último congreso Mundial de Alergia e Inmunología organizado por la IAAACI y la reciente WAO (Organización Mundial de Alergia). Se presentó por el Dr. Johansson (congreso ICACI Australia), un incremento del 10 al 40% de asma en todo el mundo (14).

El asma es la enfermedad más común que se presenta en los niños de Estados Unidos de América (EUA), afectando aproximadamente a 2.7 millones.⁽¹⁵⁾ El análisis de datos de The National Health Interview Survey reveló que, entre 1981 y 1988, la prevalencia del asma informada por los padres de familia tuvo un incremento de 42% en todos los niños menores de 18 años.⁽¹⁵⁾ En la década pasada, las hospitalizaciones por asma en los Estados Unidos tuvieron un incremento de 46% entre los niños menores de cinco años de edad, y las tasas de mortalidad correspondientes tuvieron un incremento de 80% entre los niños de 5-14 años de edad.⁽¹⁶⁾

Diversos estudios en el ámbito mundial han sido realizados con la finalidad de hacer comparaciones internacionales sistemáticas sobre prevalencias de asma y otras enfermedades alérgicas. Investigaciones realizadas por el Comité del International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) en diferentes centros de 56 países han encontrado diferencias de entre 20 y 60% en las prevalencias de síntomas de asma entre los niños de 13 y 14 años de edad, y han servido como base para futuras investigaciones que permitan conocer los posibles patrones de estas enfermedades en el ámbito internacional.⁽¹⁷⁾

Estudios realizados en Finlandia, Suecia, Australia, Nueva Zelanda y Gran Bretaña, y en países de América Latina como Brasil, Puerto Rico y México han hallado que la prevalencia del asma se ha ido incrementando en la última década; algunos otros revelan que la mortalidad por asma, medida a través de las defunciones que ocurren en los pacientes hospitalizados, ha tenido un incremento, particularmente entre los niños.

Este tipo de enfermedades tiene, además, un amplio impacto sobre la actividad de los niños y adolescentes. Diferentes estudios señalan que las personas con algún tipo de padecimiento crónico tienen que permanecer, en promedio, 3.4 días en cama o faltar hasta 4.4 días a la escuela.⁽¹⁵⁾

En todo el mundo se han realizado múltiples estudios, predominantemente de tipo transversal, con la finalidad de determinar la prevalencia de estas enfermedades y observar su tendencia.

Se considera que existen más de 10 millones de personas que presentan asma en los EUA, y diversos estudios en algunas ciudades arrojan información sobre prevalencias que oscilan entre 6.4 a 10.8% en niños de 7 a 8 años de edad. ⁽¹⁸⁾ Por otro lado, desde el punto de vista epidemiológico, se ha visto una ligera diferencia con relación al sexo y a la raza: afecta en mayor proporción al sexo masculino y a los de raza negra; no existen cambios importantes en lo referente a edad infantil.

Los datos comunicados de prevalencia de asma, según estudios hechos en diferentes ciudades de México, arrojan información que va desde 2.7 hasta 21.8%, variando notablemente de una región a otra. ^(19, 20,21) La prevalencia arrojada por el único estudio realizado en este país, utilizando la metodología de ISAAC, fue de 5.7 y de 5.9% para los dos grupos de edad estudiados. ⁽²²⁾

Moyes y colaboradores, utilizando la metodología ISAAC en 1995, efectuaron un estudio con el propósito de conocer la prevalencia de síntomas respiratorios en niños, examinando la asociación con factores ambientales. ⁽²³⁾ Con el fin de explorar el comportamiento de estos padecimientos se realizó el estudio en el área metropolitana de Ciudad Juárez, Chihuahua, una de las principales ciudades fronterizas de nuestro país y uno de los municipios más importantes del estado de Chihuahua.

Al igual que en muchos otros países, en México el asma constituye un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, estimada entre 5 y 10% de la población. ⁽²⁴⁾ A pesar de ser una enfermedad muy frecuente, hay pocos estudios que describan las principales características de los pacientes asmáticos, en especial en los adultos. ⁽²⁵⁾ En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), el asma ha sido en los últimos 10 años la causa principal de demanda de atención en los servicios de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización. ⁽²⁶⁾ Esta institución recibe población abierta de todas las edades, si bien la mayor demanda es de población adulta.

3. MATERIAL Y METODOS

3.1.1 Planteamiento del problema

¿Cuáles son las características familiares y el nivel de conocimientos que tienen los padres de niños asmáticos de 5 a 10 años?

3.1.2 OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer las características generales y familiares y el control actual de niños/as asmáticos y el grado de conocimientos sobre asma bronquial de los padres de niños/as asmáticos de 5 a 10 años

Objetivos específicos

- Conocer las características generales de los niños asmáticos
- Conocer las características generales de los padres de los niños asmáticos
- Conocer las características familiares de los padres de los niños asmáticos
- Conocer la tipología familiar de los niños asmáticos
- Determinar el control actual del asma bronquial de los niños mediante la Prueba de Control del Asma™ (ACT)
- Determinar el grado de conocimiento sobre asma de los padres de niños/as asmáticos mediante el cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma
- Identificar la asociación entre el control actual del asma de los niños y sus características generales y familiares y el grado de conocimiento sobre asma.

3.1.3 METODOLOGIA

Diseño: Encuesta Observacional, Descriptiva y Prospectiva

Lugar: Unidad Médica Familiar No. 73, Instituto Mexicano del Seguro Social, Poza Rica, Veracruz

Tiempo: De Agosto del 2011 a Octubre del 2012

Población: Pacientes de 5 a 10 años adscritos a la Unidad Médica Familiar No. 73

Muestra: Se obtuvo una muestra de 73 paciente entre los grupos de edad de 5 a 10 años de edad, se convocara a sus padres los cual se realizara mediante una invitación a participar en el protocolo de estudio.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia

3.1.4 PROGRAMA DE TRABAJO

Se elaborara un consentimiento informado donde se asienten la firma original del padre o madre respectivamente de aceptación para tomarlos en cuenta en este estudio, previamente les informare de que se trata este estudio las consecuencias y la meta del mismo a la que se desea lograr.

Se tomó una base de datos preexistente de niños de 5 a 10 años de edad adscritos a UMF 73 IMSS Poza Rica Veracruz con diagnóstico de asma bronquial tomando en cuenta grupo de edad, sexo, información proporcionada por servicio de ARIMAC de la unidad, por medio de una base de datos de 8432 derechohabientes que tienen el diagnostico de asma bronquial, se tomó en cuenta únicamente el grupo de edad mencionado, se obtuvo un listado con nombre, numero de afiliación, y médico que lo atiende, posteriormente se solicitó el apoyo de cada médico para citar a los pacientes que pertenecen a su población, para que nos proporcionara información para localizarlos, algunos fueron citados por el mismo médico y algunos otros fueron contactados por vía telefónica y otros con visita a su domicilio. Ya localizados los pacientes se procede a agendar fechas de consulta para contactar a familias y solicitarle su participación.

Una vez aceptada la participación se realizara entrevista a los niños y sus padres aplicando el cuestionario para características socio demográficas, cuestionario de recolección de datos, y 3 cuestionarios de la siguiente forma, cuestionario de Iniciativa Global para el Asma (GINA), para la predicción del control de asma que consta de 5 ítems , otro Cuestionario de conocimientos acerca de asma NAKQ, que es una encuesta americana que esta validada para conocer el conocimiento de los padres sobre asma bronquial que consta, de 31 ítems, otro cuestionario para determinar la tipología familiar y el índice de pobreza familiar.

Una vez obtenidas las entrevistas, y contestados los cuestionarios se continuara a su captura en una base de datos Excel y lectura de los resultados, la cual consistirá en la observación del comportamiento de las variables entre las que se encontraban las estadísticas socio demográficas, y aquellas que mide el cuestionario GINA.

Posteriormente se identificó las características familiares y el nivel de conocimientos de los padres sobre asma que fue en escala de medición en alto, medio o bajo respectivamente.

3.1.5 CRITERIOS DE SELECCION

1. CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes de 5 a 10 años de edad
- Ambos géneros
- Padres que hayan aceptado contestar el interrogatorio
- Pacientes quien lleve control con médico familiar por asma

2. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes fuera del rango de edad
- Pacientes quienes estén cursando con algún cuadro de infección de vías respiratorias agregada.
- Pacientes que no acudan a consulta regular.

3. CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que estén a cuidado por otra persona que no sea la madre o el padre.
- Pacientes quienes cuenten con otra patología agregada.
- Padres que no contestaron completo el cuestionario o que no aceptaron participar en el estudio.

3.1.6 ETICA

Se considera como Investigación de Riesgo Mínimo en base a Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, de acuerdo al Título Segundo: Aspectos Éticos, Artículo 17 No. II. La información será confidencial y los cuestionarios tendrán un número de folio, que permite el anonimato. Se solicitará firma de consentimiento informado.

3.1.7 ANALISIS ESTADISTICO

Los datos se capturaron en la Hoja de Cálculo de Excel y posteriormente se importaron en el software estadístico STATISTICA Versión 7.0 para su procesamiento estadístico (Milton y Toscos, 2001), como se describe a continuación:

- Frecuencias y porcentajes para conocer las características generales y familiares de los niños asmáticos y de sus padres, y el grado de conocimiento por ítem del cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma.
- Gráficos de pastel para ilustrar el control actual del asma bronquial de los niños mediante la Prueba de Control del Asma™ (ACT).
- Gráficos de barras para ilustrar el grado de conocimiento sobre asma mediante el cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma.
- Tablas de contingencia aplicando la prueba Chi-cuadrada para identificar la asociación entre el control actual del asma y las características generales y familiares de los niños con asma.
- Prueba t para muestras independientes para comparar el grado de conocimiento sobre asma mediante el cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma por control actual del asma bronquial de los niños mediante la Prueba de Control del Asma™ (ACT)

4. Resultados

La Tabla 1 despliega que aproximadamente la mitad de los niños son del turno matutino y la otra mitad del vespertino; 61.64% son niños (45) y 38.36% son niñas (28); con edad promedio de 7.84 ± 0.13 puntos (Error estándar), con una edad mínima de 6 años y máxima de 10 años. El 36.99% tienen edad de 7 años, 31.51% 9 años, 17.81% 8 años, 9.59% 7 años y 4.11% 10 años.

Tabla 1. Características generales de los niños asmáticos

Características generales	Frecuencia	Porcentaje
Turno		
Matutino	36	49.32
Vespertino	37	50.68
Sexo		
Femenino	28	38.36
Masculino	45	61.64
Edad		
6	7	9.59
7	27	36.99
8	13	17.81
9	23	31.51
10	3	4.11

Fuente Directa: Vega, 2013

La Tabla 2 despliega que respecto a la ocupación del padre destaca obrero con 32.88%, seguido de empleado con 20.55%; y ocupación de la madre ama de casa con 34.25% seguido de empleada con 26.03%. Sobre la escolaridad del padre destaca bachiller con 49.32% seguido de licenciatura 24.66%; y escolaridad de la madre secundaria con 52.05% seguido de bachiller con 26.03%.

Tabla 2. Características generales de los padres de los niños asmáticos

Características generales	Frecuencia	Porcentaje	Características generales	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación del padre			Ocupación de la madre		
Obrero	24	32.88	Ama de casa	25	34.25
Empleado	15	20.55	Enfermera	2	2.74
Médico	3	4.11	Secretaria	8	10.96
Ingeniero	5	6.85	Maestra	7	9.59
Maestro	5	6.85	Empleada	19	26.03
Chofer	7	9.59	Comerciante	3	4.11
Velador	4	5.48	Empleado	1	1.37
Comerciante	3	4.11	Asistente	4	5.48
Intendente	1	1.37	Cocinera	1	1.37
Enfermero	2	2.74	Gerente	1	1.37
Licenciado	1	1.37	Educadora	1	1.37
Abogado	1	1.37	Intendente	1	1.37
Veterinario	1	1.37			
Pintor	1	1.37			
Escolaridad del padre			Escolaridad de la madre		
Primaria	4	5.48	Primaria	5	6.85
Secundaria	15	20.55	Secundaria	38	52.05
Bachiller	36	49.32	Bachiller	19	26.03
Licenciatura	18	24.66	Licenciatura	11	15.07

Fuente Directa: Vega, 2013

La Tabla 3 despliega que el 78.08% tienen entre 1 y 2 hijos; en 75.34% de los padres de los niños asmáticos, dependen 2 hijos de ellos; 97.26% tienen un hijo con asma; 26.03% respondió que alguien más de su familia padece asma; 56.16% ocupa el segundo lugar el hijo con asma, seguido de 32.88% que ocupa el primer lugar el hijo con asma; 54.79% tiene 2 años con el asma, seguido de 35.62% con 3 años o más; 49.32% ha tenido hospitalizaciones en el último año; en 94.52% de los de los niños asmáticos los responsables son ambos (padre y madre); 49.32% respondió que sí ha tenido que abandonar su trabajo para cuidar a su hijo; y sólo el 12.33% su hijo acude a guardería.

Tabla 3. Características familiares de los padres de los niños asmáticos

Características generales	Frecuencia	Porcentaje	Características generales	Frecuencia	Porcentaje
Número de hijos			Número de hijos que dependen		
1 a 2	57	78.08	3 ó más	14	19.18
3 a 4	16	21.92	2 Hijos	55	75.34
			1 hijo	4	5.48
Hijos con asma			Alguien más padece asma		
2 Hijos	2	2.74	Si	19	26.03
1 Hijo	71	97.26	No	54	73.97
Lugar que ocupa el hijo con asma			Tiempo con asma		
Primer hijo	24	32.88	1 Año	6	8.22
Segundo hijo	41	56.16	2 Años	40	54.79
Tercer hijo o más	8	10.96	3 Años ó más	26	35.62
			6 Meses o menos	1	1.37
Ha tenido hospitalizaciones			Responsable del hijo con asma		
Si	36	49.32	Madre	4	5.48
No	37	50.68	Ambos	69	94.52
Ha tenido que abandonar su trabajo			Acude a guardería		
Si	36	49.32	Si	9	12.33
No	37	50.68	No	64	87.67

Fuente Directa: Vega, 2013

La Tabla 4 despliega que 41.10% de los niños asmáticos pertenecen a una familia con parentesco nuclear simple, 16.44% a una familia monoparental extendida sin parentesco, 100% a una familia de núcleo integrado en base a presencia física, 72.60% a una familia de servicio en base a su subsistencia.

Tabla 4. Tipología familiar de los niños asmáticos

Características generales	Frecuencia	Porcentaje
Con parentesco		
Nuclear simple	30	41.10
Nuclear numerosa	1	1.37
Reconstituida	16	21.92
Monoparental extendida	14	19.18
Monoparental extendida compuesta	12	16.44
Sin parentesco		
Otro	61	83.56
Monoparental extendida Sin Parentesco	12	16.44
Presencia física		
Núcleo integrado	73	100.00
Subsistencia		
Agrícola y pecuaria	3	4.11
Industrial	14	19.18
Comercial	3	4.11
De servicio	53	72.60

Fuente Directa: Vega, 2013

El 73.97% presenta pobreza familiar baja (Tabla 5).

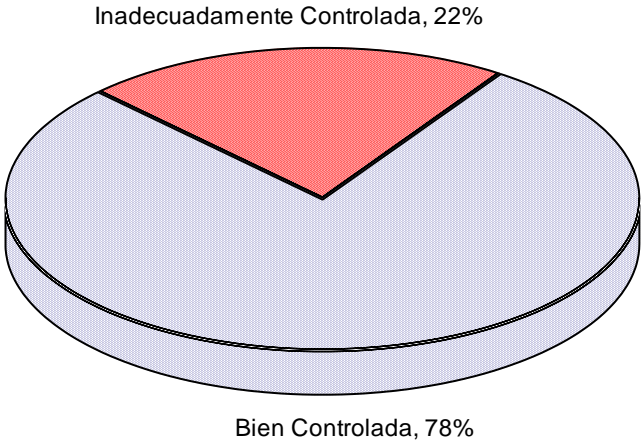
Tabla 5. Índice de Pobreza Familiar de los padres de niños/as asmáticos

Características generales	Frecuencia	Porcentaje
Sin evidencia de pobreza familiar	17	23.29
Pobreza Familiar Baja	54	73.97
Pobreza Familiar Alta	2	2.74

Fuente Directa: Vega, 2013

La Figura 1 ilustra que el 78% de los niños en el estudio, presentaron Asma Bien Controlada mediante la Prueba de Control del Asma™ (ACT), y 22% Asma Inadecuadamente Controlada.

Figura 1. Control actual del asma bronquial de los niños mediante la Prueba de Control del Asma™ (ACT)

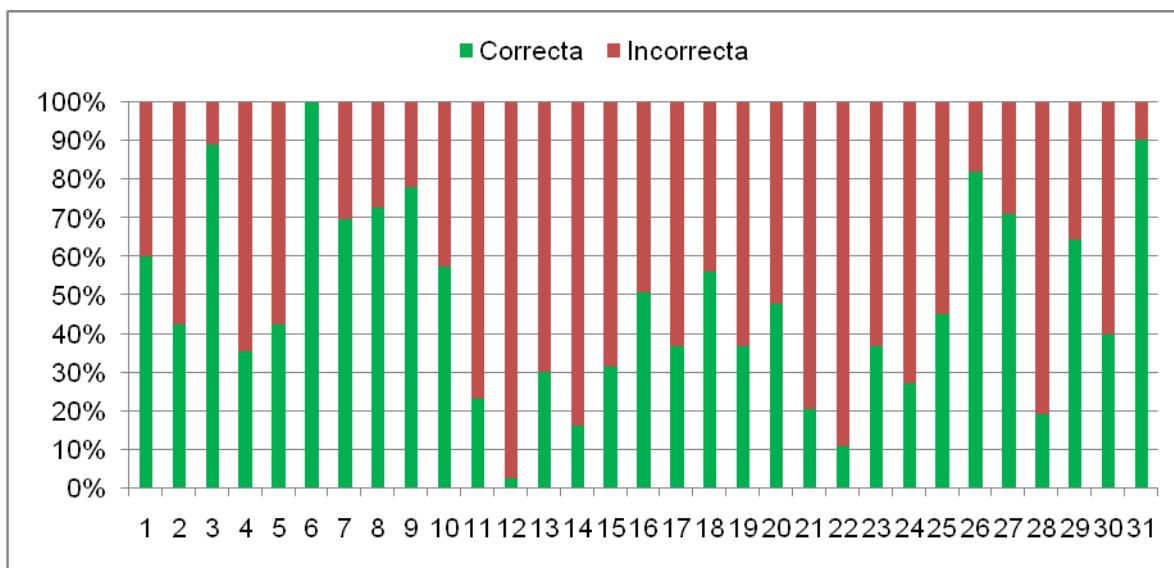


Fuente Directa: Vega, 2013

La puntuación promedio del cuestionario fue de 35.06 ± 3.28 puntos (Error estándar), con un mínimo de 2 puntos y un máximo de 73 puntos, obtenidos mediante el cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma.

La Figura 2 ilustra el porcentaje de fallos y respuestas correctas en el cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma.

Figura 2. Porcentaje de aciertos y fallos en cada uno de los 31 ítems del cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma



Fuente Directa: Vega, 2013

La Tabla 6 despliega el porcentaje de aciertos de cada uno de los 31 ítems que componen el NAKQ. De estos resultados es posible mencionar lo siguiente:

Conocimientos generales sobre el asma (preguntas 1, 2, 3, 25, 26, 28 y 29)

El 60.27% de los encuestados es capaz de enumerar los tres síntomas principales en una crisis asmática. Menos de la mitad, el 42.47% conoce cuál es la prevalencia del asma en la infancia.

El 89.04% sabe que los niños con asma tienen las vías respiratorias pulmonares anormalmente sensibles. Menos de la mitad, 45.21% conoce que la natación es el único deporte adecuado para los asmáticos.

Un porcentaje alto de los encuestados, 82.19% tiene claro que ser fumadores puede empeorar el asma de sus hijos.

Sólo el 19.18% de los padres cree que la mejor manera de medir la gravedad del asma de un niño es que el médico le ausculte el pecho. El 64.38% sabe que el asma normalmente es más problemática durante la noche que durante el día.

Crisis aguda: reconocimiento, desencadenantes y manejo (preguntas 6, 7, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 21, 22 y 23)

Respecto a la crisis aguda de asma, el 100% es capaz de identificar los tres desencadenantes principales de una crisis (resfriados, alergias y ejercicio).

El 69.86% sabe que los pitos se deben a la contracción muscular de las vías aéreas pulmonares o bien que pueden deberse a la inflamación del revestimiento de las vías aéreas, como afirma el 72.60% de los encuestados.

En relación a su manejo, cabe mencionar que sólo el 23.29% contestó correctamente sobre los fármacos que se usan en una crisis aguda y solo 36.99% conoce formas de prevenir un ataque en el caso del asma de esfuerzo.

El 31.51% respondió correctamente que si una persona muere de una crisis asmática, esto normalmente quiere decir que la crisis final debió de haber comenzado tan rápidamente que no hubo tiempo para empezar ningún tratamiento. Más de la mitad, 56.16% sabe que los medicamentos inhalados tienen menos efectos secundarios que los orales, 36.99% conoce que los ciclos cortos de corticoides no tienen efectos secundarios importantes y el 47.95% afirma que el Ventolín® no daña el corazón.

La pregunta en la cual se plantea que una crisis aguda de asma que no mejora y se piden razones de ellos ha obtenido porcentaje de acierto muy bajo, 20.55%; y sólo el 10.96% respondió que es correcto continuar con el tratamiento cada 2 horas, si el niño después de 2 horas respira con dificultad pero no empeora.

Tratamiento de mantenimiento (preguntas 10, 12, 14, 19, 27 y 31)

Respecto al tratamiento de mantenimiento del asma, sólo el 2.74% sabe que los antibióticos no son una parte importante del tratamiento y un 16.44% tiene claro que las vacunas para la alergia no curan el asma.

En las preguntas referentes a tratamientos, el 57.53% indicaron dos tratamientos de mantenimiento para el asma. El 36.99% conoce que los ciclos cortos no tienen efectos secundarios importantes. El 71.23% de los padres sabe que con el tratamiento adecuado un niño asmático puede llevar una vida normal sin restricciones en sus actividades. El 90%.41% afirma que los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar tratamiento preventivo.

Falsos mitos (4, 5, 9, 13, 16, 17, 24 y 30)

En relación a mitos o creencias en torno al asma, el 42.47% de los encuestados sabe que los niños con asma sufren un aumento de mucosidad cuando beben leche de vaca y, por tanto, el 30.14% tiene claro que pueden tomarla.

El 50.68% sabe que los asmáticos normalmente no tienen problemas de nervios, el 39.73% que no padecen un enlentecimiento de su crecimiento y un 27.40% niega que los niños asmáticos se hagan adictos a sus medicinas.

Sólo el 36.99% sabe que la etiología del asma no es infecciosa, y por consiguiente sólo el 35.62% sabe que el hecho de que un niño con asma en la familia no significa que todos sus hermanos y hermanas la padezcan. El 78.08% de los encuestados sabe que el asma no daña el corazón.

Tabla 6. Porcentaje de aciertos de cada uno de los 31 ítems del cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
1. ¿Cuáles son los tres síntomas principales del asma?	44	60.27
2. Uno de cada diez niños tendrán asma en algún momento durante su infancia	31	42.47
3. Los niños con asma tienen las vías respiratorias pulmonares anormalmente sensibles	65	89.04
4. Si un niño en una familia tiene asma, entonces casi seguro que todos sus hermanos y hermanas la padecerán también	26	35.62
5. La mayoría de los niños con asma sufren un aumento de mucosidad cuando beben leche de vaca	31	42.47
6. Anote todas las cosas que sabe que precipitan una crisis asmática (a veces llamados factores desencadenantes)	73	100.00
7. Durante una crisis asmática, los pitos pueden deberse a la contracción muscular de la pared de las vías respiratorias pulmonares	51	69.86
8. Durante una crisis asmática, los pitos pueden deberse a la inflamación del revestimiento de las vías respiratorias pulmonares	53	72.60
9. El asma daña el corazón	57	78.08
10. Anote dos tratamientos (medicinas) para el asma que se toman regularmente todos los días para evitar que se produzcan ataques de asma	42	57.53
11. ¿Qué tres tratamientos (medicinas) para el asma son útiles durante Una crisis asmática?	17	23.29
12. Los antibióticos son una parte importante del tratamiento para la mayoría de los niños con asma	2	2.74
13. La mayoría de los niños con asma no debería consumir productos lácteo	22	30.14
14. Las vacunas para la alergia curan el asma	12	16.44
15. Si una persona muere de una crisis asmática, esto normalmente quiere decir que la crisis final debió de haber comenzado tan rápidamente que no hubo tiempo para empezar ningún tratamiento	23	31.51
16. Las personas con asma normalmente tienen «problemas de nervios»	37	50.68
17. El asma es infeccioso (es decir, te lo puede contagiar otra persona)	27	36.99
18. Los medicamentos inhalados para el asma (p. ej., el inhalador Ventolín®, Terbasmin) tienen menos efectos secundarios que las pastillas/jarabes	41	56.16
19. Los ciclos cortos de corticoides orales (como estilsona, dacortin, prednisona) habitualmente causan efectos secundarios importantes	27	36.99
20. Algunos tratamientos para el asma (como el Ventolín®) dañan el corazón	35	47.95
21. Un niño de 5 años sufre un ataque de asma y toma dos inhalaciones de Ventolín® inhalador (inhalador dosificador). Después de 5 min no mejora. Da algunas razones para explicar por qué puede haber pasado esto	15	20.55

Fuente Directa: Vega, 2013

Continúa... Tabla 6. Porcentaje de aciertos de cada uno de los 31 ítems del cuestionario Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire de conocimientos sobre asma.

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
22. Durante una crisis asmática tratada en casa, su hijo necesita el inhalador con cámara (o mascarilla) cada 2 horas. Está mejorando, pero después de 2 horas respira con dificultad. Teniendo en cuenta que el niño no empeora, es correcto continuar con el tratamiento cada 2 horas.	8	10.96
23. Anote formas de ayudar a prevenir ataques de asma mientras se realiza ejercicio.	27	36.99
24. Los niños con asma se hacen adictos a sus medicinas para esta enfermedad	20	27.40
25. La natación es el único deporte adecuado para los asmáticos	33	45.21
26. El hecho de que los padres fumen puede empeorar el asma de su hijo	60	82.19
27. Con el tratamiento adecuado, la mayoría de los niños con asma debería llevar una vida normal sin restricciones en sus actividades	52	71.23
28. La mejor manera de medir la gravedad del asma de un niño es que el médico le ausculte el pecho	14	19.18
29. El asma es normalmente más problemática durante la noche que durante el día	47	64.38
30. La mayoría de los niños con asma padece un enlentecimiento de su crecimiento	29	39.73
31. Los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar medicinas preventivas	66	90.41

Fuente Directa: Vega, 2013

Asociación entre el control actual del asma y las características generales de los niños con asma bronquial

Respecto a la asociación entre el control actual del asma bronquial de los niños y sus características generales y familiares, en la Tabla 7 se despliegan las asociaciones (valor $p < 0.05$) siguientes:

El 100% de niños (57) que presentan asma bien controlada pertenecen a padres entrevistados con un hijo que padece asma; y los niños con asma inadecuadamente controlada (2) pertenecen a padres que tienen dos hijos que padecen asma.

El 64.91% de niños que presenta asma bien controlada son quienes tienen 2 años con el padecimiento, seguido del 29.82% que presenta asma bien controlada y corresponde a los niños que tienen 3 años o más con el padecimiento.

El 87.50% de los niños que presenta asma inadecuadamente controlada son quienes han tenido hospitalizaciones durante el último año; y el 61.40% que presentan asma bien controlada son quienes no han tenido hospitalizaciones durante el último año.

El 68.75% de los niños que presentan asma inadecuadamente controlada son quienes no van a guardería, así también se observa mayor porcentaje en los niños con asma bien controlada y que no van a guardería.

Tabla 7. Comparación del control actual del asma por características generales y familiares de los niños/as con asma bronquial

¿Cuántos hijos tiene con asma?	Inadecuadamente Controlada	Bien Controlada	Total	Valor p
2 Hijos	2 12.50%	0 0.00%	2	p=0.007
1 Hijo	14 87.50%	57 100.00%	71	
Total	16	57	73	
¿Cuánto tiempo tiene con el padecimiento?				
1 Año	3 18.75%	3 5.26%	6	p=0.003
2 Años	3 18.75%	37 64.91%	40	
3 Años ó más	9 56.25%	17 29.82%	26	
6 Meses o menos	1 6.25%	0 0.00%	1	
Total	16	57	73	
¿Ha tenido hospitalizaciones su hijo o hija durante el último año?				
Si	14 87.50%	22 38.60%	36	p=0.0001
No	2 12.50%	35 61.40%	37	
Total	16	57	73	
¿Su hijo acude a guardería?				
Si	5 31.25%	4 7.02%	9	p=0.009
No	11 68.75%	53 92.98%	64	
	16	57	73	

Fuente Directa: Vega, 2013

La Tabla 8 ilustra que el grado de conocimiento promedio de los padres sobre el asma bronquial no difiere por control actual del asma ($p > .05$).

Tabla 8. Comparación del grado de conocimiento de los padres sobre el asma bronquial por control actual del asma

Estadísticas descriptivas	Inadecuadamente Controlada	Bien Controlada	Valor p
Promedio	15.63	14.68	$p=0.359271$
Desviación estándar	2.16	3.90	
Número de niños	16	57	

Fuente Directa: Vega, 2013

5.- CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestro estudio encontramos, que hay características similares entre familias de niños con asma, desde el nivel escolar, ocupación, nivel económico de los padres, observándose una discreta diferencia entre los resultados de cada variable por lo que concluimos que no hay característica única en cuanto a la familia que intervenga en el desarrollo del asma en los niños. En cuanto al nivel de la ocupación de los padres destaca que la mayoría de los padres encuestados son obreros y las madres amas de casa, así como la escolaridad promedio de padres es bachillerato, y de la madre secundaria.

La dependencia de los hijos en más del 70% corresponde a 2 hijos por familia, un 26% admite tener otro familiar con asma, así como menor de la mitad tuvieron hospitalización en el último año, por complicación de asma.

En base a la tipología familiar destaca una familia de tipo nuclear simple integrada por padre, madre y 1 a 3 hijos, y en base a la integración el 100% muestra un núcleo integrado.

De acuerdo al índice de pobreza familiar destaco que la pobreza familiar corresponde a pobreza familiar baja, que incluye familias que tienen solo para necesidades básicas y actividades recreativas.

En cuanto al nivel de conocimientos los padres tienen noción de la enfermedad aunque no bien establecida, y la mayoría conoce el manejo, complicaciones, factores que lo desencadenan, y modo de prevención.

Lo cual de acuerdo a nuestro planteamiento del problema podemos responder que en cuanto a características familiares no hay un patrón específico encontrado en todas las familias encuestadas, son familias sin una característica específica, pero algunas similares entre ellas, de todos los niveles de económicos; En cuanto a nivel de conocimientos podemos definir se encuentra un nivel de conocimiento básico, medio o avanzado, a todos los padres encuestados se les puede clasificar en conocimiento básico sobre la enfermedad de sus hijos.

6.- DISCUSION

Existen varios estudios en España que utilizan el cuestionario NAKQ traducido y adaptado al español por el profesor Praena . Para evaluar los conocimientos sobre distintos aspectos del asma en padres y profesores. En nuestro estudio utilizamos este mismo cuestionario traducido al español en padres/madres de niños asmáticos. La puntuación promedio del cuestionario fue de 35.06 ± 3.28 puntos (Error estándar), con un mínimo de 2 puntos y un máximo de 73 puntos.

Algunos estudios en otros países, utilizando el mismo cuestionario en adolescentes asmáticos y en profesores, obtuvieron también puntuaciones menores a las obtenidas. En el estudio original de validación del cuestionario, realizado en el año 1990 por Fitzclarence y Henry, se reclutaron dos grupos de encuestados con alto y bajo conocimiento en asma, cuyas puntuaciones medias en el cuestionario fueron de 25 y 13 puntos, respectivamente.

En comparación con el estudio que se realizó para la validación de la traducción a nuestro idioma del cuestionario, en una población de padres con altos conocimientos sobre la enfermedad (padres de niños con asma que se habían beneficiado de una intervención educativa), frente a padres con bajos conocimientos de la enfermedad (padres sin relación con la enfermedad ni con sus tratamientos), la puntuación que obtuvieron fue de 23 y 16,8, respectivamente. Por consiguiente, los resultados obtenidos por los padres de nuestro estudio se encuentran en un nivel intermedio respecto a los padres con alto y bajo conocimiento de los estudios de Praena y Fitzclarence.

Un estudio realizado en Malasia en el año 2002 muestra resultados de puntuación del cuestionario NAKQ en padres de niños asmáticos que ingresaban en el hospital por una agudización. Esta muestra de padres obtuvo una puntuación más baja (15,5 puntos) que los de nuestro estudio. También en el estudio de Henry los padres obtuvieron puntuaciones menores.

En el reciente estudio de García Luzardo, realizado a padres de niños asmáticos con una crisis aguda en un Servicio de Urgencias, la puntuación media obtenida del cuestionario NAKQ fue de 16,14, un valor inferior en comparación con nuestros resultados.

Por tanto, en relación con otros estudios realizados en padres de niños asmáticos, nuestra muestra de padres tiene un mayor conocimiento, reflejado en unas puntuaciones mayores en el cuestionario. Aun así, en algunos aspectos su nivel de conocimiento acerca del asma es escaso y francamente mejorable.

7.- RECOMENDACIONES

- 1.- Curso taller sobre fisiopatología de la enfermedad, clínica y reconocimiento de una crisis de asma, a todos los padres de los niños con asma en control actual, así como los de nuevo ingreso.
- 2.- Adiestramiento tipo práctico sobre la aplicación del medicamento inhalado para uso como de rescate en una crisis asmática.
- 3.- Pedir como requisito para surtimiento del medicamento la constancia del curso.

8. REFERENCIAS

1. O'Byrne P, M.D., Canadá, Chair W.C, Bateman E. D., M. D. África del sur. Bousquet J., M.D., Ph. D., Francia GLOBAL INITIATIVE FORASTHMA (GINA) MANUAL DE BOLSILLO. Asamblea de GINA cuenta con miembros de 45, 2006;(2,10).
2. Dr. Huerta L.J.ASMA INFANTIL, Guías para su diagnóstico y Tratamiento. Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica (COMAAIPE) Vol. 10, Núm. 3 • Mayo-Junio 2001,pp 72-76
3. Dra. Suárez L,* Dr. Huerta JG*, Dr. Del Olmo T. Factores psicológicos que contribuyen al asma en niños y adolescentes asmáticos y sus padres Revista Alergia México *2005; 52(4):161-70
4. Alvarado MM. Impacto familiar del asma bronquial infantil2002; 4(39-40).
- 5.- Olmedo M. El papel del médico de familia en el control del asma Recibido el 20-01-2000; aceptado para publicación 10-4-2000.Medicina de Familia (And) 2000; 1: 59-67
- 6.- Herrera A. in FÁRMate, año 2, número 11, (3-4) Enero-Febrero 2007
- 7.- Calvo M. NEUMOLOGIA PEDIATRICA ISSN 0718-3321. Disponible en <http://www.neumologia-pediatrica>.
8. Hernández C.F, Rodríguez S. Z, Penichet A.S y Velázquez E.M .Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana, La Habana: editorial Ciencias Médicas, 1992. ISSN 1561-3038
- 9.Abdo R.A, Cué B. M, Álvarez C M, Rev. Cubana Med Gen Integr 2007; 23(3)

10. Lang D, Sherman M, Polansky M. Guidelines and realities of asthma management. *ArchInternMed* 1997; 157:1193-1200.
11. Negrín Villavicencio JA. Asma bronquial: aspectos básicos para un tratamiento integral según la etapa clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
12. Varona P. P. Asma bronquial: "certificado de larga vida" [editorial]. RESUMED [serie en Internet] 1999 [citado 6 feb 2007]; 12(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_4_99/res01499.htm
13. Dr. Huerta J.G, revista de alergia, asma e inmunología pediátricas. (Vol. 13, Núm. 3 • Septiembre-Diciembre 2004).pp94-98.
14. Dr. Huerta J.G, revista de asma, inmunología y alergia de México (Vol. 10, Núm. 3 • Mayo-Junio 2001) pp72-76.
15. Taylor WR, Newacheck PW. Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de CD. Juárez. Impact of childhood asthma on health. *Pediatrics* 1992; 90:657-662.
16. Yunginger JW, Reed CE, O'Connell EJ, Et. al .Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de CD. Juarez. A community-based study of the epidemiology of asthma. I. Incidencerates, 1964-83. *Am RevRespirDis* 1992; 146:888-894.
- 17.LancetI. Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de CD. Juarez. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjuntivitis, and atopic eczema.1998 Apr 25;351(9111):1225-1232.

18. Ehrlich RI, Toit DD, Jordan E, Et al. Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de CD. Juárez. M. Prevalence and reliability of asthma symptoms in primary school children in Cape Town. *Int JEpidemiol* 1995; 24:1138-1146
19. Bernhisel BJY. Sampson HA prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de CD. Juárez. Hipersensibilidad a los alimentos y dermatitis atópica. En: Fireman P, ed. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica* 1988. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana, 1989:1209-1226´
20. Pedroza A, Velázquez R, Huerta J, Et al. Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de CD. Juárez .nFrequency of asthma.Study in Mexican children.Proceedings of the XIV International Congress of Allergology and Clinical Immunology; 1991 Oct 13-18; Kioto, Japón.
21. Vargas MH, Sienna JJ, Díaz-Mejía GS, Et al. Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de CD. Juárez. Aspectos epidemiológicos del asma infantil en México. *GacMedMex* 1994; 132:255-265.
22. Tatto MI, Sanín LH, González V, Et al. Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de CD. Juárez. Prevalencia del asma, rinitis y eczema en niños escolares de Cuernavaca, Morelos. *Salud Publica Mex* 1997; 39(6):497-506.
23. Moyes CD, Waldon J, Romadas D, Crane J, Pearce N. Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de CD. Juárez. Respiratory symptoms and environmental factors in school children in the Bay of Plenty. *NZ. Med J* 1995; 8 (108):358-361.
24. Vargas MH, Sienna-Monge JJ, Salas J. Características de pacientes asmáticos mexicanos atendidos en consulta externa. Diagnóstico y tratamiento del asma. *RevInstNacEnfResp (Méx)* 1994; 7: 53-66.

25. Bender BG, Ellison MC, Gleason M, Et al. Características de pacientes asmáticos mexicanos atendidos en consulta externa Minimizing attrition in a long-term clinical trial of pediatric asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003; 91: 168–76.

26. Fernández, Vega, M. Características de pacientes asmáticos mexicanos atendidos en consulta externa Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Informe de labores (1994–2003). México. *Rev. invest.clin.* [online]. 2005, vol.57, n.4, pp. 513-521. ISSN 0034-8376

27. Gonzalez D.S, Arias C.A, Sedo M.G, Et al. *Revista Alergia México Volumen 57, Núm. 2, marzo-abril, 2010.* pp46-49.

28. Test del Control del Asma (ACT): <http://www.asthmacontrol.com> Cuestionario Control de la Asma (ACQ): <http://www.qoltech.co.uk/Asthma1.htm>

1.-StatSoft, Inc. (2004). STATISTICA (data analysis software system), version 7. www.statsoft.com

2.- Milton, J. S. y Toscos, J. O. (2001). Estadística para biología y ciencias de la salud. Interamericana McGraw- Hill Madrid.

Anexo 2. Prueba de Control del Asma TM

La siguiente prueba puede ayudar a las personas con asma a evaluar su control del asma. Por favor, encierre en un círculo la calificación adecuada para cada pregunta. Son CINCO preguntas en total. Por favor, responda las preguntas con toda la sinceridad posible. (ANEXO 2)

1a. Durante las últimas **4 semanas**, ¿qué tan frecuentemente le impidió el **asma** llevar a cabo todas sus actividades en el trabajo, la escuela o el hogar?

1) Siempre 2) Casi siempre 3) A veces 4) Pocas veces 5) Nunca

2b. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha sentido que le faltaba el aire?

1) Más de una vez al día 2) una vez al día 3) De 3 a 6 veces por semana 4) 1 ó 2 por semana 5) Nunca

3c. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia lo despertaron por la noche o más temprano de lo habitual por la mañana los síntomas de **asma** (sibilancias [silbido al respirar], tos, falta de aire, opresión o dolor en el pecho)?

1) 4 noches o más por semana 2) De 2 a 3 noches por semana 3) Una vez por semana 4) Una o dos veces por semana 5) Nunca

4d. Durante las últimas **4 semanas**, ¿con qué frecuencia ha utilizado su inhalador de rescate (por ejemplo, salbutamol)?

1) 3 veces o más al día 2) 1 ó 2 veces al día 3) 2 ó 3 veces por semana 4) Una vez por semana o menos 5) Nunca

5e. ¿Cómo calificaría el control de su **asma** durante las últimas **4 semanas**?

1) Nada Controlada 2) Mal controlada 3) Algo controlada 4) Bien controlada 5) Totalmente controlada

ACT en la predicción del control del asma definido por GINA
PRIMARY CARE RESPIRATORY JOURNAL.

Anexo 3. Versión validada en español del Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire (NAKQ), Valoración de conocimientos sobre asma.

<i>Pregunta</i>	<i>Respuesta</i>
1. ¿Cuáles son los tres síntomas principales del asma?	1) Pitos, 2)tos, 3)ahogos
2. Uno de cada 10 niños tendrá asma en algún momento durante su infancia	1) Verdadera 2) falso
3. Los niños con asma tienen las vías respiratorias pulmonares anormalmente Sensibles	1) verdadero 2) falso
4. Si un niño en una familia tiene asma, casi seguro que todos sus hermanos y hermanas la padecerán también	1) verdadero 2)falso
5. La mayoría de los niños con asma sufre un aumento de la mucosidad cuando beben leche de vaca	1)verdadero 2) falso
6. Anote todas las cosas que sabe que precipitan una crisis asmática (a veces llamadas factores desencadenantes)	1)Alergias 2) resfriados 3) ejercicio
7. Durante una crisis asmática, los pitos pueden deberse a la contracción muscular de la pared de las vías respiratorias pulmonares	1) verdadero 2) falso
8. Durante una crisis asmática, los pitos pueden deberse a la inflamación del revestimiento de las vías respiratorias pulmonares	1) verdadero 2) falso
9. El asma daña el corazón Falsa 38,3	
10. Anote dos tratamientos (medicinas) para el asma que se toman regularmente todos los días para evitar que se produzcan ataques de asma cromonas,montelukast, corticoides + ®2 largos	A)Dos de: corticoides inhalados,
11. ¿Qué tres tratamientos (medicinas) para el asma son útiles durante una crisis asmática? ipratropio, corticoides orales, oxígeno	A) Dos de: ®2 cortos, bromuro de
12. Los antibióticos son una parte importante del tratamiento para la mayoría de los niños con asma	1) verdadero 2)Falsa
13. La mayoría de los niños con asma no debería consumir productos lácteos	1) verdadero 2) Falsa
14. Las vacunas para la alergia curan el asma	1) verdadero 2)Falsa
15. Si una persona muere de una crisis asmática, esto normalmente quiere decir que la crisis final debió de haber comenzado tan rápidamente que no hubo tiempo para empezar ningún tratamiento	1) verdadero 2) falso
16. Las personas con asma normalmente tienen «problemas de nervios»	1) verdadero 2) Falsa
26. El hecho de que los padres fumen puede empeorar el asma de su hijo	1) Verdadera 2) falso
17. El asma es infeccioso (es decir, te lo puede contagiar otra persona)	1) verdadero 2) Falsa
18. Los medicamentos inhalados para el asma (p. ej., el inhalador Ventolín®, Terbasmin) tienen menos efectos secundarios que las pastillas/jarabes	1) Verdadera 2) falso
19. Los ciclos cortos de corticoides orales (como estilsona, dacortin, prednisona) habitualmente causan efectos secundarios importantes	1)verdadero 2)falso
20. Algunos tratamientos para el asma (como el Ventolín®) dañan el corazón	1)verdadero 2)Falsa
21. Un niño de 5 años sufre un ataque de asma y toma dos inhalaciones de Ventolín® inhalador (inhalador dosificador). Después de 5 min no mejora. Da algunas razones para explicar por qué puede haber pasado esto vacío, mala técnica, dosis insuficiente	A) Dos de: medicamento caducado,
22. Durante una crisis asmática tratada en casa, su hijo necesita el inhalador con cámara (o mascarilla) cada 2 horas. Está mejorando, pero después de 2 horas respira con dificultad. Teniendo en cuenta que el niño no empeora, es correcto continuar con el tratamiento cada 2 horas.	1)verdadero 2)Falsa
23. Anote formas de ayudar a prevenir ataques de asma mientras se realiza ejercicio cromonas antes del ejercicio, mejorar el control del asma, respirar por la nariz, ambiente húmedo y cálido.	A)Dos de: calentamiento, ®2 cortos o
24. Los niños con asma se hacen adictos a sus medicinas para esta enfermedad	1)verdadero 2) Falsa

25. La natación es el único deporte adecuado para los asmáticos 1)verdadero 2)Falsa
26. El hecho de que los padres fumen puede empeorar el asma de su hijo 1)Verdadera 2)falso
27. Con el tratamiento adecuado, la mayoría de los niños con asma debería llevar una vida normal sin restricciones en sus actividades 1)Verdadera 2)falso
28. La mejor manera de medir la gravedad del asma de un niño es que el médico le ausculte el pecho 1)verdadero 2)Falsa
29. El asma es normalmente más problemática durante la noche que durante el día 1) Verdadera 2)falso
30. La mayoría de los niños con asma padece un enlentecimiento de su crecimiento 1)verdadero 2) Falsa
31. Los niños con síntomas frecuentes de asma deberían tomar medicinas preventivas 1)verdadero 2)falso

Anexo 4. Tipología familiar (cuestionario que sirve para determinar las características familiares de los pacientes encuestados) que se medirá: de acuerdo al parentesco, sin parentesco, con base a la presencia física.

- CON PARENTESCO Nuclear 1 Nuclear simple 2 Nuclear numerosa 3 Reconstruida (Binuclear) 4
 Monoparental 5 Monoparental extendida 6 Monoparental extendida compuesta 7 Extensa 8
 Extensa compuesta 9 No parental 10
 SIN PARENTESCO Monoparental extendida sin parentesco 11 Grupo similares a familias 12
- CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA Núcleo integrado 1 Núcleo no integrado 2
 Extensa ascendente 3 Extensa descendente 4 Extensa Colateral 5

TIPOLOGIA FAMILIAR

Con Parentesco	Características
Nuclear	H y M sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear Numerosa	Padre y Madre con 4 hijos o más
Reconstruida	Padre y Madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos en su unión anterior
Monoparental	Padre o Madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o Madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o Madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y Madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y Madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres
Sin Parentesco	Características
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o Madre con hijos, más otras personas sin parentesco
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares
Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales

***CON BASE AL PARENTESCO**

Con parentesco

1) Nuclear, 2) nuclear simple, 3) nuclear numerosa, 4) reconstruida, 5) monoparental, 6) monoparental extendida, 7) monoparental extendida compuesta, 8) extensa.

9) extensa compuesta, 10) no parental.

Sin parentesco

1) Mono parental sin parentesco, 2) grupos similares a familias⁴⁸

***POR CAMBIOS SOCIALES**

1) Persona que vive sola, 2) matrimonio o pareja de homosexuales, 3) matrimonio de parejas homosexuales con hijos adoptados, 4) familia grupal, 5) familia comunal, 6) poligamia.

***EN BASE A LA PRESENCIA FISICA**

1) Nucleó integrado, 2) núcleo no integrado, 3) extensa ascendente, 4) extensa descendente, 5) extensa colateral.

***EN BASE AL MEDIO DE SUBSISTENCIA**

1) Agrícola y pecuaria, 2) industrial, 3) comercial, 4) de servicio

Anexo 5. Índice de pobreza familiar (es un test que nos permite evaluar el nivel de pobreza familiar, y se mide en base a las respuestas que da el encuestado y dará como resultado: nivel alto, medio o bajo.

1.- ¿Como considera su nivel socioeconómico?

R= subraye a qué nivel pertenece su familia:

1. Nivel de pobreza nivel 1:

- a) su capital alcanza para cubrir el valor de la canasta básica
- b) Recursos suficientes para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- c) Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

2. Nivel de pobreza familiar nivel 2:

- A) • Ingreso de capital suficiente para cubrir el valor de la Canasta básica.
- B) • Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- C)• Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

3. Nivel de pobreza familiar nivel 3:

- A) • Ingreso de capital inferior al valor de la canasta básica.
- B) • Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- C)• Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Anexo 6. Consentimiento informado.



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



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: . Características familiares y nivel de conocimientos de los padres de niños asmáticos de 5 a 10 años con asma bronquial de la UMF 73 IMSS Poza Rica Ver.

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha: Poza Rica de Hgo, Veracruz. A 06 de agosto del 2012.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: Determinar si las características familiares y el nivel de conocimientos sobre asma de los padres influyen en el control de sus hijos asmáticos, la educación como una herramienta de control.

Procedimientos: Aplicación de encuesta

Posibles riesgos y molestias: Sin riesgo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Ninguno

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Ante la necesidad de tratamiento se orientara a asistir con su médico familiar para un plan de manejo

Participación o retiro: Según el art. 100 de la ley general de salud, describe que el profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

Privacidad y confidencialidad: Según el art. 16 del Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

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

No autoriza 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.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Dra. Dora Angélica Vega Sepúlveda Residente de Medicina Familiar Mat. 98311846 UMF 73 Poza Rica

Investigador Responsable: Ver.

Dr. Andrés Alvarado Pérez Medico Familiar Mat. 99316485 UMF no 73 Poza Rica Ver

Colaboradores:

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

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013