



UNIVERSIDAD VERACRUZANA



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación Veracruz Sur
Unidad de Medicina Familiar Número 61.
Córdoba Veracruz**

TÍTULO:

Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.

SUBTÍTULO:

En el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba, Veracruz.

Tesis de Posgrado

Grado a Obtener: Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Abril Alicia Almendra Zamudio.

ASESORES.

Dra. Verónica Medel Ibáñez

Dra. Yolanda Fuentes Flores

Dr. Jorge Martínez Torres.

C.D. María Elena Garrido Amieva.



UNIVERSIDAD VERACRUZANA



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación Veracruz Sur
Unidad de Medicina Familiar Número 61.
Córdoba Veracruz**

TÍTULO:

Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.

SUBTÍTULO:

En el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba, Veracruz.

Tesis de Posgrado

Grado a Obtener: Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Abril Alicia Almendra Zamudio.

ASESORES.

Dra. Verónica Medel Ibáñez

Dra. Yolanda Fuentes Flores

Dr. Jorge Martínez Torres.

C.D. María Elena Garrido Amieva.

Córdoba Ver,

2014



Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas
Coordinación Delegacional de Educación en Salud



Autorización para informe final del trabajo de tesis recepcional titulado:

Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.

En el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba, Veracruz.

Nombre del Autor: Dra. Abril Alicia Almendra Zamudio
Número de Registro: R-2012-3102-20
Especialidad que acredita: Medicina Familiar
Promoción: 1 de marzo del 2011 al 28 de febrero del 2014

Unidad Sede: UMF 61, Córdoba Veracruz.

Institución que otorga el Aval: Universidad Veracruzana

Dr. Andrés. Zavaleta Pérez
Coordinador Clínico de Educación en
Salud e Investigación del HGZ
Número 8

Dra. Yolanda Fuentes Flores
Coordinador Clínico de Educación en
Salud e Investigación UMF 64
Profesor Titular de la RMF.

Asesor de Tesis.
Dra. Verónica Medel Ibáñez



Universidad Veracruzana

Instituto Mexicano del Seguro Social
Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas
Coordinación Delegacional de Educación en Salud
Autorización para informe final del trabajo de tesis recepcional titulado:

Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.

En el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba, Veracruz.

Nombre del Autor: Dra. Abril Alicia Almendra Zamudio
Número de Registro: R-2012-3102-20
Especialidad que acredita: Medicina Familiar
Promoción: 1 de marzo del 2011 al 28 de febrero del 2014

Unidad Sede: UMF 61, Córdoba Veracruz.

Institución que otorga el Aval: Universidad Veracruzana

Autorizaciones Delegacionales:

Dr. Enrique Leobardo Ureña Bogarin
Coordinador Delegacional de
Planeación y Enlace Institucional
Delegación Veracruz Sur

Dr. Carlos Francisco Vázquez
Rodríguez
Auxiliar Delegacional de Investigación
Médica Delegación Veracruz Sur

Dr. José Arturo Córdoba Fernández
Auxiliar Delegacional de Educación
Delegación Veracruz Sur.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos y cada uno por formar parte en esta meta y sueño que hoy por fin se ve realizado. Gracias **a Dios**, por permitirme y darme fuerzas, disposición, ánimo y sobre todo salud y vida para poder lograr este sueño.

Gracias **Mamá y Papá** por ir a mi lado día con día en este camino por darme sus consejos, por darme energía y aliento cuando pensaba que no podía más.

Gracias **a mi Hermana** por soportarme en mis malos ratos y cansancio.

Gracias **a mi Esposo** por apoyarme en esta meta, por cuidar de mi hija en mi ausencia.

Gracias **a mi Hija** por ser el motor para seguir y no darme por vencida.

Quiero agradecer a todos **mis Profesores** que me dieron esos conocimientos y por el apoyo sincero que me brindaron además de que muchos se quedan en mi corazón con gran cariño.

También quiero agradecer a todos los que colaboraron en la realización de este proyecto.

Y por ultimo y no menos importante quiero agradecer **a mis queridos Suegros** por brindarme su gran apoyo sin su ayuda no podría haber sacado adelante este sueño infinitamente gracias por cuidar a mi gordita en todos los momentos que más lo necesitaba mil gracias.

Gracias totales....

Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.

SUBTITULO:

En el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba, Veracruz.

INDICE

I.- Portada	1
II.- Autorización	4
III.- Agradecimientos	6
IV.- Título	7
V.- Índice	8
VI.- Resumen	9
1. Marco teórico	11
1.1 Antecedentes	11
2. Planteamiento del problema	16
2.1 Objetivo general	18
2.2 objetivo específico	18
3.- Material y Métodos	19
4.- Población, Lugar y tiempo	19
5.- Muestra	19
6.- Criterios de selección de las unidades de muestreo	20
7.- Variables: tipo y escala de medición	21
8.- Consideraciones éticas del estudio	29
9.- Recursos Humanos, materiales y financieros del estudio	30
10.- Resultados	31
11.- Discusión	35
12.- Conclusiones	37
13.- Bibliografía	38
14.- Anexos	42
14.1 Instrumento de recolección	42
14.2 Cronograma de actividades	43
14.3 Consentimiento informado	44
14.4 Autorización	45

VI.-RESUMEN

Título: Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología. En el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba, Veracruz.

Objetivo: Determinar Cuál es la Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología del Hospital General de Zona Número 8 de Córdoba Veracruz.

Material y Métodos: Es un estudio Transversal, observacional, descriptivo, retrospectivo. Es una muestra por conveniencia en todos los pacientes que hayan acudido al departamento de alergología del Hospital General de Zona Número 8 durante el 1 de enero del 2011 al 30 de diciembre del 2011. El investigador llenará los datos en la encuesta elaborada Una vez obtenidos todos los datos se procederá a su captura en una base de datos del Programa SPSS versión 17. Se incluirán los datos descriptivos como fracciones simples y proporciones, medidas de tendencia central y dispersión. Estadística Inferencial al contrastar resultados.

Resultados: La media de edad de los pacientes fue de 11.81 ± 3.482 años. De acuerdo al género 118 (59%) masculino y 82 (41%) femenino. La variable grado de escolaridad de los niños con diagnóstico de asma fue 116 (58%) nivel primaria. De acuerdo al tipo de vivienda 181 (90.5%) urbanas. De la clasificación se encontró que asma intermitente fue la predominante 99 (49.5%), se asocio la clasificación de asma con factores de riesgo encontrándose que en pacientes con asma intermitente el principal factor de riesgo fue ser portador de rinitis 31 (72.09%), así como lo fue para persistente leve con 82(82.82%), así mismo para moderada persistente 40 (95.23%) y severa persistente.

Conclusiones: Según la edad registrada en los pacientes estudiados, se demostró que la incidencia de asma predomina en el nivel primaria con una edad de 11 años. Mostrando que la rinitis representa un factor de riesgo importante para la severidad del asma bronquial. Se comprobó mayor incidencia de la patología en pacientes del sexo masculino en relación al femenino.

Palabras clave: Clasificación de asma, factor de riesgo.

ABSTRACT

Title: Classification of severity of GINA consensus and risk factors in patients with child asthma allergy control. In the General Hospital No. 8 Cordoba Veracruz.

Objective: Determine what is the classification of severity of GINA consensus and risk factors in patients with child allergy asthma control of general Hospital No. 8 in cordoba, Veracruz.

Material and Methods: A transversal, observational, descriptive study. Retrospective. It is a convenience sample in all patients who attend Allergology department of the General Hospital of Zone No. 8 during the January 1, 2011 to December 30, 2011. The researcher will fill the data in the survey carried Once all the data obtained it shall be captured in a database program SPSS version 17. Descriptive data as simple fractions and ratios, measures of central tendency and dispersion are included. Inferential statistics to compare results.

Results: The mean age of the patients was 11.81 ± 3482 years. 118 according to gender (59%) male and 82 (41%) female. The variable level of education of children with asthma diagnosis was 116 (58%) primary level. According to the type of housing 181 (90.5%) urban. Classification was found that intermittent asthma was the predominant 99 (49.5%), classification of asthma was associated with risk factors was found in patients with intermittent asthma the main risk factor was the bearer of rhinitis 31 (72.09%) and it was for mild persistent in 82 (82.82%), likewise for moderate persistent 40 (95.23%) and severe persistent.

Conclusions: From the age recorded in the patients studied, it was shown that the incidence of asthma predominates in the primary level with an age of 11 years. Showing that rhinitis is a major risk factor for the severity of bronchial asthma. Higher incidence of the disease in male patients compared to female was found.

Keywords: Classification of asthma risk factor.

1.- MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes

El asma es una enfermedad crónica. Una proporción importante de las personas que padecen asma sufren sus primeros síntomas en los primeros años de vida y en nuestro país, su prevalencia es intermedia y afecta al 3–4% de la población adulta y al 8% de la infantil. Su frecuencia ha aumentado en los últimos 20–30 años, y es menos acentuada en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados. ^(1,2)

A pesar de los avances significativos que se han alcanzado durante los últimos 20 años en la terapia y en el conocimiento de la patogénesis del Asma Bronquial (AB), esta enfermedad registra un crecimiento de su prevalencia y mortalidad en las últimas décadas. Los factores genéticos y ambientales seguramente explican las diferencias en la prevalencia de la enfermedad en diferentes comunidades y regiones del mundo. En los países de mayor prevalencia (Inglaterra, Australia y Nueva Zelanda), el AB afecta entre el 35 y 25 % de los niños. En España la prevalencia oscila entre el 3 % de algunas regiones hasta el 12 % de otras y en Cuba el AB constituye un problema de salud importante. La prevalencia es de 12 % en menores de 15 años, y de 8 % para todas las edades, según una investigación nacional sobre prevalencia de AB, realizada años atrás, así como otros estudios realizados. El AB es una enfermedad crónica de las más frecuentes en la infancia, y se detecta un aumento generalizado a escala mundial de su morbilidad. Se define como: "Inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado de determinadas células y mediadores. Este proceso se asocia a la presencia de Hiperreactividad Bronquial (HRB) que produce episodios

recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o la 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. (3, 4, 5, 6, 7,8)

Se sabe también que es una enfermedad multifactorial, de base genética, sobre la que influyen factores ambientales diversos. La Genética y el ambiente son factores necesarios para la expresión de enfermedad asmática, y dentro de los factores ambientales desencadenantes tenemos: ácaros del polvo doméstico, pólenes, alérgenos de animales, hongos, infecciones respiratorias y humo del tabaco, entre otros. (9)

Un diagnóstico de AB significa que ninguna otra enfermedad reactiva de las vías respiratorias está presente. Las sibilancias constituyen el signo clínico fundamental en su diagnóstico, pero son muchas las afecciones respiratorias en el niño pequeño que cursan con sibilancias, por lo que plantea dificultades en el diagnóstico correcto, sobre todo, si tenemos en cuenta que a estas edades las pruebas de función pulmonar no se pueden realizar. En este sentido varias instituciones a nivel mundial han llegado a un consenso, describen los factores de riesgo para desarrollar AB y los clasifican en mayores y menores, de tal forma, que, un niño que presenta sibilancias tempranas y posee un factor de riesgo mayor o 2 menores, tendrá una probabilidad alta de padecer AB. (10,11,12)

Los factores de riesgo mayores son: historia de asma en los padres, dermatitis atópica y eczema en el niño; mientras que los factores de riesgo menores son: diagnóstico de rinitis, eosinofilia periférica del 4 % o mayor, sibilancias no relacionadas con infecciones respiratorias y sensibilización frente a alimentos.

El AB presenta cuadros repetidos de aumento de la inflamación y de la HRB (hiperreactor bronquial), llamados crisis o episodios de exacerbación agudos. La inflamación y la HRB pueden ser reversibles, total o parcialmente, con un tratamiento precoz y adecuado, o, con mucha menos frecuencia, espontáneamente. Cada niño y adolescente con asma tienen sus propios factores desencadenantes, que deben ser conocidos por enfermos y cuidadores para su evitación y conseguir un buen control de la enfermedad. Independientemente de la clasificación de la gravedad o situación clínica del AB de un determinado paciente, el objetivo final es el buen control del paciente.

(13, 14,15)

Las exacerbaciones severas del asma son una emergencia médica que pone en peligro la vida, su tratamiento es más seguro hacerlo en una sala de urgencias. Se debe hacer una breve historia y un examen físico pertinente a la exacerbación al mismo tiempo de iniciar rápidamente el inicio del tratamiento. La historia debe incluir: severidad y duración de síntomas, incluyendo la limitación al ejercicio y los trastornos en el dormir; todos los medicamentos actuales, incluyendo la dosis recetada (y el dispositivo), dosis actualmente usada, dosis usada en respuesta al deterioro, y a la respuesta del paciente (o la no respuesta) a esta tratamiento; tiempo de inicio y causa de la exacerbación actual; y los factores de riesgo de muerte relacionada al asma. ^(16, 17,18)

En la exploración física se debe evaluar la severidad de la exacerbación mediante la evaluación la capacidad del paciente de terminar una oración, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, uso de músculos accesorios, y otros signos y también se debe de identificar cualquier factor de complicación (Ej.: neumonía, atelectasias, neumotórax, o neumomediastino). ⁽¹⁹⁾

Las evaluaciones funcionales como el PEF o FEV1 y las medidas arteriales de la saturación del oxígeno son altamente recomendadas, dado que la exploración física sola puede no indicar claramente el grado de severidad de la exacerbación, particularmente el grado de hipoxemia y sin retrasar el tratamiento, se debe medir un PEF o FEV1 de inicio o basal antes de iniciar el tratamiento. Sin embargo las mediciones subsecuentes se deben hacer a intervalos hasta que exista una respuesta clara al tratamiento. ^(20, 21)

La saturación de oxígeno se debe monitorizar estrechamente, preferentemente con oximetría de pulso ya que es especialmente útil en niños en quienes las medidas objetivas de la función pulmonar pueden ser difíciles. La saturación del oxígeno en niños debe ser normalmente mayor del 95%, una saturación del oxígeno menor del 92% es un buen predictor de la necesidad de hospitalización. ^(22, 23)

El tratamiento de mantenimiento o de sostén o intercrisis es el aspecto terapéutico más importante de los considerados en el tratamiento del AB, y consta de 3 apartados fundamentales: educación del paciente y la familia, control medioambiental y de los factores desencadenantes, y tratamiento farmacológico. ⁽²⁴⁾

El AB es una enfermedad sobre la que a través de acciones de promoción de salud se puede lograr una prevención primaria, secundaria o terciaria. Independientemente de la alta cobertura y calidad de la atención médica, se percibe un inadecuado seguimiento de la enfermedad en lo relacionado con la atención médica, poca educación de los pacientes y familiares en relación con la enfermedad, así como desconocimiento de factores desencadenantes

ambientales y del tratamiento médico-farmacológico, lo que repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. ^(25, 26)

La atención especializada en el asma grave y moderada puede reducir las hospitalizaciones y las visitas a los servicios de urgencias y, por tanto, ahorrar en costes anuales directos de la enfermedad. Además, la identificación de alérgenos, su evitación y la inmunoterapia específica reducen los síntomas y disminuyen la dependencia de los recursos sanitarios, lo cual conduce a una progresiva disminución de los costes. Se dice que el asma es un problema serio de salud pública a través del mundo, afectando a la gente de todas las edades. Cuando el asma no está controlada, puede poner límites graves en la vida diaria, y algunas veces es fatal. ⁽²⁷⁾

En 1993, la Iniciativa Global para el Asma (GINA) fue formada. Sus metas y objetivos fueron descritos en un informe 1995 NHLBI/WHO Workshop Report, Una Estrategia Global para el Manejo y la Prevención del Asma. Este informe (revisado en 2002), y los documentos que lo acompañaban, se han distribuido y se han traducido extensamente a muchos idiomas. Se ha creado una red de individuos y de organizaciones interesados en los cuidados del asma y se han iniciado varios programas específicos por sobre el manejo del asma. Todavía se requiere mucho trabajo para reducir la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad crónica.

En enero de 2006, el Comité Ejecutivo de GINA recomendó que la Estrategia Global para el Manejo y la Prevención del Asma sea revisada para enfatizar el manejo del asma basado en el control clínico, así como la clasificación de severidad del paciente que consiste en intermitente, persistente leve, moderada persistente y severo persistente.

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La relevancia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como organismo prestador de servicios de salud es inobjetable. Es la Institución Pública con mayor responsabilidad en la atención a la salud de la población mexicana. Su cobertura en las áreas urbanas del país descifra una realidad epidemiológica particular, pues atiende a una gran parte de la población trabajadora.

Ante esta situación surge el cuestionamiento sobre si se está utilizando la clasificación de la severidad del asma de acuerdo a GINA.

Es importante llevar a cabo la clasificación a través de consensos internacionalmente aceptados y validados como “el de manejo del Asma según GINA” en el año 2006 del comité ejecutivo del GINA el cual clasifica el Asma de la siguiente manera: intermitente, persistente leve, moderada persistente, severo persistente, e identificar los factores de riesgo mayores y menores a fin de implementar las estrategias innovadoras y necesarias que sean útiles para una etapificación temprana de la enfermedad y consecuentemente evitar complicaciones mayores a través de la prevención de los factores de riesgos para llevar a cabo el tratamiento adecuado y en el momento oportuno; disminuir el tiempo de estancia hospitalaria con lo cual se pretende disminuir la morbilidad y mortalidad infantil en nuestro país y descender los costos institucionales. Con la repercusión de mejora de calidad de vida del paciente pediátrico.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la clasificación de la severidad a través del consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con asma infantil en control por alergología del Hospital General de Zona Número 8 de Córdoba Veracruz. ?

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es la clasificación de la severidad a través del consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con asma infantil en control por alergología del Hospital General de Zona Número 8 de Córdoba Veracruz.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar la clasificación intermitente de pacientes con asma infantil a través del consenso GINA en la muestra de estudio.

Identificar la clasificación persistente leve de pacientes con asma infantil a través del consenso GINA en la muestra de estudio.

Identificar la clasificación moderada persistente de pacientes con asma infantil a través del consenso GINA en la muestra de estudio.

Identificar la clasificación severa persistente de pacientes con asma infantil a través del consenso GINA en la muestra de estudio.

Identificar los factores de riesgo mayores de pacientes con asma infantil en la muestra de estudio.

Identificar los factores de riesgo menores de pacientes con asma infantil en la muestra de estudio.

Identificar los factores de riesgo ambientales de pacientes con asma infantil en la muestra de estudio.

Determinar las características sociodemográficas de pacientes con asma infantil en la muestra de estudio.

3.- MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DE ESTUDIO: Transversal, observacional, descriptivo, retrospectivo.

4.- POBLACION: Todos los pacientes que acudieron al departamento de alergología del Hospital General de Zona Número 8 durante el 1 de enero del 2011 al 30 de diciembre del 2011

LUGAR DEL ESTUDIO: Hospital General de Zona número 8

5.- TAMAÑO DE MUESTRA Y SELECCION:

a) Por conveniencia.

b) Criterios de selección:

PERIODO DEL ESTUDIO: del 1 de enero del 2012 al 30 de marzo del 2013

6.- CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

CRITERIOS DE INCLUSION:

1.- Todos los pacientes que tengan un expediente manual y que cumplan con el diagnóstico de asma infantil en control con alergología en el Hospital General de Zona número 8.

2.- Todos los pacientes que tengan un expediente manual y que cumplan con el diagnóstico de asma infantil en control con alergología en el Hospital General de Zona número 8. y que su edad sea menor a 18 años.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

1.- Todos los pacientes que no tengan un expediente manual y que no cumplan con el diagnóstico de asma infantil en control con alergología en el Hospital General de Zona número 8.

2.- Todos los pacientes que tengan un expediente manual y que cumplan con el diagnóstico de asma infantil en control con alergología en el Hospital General de Zona número 8. con edad mayor de 18 años.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Todos los pacientes con diagnóstico de asma infantil en control por alergología en el Hospital General de Zona número 8 que no cuenten con su expediente manual

Todos los pacientes con diagnóstico de asma infantil en control por alergología en el Hospital General de Zona número 8 que no tengan letra legible o estén incompletos.

7.- DESCRIPCION DE VARIABLES:

Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA

Definición conceptual: Es buscar en un todo aquellas cosas o enfermedades que guarden alguna relación para poder agruparlas lo mejor posible según su gravedad en relación a un acuerdo entre los expertos de la iniciativa global para el asma en donde sus metas y objetivos fueron descritos en un informe 1995 NHLBI/WHO Workshop Report, Una Estrategia Global para el Manejo y la Prevención del Asma. Este informe (revisado en 2002), y los documentos que lo acompañaban, se han distribuido y se han traducido extensamente a muchos idiomas.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara como clasificación de la severidad a través del Consenso GINA al diagnóstico

reportado como: Intermitente, persistente leve, moderada intermitente, severa persistente, si se encuentra reportada en las notas de ingreso o notas subsecuentes de los expedientes manuales de los pacientes en control por el departamento de alergología del Hospital General de Zona número 8. Dicha clasificación del Consenso GINA internacionalmente validada por el comité ejecutivo del GINA desde el año 1993 siendo actualizada cada año y se utilizara la del año 2006 para este estudio, según la referencia (<http://www.ginasthma.org>).

Tipo de variable: Cualitativo.

Escala de medición: Nominal politomica.

Indicador:

Intermitente

Persistente leve

Moderada intermitente

Severa persistente

Factores de riesgo mayores en paciente con asma infantil en control por alergología

Definición conceptual: Es algún elemento más importante de naturaleza ambiental, orgánica, psicológica, social o alguna enfermedad anterior que condicione a presentar una inflamación crónica de las vías aéreas en pacientes menores de 18 años, con acciones preventivas o correctivas en la especialidad que comprende el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de la patología

producida por mecanismos inmunológicos, con las técnicas que le son propias con especial atención a la alergia.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara como portador de factores de riesgo mayores si están registrados en el expediente manual de pacientes con asma infantil en control por alergología uno o más de los siguientes antecedentes: “antecedente de asma en los padres”, “antecedentes o portador de dermatitis atópica” antecedente o portador de eczema”. Tomado de la referencia: Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos Arch Pediatr Urug 2010; 81(4): 225-230 publicada por Curbelo N, Pinchak C, Gutiérrez S

Tipo de variable: Cualitativa

Tipo de escala: Nominal politomica

Indicador:

Con factores de riesgo mayores

Sin factores de riesgo mayores

Factores de riesgo Menores en paciente con asma infantil en control por alergología

Definición conceptual: Es algún elemento menos importante de naturaleza ambiental, orgánica, psicológica, social o alguna enfermedad anterior que condicione a presentar una inflamación crónica de las vías aéreas en pacientes menores de 18 años, con acciones preventivas o correctivas en la especialidad que comprende el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de la patología

producida por mecanismos inmunológicos, con las técnicas que le son propias con especial atención a la alergia y que se encuentran controlados en consulta externa de un departamento expícito para tal patología.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara como portador de factores de riesgo menores si están registrados en el expediente manual de pacientes con asma infantil en control por alergología uno o más de los siguientes antecedentes: portador de rinitis, eosinofilia del 4% o mayor, sibilancias no relacionadas con infección respiratoria, sensibilización frente a alimentos (alergia a ciertos alimentos). Tomado de la referencia: Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos Arch Pediatr Urug 2010; 81(4): 225-230 publicada por Curbelo N, Pinchak C, Gutiérrez S

Tipo de variable: Cualitativa

Tipo de escala: nominal politomica

Indicador:

Con factores de riesgo menores

Sin factores de riesgo menores

Factores de riesgo ambientales en paciente con asma infantil en control por alergología

Definición conceptual: Es algún elemento de naturaleza que rodea al ser humano que condicione a presentar una inflamación crónica de las vías aéreas en pacientes menores de 18 años, con acciones preventivas o correctivas en la especialidad que comprende el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de la

patología producida por mecanismos inmunológicos, con las técnicas que le son propias con especial atención a la alergia.

Definición operacional: Para fines de este estudio se considerara cuando este registrado en el expediente manual uno o más de los siguientes factores de riesgo ambientales: ácaros, polvo doméstico, pólenes, alérgenos de animales, humo de tabaco según la referencia de la guía de práctica clínica diagnostico y tratamiento del asma edición 2009

Tipo de variable: Cualitativa

Tipo de escala: Nominal dicotómica

Indicador:

Con factores de riesgo ambientales

Sin factores de riesgo ambientales

Escolaridad

Definición conceptual: Grado de estudio más alto aprobado en cualquiera de niveles del sistema educativo nacional.

Definición operacional: El grado máximo de estudios que esté reportado en la nota médica de ingreso o subsecuente del médico tratante o trabajo social en el expediente manual del paciente con asma infantil en control por alergología.

Tipo de variable: Cualitativa

Tipo de escala: ordinal

Indicador:

Preescolar

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Tipo de vivienda

Definición conceptual: La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Estas edificaciones ofrecen refugio a los seres humanos y les protege de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas. La accesibilidad física, la inclusión de servicios básicos como el agua potable, la luz eléctrica, drenaje y alcantarillado, el respeto por las tradiciones culturales y la seguridad deben formar parte del derecho a la vivienda.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara como vivienda rural cuando no reúna los servicios básicos de urbanización (agua potable, luz eléctrica, drenaje y alcantarillado). Se considerará como vivienda urbana cuando reúna los servicios básicos de urbanización (agua, potable, luz eléctrica, drenaje y alcantarillado), y este el dato registrado en las notas de ingreso, de evolución o de trabajo social en el expediente manual de pacientes con asma infantil.

Tipo de variable: Cualitativa

Tipo de escala: Nominal dicotomica

Indicador:

Rural

Urbana

Genero

Definición conceptual: Constitución orgánica que hace la referencia de femenino con el masculino.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomará como femenino o masculino de acuerdo a lo que este reportado en el expediente manual del paciente con asma infantil en control por alergología.

Tipo de variable: Cualitativo.

Escala de medición: Nominal.

Indicador:

Masculino

Femenino.

Edad.

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición operacional: Para fines de este estudio se considerará la edad que se encuentra registrada en las notas médicas de ingreso o subsecuentes del expediente manual del paciente con asma infantil en control por alergología.

Tipo de variable: Cuantitativo.

Escala de medición: Razón

Indicador:

En años.

PROCEDIMIENTO:

a).- Previa autorización del comité local de investigación y autoridades correspondientes, se sometió a revisión el protocolo de estudio; una vez aceptado se solicitó las facilidades para la realización del mismo.

b).- Posteriormente se acudió al archivo con el fin de recabar las hojas RAIS de la consulta externa del consultorio de alergología de las cuales se recabaron los nombres y afiliaciones de pacientes con diagnóstico de asma infantil, se tomó la información para el presente estudio de acuerdo a las variables mencionadas mediante el análisis contenida.

c).- El investigador llenó los datos en la encuesta elaborada la cual consta de las siguientes partes: 1) Identificación que contiene las iniciales del nombre, la afiliación, y la fecha 2) La segunda sección contiene características sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad y tipo de vivienda. d).-En la tercera sección se anexó la escala Internacionalmente aceptada llamada GINA (Global Initiative for asthma) validada en 1993 por el comité ejecutivo del GINA referencia (<http://www.ginasthma.org>) y que señala la clasificación de severidad de asma: intermitente, persistente leve, moderada persistente, severa persistente esta sección se llenó de acuerdo al análisis del expediente en cuanto a lo que solicita. e).- La cuarta sección contiene los factores de riesgo mayores que son antecedentes de asma en los padres, antecedentes o

portador de dermatitis atópica antecedente o portador de Eczema Tomado de la referencia: Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos Arch Pediatr Urug 2010; 81(4): 225-230 publicada por Curbelo N, Pinchak C, Gutiérrez S. f).- La quinta sección incluyo los factores de riesgo menores que son portador de rinitis, eosinofilia del 4% o mayor, sibilancias no relacionadas con infección respiratoria, sensibilización frente a alimentos (alergia a ciertos alimentos). Tomado de la referencia: Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos Arch Pediatr Urug 2010; 81(4): 225-230 publicada por Curbelo N, Pinchak C, Gutiérrez S g).- La sexta sección enlisto los factores ambientales que son ácaros, polvo doméstico, pólenes, alérgenos de animales, humo de tabaco tomados de la referencia de la guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento del asma edición 2009.

Una vez obtenidos todos los datos del instrumento elaborado ex profeso para el presente estudio. Se calificaron las variables de acuerdo al indicador. Y Se capturo en una base de datos del Programa SPSS versión 17 para su análisis.

ANALISIS ESTADISTICO

Se incluyeron los datos descriptivos como fracciones simples y proporciones, medidas de tendencia central y dispersión. Estadística Inferencial al contrastar resultados.

8.- CONSIDERACIONES ETICAS DEL ESTUDIO.

En las investigaciones en las que participen seres humanos es indispensable su consentimiento informado o descrito. Es importante indicar si los procedimientos descritos están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con declaración de Helsinki enmendada en 1989 y códigos y normas internacional vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica.

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, artículo 17, fracción II. El estudio se basó en los doce principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial – Guía de recomendaciones para los Médicos Biomédica en Personas – Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 asamblea médica mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médico Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

9.- RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO.

RECURSOS HUMANOS

- 1 Médico residente
- 2 Médicos especialistas en medicina familiar
- 1 Médico especialista en medicina familiar maestro en ciencias
- 1 Cirujano dentista

RECURSOS MATERIALES

- Consultorio de alergología del Hospital General de Zona número 8
- Expedientes de la consulta externa de alergología
- 4 lápices
- 4 Lapiceros
- 3 Goma de borrar
- 500 hojas blancas de papel bond
- 3 Sacapuntas
- 1 Memoria USB
- 1 Computadora
- 1 Impresora

RECURSOS FINANCIEROS

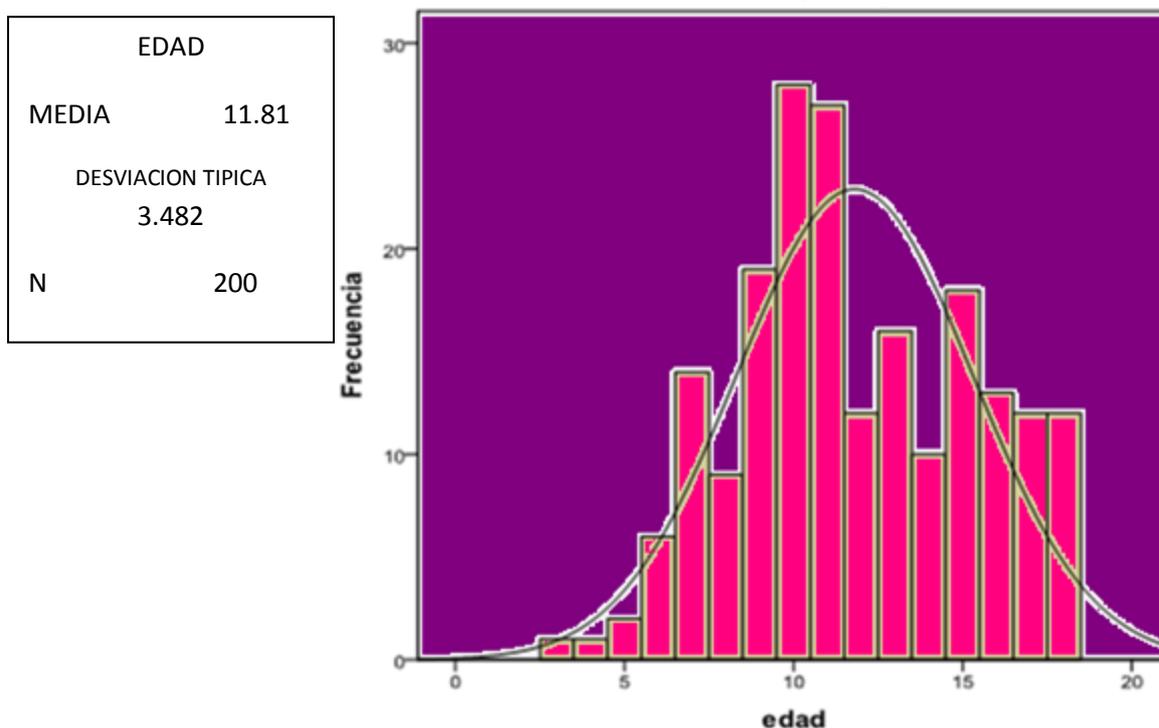
- Recursos propios del investigador

10.- Resultados

Se revisaron 200 expedientes del servicio de alergología en el Hospital General de Zona No. 8 de la localidad de Córdoba, ver, con diagnóstico de asma bronquial, empleando el instrumento de evaluación diseñado específicamente para la realización de este estudio.

De los 200 expedientes revisados se encontró una media de edad de 11.81 ± 3.482 años. (Gráfica 1)

Gráfica 1.-



FUENTE: Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.

Según el género se encontró que de los 200 pacientes, 118 (59%) fueron del género masculino y 82 (41%) fueron del género femenino. (Tabla 1)

TABLA 1.- GENERO		
	FRECUENCIA	%
Masculino	118	59.0
Femenino	82	41.0
TOTAL	200	100.0
FUENTE: Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.		

La variable grado de escolaridad de los niños con diagnóstico de asma fueron principalmente, 4 (2.0%) a nivel preescolar, 116 (58%) nivel primaria, 43 (21.5%) nivel secundaria y 37 (18.5%) a nivel bachillerato. (Tabla 2)

TABLA 2.- ESCOLARIDAD		
	frecuencia	%
Preescolar	4	2.0
Primaria	116	58
Secundaria	43	21.5
Bachillerato	37	18.5
Total	200	100
FUENTE: Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.		

En cuanto a la vivienda se encontró que de los 200 pacientes fueron 181 (90.5%) viviendas urbanas y 9 (9.5%) fueron rurales. (Tabla 3)

TABLA 3.- TIPO DE VIVIENDA		
	FRECUENCIA	%
Urbana	181	90.5
Rural	19	9.5
TOTAL	200	100.0
FUENTE: Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.		

De los 200 expedientes revisados se estableció la clasificación de acuerdo a los criterios del GINA (Iniciativa Global para el asma) encontrando que 43 (21.5%) pacientes corresponden a asma intermitente, 99 (49.5%) persistente leve, 42 (21.0%) a moderada persistente y 16 (8.0%) severa persistente. (Tabla 4)

TABLA 4.- CLASIFICACION DE ASMA		
	FRECUENCIA	%
Intermitente	43	21.5
Persistente leve	99	49.5
Moderada persistente	42	21.0
Severa persistente	16	8.0
Total	200	100.0
FUENTE: Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.		

ANALISIS BIVARIADO

Se busco la asociación de factores de riesgo y clasificación de asma encontrándose que en pacientes con asma intermitente el principal factor de riesgo fue ser portador de rinitis 31 (72.09%), así como lo fue para persistente leve con 82(82.82%), así mismo para moderada persistente 40 (95.23%) pacientes, sin embargo para asma severa persistente se encontraron en mismo porcentaje y frecuencia 7 factores de riesgo que son: antecedentes de asma en padres, portador de dermatitis, portador de rinitis, eosinofilia, ácaros, polvo y alérgenos animales 16 (100%) pacientes con este diagnostico. Solo se muestra que fue significativo el valor de p 0.008 en rinitis asociada a la clasificación de asma (Tabla 5).

TABLA 5.- CLASIFICACION DE ASMA Y FACTORES DE RIESGO													
	Intermitente			Persistente leve			Moderada persistente			Severa persistente			p
	Si	%	no	si	%	no	si	%	no	si	%	no	
Antecedentes de asma en padres	9	20.9	34	51	51.51	48	34	83.33	8	16	100	0	
Portador de dermatitis	18	41.86	25	62	62.62	37	35	83.83	7	16	100	0	
Portador de eczema	3	6.9	40	13	13.13	86	12	28.57	30	14	87.5	2	
Portador de rinitis	31	72.09	12	82	82.82	17	40	95.23	2	16	100	0	0.008
Eosinofilia	23	53.48	20	79	79.79	20	39	92.85	3	16	100	0	
Sibilancias	0	0	43	4	4	95	9	21.42	33	4	25	12	
Sensibilización a alimentos	3	6.9	40	13	13.13	86	15	35.71	27	8	50	8	
Ácaros	22	51.16	21	61	61.61	38	35	83.33	7	16	100	0	
Polen	10	23.25	33	25	25.25	74	23	54.76	19	13	81.25	3	
Humo de tabaco	2	4.6	41	3	3.03	96	4	9.52	38	2	12.5	14	
Polvo	22	51.16	21	55	55.55	44	32	76.19	10	16	100	0	
Alérgenos animales	10	23.25	33	34	34.34	65	25	59.52	17	16	100	0	

FUENTE: Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.

11.- Discusión

Estudios recientes han demostrado que el asma no se diagnostica tan a menudo como debiera, en este estudio se muestra que la media de edad de pacientes con diagnóstico de asma fue de 11.81 años, este estudio difiere del trabajo realizado por De la Vega PT, Pérez MV, Bezos ML en factores de riesgo de asma bronquial en niños y su relación con la severidad de las manifestaciones clínicas en donde se encontró 33 (44%) fueron lactantes (menor de 1 año), el restante 43 (56%) entre el primer y quinto año de vida.

En base a la clasificación del asma bronquial en el presente estudio se encontró que fue la clasificación persistente leve con 99 (49.5%), con más incidencia similar a lo publicado por Pelta FR, De miguel DJ, Álvarez PA, Jiménez GR, en Factores de riesgo de asma de inicio entre los 12 y 40 años Resultados del estudio FENASMA en donde se encontró que el asma persistente leve es más frecuente con de 41.5%.

En cuanto a su escolaridad fue la predominante primaria con 116 (58%), en cuanto al tipo de vivienda urbana 181 (90.5%). se encontró que el género que predominó fue el masculino 118 (59%), el cual fue similar con los resultados publicados por De la Vega PT, Pérez MV, Bezos ML en factores de riesgo de asma bronquial en niños y su relación con la severidad de las manifestaciones clínicas en el cual fue de 44 (58%) género masculino, y 32 (42%) femenino.

En los sujetos evaluados en el presente estudio es notable la incidencia de rinitis en pacientes con asma, que a su vez condiciona una mayor severidad de esta última. Estudios prospectivos de hasta 20 años de seguimiento permiten afirmar que la rinitis es un factor de riesgo para el desarrollo y la gravedad del

asma. Numerosos estudios muestran que ambas entidades a menudo coexisten en el mismo paciente, presentando gran parte de los asmáticos síntomas de rinitis. La rinitis aparece en el 75% de los pacientes con asma alérgica y en el 80% con asma no alérgica. Se encontró que la rinitis es el principal factor de riesgo para asma intermitente 31 (72.09%), persistente leve 82 (82.82%), moderada persistente 40 (95.23%) y severa persistente 16 (100%).

Se demostró que los antecedentes de asma en padres, ser portador de dermatitis, rinitis, eosinofilia, ácaros, polvo y alérgenos animales son factores de riesgo predominante en asma severa persistente con 16 (100%), el cual tuvo similitud con los resultados publicados por De la Vega PT, Pérez MV, Bezos ML en factores de riesgo de asma bronquial en niños y su relación con la severidad de las manifestaciones clínicas en el cual los antecedentes de atopia en familiares de primer grado de consanguinidad estaban presentes en el 100% de los casos, así como la relación de los alérgenos inhalantes se constató que se relacionan con la aparición del asma en 72 pacientes para el 95%. Se registró que el 51% de los casos tienen objetos almacenados, el 45% no tiene forrado el colchón ni las almohadas, el 37% tiene cortinas, el 21% libros, y el 9% plantas en la habitación destinada como dormitorio, lo que favorece la acumulación de polvo en el hogar. Se halló que entre el 10-30% de los casos asocian la manifestación de asma bronquial con la inhalación de pelos animales.

12.- Conclusión

- Según la edad registrada en los pacientes estudiados, se demostró que la incidencia de asma predomina en el nivel primaria con una edad de 11 años.
- La rinitis representa un factor de riesgo importante para la severidad del asma bronquial.
- Se encontró mayor incidencia de la patología en pacientes del sexo masculino en relación al femenino.
- Se encontró que la relación de los alérgenos inhalados no tenía mucha significancia en asociación a asma bronquial en niños.
- La mayoría de los casos de asma bronquial es presentado en tipo de vivienda urbana.
- En el caso de asma bronquial severa persistente tiene más asociaciones en cuanto a alérgenos inhalados y antecedentes de atopias.

13.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Vega Pazitkovál T; Alina AGI; Revista Cubana de Medicina General Integral.2010; 26(4):665-672
- 2.- Loria Castellanos J, Márquez Ávila, M.A. Valladares- Aptitud clínica ante el paciente pediátrico con asma grave en residentes de pediatría y urgencias. Aranda EDUC MED 2010; 13 (4):247-254
3. - Mirallesa J, Negrob, F., Sánchez Gascónc Alergol Inmunol Clin 2000; 15:375-384
- 4.- Hinojos Gallardo J, Martínez González I, Upton Rivas TI, Cisneros Castolo M, Disfunción familiar y nivel de control de asma en pacientes pediátricos Acta Pediátrica de México 2010; 31(6)
- 5.- Zárate v, Arenas D, Salinas P, Moreno G, Prado F, Impacto del asma en escolares de dos centros de salud primaria Rev Med Chile 2010; 138: 205-212
6. - Duverger J, Evidences of an educational program on the use of asthma inhalers by Adolescents MEDISAN 2010; 14(6):789
- 7.- Garcia A, Milagros V, Clinical and epidemiological characterization of patients with bronchial asthma in a rural doctor's office in Chivirico MEDISAN 2010;14(1):12
- 8.- Fernández Vega M, Vargas M, Pacientes asmáticos en consulta externa. Revista de Investigación Clínica 2005; 57 (4): 513
- 9.- Curbelo N, Pinchak C, Gutiérrez S, Conocimiento del asma enfermedad por parte de los padres de niños asmáticos Arch Pediatr Urug 2010; 81(4): 225-230
- 10.- Arenas G, López M, revisión de la clasificación y el tratamiento del asma Med Fam Andal 2008; 9 (2)

- 11.- Salamanca Gómez F, Un nuevo locus de susceptibilidad para el asma
Gac Méd. Méx. 2004; 140(3)
- 12.- Parra Cruz J, Fagés Ramírez M, González Oro M, Guía de buenas prácticas clínicas asma bronquial en el niño Rev. Ped. Elec. 2010; 7 (1).
- 13.- Rubio Padilla M, Río Navarro BE, Hilda Segura N, Sierra Monge JJ, Asma de difícil control. Revista Alergia México 2009; 56(4):115-23
- 14.- González R, Murillo A, Guido Girardi B, Bronchial asthma in children: 324-330
- 15.- Díaz Vázquez A, Área sanitaria 7 Mieres-Asturias: 1-12
- 16.- Cano De La Cuerda R, Muñoz E. Eficacia de los programas de educación en terapéutica y de rehabilitación respiratoria en el paciente con asma Arch Bronconeumol.2010; 46(11):600–606
17. - Grenoville M, The infant with recurrent wheezing and inhaled corticosteroids therapy Arch Argent Pediatr 2010; 108(3):197-200
18. - Oller. E, Acosta Pérez Y, Baquero Suárez JM, Treatment and follow-up of adults with bronchial asthma in the clinics from the capital of Namibia MEDISAN 2011; 15(3):356
- 19.- Bayarre H. Estado actual y perspectivas de la investigación científica en la Atención Primaria de Salud Revista Cubana de Medicina General Integral.2010; 26(2)188-189
- 20.- Holgate S, Polosa R, Asma grave en adultos Mecanismos, diagnóstico y manejo, 368: 780–93
- 21.- Hernández Venegas MT, Morfin Maciel BM, López Pérez G, Huerta López J, Características clínicas de niños asmáticos mexicanos en un hospital pediátrico de tercer nivel de atención, Acta Pediatr Mex 2011;32(4):202-208.

22. - Brockmann P, Prado F, Reyes B, Viviani P, Bertrand P. Actividad física y obesidad en niños con asma, Rev Chil Pediatr 2007; 78 (5): 482-488
23. - Louro Gonzalez A, asma bronquial, guías clínicas; 4(15).
- 24.- Gutiérrez Delgado RI, Barraza Villarreal A, Escamilla Núñez MC, Solano González M, et al
- 25.- Abdo Rodríguez A, Cué Brugueras M, Comportamiento del asma bronquial en Cuba e importancia de la prevención de las enfermedades alérgicas en infantes, Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22(1).
- 26.- Álvarez MJ, Olaguíbel, E, Gómez B, De la rinitis al asma: ¿una o dos enfermedades, An. Sis. Sanit. Navar. ; 26 (2): 49-55.
- 27.- Girón Matute WI, Generalidades del Asma. Bronquial, Rev. Fac. Cienc. Méd. 2008
- 28.- Contreras Zúñiga E, Sanabria F, Zuluaga Martínez SX, Casas Quiroga IC, Asma bronquial en el embarazo, Revista colombiana de obstetricia y ginecología 2007; 58(3).
29. - National Institutes of Health (NIH). Global Initiative for Asthma (GINA). Global Initiative for Asthma management and prevention. National Institutes of Health. NIP publication N. 02-3659 (www.ginasthma.com) 2006.
- 30.- Segura Méndez NH, Velázquez AC, del Rivero NL, Hernández VL, Espinola RG, Mondragón GR, Incremento del conocimiento de las guías ARIA y GINA 2006 para médicos generales mediante una intervención educativa Revista Alergia México 2008;55(5):201-5
- 31.- Hernández Venegas MT, Morfin Maciel BM, Lopez Perez G, Huerta Lopez J, Características clínicas en niños asmáticos mexicanos en un hospital pediátrico de tercer nivel de atención Acta Pediatr Mex 2011; 32 (4): 202-208

- 32.- Ortiz MI, Cano Fragoso CV, Lazcano Ortiz M, Romo Hernández G, Escamilla Acosta MA, Factores de riesgo en niños asmáticos. Conocimiento que tienen sus padres sobre asma. *Acta Pediatr Mex* 2012; 33(3): 126-132
- 33.- De la Vega PT, Pérez MV, Bezos ML en factores de riesgo de asma bronquial en niños y su relación con la severidad de las manifestaciones clínicas *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2010; 26(2)190-214.
- 34.- Vega JM, Badia X, Badiola C, Lopez Viña A, Olaguibel JM, Picado C, Validation of the Spanish versión of the Asthma control test (ATC). *J Asthma*. 2008; 44:867-72.
- 35.- Tan RA, Spector SL. Exercise induced asthma: diagnosis and management. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2008; 89:226-35.

14.- ANEXOS

14.1.- instrumento de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL VERACRUZ SUR



Universidad Veracruzana

“Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.” En el Hospital General de Zona numero 8.

INSTRUMENTO:

NOMBRE (Iniciales)							
NSS:				FECHA:			
EDAD		ESCOLARIDAD:	Preescolar	primaria	secundaria	bachillerato	
TIPO DE VIVIENDA		URBANA	GENERO			M	F
		RURAL					
CLASIFICACION DE LA SEVERIDAD DE ASMA SEGUN GINA:							
INTERMITENTE	PERSISTENTE LEVE		MODERADA PERSISTENTE		SEVERA PERSISTENTE		
FACTORES DE RIESGO MAYORES:							
Con antecedentes de asma en los padres		SI			NO		
Antecedente o portador de dermatitis atópica		SI			NO		
Antecedentes o portador de eczema		SI			NO		
FACTORES DE RIESGO MENORES:							
Portador de rinitis		SI			NO		
Eosinofilia de 4% o mayor		SI			NO		
Sibilancias no relacionadas con infección de vías respiratorias.		SI			NO		
Sensibilización frente a alimentos.		SI			NO		
FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES:							
ACAROS:		SI			NO		
POLENES:		SI			NO		
HUMO DE TABACO:		SI			NO		
POLVO DOMESTICO:		SI			NO		
ALERGENOS DE ANIMALES		SI			NO		

14.2 Cronograma de actividades

CONCEPTOS.	ENE. 12	FEB. 12	MAR. 12	ABR. 12	MAY. 12	JUN. 12	JUL. 12	AGO.12	SEP. 12	OCT. 12	NOV.12	DIC. 12	ENE. 13	FEB. 13	MARZO 13
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO															
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR EL COMITE LOCAL DE INVESTIGACIÓN															
REALIZACIÓN DE MEDICIONES															
ANÁLISIS ESTADÍSTICO															
DIFUSIÓN DE RESULTADOS															
ESCRITO MÉDICO CON FINES DE PUBLICACION.															

14.3 Carta de Consentimiento Informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha: -

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología.

En el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba, Veracruz.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o CNIC _____

El propósito del estudio es: Determinar la Eficiencia en la obtención de la muestra del Tamiz Neonatal ampliado en una unidad de primer nivel de atención.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Responder los instrumentos de medición que me serán aplicados por personal que se identifica como Medico residente integrantes del equipo de investigación del mencionado proyecto.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Tengo como beneficio saber si este fenómeno está o pudiera estar afectando mi vida personal, familiar, laboral. El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial, también se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante:

ABRIL ALICIA ALMENDRA ZAMUDIO

Nombre, firma y matrícula del investigador principal,

Testigos: _____

14.4 Autorización.

Carta Dictamen Página 1 de 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado
Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3102
H GRAL ZONA NUM 8, VERACRUZ SUR

FECHA 04/10/2012

DRA. VERONICA MEDEL IBAÑEZ
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Clasificación de la Severidad a través del Consenso GINA y factores de riesgo en pacientes con Asma Infantil en control por Alergología. En el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba, Veracruz.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3102-20

ATENTAMENTE

DR.(A) JOSÉ RAMÓN DELGADO MARTÍNEZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3102.

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL