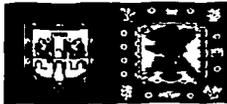


11237

239



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

**ACTITUD DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA DE LA SSDF
ANTE EL USO DE LA AMINOFILINA INTRAVENOSA A
PACIENTES CON CRISIS ASMÁTICA, EN LOS SERVICIOS DE
URGENCIAS.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR:

DR. DANIEL RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

DIRECTORA DE TESIS:
Dra. María Guadalupe López Gómez

- 2003 -

A

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

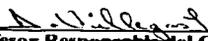
ACTITUD DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA DE LA SSADF ANTE EL USO DE LA AMINOFILINA INTRAVENOSA A PACIENTES CON CRISIS ASMÁTICA, EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

DR. DANIEL RODRÍGUEZ GONZÁLEZ



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Vo. Bo.
Dr. Moisés Villegas Ibery


**Profesor Responsable del Curso de
Especialización en Pediatría**

Vo. Bo.
Dr. Roberto Sánchez Ramírez


Director de Educación e Investigación



DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

B

ACTITUD DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA DE LA SSADF ANTE EL USO DE
LA AMINOFILINA INTRAVENOSA A PACIENTES CON CRISIS ASMÁTICA, EN
LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

DR. DANIEL RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

Vo. Bo.

Dra. María Guadalupe López Gómez



Director de Tesis
Médico Adscrito al Hospital Pediátrico Moctezuma
Secretaría de Salud del D.F.

Sección General de Bibliotecas
Enviar en formato electrónico e impreso
de mi trabajo recepcional.
Dra. Daniel Rodríguez
González
17-56-53
González

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C

Agradecimientos

Dedico esta tesis a lo que más adoro en este mundo: mi esposa Tere y mi hijo Dany, que en todo momento me han dado ánimos para continuar el camino, aunque sea arduo y difícil.

A mis papás, que siempre han estado conmigo apoyándome incondicionalmente, además de que ambos son un gran ejemplo a seguir.

***A la Universidad Nacional Autónoma de México.
Institución que me brindó la oportunidad de cultivar en mí la ciencia.***

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODOS	17
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	27

E

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad muy frecuente en nuestro país, y aunque un grupo especializado de médicos ha permitido un mejor conocimiento de la enfermedad y han emitido recomendaciones sobre su diagnóstico y tratamiento, aún existe una elevada frecuencia de subdiagnóstico y terapéutico no adecuada. "En la actualidad se considera que los principales factores que contribuyen a su morbi-mortalidad son el subdiagnóstico y tratamiento inapropiado, los cuales pueden ser el resultado de una educación médica inadecuada" ¹Toma mayor relevancia por ser una causa importante de ausentismo escolar, pobre desempeño académico, además de asociarse con limitaciones en la actividad física y alteraciones en la dinámica familiar. Es por esto que la presente investigación se enfoca al aspecto del tratamiento correcto de la crisis asmática para así fundamentar la o las actitudes que conducen a una terapéutica errónea de esta patología en los hospitales de la red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

El asma se considera una enfermedad crónica inflamatoria de las vías respiratorias inferiores, las que presentan un aumento de su reactividad ante diversos estímulos, manifestándose como obstrucción generalizada de las mismas, la que clásicamente incluye aumento de la producción de moco, edema de la submucosa y constricción del músculo liso bronquial.

Se considera que la traquea y los bronquios tienen en sus paredes músculo liso que al contraerse ocasionan una disminución de su luz, por lo que pueden responder a distintos estímulos que se les aplique, es así que cuando una respuesta exagerada a estos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estímulos se considera hiperreactividad bronquial, la cual cabe considerar no es exclusiva del asma, pues puede presentarse en enfermedades tales como la bronquitis crónica, fibrosis quística, infecciones virales respiratorias y exposición a inhalación de gases tóxicos. El asma evoluciona por crisis o exacerbaciones las cuales tienen una duración e intensidad variables dependiendo de diversos factores; así la crisis asmática se caracteriza por obstrucción, dificultad respiratoria súbita y progresiva, conduciendo a la presencia de signos y síntomas respiratorios como disnea, tos, sibilancias, estertores y otros.

No hay una clasificación totalmente satisfactoria para esta enfermedad, pues ninguna de ellas incluye todas las características etiológicas, diagnósticas, terapéuticas, etc. La mayoría de los pacientes asmáticos desarrollan una crisis asmática si se exponen a un estímulo suficientemente intenso y adecuado, de ahí que hayan surgido los términos poco específicos de asma por ejercicio, por frío, por infección, por ácido acetilsalicílico, asma nocturna, etc. De acuerdo a esto, el asma se ha dividido clásicamente en asma alérgica (extrínseca, inmunológica o atópica) y asma no alérgica (intrínseca, no inmunológica no atópica). Asimismo existe la clasificación del asma crónica para evaluar la condición general del paciente asmático, el plan de tratamiento y la efectividad del mismo, en asma leve, asma moderada y asma grave.

De manera general, el asma se considera una enfermedad bastante frecuente, aunque los estudios epidemiológicos en distintas partes del mundo han demostrado una prevalencia variable, desde zonas casi inexistentes de asma como en Suecia y Gambia, hasta prevalencias elevadas en poblaciones de Nueva Zelanda (de hasta el 25% de la población) "Algunos estudios en México hacen suponer que la frecuencia del asma varía

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

entre el 5% y el 10% de la población general, lo que equivale a decir que de uno de cada diez o 20 individuos presenta este padecimiento"²

En México existen pocos estudios sobre la morbi-mortalidad por asma, sin embargo un registro del IMSS en 1990, informa que el asma ocupaba el 18°. Lugar como causa de hospitalización en la población de derechohabientes ¹⁴

"A pesar de que los estudios de prevalencia en la población escolar se han realizado en forma aislada y con diferente metodología, fue posible observar en los trabajos efectuados que los resultados son semejantes. Esto permite considerar que la prevalencia del asma en niños escolares de diferentes regiones de la República Mexicana es de aproximadamente 12%, que la enfermedad se inicia desde los primeros años de edad, 73% antes de cumplir tres años, y que el riesgo de presentar este trastorno es mayor cuando alguno de los padres lo padece o lo ha padecido. Sin embargo, se requieren estudios más amplios que abarquen una población de niños mexicanos, con lo cual se mejorará la apreciación acerca de la prevalencia del asma"³

En todos los sujetos con asma, incluso en aquellos que se encuentran asintomáticos, existen alteraciones anatomopatológicas en las vías aéreas, entre las que destacan destrucción epitelial, inflamación con abundante infiltrado de eosinófilos y en menor grado de otras células inflamatorias, hiperplasia e hipertrofia de la musculatura lisa bronquial, vasodilatación y edema; dichos hallazgos varían en cuanto a intensidad de persona a persona, y guardan relación estrecha con la gravedad del asma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Después del estímulo adecuado en un paciente con hiperreactividad bronquial se pueden presentar dos tipos de respuesta: la primera o reacción inmediata se inicia rápidamente con una duración de 0.5 a 1.5 horas y básicamente existe constricción del músculo liso bronquial, y una fase tardía cuya instalación es lenta y progresiva, iniciando de 2 a 4 horas después del estímulo, y con duración de uno o varios días, y se relaciona con un proceso inflamatorio que afecta predominantemente las vías respiratorias de pequeño calibre. En la primera fase se observa mejor respuesta a beta agonistas inhalados así como a la teofilina, y en la segunda fase se obtiene mejoría importante con esteroides.

De esta manera, gracias al conocimiento de la fisiopatología es posible elaborar un tratamiento oportuno y eficaz, que desafortunadamente por la gran complejidad de los mecanismos neuroinmunológicos en muchas ocasiones obliga a proporcionar varios medicamentos, por la insuficiente acción de uno solo (broncodilatador)³

El cuadro clínico del asma lo constituye la crisis asmática, en la cual pueden presentarse uno o más síntomas, tales como tos, sibilancias, expectoración, sensación de opresión torácica y disnea, los cuales en general se presentan con mayor frecuencia e intensidad por la noche y disminuyen o desaparecen durante el día, esto en relación al ritmo circadiano del tono muscular bronquial.

Existen diversas clasificaciones sobre la gravedad y en relación al pronóstico de la crisis asmática, el cual no es el objetivo de este trabajo, pero se mencionará la que recomienda el manual para el manejo del asma de 1998 ³¹ por ser fácilmente accesible y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

no incluir parámetros gasométricos, los cuales no se encuentran disponibles en todos los hospitales de nuestra ciudad.

Síntomas	Leve	Moderada	Severa*
Alteración de la conciencia	No	No	Sí
Cansancio físico	No	No	Sí, puede haber movimiento paradójico del tórax
Habla	Oraciones	Frasas	Palabras
Pulso paradójico	No palpable	Tal vez palpable	Palpable
Frecuencia del pulso	<100	100-200	>200
Cianosis central	Ausente	Ausente	Frecuentemente presente
Intensidad de las sibilancias	Variable	Moderada a intensa	Frecuentemente silencio
Flujo espiratorio	>60%	40-60%	<40% o <100L
FEVI (% predicho)+	>60%	40-60%	>40% o >1 Litro
Gasometría arteria	No realizar	Realizar si la respuesta inicial no es favorable	Sí

*Cualquiera de estas características indica que el episodio es severo. La ausencia de cualquiera de estas características no excluye una crisis severa.

+ Tomado de la referencia bibliográfica 31.

En cuanto al diagnóstico es fundamentalmente clínico en base al historial médico, el cual incluye antecedentes, sobretodo de atopia personal o familiar, cuadros previos, y las características de la crisis actual, así como antecedentes previos de cuadros similares anteriores, etc. No existe un examen de laboratorio que haga el diagnóstico de asma, sin embargo, algunos estudios pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico (pruebas de función respiratoria) o bien para tratar de diferenciar si es asma alérgica o no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

alérgica (detección de IgE específica, eosinófilos en sangre y en moco nasal), para hacer el diagnóstico diferencial (radiografía de tórax) o para detectar enfermedades asociadas.

En los últimos años se han logrado avances en el tratamiento del asma, basados en la comprensión de la fisiopatología y etiología de la misma. El tratamiento actual debe incluir siempre diversas medidas generales, las cuales van encaminadas básicamente a la prevención y control de las crisis asmáticas, tanto en su frecuencia como en su intensidad, y factores farmacológicos

Antes de describir la secuencia terapéutica que se aplica a los asmáticos cabe señalar que el manejo de la crisis asmática depende de la intensidad de la crisis, mientras que el manejo a largo plazo, depende de la gravedad global del asma según diversos criterios existentes.

Antes de iniciar un tratamiento farmacológico se debe recordar las características farmacodinámicas y farmacocinéticas del mismo, pues en algunas ocasiones los efectos adversos rebasan en intensidad al beneficio a obtener al administrarlo. Estos medicamentos de uso común en el asmático se pueden dividir básicamente en tres grupos:

- Los que solo actúan en la fase inmediata de la crisis y cuyo efecto principal es la broncodilatación, son sintomáticos y por lo tanto no modifica la enfermedad, de acuerdo a la fisiopatología ya tratada anteriormente;
- Los que actúan en la fase inflamatoria tardía de las crisis (esteroides), y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Los preventivos o antiinflamatorios tópicos que a largo plazo disminuyen la hiperactividad bronquial, cambiando el curso de la enfermedad.

En el primer grupo se encuentran los agonistas beta 2, cuya acción es relajar el músculo liso bronquial al estimular los receptores beta, con cierto efecto en la liberación de los mediadores inflamatorios y en la eliminación del moco.

Otros broncodilatadores son los derivados de las metilxantinas, se desconoce exactamente su mecanismo de acción, aunque se sabe que actúan por inhibición de la fosfodiesterasa (aumentando la concentración del adenosín mono fosfato (AMP), estimulan la contractibilidad del músculo diafragmático e interactúan con la adenosina, asimismo recientemente se le atribuyen efectos antiinflamatorios.

La teofilina, que es el producto final del metabolismo de la aminofilina ha sido un medicamento popular para el manejo del asma por cerca de 50 años, sin embargo, la introducción de nuevos agentes farmacológicos, la preocupación acerca de la toxicidad de la teofilina y las recomendaciones emitidas por guías de manejo para los asmáticos, han contribuido a la disminución de su uso. Aunque tradicionalmente ha sido clasificada como broncodilatador, la habilidad de la teofilina para el control crónico del asma es desproporcionalmente grande con respecto a su pobre efecto broncodilatador; de hecho, la teofilina tiene efectos inmunomoduladores, antiinflamatorios y broncoprotectores que contribuyen potencialmente a su eficacia como fármaco profiláctico antiasmático, no siendo así su utilidad en el tratamiento de la crisis asmática.

La teofilina regula la función de las células inflamatorias e inmunes in vivo e in vitro con inflamación de las vías aéreas; en pacientes con asma alérgica atenúan la fase

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tardía en la obstrucción de la vía aérea y la respuesta de la misma a la histamina y disminuye la migración mediada por alérgenos de eosinófilos activados hacia la mucosa bronquial. En pacientes con asma leve, la teofilina reduce la reactividad de la vía aérea a la histamina, metacolina, alérgenos, dióxido de sulfuro, agua destilada y adenosina, cubriendo así sus efectos broncoprotectores. Además, la teofilina también disminuye la fatiga muscular en el músculo diafragmático, incrementa el aclaramiento mucociliar y actúa centralmente al bloquear la disminución de la ventilación, que ocurre en la hipoxia sostenida.

La teofilina incrementa la concentración intracelular de los nucleótidos cíclicos en el músculo liso de las vías aéreas y en las células inflamatorias al inhibir la hidrólisis de estos nucleótidos mediada por la fosfodiesterasa. La inhibición de las fosfodiesterasas tipo III y IV relajan el músculo liso de las arterias pulmonares y del músculo liso, mientras que sus acciones antiinflamatorias e inmunomoduladoras resulten probablemente de inhibir las isoenzimas tipo IV. Las propiedades broncoprotectoras parecen estar mediadas por un mecanismo de acción molecular común, pero desconocido, que no involucra la inhibición de la fosfodiesterasa o el antagonismo de los receptores de adenosina. La estimulación central de la respiración, náusea y vómito, y arritmias cardiacas resultan de concentraciones séricas tóxicas y probablemente mediadas por la inhibición de la fosfodiesterasa.

La teofilina, parece ser poco útil en el tratamiento rutinario de las exacerbaciones agudas del asma en pacientes que reciben terapia óptima con agonistas beta 2 inhalados y corticosteroides. Existen argumentos basados en múltiples estudios de investigación que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

han hecho que su uso en la crisis asmática decaiga 15, 18, 19, 22, 24, 26, 30, entre ellos se incluyen: Es un fármaco con un estrecho índice terapéutico, por ejemplo, la diferencia entre las concentraciones séricas terapéuticas y tóxicas es pequeña. Muchos pacientes experimentan menores efectos adversos con concentraciones dentro del rango terapéutico (10 a 20 microgramos por mililitro). La aminofilina usada en el tratamiento del asma aguda proporciona poca broncodilatación adicional cuando se han administrado dosis máximas de beta agonistas. Los efectos colaterales comunes son principalmente cardiovasculares (taquicardia, arritmias, hipertensión arterial); gastrointestinales (anorexia, náuseas y vómitos, dolor abdominal, sangrado gástrico); alteraciones neurológicas (convulsiones, nerviosismo, cefalea, temblores, coma y muerte) y metabólicas (hiperglucemia e hipokalemia) Se piensa que para obtener un efecto broncodilatador exigiría dosis por encima del nivel terapéutico y así bloquear el efecto de la fosfodiesterasa, lo cual incrementa la frecuencia de efectos colaterales al administrarse.

Se han realizado múltiples estudios los cuales confirman la poca utilidad de la aminofilina en el manejo de la crisis asmática por medio de parámetros clínicos de gravedad, gasométricos, con pruebas de función respiratoria y de estancia intrahospitalaria dando resultados similares cuando se aplican a pacientes con crisis leves y moderadas. Pero cabe mencionar que se ha visto utilidad en el manejo de crisis graves y en los casos de estado asmático 17, 20, 21, 27, 28

Como una propuesta de descubrir primero estas "rutinas" poco científicas y hacer conciencia a los médicos en formación apearse a los estudios y avances científicos en sus áreas de interés, y revisar con el personal de base aquellos manejos terapéuticos que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sean una "rutina" para aplicar los métodos más benéficos para los pacientes. Por lo que planteo la siguiente pregunta:

¿Cuál es la actitud de los Médicos Residentes de Pediatría de la Secretaría de Salud del D.F. ante el uso de la aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática en los servicios de urgencias?

GENERALIDADES SOBRE ACTITUD:

CONCEPTO DE ACTITUD Y SU OPINIÓN

A través de los años se han propuesto muchas definiciones, y las ofrecidas por los siguientes autores son ejemplo de esa diversidad: ⁵

Cook y Sellitz (1964) señala: "considerar las actitudes como una disposición fundamental que interviene junto con otras influencias en la determinación de una diversidad de conductas hacia un objeto o clase de objetos, las cuales incluyen declaraciones de creencias y sentimientos acerca del objeto y acciones de aproximación-avoidance con respecto a él". Ross define las actitudes como "Las estructuras mentales que organizan y evalúan la información". En una publicación hecha en 1928, Thurstone dice: "El concepto de actitud se usará aquí para denotar la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado". Para Arias Galicia ², "la actitud es la predisposición para reaccionar favorable o desfavorablemente hacia un objeto psicológico; un objeto psicológico es cualquier símbolo, dicho, persona, institución o cosa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ante los cuales tomándolos como referencia, la gente difiere en el grado y tipo de reacción".

A pesar de las muchas interpretaciones del significado de actitud hay varias áreas que muestran un acuerdo esencial. Primero, existe el consenso general de que una actitud es una predisposición a responder a un objeto. Una segunda área es que la actitud es persistente, lo cual no significa que sea inmutable. Un tercer aspecto es que la actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales; ya sea de aproximación o evitación del objeto. Por último, la actitud tiene una cualidad direccional (motivacional, afectiva sobre el objeto) En el caso del campo clínico cobra mayor importancia la definición de actitud en relación con el razonamiento clínico el cual involucra las características de la adquisición de conocimientos de los médicos residentes en formación y el proceso de aprendizaje. Cabe mencionar en este apartado las dos principales miradas a través de las cuales puede apreciarse el razonamiento clínico: la visión ingenua, la cual aprecia el razonamiento clínico como una actividad intelectual en la búsqueda del diagnóstico que desestima otras problemáticas relacionadas con el mismo; y la mirada alternativa que ve al razonamiento clínico como una actividad mediada por la crítica que se extiende para reflexionar, contrastar, debatir y confrontar enfoques y diversos puntos de vista.

Debido a que la actitud no se puede medir directamente es a través de la expresión verbal (OPINIÓN) que se infiere ésta.

Klineberg (9163) afirma que las opiniones se encuentran estrechamente relacionadas con las actitudes, puesto que lo que creemos que es cierto respecto a un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

objeto o a un grupo, manifiestamente desempeñará su parte en la determinación de nuestra disposición para reaccionar de cierta manera en lugar de hacerlo de un modo distinto.

Maier (1964) entiende por opinión una interpretación de algún acontecimiento específico, conducta u objeto, esto significa que la opinión está influida en parte por lo que ha ocurrido (los hechos) y en parte por la actitud del observador.

Se podría decir, por un lado que la palabra "actitud" debe usarse para indicar lo que estamos preparados a hacer y por el otro considerar a la "opinión" para representar lo que creemos o consideramos que es cierto o correcto.

MEDICIÓN DE ACTITUDES

El acto de medir es la asignación de números a algunas observaciones. En otras palabras comparar magnitudes.

Si el fenómeno es la actitud, el proceso de medir se hace más complejo porque las actitudes no pueden observarse directamente, sino que necesitan inferirse a través de la conducta.

No es una novedad que siempre exista un grado de discrepancia entre el resultado que nos da el instrumento de medición y el valor "verdadero" de lo que el científico desea medir. En lo que se insiste es en utilizar el instrumento que nos acerque a la realidad.

Para la investigación de actitudes, Thurstone propuso un método para medirlas: señaló que las aseveraciones de opinión simbolizaban las actitudes y estas podrían medirse desarrollando escalas con tal tipo de aseveraciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El método de Thurstone se conoce como "Escala de intervalos aparentemente iguales". Las escalas tratan de distinguir o clasificar a los ítem (aseveraciones) en categorías. Posteriormente, el investigador selecciona de estas categorías algunos ítem (entre 15 ó 20) para formar la escala. Los ítem se eligen de cada una de las categorías ordenadas, dando preferencia a aquellos en cuyos rangos están en desacuerdo los jueces (esto se conoce como Ley de Juicio Comparativo)

La técnica de Thurstone tiene las siguientes etapas:

Recopilación de ítem.- En esta primera etapa, el investigador estructura un gran número de ítem, por lo general entre 100 a 200; cada ítem debe de tener las siguientes características: debe preguntarse en tiempo presente, expresar una sola idea, ser breve, no ser ambiguo, ser relevante, y ser de manera tal, que permita aprobar o desaprobado las actitudes.

Ordenar los ítem.- En esta etapa, se les entrega la cantidad de ítem escogidos a jueces previamente seleccionados con base en las técnicas de muestreo probabilístico (varían entre 50 a 300 para 150 ítem en una escala hipotética que consta de 11 categorías, iniciando de muy favorable, neutral, hasta muy desfavorable.

Calcular la mediana.- En esta etapa se estudia la distribución de las respuestas en cada ítem, según las respuestas dadas por los jueces.

Se necesitan las medianas para examinar la posición del ítem o el valor de escala.

Debido a que el método de Thurstone es muy laborioso, en 1932, Likert publicó una monografía en la que propuso un método más sencillo. "El método de Likert de calificación de una escala de actitud, con determinado número de reactivos, produce

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

consistentemente resultados más confiables que el método de Thurstone para calificar la escala" 7

El método de Likert es una escala aditiva con un nivel ordinal.

Para construirla se requiere de seis etapas:

Compilar ítem.- En esta etapa el investigador debe formular una serie de ítem que expresen un amplio rango de actitudes desde las muy positivas hasta las muy negativas. A cada ítem se le asignan varias alternativas que el sujeto debe contestar (una sola de ellas), estas pueden ser:

Muy de acuerdo.

De acuerdo.

Ni de acuerdo, ni desacuerdo.

En desacuerdo.

Muy en desacuerdo.

Por lo general se usan cinco expresiones fijas para cada ítem, pero se pueden usar 3, 4, 6 ó 7.

Posteriormente, se le asigna una puntuación a dichas expresiones (4, 3, 2, 1, y 0 ó 0, 1, 2, 3, y 4) de mayor a menor o de menor a mayor, según convenga al investigador.

Administrar los posibles ítem.- A una muestra de personas con características similares a las de aquellos a quienes se aplicará la escala final, se les distribuyen los ítem (prueba piloto).

Calcular la puntuación total.- En esta etapa se calcula la puntuación total de cada persona, sumando el valor de cada ítem que ha marcado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Determinar el poder discriminativo.- Aquí, el investigador debe determinar las bases para la selección de los ítem de la escala final. La idea es encontrar ítem que consistentemente separen a los ítem que tienen una actitud "alta", de los que tienen una actitud "baja".

Se puede utilizar el método de análisis de ítem y obtener así el poder discriminativo (PD) de los ítem, para ello se sigue el siguiente procedimiento:

- 1.- Ordenar las puntuaciones de la prueba piloto, donde el más alto cupe el primer lugar, así , hasta el más bajo.
- 2.- Comparar los rangos del cuartil (C1) y el cuartil (C4)
- 3.- Posteriormente estos dos grupos se colocan en una tabla en donde se indican las puntuaciones en cada ítem y el puntaje total de cada una de las personas.
- 4.- Después se deberá calcular los promedios de cada ítem en cada uno de los grupos. Una vez calculados se usa la siguiente fórmula:

$$t = \frac{PD}{\frac{S^2m1 + S^2m2}{(N1 - 1)(N2 - 2)}}$$

Donde:

T= la estadística de "t" estudiante.

PD= La diferencia entre medidas de C1 y C4.

S²= La varianza de cada grupo.

N= número de resultados en cada grupo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Selección de ítem.- Después de calcular los valores de "t" para cada ítem, se consulta la tabla de estadísticas para "t" y se seleccionan aquellos ítem que son significativos en un nivel determinado de alfa, o se pueden seleccionar directamente los ítem que tienen el valor de PD más grande.

Otras formas de medir la actitud pueden ser a través de las escalas perfectas de Guttman (nunca se logran en la práctica) Escalas Multidimensionales y las Técnicas Fisiológicas.

JUSTIFICACIÓN

Un médico residente es un médico en formación para una especialización, a menudo sucede, en la práctica cotidiana de los médicos residentes, "vicios" en el manejo de patologías frecuentemente atendidas en los servicios de urgencias y se toman conductas poco científicas y digámoslo un "manejo por experiencia"; tanto de médicos adscritos como de médicos en formación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación es un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. -Médico residente de pediatría de la SSA D.F.
2. -Que sea encuestado en el periodo de noviembre a diciembre de 2001.
3. -Cualquier nivel de residencia.
4. - Cualquier sexo.

Se excluyeron:

1. -Otros médicos residentes de la SSA D.F.
2. - Que sea encuestado fuera del periodo de estudio.
3. - Que no quiera participar en el estudio.
4. - Aquellos médicos residentes que siendo incluidos en el estudio NO tengan totalmente la información que se pide en el cuestionario de opinión.

Del 1 al 31 de enero del 2002 se aplicó una encuesta de opinión a 93 médicos residentes de pediatría de la Secretaría de Salud del D.F.

El cuestionario fue estructurado con la escala de Likert con un continuo psicológico de Muy de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni desacuerdo, Desacuerdo y Muy en desacuerdo; Agregándoseles valores de 1, 2, 3, 4 y 5 considerando al 1 como la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

actitud más negativa (uso de la aminofilina intravenosa en crisis asmática leve o moderada, según la bibliografía esto no debe de hacerse) y al 5 como la actitud más positiva (NO usar aminofilina intravenosa en crisis asmática leve o moderada, según la bibliografía esto debe de promoverse. Se colocaron en el cuestionario ítem positivos con su correspondiente continuo psicológico con valores de 5,4,3,2, y 1; e ítem negativos con sus valores de 1,2,3,4 y 5 (ver cuestionario con valores).

Para el análisis estadístico de la información obtenida se aplicaron estadísticas descriptivas incluyendo: medidas de tendencia central y de dispersión. Y se midió la actitud alcanzada en porcentaje con referencia a que el valor más alto de actitud es el 5 para cada ítem y se construyeron 25 ítem aplicados a 93 personas nos da el máximo puntaje de: 11625.

Los textos, cuadros y gráficas fueron procesados en una microcomputadora PC a través de los siguientes programas: Microsoft Word y Excel versión 98.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

El estudio arrojó los siguientes datos:

Se aplicaron cuestionarios de opinión a 93 médicos residentes de pediatría de la SSDF. femeninos fueron el 62% y masculinos el 38% (Figura 1) La edad media fue de 27.81 años con una desviación estándar de 1.96, una mediana y moda de 27. El 37% fueron residentes de 1º año; el 30% residentes de 2º y el 33% residentes de 3º año (Figura 2) El estado civil predominante fue el soltero con un 63% (Figura 3) El 100% de los encuestados ha atendido a pacientes con crisis asmáticas en los servicios de urgencias de los hospitales de la SSADF. El 82.79% ha usado aminofilina intravenosa como manejo en pacientes con crisis asmática.

Como se puede observar en la tabla 1 la actitud alcanzada por los médicos residentes de 1º año fue de 68.98%. Destaca que las actitudes más negativas se refieren a la imitación, experiencia o rutina de los médicos adscritos (Item 13 con 52.35%; item 24 con 58.23% e item 27 con 58.82%)

Los médicos residentes de 2º año tuvieron una actitud del 69.94%. como se describe en la tabla 2. La actitud más negativa se refiere al consejo, imitación, experiencia o rutina de los médicos adscritos (Item 9 con 49.28%; item 13 con 42.14%; item 24 con 42.85% e item 27 con 54.28%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La actitud alcanzada de los médicos residentes de 3° año fue de 69.05%. Destaca que las actitudes más negativas se refieren al igual que en los residentes de 1° año a los items: 13 (44.51%); 24 (46.45%) y 27 (50.96%) (ver tabla 3)

Como se describe en la tabla 4, la actitud en general de los médicos residentes fue de 69.29%. Las actitudes negativas fueron encontradas en los items: 9 (56.77%); 13 (46.66%); 24 (49.67%) y 27 (54.83%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

El análisis global de la encuesta reportó una actitud de los médicos residentes de pediatría ante el uso de la aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve o moderada, en los servicios de urgencias, del 69.29%. La actitud más positiva es el 100% (NO usar la aminofilina intravenosa en crisis asmática leve o moderada, según la bibliografía esto debe de promoverse) y la actitud más negativa lo contrario.

Dentro de estos resultados el 100% de los médicos residentes ha manejado pacientes con crisis asmática en el servicio de urgencias en algún momento y que 82.79% de estos ha utilizado aminofilina para el manejo de estos pacientes, con lo que se demuestra en primer lugar de acuerdo a la literatura que el asma es una enfermedad frecuente y de importancia por su efecto en la vida de los niños afectados, y en segundo lugar que en los servicios de urgencias de los hospitales que conforman la red de la Secretaría de Salud del d. F. se continúa usando con una alta frecuencia la aminofilina como manejo de la crisis asmática leve y moderada, contrario a lo que se recomienda en la literatura especializada y actualizada con respecto al tratamiento del asma.

La actitud de los residentes por grado académico fue muy similar a la general, existiendo una diferencia estadísticamente no significativa entre los residentes de primer, segundo y tercer grado (69.98%, 69.94% y 69.05% respectivamente) Por lo anterior se puede considerar que la rotación que tienen los residentes de segundo año por el servicio de neumología pediátrica contribuye escasamente sobre la actitud de estos con respecto al

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

uso de la aminofilina en la crisis asmática, pues es mínima la diferencia entre estos y los residentes de primer y tercer año.

Se destaca que las actitudes más negativas se refieren al consejo, imitación, experiencia o rutina de los médicos adscritos señaladas en los siguientes ítem:

9. - El consejo de mi médico adscrito para el manejo de un paciente con crisis asmática leve o moderada es el uso de aminofilina intravenosa como rutina.	56.77%
13. - He notado que los médicos adscritos usan la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada	46.66%
24. - En general, los médicos adscritos por experiencia nos enseñan a usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	49.67%
27. -Pienso que el uso de la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es una rutina por experiencia.	54.83%

Estos resultados se relacionan con los conceptos mencionados en la introducción con respecto a la adquisición de conocimientos y proceso de aprendizaje, encontrando que estos se asocian fuertemente a la adquisición en cierta forma empírica de los conocimientos, y en cambio no se relaciona con la disposición de medicamentos útiles en el tratamiento de la crisis asmática dentro de nuestros hospitales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo encontrado en este estudio de investigación se hacen algunas sugerencias que pueden incidir en la mejora de la calidad de atención a los pacientes en los servicios de urgencias de los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal:

Que los residentes de los tres grados que componen la especialidad de pediatría continúen rotando al servicio de neumología pediátrica para adquirir conocimientos relacionados a esa área que sean útiles en el manejo de niños con crisis asmática.

Modificar el proceso de enseñanza desde sus bases más esenciales y en conjuntos con todas las áreas involucradas para que los médicos en formación y los ya formados de la especialidad de pediatría adquieran los conocimientos teóricos de manera completamente científica y basado sobre escritos publicados y no de manera empírica y por transmisión de experiencia y rutina por parte de otros médicos de mayor jerarquía.

Se sugiere que en manejos "rutinarios" de algunas patologías en los servicios de urgencias se discuta esta modalidad de tratamiento apoyada en la revisión bibliográfica a través de un comité intra y extra hospitalario que permita un manejo más científico y menos empírico o por experiencia no comprobada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sierra Monje, Juan José L. Asma aguda. **Boletín de Hospital Infantil de México**, volumen 56, No. 3, marzo 1999.
2. H. Vargas Mario. Diagnóstico y tratamiento del asma. **Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias**, México, Vol. 7, No. 1, enero-marzo, 1996.
3. Sierra Monje Juan José L. Alergia e inmunología. **Asociación Mexicana de Pediatría**. 1997, editorial McGraw-Hill-Interamericana.
4. Miles Weinberg; Leslie Hendeles. Teophylline in asthma. **The New England Journal of Medicine**, Marzo 1996, Vol. 334, No. 21
5. Ruth Cerino Javier et al. Evaluación y manejo de la crisis asmática en niños. **Criterios Pediátricos. Instituto Nacional de Pediatría**. Enero-febrero, 1995, Vol II, No 2,3 y 4.
6. López de Luna Raúl. Proyecto normativo para la clínica del asma. **Ediciones del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional La Raza**, 1996. IMSS.
7. Garay Cabada Roberto. Manejo de la exacerbación del asma en el consultorio. **Boletín Médico del Colegio de Pediatras de Sonora**. 1998. Vol 6, No. 8
8. Bower AD; Burkett GL. Family physicians and generic drugs: a study of recognition information, resources, prescribing attitudes and practices. **Journal of Family Practice**, 1997, Junio, Vol. 24, No. 6, páginas 612-616.
9. Mendoza Martínez María del Rosario et al. Manual de información básica para la elaboración de protocolos de investigación. **Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de enseñanza e investigación**. 2000.
10. Summer, Gene F. **MEDICION DE ACTITUDES**. México, Editorial Trillas 1986.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11. Arias Galicia, Fernando. **ACTITUDES, OPINIONES Y CREENCIAS**. México, Editorial Trillas, 1980.
12. **STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE PC+**. Versión 2.0. S.P.S.S. Inc. 1988
13. NamakForoosh, M. **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**. México, Editorial Limusa, 1989.
14. Martínez Cairo Cueto, Salas Ramírez M., Segura Méndez N. H. Aspectos epidemiológicos del asma bronquial en la República Mexicana.. **Gaceta Mexicana de Medicina**, 1996, Mayo-junio, Vol. 131, No. 3, páginas 277-282.
15. Murphy G. Daniel et al. Aminophylline in the treatment of acute asthma when beta 2 adrenergic and steroids are provided. **Archives of Internal Medicine**. Vol. 153, Agosto 9, 1999.
16. Salas Hernández Jorge. Recomendaciones de la red de control del asma. **Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias**, México, Vol 12, No. 3, Julio-septiembre ,1999. páginas 159-160.
17. Michael Young; South Mike. Randomised controlled trial of aminophylline for severe acute asthma. **Archives of Disease in Childhood**, 1998, vol 79, noviembre, páginas 405-410.
18. Siegel D., Sheppard D., Gelb A., Weinberg PF. Aminophylline increases the toxicity but not the efficacy of an inhaled beta-adrenergic agonist in the treatment of acute exacerbation of asthma. **American Review Respiratory Diseases**, 1996, Agosto, No. 132, No. 2, páginas 283-286.
19. Coleridge J., Cameron P., Epstein J., Teichtahl H. Intravenous aminophylline confers no benefit in acute asthma treated with intravenous steroids and inhaled bronchodilators. **New Zealand Journal of Medicine**, Agosto, Vol. 23, No. 4, páginas 348-354.
20. Roberts S. Ream et al. Efficacy of IV teophylline in children with severe status asthmaticus. **Chest**, 2001, Vol 119, páginas 1480-1488

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

21. Carter E. et al. Efficacy of intravenously administered theophylline in children hospitalized with severe asthma. **Journal of Pediatrics**, 1998, Marzo Vol. 122, No. 3, páginas 470-476.
22. Needleman JP. Et al. Theophylline does not shorten hospital stay for children admitted for asthma. **Archives of Pediatric and Adolescent Medicine**, 1997, Febrero, Vol 149, No. 2, páginas 206-209.
23. British Thoracic Society. Acute severe asthma in adults and children. **Thorax** 1998, Vol 48, páginas 12-18.
24. Fanta Taussig et al. Emergency treatment of asthma: relationships among therapeutic combination, severity of obstruction and time course of response. **American Journal of Medicine** 1998, Vol 72, páginas 1784-1788.
25. Rodrigo C., Rodrigo G., Treatment of acute asthma. Lack of therapeutic benefit from aminophylline given in addition to high doses of salbutamol delivered by metered dose inhaler with spacer **Chest.**, 1997, Vol 106, páginas 1071-1076.
26. Zainudin BM., Ismail O., Yusoff K. Effect of adding aminophylline infusion to nebulised salbutamol in severe acute asthma. **Thorax** 1994, Vol 49, páginas 267-269.
27. Pierson W., Biernam C., Stamm S., VanArsdel P. Double-blind trial of aminophylline status asthmaticus. **Pediatrics** 1999, Vol 48, páginas 642-646.
28. Carter E. Et al. Efficacy of intravenously administered aminophylline in children hospitalized with severe asthma. **Journal of Pediatrics**, 1993, Vol 122, páginas 470-476.
29. Niewoehner DE. Theophylline therapy: a continuing dilemma. **Chest** 2000, Vol 98, No. 5.
30. Self TH., Ellis RF., Abou-Shala N., Amarshi N. Is theophylline use justified in acute exacerbations of asthma? **Pharmacotherapy** 1999, Vol 9, páginas 260-266.
31. National Asthma Campaign. **ASTHMA MANAGEMENT HANDBOOK** 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECRETARÍA DE SALUD DEL D.F.

CUESTIONARIO DE OPINIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA ANTE EL USO DE LA AMINOFILINA INTRAVENOSA A PACIENTES CON CRISIS ASMÁTICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Instrucciones: conteste lo que se le pide en forma completa y clara.

1.- SEXO

MASCULINO ()

FEMENINO ()

2.- EDAD

3.- NIVEL DE RESIDENCIA

R1 () R2 ()

R3 ()

Otro (especifique) _____

4.- ESTADO CIVIL

SOLTERO ()

CASADO ()

DIVORCIADO ()

VIUDO ()

UNIÓN LIBRE ()

5.- HA ATENDIDO PACIENTES CON CRISIS ASMÁTICAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL D.F.

SI ()

NO ()

6.- HA USADO AMINOFILINA INTRAVENOSA COMO MANEJO EN PACIENTES CON CRISIS ASMÁTICA.

SI ()

NO ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Instrucciones: Indique por favor (marcando con una X) la opción o alternativa que más se asemeja a su opinión.

ITEMS	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI DESACUERDO	DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
7.- Pienso que la aplicación de la aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve y moderada puede ser útil para su mejoría	1	2	3	4	5
8.- Si atendiera a un paciente con crisis asmática leve o moderada indicaría aminofilina intravenosa para su manejo.	1	2	3	4	5
9.- El consejo de mi médico adscrito para el manejo de un paciente con crisis asmática leve o moderada es el uso de aminofilina intravenosa como rutina.	1	2	3	4	5
10.- Pienso que el usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es una primera elección en el tratamiento de urgencia.	1	2	3	4	5
11.- El objetivo de la aplicación de aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es su rápida mejoría.	1	2	3	4	5
12.- Aplicar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada ha sido útil en mi experiencia personal.	1	2	3	4	5
13.- He notado que los médicos adscritos usan la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada	1	2	3	4	5
14.- El criterio que yo tengo del uso de la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada la obtuve de los médicos adscritos.	1	2	3	4	5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

15.- He estudiado que el manejo con aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve o moderada es útil.	1	2	3	4	5
16.- Ante un caso de crisis asmática leve o moderada yo no uso aminofilina intravenosa para su manejo.	5	4	3	2	1
17.- Es más rápida la recuperación de un paciente con crisis asmática leve o moderada si se administra aminofilina intravenosa.	1	2	3	4	5
18.- Es más útil administrar otro tipo de medicamento diferente a la aminofilina intravenosa para crisis asmática leve o moderada.	5	4	3	2	1
19.- Pocas veces he utilizado aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	5	4	3	2	1
20.- No elegir el uso de aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es porque he hecho revisiones bibliográficas que la descartan.	5	4	3	2	1
21.- Todo paciente con crisis asmática leve o moderada debe de administrársele aminofilina intravenosa.	1	2	3	4	5
22.- No se favorece a un paciente con crisis asmática leve o moderada usando aminofilina intravenosa.	5	4	3	2	1
23.- Es más cómodo administrar aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve o moderada.	1	2	3	4	5
24.- En general, los médicos adscritos por experiencia nos enseñan a usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	1	2	3	4	5
25.- Por lo general, uso la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada porque no cuento con otro medicamento de mejor elección.	1	2	3	4	5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26.- La aminofilina intravenosa no tiene una real utilidad para corregir la crisis asmática leve o moderada.	5	4	3	2	1
27.-Pienso que el uso de la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es una rutina por experiencia.	1	2	3	4	5
28.- La bibliografía que yo he revisado señala que no se debe de usar la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	5	4	3	2	1
29.- He tenido mucho éxito en mi experiencia al manejar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	1	2	3	4	5
30.- Pienso que no debo de utilizar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada como medicamento de primera elección.	5	4	3	2	1
31.- En general, los médicos adscritos nos enseñan, a través de revisiones bibliográficas a usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	1	2	3	4	5

Continuo psicológico:

Actitud más negativa

Actitud más positiva

1



5

Uso de la aminofilina intravenosa en crisis asmática leve o moderada, según la bibliografía esto no debe de hacerse.

NO usar aminofilina intravenosa en crisis asmática leve o moderada, según la bibliografía esto debe de promoverse.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA I
ACTITUD DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA DE 1º AÑO ANTE
EL USO DE LA AMINOFILINA INTRAVENOSA A PACIENTES CON CRISIS
ASMÁTICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

ITEMS	PUNTAJE ALCANZADO	PUNTAJE MÁXIMO A ALCANZAR	% DE ACTITUD ALCANZADA
7.- Pienso que la aplicación de la aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve y moderada puede ser útil para su mejoría	114	170	67.05
8.- Si atendiera a un paciente con crisis asmática leve o moderada indicaría aminofilina intravenosa para su manejo.	121	170	71.17
9.- El consejo de mi médico adscrito para el manejo de un paciente con crisis asmática leve o moderada es el uso de aminofilina intravenosa como rutina.	109	170	64.11
10.- Pienso que el usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es una primera elección en el tratamiento de urgencia.	132	170	77.64
11.- El objetivo de la aplicación de aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es su rápida mejoría.	109	170	64.11
12.- Aplicar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada ha sido útil en mi experiencia personal.	114	170	67.05
13.- He notado que los médicos adscritos usan la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada	89	170	52.35
14.- El criterio que yo tengo del uso de la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada la obtuve de los médicos adscritos.	134	170	78.82
15.- He estudiado que el manejo con aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve o moderada es útil.	128	170	75.29
16.- Ante un caso de crisis asmática leve o moderada yo no uso aminofilina intravenosa para su manejo.	116	170	68.23
17.- Es más rápida la recuperación de un paciente con crisis asmática leve o moderada si se administra aminofilina intravenosa.	115	170	67.64
18.- Es más útil administrar otro tipo de medicamento diferente a la aminofilina intravenosa para crisis asmática leve o moderada	131	170	77.05
19.- Pocas veces he utilizado aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada	126	170	74.11
20.- No elegir el uso de aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es porque he hecho revisiones bibliográficas que la descartan.	111	170	65.29
21.- Todo paciente con crisis asmática leve o moderada debe de administrársete aminofilina intravenosa.	135	170	79.41
22.- No se favorece a un paciente con crisis asmática leve o moderada usando aminofilina intravenosa.	105	170	61.76
23.- Es más cómodo administrar aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve o moderada	116	170	68.23
24.- En general, los médicos adscritos por experiencia nos enseñan a usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	99	170	58.23

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25.- Por lo general, uso la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada porque no cuento con otro medicamento de mejor elección..	140	170	82.35
26.- La aminofilina intravenosa no tiene una real utilidad para corregir la crisis asmática leve o moderada	106	170	62.35
27.-Pienso que el uso de la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es una rutina por experiencia.	100	170	58.82
28.- La bibliografía que yo he revisado señala que no se debe de usar la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	109	170	64.11
29.- He tenido mucho éxito en mi experiencia al manejar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	126	170	74.11
30.- Pienso que no debo de utilizar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada como medicamento de primera elección.	123	170	72.35
31.- En general, los médicos adscritos nos enseñan, a través de revisiones bibliográficas a usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	124	170	72.94
TOTAL	2932	4250	68.98

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA 2
ACTITUD DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA DE 2º AÑO ANTE
EL USO DE LA AMINOFILINA INTRAVENOSA A PACIENTES CON CRISIS
ASMÁTICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

ITEMS	PUNTAJE ALCANZADO	PUNTAJE MÁXIMO A ALCANZAR	% DE ACTITUD ALCANZADA
7. - Pienso que la aplicación de la aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve y moderada puede ser útil para su mejoría	104	140	74.28
8. - Si atendiera a un paciente con crisis asmática leve o moderada indicaría aminofilina intravenosa para su manejo.	105	140	75
9. - El consejo de mi médico adscrito para el manejo de un paciente con crisis asmática leve o moderada es el uso de aminofilina intravenosa como rutina.	69	140	49.28
10. - Pienso que el usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es una primera elección en el tratamiento de urgencia.	110	140	78.57
11. - El objetivo de la aplicación de aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es su rápida mejoría.	90	140	64.28
12. - Aplicar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada ha sido útil en mi experiencia personal.	88	140	62.85
13. - He notado que los médicos adscritos usan la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada	59	140	42.14
14. - El criterio que yo tengo del uso de la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada la obtuve de los médicos adscritos.	99	140	70.71
15. - He estudiado que el manejo con aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve o moderada es útil.	105	140	75
16. - Ante un caso de crisis asmática leve o moderada yo no uso aminofilina intravenosa para su manejo.	109	140	77.85
17. - Es más rápida la recuperación de un paciente con crisis asmática leve o moderada si se administra aminofilina intravenosa.	101	140	72.14
18. - Es más útil administrar otro tipo de medicamento diferente a la aminofilina intravenosa para crisis asmática leve o moderada	122	140	87.14
19. - Pocas veces he utilizado aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada	115	140	82.14
20. - No elegir el uso de aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es porque he hecho revisiones bibliográficas que la descartan.	111	140	79.28
21. - Todo paciente con crisis asmática leve o moderada debe de administrársele aminofilina intravenosa.	113	140	80.71
22. - No se favorece a un paciente con crisis asmática leve o moderada usando aminofilina intravenosa.	98	140	70
23. - Es más cómodo administrar aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve o moderada	89	140	63.57
24. - En general, los médicos adscritos por experiencia nos enseñan a usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	60	140	42.85

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25. - Por lo general, uso la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada porque no cuento con otro medicamento de mejor elección..	106	140	75.71
26. - La aminofilina intravenosa no tiene una real utilidad para corregir la crisis asmática leve o moderada	94	140	67.14
27. - Pienso que el uso de la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es una rutina por experiencia.	76	140	54.28
28. - La bibliografía que yo he revisado señala que no se debe de usar la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	108	140	77.14
29. - He tenido mucho éxito en mi experiencia al manejar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	104	140	74.28
30. - Pienso que no debo de utilizar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada como medicamento de primera elección.	110	140	78.57
31. - En general, los médicos adscritos nos enseñan, a través de revisiones bibliográficas a usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	103	140	73.57
TOTAL	2448	3500	69.98

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3
ACTITUD DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA DE 3º AÑO ANTE
EL USO DE LA AMINOFILINA INTRAVENOSA A PACIENTES CON CRISIS
ASMÁTICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

ITEM	PUNTAJE ALCANZADO	PUNTAJE MÁXIMO A ALCANZAR	% DE ACTITUD ALCANZADA
7. - Pienso que la aplicación de la aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve y moderada puede ser útil para su mejoría	110	155	70.96
8. - Si atendiera a un paciente con crisis asmática leve o moderada indicaría aminofilina intravenosa para su manejo.	122	155	78.70
9. - El consejo de mi médico adscrito para el manejo de un paciente con crisis asmática leve o moderada es el uso de aminofilina intravenosa como rutina.	86	155	55.48
10. - Pienso que el usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es una primera elección en el tratamiento de urgencia.	130	155	83.87
11. - El objetivo de la aplicación de aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es su rápida mejoría.	112	155	72.25
12. - Aplicar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada ha sido útil en mi experiencia personal.	103	155	66.45
13. - He notado que los médicos adscritos usan la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada	69	155	44.51
14. - El criterio que yo tengo del uso de la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada la obtuve de los médicos adscritos.	113	155	72.90
15. - He estudiado que el manejo con aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve o moderada es útil.	116	155	74.83
16. - Ante un caso de crisis asmática leve o moderada yo no uso aminofilina intravenosa para su manejo.	118	155	76.12
17. - Es más rápida la recuperación de un paciente con crisis asmática leve o moderada si se administra aminofilina intravenosa.	102	155	65.80
18. - Es más útil administrar otro tipo de medicamento diferente a la aminofilina intravenosa para crisis asmática leve o moderada	135	155	87.09
19. - Pocas veces he utilizado aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada	110	155	70.96
20. - No elegir el uso de aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es porque he hecho revisiones bibliográficas que la descartan.	112	155	72.25
21. - Todo paciente con crisis asmática leve o moderada debe de administrársete aminofilina intravenosa.	124	155	80
22. - No se favorece a un paciente con crisis asmática leve o moderada usando aminofilina intravenosa.	94	155	60.64
23. - Es más cómodo administrar aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve o moderada	103	155	66.45
24. - En general, los médicos adscritos por experiencia nos enseñan a usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	72	155	46.45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25. - Por lo general, uso la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada porque no cuento con otro medicamento de mejor elección..	97	155	62.58
26. - La aminofilina intravenosa no tiene una real utilidad para corregir la crisis asmática leve o moderada	110	155	70.96
27. - Pienso que el uso de la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es una rutina por experiencia.	79	155	50.96
28. - La bibliografía que yo he revisado señala que no se debe de usar la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	112	155	72.25
29. - He tenido mucho éxito en mi experiencia al manejar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	108	155	69.67
30. - Pienso que no debo de utilizar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada como medicamento de primera elección.	121	155	78.06
31. - En general, los médicos adseritos nos enseñan, a través de revisiones bibliográficas a usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	118	155	76.12
TOTAL	2676	3875	69.05

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4
ACTITUD DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA DE 1º, 2º y 3º AÑO
ANTE EL USO DE LA AMINOFLINA INTRAVENOSA A PACIENTES CON
CRISIS ASMÁTICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

ÍTEM	PUNTAJE ALCANZADO	PUNTAJE MÁXIMO A ALCANZAR	% DE ACTITUD ALCANZADA
7.- Pienso que la aplicación de la aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve y moderada puede ser útil para su mejoría	328	465	70.53
8.- Si atendiera a un paciente con crisis asmática leve o moderada indicaría aminofilina intravenosa para su manejo.	348	465	74.83
9.- El consejo de mi médico adscrito para el manejo de un paciente con crisis asmática leve o moderada es el uso de aminofilina intravenosa como rutina.	264	465	56.77
10.- Pienso que el usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es una primera elección en el tratamiento de urgencia.	372	465	80
11.- El objetivo de la aplicación de aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es su rápida mejoría.	311	465	66.88
12.- Aplicar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada ha sido útil en mi experiencia personal.	305	465	65.59
13.- He notado que los médicos adscritos usan la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada	217	465	46.66
14.- El criterio que yo tengo del uso de la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada la obtuve de los médicos adscritos.	346	465	74.40
15.- He estudiado que el manejo con aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve o moderada es útil.	349	465	75.05
16.- Ante un caso de crisis asmática leve o moderada yo no uso aminofilina intravenosa para su manejo.	343	465	73.76
17.- Es más rápida la recuperación de un paciente con crisis asmática leve o moderada si se administra aminofilina intravenosa.	318	465	68.38
18.- Es más útil administrar otro tipo de medicamento diferente a la aminofilina intravenosa para crisis asmática leve o moderada	388	465	83.44
19.- Pocas veces he utilizado aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada	351	465	75.48
20.- No elegir el uso de aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es porque he hecho revisiones bibliográficas que la descartan.	334	465	71.82
21.- Todo paciente con crisis asmática leve o moderada debe de administrarse aminofilina intravenosa.	372	465	80
22.- No se favorece a un paciente con crisis asmática leve o moderada usando aminofilina intravenosa.	297	465	63.87
23.- Es más cómodo administrar aminofilina intravenosa a pacientes con crisis asmática leve o moderada	308	465	66.23
24.- En general, los médicos adscritos por experiencia nos enseñan a usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	231	465	49.67

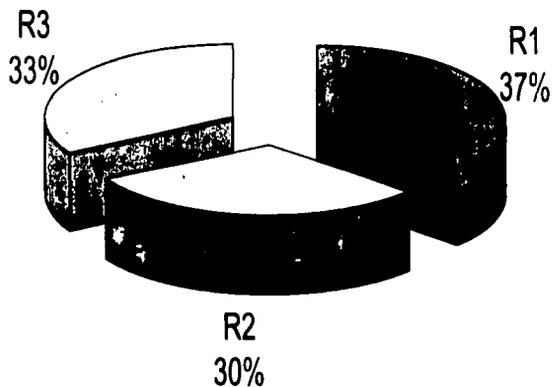
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25.- Por lo general, uso la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada porque no cuento con otro medicamento de mejor elección.	343	465	73.76
26.- La aminofilina intravenosa no tiene una real utilidad para corregir la crisis asmática leve o moderada	310	465	66.66
27.- Pienso que el uso de la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada es una rutina por experiencia.	255	465	54.83
28.- La bibliografía que yo he revisado señala que no se debe de usar la aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	329	465	70.75
29.- He tenido mucho éxito en mi experiencia al manejar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	338	465	72.68
30.- Pienso que no debo de utilizar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada como medicamento de primera elección.	354	465	76.12
31.- En general, los médicos adscritos nos enseñan, a través de revisiones bibliográficas a usar aminofilina intravenosa en pacientes con crisis asmática leve o moderada.	345	465	74.19
TOTAL	3056	11625	69.29

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

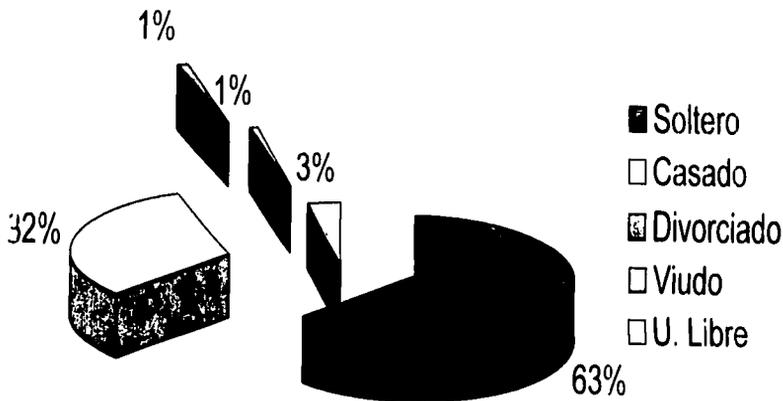
ESTA TESIS FUE REVISADA
DE LA...

Figura 2
Opinión del Médico Residente de Pediatría
Según Nivel de Residencia



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

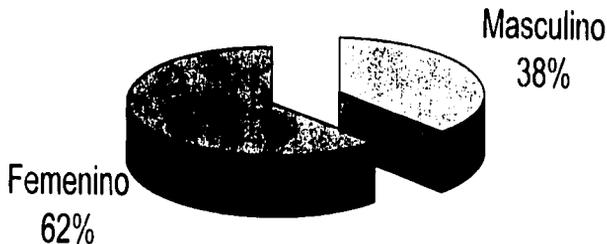
Figura 3
Opinión del Médico Residente de Pediatría
Según Estado Civil



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

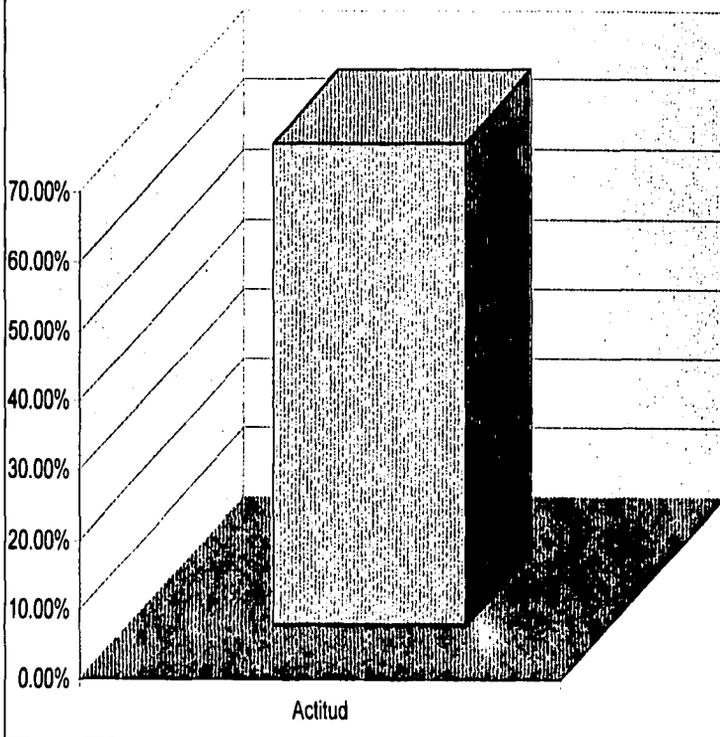
Figura 1

Opinión del Médico Residente de Pediatría Según Sexo



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Actitud de los residentes de Pediatría



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

