

11226
33



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONOCIMIENTO DE LAS GUIAS INTERNACIONALES DE
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ASMA (GINA)
POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA

TESIS DE POSTGRADO
QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

DRA. SONIA ANGELICA HERRERA

ASESOR: DRA. NORA HILDA SEGURA MENDEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

MARZO 2003

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

**CONOCIMIENTO DE LAS GUIAS INTERNACIONALES DE DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO DE ASMA (GINA) POSTERIOR A
UNA ESTRATEGIAS EDUCATIVA**

T E S I S

**QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

DRA: SONIA ANGELICA HERRERA

ASESOR: DRA.NORA HILDA SEGURA

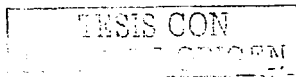
COASESORES

Dr. Augusto Bernardo Torres Salazar

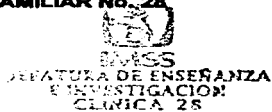
Dr. Gerardo Espinola Reyna

Dr. Leonel Del Rivero Hernández

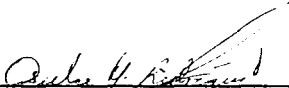
FECHA: MÉXICO DF. MARZO 2002-03-14



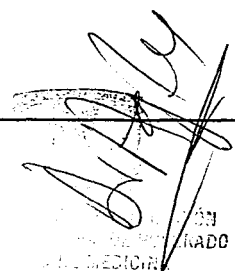

DR. JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ COVARRUBIAS
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA"



3/12/2011
DR. BERNARDO AUGUSTO TORRES SALAZAR
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA"


DRA. DULCE MARÍA RODRÍGUEZ VIVAS
MÉDICO ADJUNTO DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA"


DRA. NORA HILDA SEGURA MÉNDEZ
ESPECIALISTA EN ALERGIA E INMUNOLOGÍA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI IMSS


EN
RADO
DE MEDICINA
U.N.A.M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

PÁGINAS	
1.-ANTECEDENTES.....	7
2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
3.-JUSTIFICACIÓN.....	20
4.-HIPÓTESIS.....	21
5.-OBJETIVOS.....	22
6.-TIPO DE ESTUDIO.....	23
7.-VARIABLES.....	23
8.-DESCRIPCIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES.....	24
9.-MUESTRA. CRITERIOS DE SELECCIÓN, EXCLUSIÓN.....	25
10.-CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
11.-MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
12.-RESULTADOS.....	29
13.-RESULTADOS ESTADÍSTICOS.....	35
14.-ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	40
15.-CONCLUSIONES.....	42
16.-ANEXOS.....	44
17.-BIBLIOGRAFÍA.....	55

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¡MIL GRACIAS!

A DIOS

Por la felicidad de estar viva

Porque día a día hay una nueva oportunidad,

Por permitirme ser y hacer lo que quiero ser.

A TI ABUE

Porque siempre pienso en tí,

Por acompañarme siempre

Por ser parte de mí

Porque cada logro es también tuyo

Te amo, donde quiera que estés.

A MI FAMILIA

Por su apoyo y cariño

Por estar siempre presentes

Por su ejemplo de unión y fuerza,

Por su amor al trabajo y su dedicación

Porque son el eje de mi vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¡MIL GRACIAS!

A MIS AMIGOS:

**Porque los buenos momentos,
Son sólo realmente buenos,
Si existe alguien con quién compartíros,
Así también los malos momentos,
Indudablemente son más llevaderos
En especial gracias a
Eduardo, Amelhinna, Gerardo
Por su apoyo y compañerismo.**

Dra. Nora:

**Por su espíritu de superación y lucha
Por su capacidad de transmitirlo a los demás,
Por su sensibilidad y paciencia
Por su apoyo, no sólo académico,
Sino también personal.
Gracias por ser como es.**

**A todas y cada una de las personas
Que hicieron posible la realización
De este trabajo.**

**Dr. Torres, Dr. Mejía, Dr. Espínola,
Dr. Del Rivero, Dra. González,
Dr. Ortiz, Dra. Vazquez.**

**¡Gracias por su colaboración y
entusiasmo!**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANTECEDENTES

ASMA Y CONOCIMIENTO DEL GINA.

El asma es un proceso inflamatorio crónico de las vías aéreas, las vías respiratorias crónicamente inflamadas son hiperreactivas y cuando se exponen a diversos estímulos pueden obstruirse y se reduce el flujo aéreo. Clínicamente se caracteriza por una fase de broncoconstricción, acompañada de un proceso inflamatorio subyacente y que puede conducir a la remodelación pulmonar.

Las crisis de asma son episódicas, pero la inflamación de las vías aéreas está presente de manera crónica. El asma es un trastorno crónico que precisa un tratamiento a largo plazo, en muchos de los pacientes esto significa tomar medicación preventiva todos los días.

La prevalencia de asma, especialmente en los niños, está aumentando si consideramos cifras globales mundiales. (1)

Un control inadecuado de asma, puede ser el responsable de numerosas hospitalizaciones, aumento de estancia en los servicios de emergencias, incremento en las visitas a los servicios de urgencias, limitación en la actividad y una reducción innecesaria en la calidad de vida de las personas con asma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Durante 1994, 466 000 hospitalizaciones fueron relacionadas con asma en los Estados Unidos, los pacientes asmáticos reportaron un promedio de 75% más días/ enfermo que el público en general. Cuando el asma es tratado adecuadamente las limitaciones para las actividades diarias son mínimas y la necesidad de hospitalización es poco frecuente. (2)

La Iniciativa Global para el Asma fue diseñada en 1985, para ayudar a los profesionales de la salud y a los responsables de salud pública a reducir la prevalencia, morbilidad y mortalidad del asma, además de reportar informes científicos sobre el tratamiento y la prevención del asma, fomentar la difusión e implantación de los informes y promover la colaboración internacional en la investigación del asma.

El grupo de trabajo de la estrategia global para el tratamiento y la prevención del asma es un esfuerzo conjunto de los Institutos Nacionales de Corazón, Pulmón y Hematología de los Estados Unidos (NHBI) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dentro de sus publicaciones se encuentran las Guías Internacionales para Diagnóstico y Tratamiento de Asma, (GINA) y su última revisión se realizó en 1998.

La estrategia global para el tratamiento y prevención del asma también promueve el reconocimiento del asma como un problema de salud pública mundial y, estimula la participación de los pacientes y autoridades en la ejecución de programas eficaces para manejo de la enfermedad. (1)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desde hace 10 años las guías para el manejo de asma han evolucionando, actualmente incluyen todos los aspectos de asma, abarcando todas las edades y siendo vigente en todos los países. (3)

Desde 1985 y 1998 las guías han estado revisándose continuamente, están basadas en opiniones expertas y resultados de múltiples estudios clínicos.

El uso de beta 2 agonistas ha cambiado. En los 80' el broncoespasmo fue considerado el principal componente de asma, los médicos prescribían grandes dosis de agonistas beta 2 de acción corta. Posteriormente la inflamación de las vías aéreas fue considerado el factor más importante, cambiando también el tratamiento y aumentando el uso de medicamentos antiinflamatorios incluyendo corticoesteroides inhalados. Actualmente a los conceptos anteriores se ha agregado el de remodelación pulmonar y rehabilitación del paciente asmático.

A principios de los 90' se publicó que el uso combinado de agonistas beta 2 de acción corta y corticoides inhalados era muy benéfico, ahora las guías recomiendan que los 2 tipos de medicamentos pueden ser usados. (4)

En una revisión bibliográfica realizada en el Departamento General de Medicina Social y Práctica de Nijmegen Netherlands, basada en 11 estudios previos, se observó, la baja prescripción de manejo temprano con esteroides inhalados "fobia a esteroides", en pacientes con asma, siendo el principal motivo, la falta de conocimiento acerca del tratamiento, observándose mejores resultados en el manejo posteriores a educación continua. (5)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las guías deben ser difundidas a especialistas, médicos generales, enfermeras y también a los pacientes. La prevalencia de asma se ha incrementado probablemente por aumento en el número de pacientes diagnosticado con asma intermitente. Sin embargo la prevalencia de asma persistente moderado ha disminuido en ciudades donde las guías han sido implementadas. (4)

Algunas guías han sido producidas nacionalmente, otras internacionalmente, algunas adaptadas y otras producidas específicamente para algunas ciudades, todas basadas en el GINA, éstas han sido traducidas ha numerosos idiomas. (3)

Por ejemplo las guías británicas para el manejo de asma aparecieron en 1990 publicadas por la revista British Medical Journal, después de 2 años, se revisaron y ampliaron, para manejo específico de niños asmáticos, fueron distribuidas en hospitales y en la práctica médica general. En el año de 1995 estas guías fueron discutidas nuevamente y publicadas en 1997. Estas nuevas guías reiteran la importancia de un diagnóstico y tratamiento correcto, de acuerdo a los avances en el manejo de asma. Así como el beneficio evidente con la educación de los pacientes y el uso de programas de automanejo. (6)

En E.U., El programa de Prevención y Educación Nacional de Asma (NAEPP) fué iniciado en marzo de 1989, está coordinado por el Instituto de Corazón, Pulmón y Hematología y basado en las últimas Guías Internacionales para diagnóstico y tratamiento de asma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El comité se encarga de varios programas, documentos, guías prácticas clínicas, actividades educativas para los pacientes y profesionales de la salud, para un manejo adecuado de asma, teniendo como objetivo principal elevar la calidad de vida de los pacientes asmáticos y disminuir su morbi-mortalidad. (7)

El conocimiento para los profesionales de la salud acerca de las guías es muy importante y favorecen un cambio significativo en la práctica médica. Existen múltiples estudios que demuestran el beneficio que han tenido los pacientes y los médicos con el adiestramiento en el uso de los lineamientos establecidos en estas guías. (8)

Sin embargo, varias publicaciones recientes sugieren una pobre adherencia a las guías, tanto de los médicos como de los pacientes, se menciona que puede ser debido a la poca comprensión de las mismas; En el ámbito médico se a encontrado déficit en los conocimientos de base, estos datos nos indican claramente la necesidad de programas educativos, dirigidos tanto a médicos como a pacientes, siendo esto más convincente con una medicina basada en la evidencia. (9)

La difusión de éstas guías, puede ser por diferentes estrategias, entre ellas, distribución postal o formación de grupos, inclusión de las guías en programas de educación médica continua. Se ha visto de acuerdo a estudios anteriores que son más efectivos los métodos de educación interactiva. (8)

En cuánto a la experiencia de estrategias educativas aplicadas a los médicos para la difusión de estas guías de diagnóstico y tratamiento de asma con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

última revisión en 1998, se han realizado varios estudios en todo el mundo, por ejemplo:

En Europa en el año de 1999 se llevó a cabo un proyecto educativo para el manejo de asma basado en las guías internacionales. El objetivo de este estudio fue explorar el efecto de una estrategia educativa específica en diferentes ciudades. La implementación de las Guías consistió en 2 sesiones con grupos de médicos, la primera en la cual posterior a la entrega de material, se discutió sobre el posible manejo del asma y la segunda el médico recibió retroalimentación en cuanto a su prescripción actual, basado en el GINA, participaron 4 países, Holanda, Noruega, Suecia y Eslovaquia, se evaluaron los cambios en el conocimiento, actitud y prescripción para el manejo del mismo, por medio de un modelo de regresión clásica lineal. Los datos sobre conocimiento, actitud y prescripción fueron colectados por todos los grupos antes y después de la intervención; Se obtuvieron cambios significativos hasta en un 75% en varias actitudes médicas, y en parte también en la prescripción obteniéndose un 66%, 20%, 24%, 71%, respectivamente para cada ciudad. El estudio demostró que es posible mejorar el tratamiento del asma con programas educativos continuos, basados en autoaprendizaje, en grupos pequeños de médicos, y pueden aplicarse estrategias educativas diferentes, en cada lugar o ciudad, siendo más satisfactorias unas que otras de acuerdo a los recursos o necesidades. (10)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la Universidad de Creta, Grecia, en el departamento de Medicina Familiar y social, se realizó un estudio para evaluar el conocimiento de asma bronquial en los médicos de atención primaria, después de un curso educativo. Se seleccionaron 21 médicos aleatoriamente, 9 de ellos dedicados a la práctica general y el resto recientemente graduados de la Universidad, se aplicó un cuestionario de 20 preguntas basado en GINA antes y después del curso.

Los resultados demostraron que el conocimiento, aumentó para los 2 grupos de médicos, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa $p < 0.05$, más alta en los médicos recientemente graduados. (11)

Otro estudio realizado en Peterborough en Ontario Canadá, durante 1999, para determinar el nivel de participación de médicos familiares en actividades de educación médica continua los cuales incluían conferencias médicas, talleres y sesión de entrevistas. Identificar las características de los médicos asociándolo con la participación y determinar el impacto de la intervención sobre los pacientes. Participaron 76 médicos familiares y 59 médicos (78%) atendieron una o más estrategias, un total de 35 (46%) atendieron un taller y 46 (61%) fueron visitados por un académico especialista. 59 médicos participantes regresaron la evaluación de las estrategias de intervención y todos coincidieron en que el contenido del programa es aplicable a su práctica clínica. 85% reportaron que fue muy efectivo el aprendizaje de sus pacientes en cuanto a sus técnicas de auto cuidado. De 195 pacientes que participaron y contestaron el cuestionario de calidad de vida y asma. Se identificaron cambios clínicamente importantes, en pacientes quienes ya contaban desde

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

antes del estudio con una calidad de vida relativamente alta entre 4.5 y 5.0, en una escala del 1 al 7, aumentaron 0.5 más en la calidad de vida. En conclusión la intervención educativa en los médicos familiares mejora la calidad de vida de los pacientes asmáticos. (2)

En la Universidad de Michigan se evaluó a través de un ensayo clínico, el impacto a largo plazo de un seminario interactivo, basado en los principios de autoaprendizaje en el comportamiento clínico, el uso de los servicios de salud por los niños con asma y la visión de los padres hacia la atención médica. Se seleccionaron 74 pediatras y 637 de sus pacientes, con edades entre 1 y 12 años, se dividieron en 2 grupos, uno experimental y otro control, se realizó como intervención el seminario y posteriormente se evaluó en plazos. Los resultados a mediano plazo no fueron significativos, pero el impacto a largo plazo fue importante, los médicos en el grupo de tratamiento usaban los protocolos para la educación en asma más que los médicos del grupo control OR 4.9, $p=0.2$. se obtuvieron también mejoras en el nivel de tratamiento y la comunicación de conocimientos del médico al paciente, tales como regímenes médicos terapéuticos basados en las guías de Prevención y Educación Asma. Aunque en este estudio no se encontró diferencias significativas del número de visitas a los servicios de salud. $P=0.6$. Se concluye que los seminarios interactivos sobre asma para pediatras, tienen efectos benéficos significativos sobre el cuidado del asma (12)

Un estudio realizado en el departamento de pediatría de la Universidad de Connecticut, Escuela de Medicina, E.U. tenía como objetivo principal evaluar la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

adherencia a las guías clínicas prácticas para el manejo de asma (NAEPP), por el departamento de emergencias, aplicando un estudio de cohorte prospectivo, de pacientes entre 1-18 años, con diagnóstico de crisis asmática, que fueron vistos en el departamento de emergencias; los parámetros evaluados fueron tratamiento de nebulizaciones con albuterol en la primera hora, administración de esteroides (después del tratamiento con nebulización), evaluación de la respuesta con oximetría de pulso y valor (PEF) y en niños mayores de 6 años el uso de una escala clínica de severidad, entre julio de 1998 y junio de 1999. Obteniéndose por resultados, el 68% de los pacientes fueron manejados con completa adherencia al tratamiento basado en las guías prácticas, el 32% restante, con alguna forma de no adherencia. En el grupo con menor adherencia se observó mayor alteración en el valor (PEF). Concluyendo entonces que las guías prácticas clínicas proveen un manejo adecuado y eficiente para las crisis asmáticas. (13)

En Arkansas se realizó un estudio similar con médicos familiares basado en las guías GINA por medio de correo electrónico, llamadas telefónicas y post-conferencia educativa médica, con 22 participantes, con un seguimiento de 4 meses, se realizaron posteriormente cuestionarios por correo electrónico, reportándose mejoras en el uso de medicamentos y monitoreo por flujo espiratorio máximo (14).

En Spartanburg, E.U. en el Departamento de Medicina Familiar, en un estudio realizado en médicos residentes, para evaluar el conocimiento acerca de la clasificación de la severidad y el tratamiento farmacológico de asma, posterior

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a una intervención educativa, basándose en la revisión de expedientes de los pacientes con asma, previo y posterior a la intervención, en un periodo entre el 1ro. de octubre 1999 y 31 de marzo del 2000, se observó que una intervención educativa adecuada de las guías para manejo de asma mejora considerablemente la clasificación adecuada de la severidad, pero no el tratamiento farmacológico. (15)

En México existen pocos datos acerca de las estadísticas sobre la morbi-mortalidad de esta enfermedad, algunos estudios publicados muestran que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la tasa de mortalidad secundaria a asma se incrementó de 3.2/100 000, en 1980 a 12.76/100 000 derechohabientes en 1990. Los grupos más afectados fueron menores de 4 años y mayores de 65 años. Las tasas más altas de mortalidad se encontraron en los estados ubicados al norte del país. (16)

Un estudio similar realizado en Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, publicado en 1994, revisando datos de morbi-mortalidad desde 1960 a los 90', concluyen que las tasas de mortalidad habían disminuido, éstas fueron más altas en hombres que en mujeres, sin embargo la morbilidad ha aumentado considerablemente. (17)

En muchas instituciones de salud en nuestro país, por diversas razones, los médicos no cuentan con facilidades para intercambiar sus experiencias personales, ni consultar la información disponible para que la práctica cotidiana produzca mayores beneficios. (18)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el ámbito clínico, se han realizado intervenciones educativas dirigidas a médicos familiares para mejorar por ejemplo el tratamiento de infección respiratoria aguda. Se encontró que con la aplicación de estrategias educativas en las cuales participan activamente los médicos familiares, disminuye la prescripción de medicamentos, se incrementa la orientación a las madres en los signos de alarma, aumentó la expedición de recetas justificadas y disminución en las recetas injustificadas y hubo una disminución de citas subsecuentes por dicho padecimiento. (19)

En nuestro país no existen datos acerca del conocimiento médico previo preexistente sobre las guías para manejo de asma, sin embargo, se han realizado algunos cuestionarios que demuestran un bajo nivel de conocimiento.

En la Facultad de Medicina de la Universidad autónoma de Yucatán, se aplicó un cuestionario de 25 preguntas, tomando en cuenta definición, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de asma, aplicándose primeramente a estudiantes de la Facultad detectando un bajo nivel de conocimiento sobre la enfermedad. (20)

En el IMSS se realizó en el año 2001, un estudio para conocer el grado de conocimiento que tienen los médicos familiares sobre las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma bronquial. A través de un cuestionario formado por 25 preguntas previamente validado.

Los médicos que aceptaron participar en el estudio fueron 50, su edad promedio fue de 46 años. Respecto a su ejercicio profesional 24 tienen un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

rango entre 11-15 años, 19 de 6-10 años, y 3 de 1 a 5 años, sólo 1 de ellos tenía más de 16 años ejerciendo. Un 38% pertenece a la Sociedad Mexicana de Medicina Familiar. Los médicos que participaron en el proyecto obtuvieron en el área de conocimientos generales una calificación promedio de 4.0 con una desviación estándar de +/- 1.7, respecto a la correlación que existe entre el conocimiento general y el conocimiento de las guías (GINA), se obtuvo una escasa correlación con una $r=.117$. Concluyendo existe poco conocimiento acerca de las guías de GINA y se requiere diseñar y evaluar las técnicas para difundirlas. (21)

Otro estudio realizado en nuestro país a través de entrevistas a 48 médicos, se les aplicó un cuestionario sobre como realizaban en la practica médica diaria el diagnóstico de asma. En el 90% de los casos, el diagnóstico de asma lo realizan de acuerdo sólo a los síntomas clínicos y la exploración física. Ocasionalmente se solicitan estudios radiológicos y exámenes de laboratorio clínico y no utilizan la espirometría como estudio de apoyo. Al preguntar sobre el tipo de apoyo que podría ser de utilidad para mejorar o actualizar la práctica médica, mencionaron programas de actualización sobre farmacología, clasificación y criterios diagnósticos. Los resultados de este estudio muestran la necesidad de realizar cursos, talleres, y en general material educativo e informativo sobre el manejo y tratamiento de esta enfermedad, lo que sin duda se reflejará en una mejor calidad de vida para los pacientes asmáticos. (22)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El asma bronquial es un proceso inflamatorio crónico de las vías aéreas, constituye un problema de salud pública en todo el mundo, y genera enormes costos económicos como sociales.

GINA (Iniciativa Global mundial para diagnóstico y tratamiento de asma bronquial) patrocinada por la OMS, tienen como objetivo principal promover criterios uniformes para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

Estudios previos muestran un conocimiento escaso de estas guías, por parte de los médicos y otras personas relacionadas con el manejo de estos pacientes.

Basándose en estudios previos es muy posible que una difusión adecuada de estas guías, tenga un impacto benéfico sobre el nivel de conocimientos médicos así como de un criterio más homogéneo en cuanto al diagnóstico y tratamiento del asma.

¿Mejoraría el nivel de conocimientos sobre el manejo adecuado de asma de acuerdo a los criterios del GINA en los médicos de primer contacto al establecer técnicas educativas como talleres?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN

El asma es un problema sanitario grave en todo el mundo.

La iniciativa global para el asma se creó para ayudar a los profesionales de la salud y a los responsables de la salud pública a reducir la prevalencia, morbilidad y mortalidad del asma, fomenta la difusión e implantación de los informes y promueve la colaboración internacional de la investigación sobre asma.

Desafortunadamente la prevalencia del asma, especialmente en los niños, está aumentando si consideramos cifras globales mundiales. Es una enfermedad infrediagnosticada e infratratada.

Afortunadamente existen estas nuevas alternativas para diagnosticar, tratar y controlar el asma. Es muy importante la difusión de estas guías, sobre todo en médicos de primer contacto, que posteriormente conducirán a un diagnóstico más temprano y a un manejo adecuado de los pacientes con asma.

Debido a que no existe mucha información documental en nuestro país que demuestre el nivel de conocimientos sobre el GINA. Será importante primero conocer el nivel de conocimiento que se tiene sobre estas guías, volviendo a hacer una valoración después de implementar una estrategia educativa (taller) sobre estas guías, y evaluando así, si ésta técnica de difusión resulta de utilidad para elevar el nivel de conocimientos,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HIPÓTESIS.

HIPOTESIS NULA.

Con una difusión adecuada de las guías de diagnóstico y tratamiento de asma, basada en una estrategia educativa (taller), no habrá diferencia en el nivel de conocimientos sobre las mismas, previo y posterior a la aplicación del taller.

HIPOTESIS ALTERNA.

Con una difusión adecuada de las guías de diagnóstico y tratamiento de asma, basada en una estrategia educativa (taller), mejorará el nivel de conocimiento sobre las mismas, así como posteriormente el manejo adecuado de los pacientes asmáticos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS:

- 1.- Evaluar si una estrategia educativa (taller), logra mejorar el nivel de conocimientos acerca de las guías internacionales para diagnóstico y tratamiento de asma en los médicos de primer contacto.
- 2.- Conocer el grado de conocimiento sobre GINA en médicos de primer contacto previo a taller, así como identificar aquellos aspectos menos difundidos.
- 3.- Conocer el grado de conocimiento sobre GINA posterior a taller en médicos de primer contacto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE ESTUDIO

Quasi- Experimental

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Estrategia Educativa. (Taller)

VARIABLE DEPENDIENTE.

Grado de conocimientos sobre GINA en médicos de primer contacto antes y después de taller.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

VARIABLES.

INDEPENDIENTE.- ESTRATEGIA EDUCATIVA. (TALLER)

Método educativo para lograr avance en los conocimientos que se caracteriza por la participación activa de sus integrantes.

DEPENDIENTE.-GRADO DE CONOCIMIENTO.

Grado de conocimientos de los médicos familiares y generales sobre las Guías Internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma, que será evaluado a través de un cuestionario previamente validado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETO DE ESTUDIO:

Médicos de primer contacto. (Generales y familiares)

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Todos los médicos generales y familiares.

Para tomar en cuenta su participación, los médicos debieron estar presentes durante todo el transcurso del taller y haber contestado el cuestionario previo y posterior al mismo.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Aquellos médicos que por alguna razón quisieron retirarse del estudio.

Aquellos médicos que no hubiesen estado presentes en el transcurso del taller o que no contestaran alguno de los 2 cuestionarios, previo o posterior.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONSIDERACIONES ETICAS.

La realización de este estudio no pone en riesgo el estado de salud de los participantes.

Es un estudio que tiene como objetivo mejorar el conocimiento y manejo de asma. No hay relación directa con los pacientes, pero se pretende lograr un beneficio posterior para ellos a largo plazo.

Los médicos que participaron en el estudio, lo hicieron de manera voluntaria siempre y cuando hubiesen cumplido con los criterios de inclusión, obteniendo como beneficio el avance en sus conocimientos propios y aportando datos para los resultados del estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS.

La realización de este estudio se basó en los conocimientos previos que sustentan que la estrategia educativa tipo taller o aquella en la que existe retroalimentación o interacción entre los participantes es más favorable como método de aprendizaje para mejorar el conocimiento de lo médicos sobre las Guías Internacionales para Manejo y Tratamiento de asma.

Mediante la realización de un taller, el cual tuvo una duración aproximada de 3hrs, formado por 5 módulos de trabajo, con 2 coordinadores por módulo, cada uno de los cuales proporcionó información específica sobre los diferentes aspectos para manejo de asma, todo basado en las Guías Internacionales.

Los temas tratados en cada módulo fueron:

ASMA

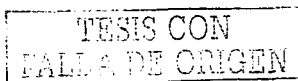
Módulo 1.-Introducción, definición, epidemiología y fisiopatología.

Módulo 2.-Diagnóstico clínico, diferencial y clasificación.

Módulo 3.-Tratamiento, no farmacológico, farmacológico, largo y corto plazo, mayor y menor de 5 años, educación, supervisión y control adecuado.

Módulo 4.-Fisiología pulmonar, espirometría, flujometría, ejercicio y asma laboral.

Se resolvieron preguntas para cada módulo y a su vez se dedicó el 5to. Y último módulo a una sesión general de preguntas y respuestas, con todos los coordinadores, con la ayuda de un moderador.



Entre los recursos materiales se utilizaran diapositivas, impresos (folletos), hojas, plumas, libretas, rotafolios etc.

En cada módulo participaron un aproximado de 15 médicos, con una duración por mesa de 30 minutos, rotando por todas las mesas correspondientes.

Se aplicó un cuestionario validado, previo y posterior al taller, el cual constó de 24 preguntas sobre conocimientos generales, diagnóstico y tratamiento basado en GINA. Se eliminó la pregunta número 19, pues se concluyó que no contaba con la claridad sintáctica adecuada, siendo su respuesta errónea en casi la totalidad de los cuestionarios realizados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.

Se impartió el taller sobre las Guías para manejo de asma. El tema se dividió en 4 módulos, con una duración de 30 minutos cada uno aproximadamente, con una sesión final de preguntas y respuestas de una duración aproximada de 20 minutos.

Se aplicó un cuestionario único, previamente validado, anterior y posterior a la realización del taller.

El cuestionario está formado por 25 preguntas; 4 casos clínicos con una serie de 3 preguntas cada uno, dando un total de 12 preguntas, las otras 12 preguntas referentes también a conocimientos generales sobre el manejo de asma, diagnóstico, tratamiento y control adecuado.

Se eliminó la pregunta número 19, pues se concluyó que no contaba con la claridad sintáctica adecuada, siendo su respuesta errónea en casi la totalidad de los cuestionarios realizados.

Se realizaron un total de 118 cuestionarios a 59 médicos antes y después del taller obteniendo los siguientes resultados:

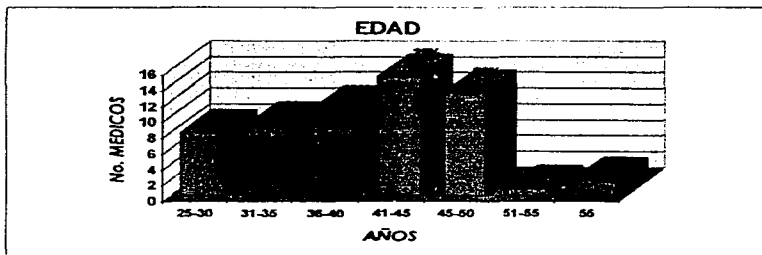
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El total de la población fue 59 médicos.

Siendo 32 hombres (54%) y 27 mujeres (46%).

Sus edades fueron :

25-30 años, 8 médicos	(14%)
31 y 35 años, 9 médicos	(15%)
36-40 años, 11 médicos	(19%)
41 y 45 años, 15 médicos	(25%)
45-50 años, 13 médicos	(22%)
51-55 años, 1 médico	(2%)
Mayor de 55 años, 2 médicos	(3%).



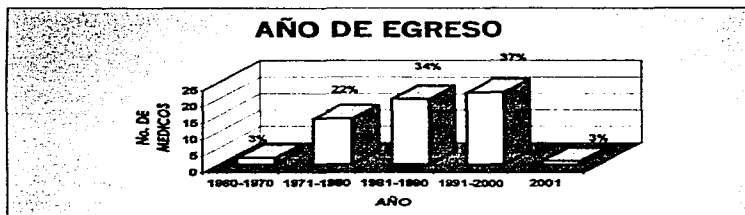
Su promedio de edad fue de 40 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De los médicos participantes, 58 son médicos generales (98%), habiendo 1 médico pediatra (2%).

El año de egreso como médicos fue:

1960-1970, 2 médicos	(3%)
1971-1980, 14 médicos	(22%)
1981-1990, 20 médicos	(34%)
1991-2000, 22 médicos	(37%)
2001, 1 médico	(3%)

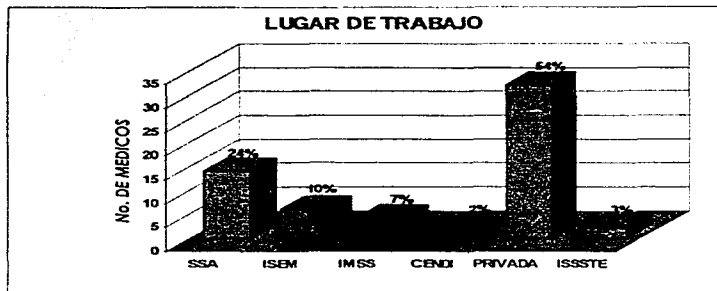


Teniendo como promedio de año de egreso 1987

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El lugar de trabajo en el que ejercen los médicos es:

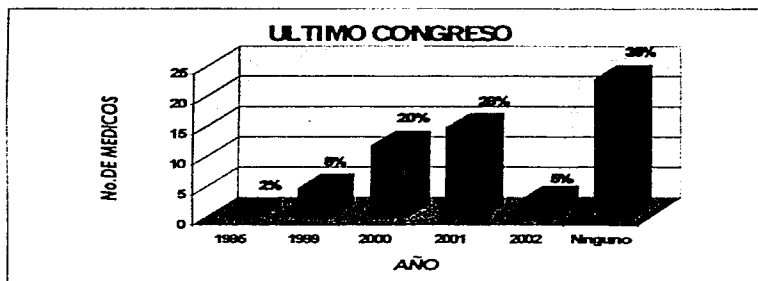
SSA, 14 médicos	(24%)
ISEM, 6 médicos	(10%)
IMSS, 4 médicos	(7%)
CENDI 1 Médico	(2%)
PRIVADA, 32 médicos	(54%)
ISSSTE, 2 médicos	(3%)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El año del último congreso al que asistieron los médicos fue el siguiente:

1995, 1 médico	(2%)
1999, 5 médicos	(8%)
2000, 12 médicos	(20%)
2001, 15 médico	(26%)
2002, 3 médicos	(5%)
Ningún congreso, 23 médicos	(39%)



Los médicos que pertenecen a un consejo o sociedad son 31 (53%), los que no pertenecen a ninguno son 28 (47%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

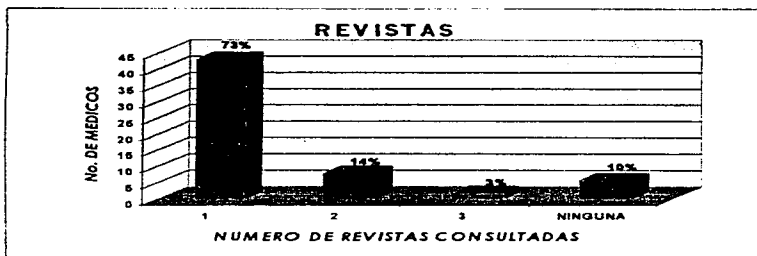
De acuerdo a las revistas leídas se obtuvieron los siguientes resultados.

Médicos que consultan 1 revista. 43 (73%)

Médicos que consultan 2 revistas 8 (14%)

Médicos que consultan 3 revistas 2 (3%)

Médicos que no consultan revistas 6 (10%)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS ESTADISTICOS (CUESTIONARIO)

Para analizar los resultados que se obtuvieron en cuánto a la realización de los cuestionarios, se tomó en cuenta el número de aciertos por cuestionario, dando una calificación pre y postaller, basada en el número de aciertos y en escala de 0 a 10.

Para ser analizado el cuestionario se dividió en 3 grupos distintos:

El primero, en dónde se tomaron en cuenta el total de respuestas del cuestionario (24), para obtener resultados generales

El segundo referente a casos clínicos, abarcando 12 preguntas y respuestas del cuestionario, cada caso clínico formado por 3 preguntas en serie, con un total de 4 casos clínicos.

El tercer grupo referente a conocimientos generales sobre diagnóstico, tratamiento y control adecuado del asma, abarcando las 12 preguntas restantes del cuestionario. Pregunta 1-5 y 18 a 25, con excepción de la pregunta 19.

Para cada grupo se obtuvo la media, la varianza, la prueba de T para medias de 2 muestras emparejadas, valor crítico de t (1 cola), valor crítico de t (2 colas).

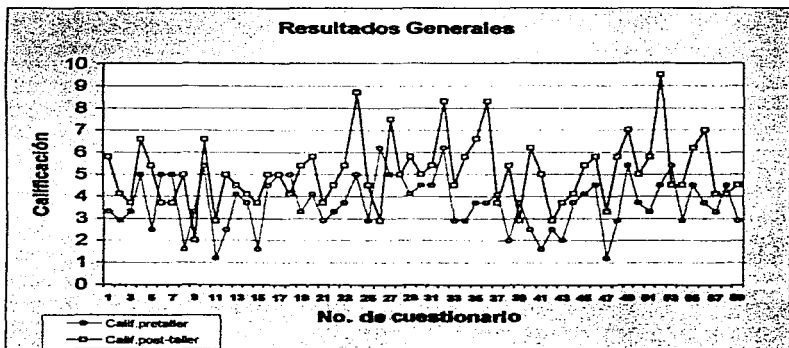
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los resultados obtenidos de acuerdo a las respuestas de los cuestionarios fueron las siguientes:

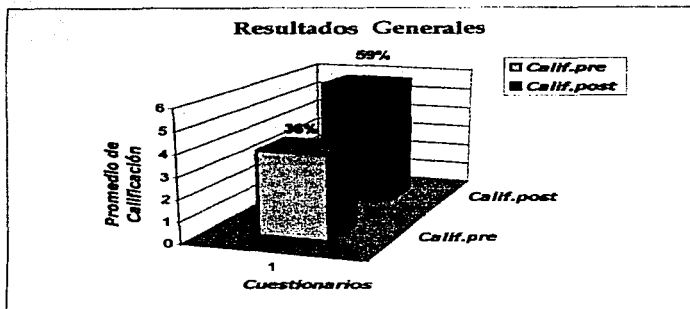
Para el primer grupo, "resultados generales", los datos obtenidos mostraron una distribución semejante a la curva normal. Con una media de 36% previa al taller y de 59% posterior al taller. Teniendo entonces un aumento del 41% relativo al resultado del porcentaje previo al taller.

El análisis de varianza fue de 1.43 previa al taller y 2.30 posterior al taller.

Se encontró una diferencia significativa ($p < 0.05$) con una T estadística de 6.84. Un valor crítico t (una cola) 1.67 y un valor crítico t (dos colas) 2.00.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



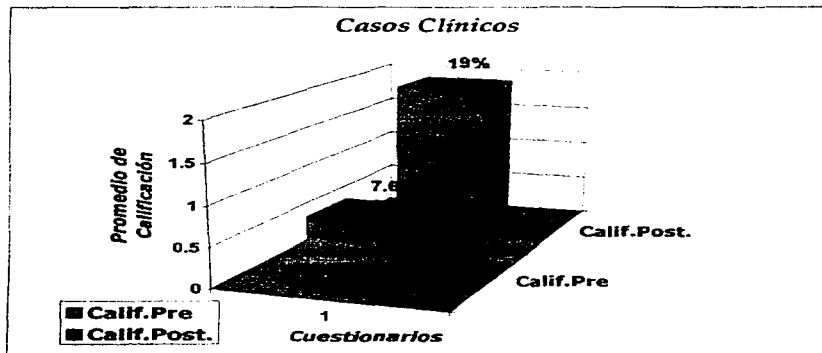
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el segundo grupo, "casos clínicos", cabe mencionar que como requisito para tomar cuenta cada caso clínico como acierto, las tres respuestas relacionadas tendrían que ser correctas. Lo anterior para evitar errores de azar. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Una media de 7.6% previa al taller y de 19.4% posterior al taller. Con un aumento relativo al resultado pre-taller del 40%

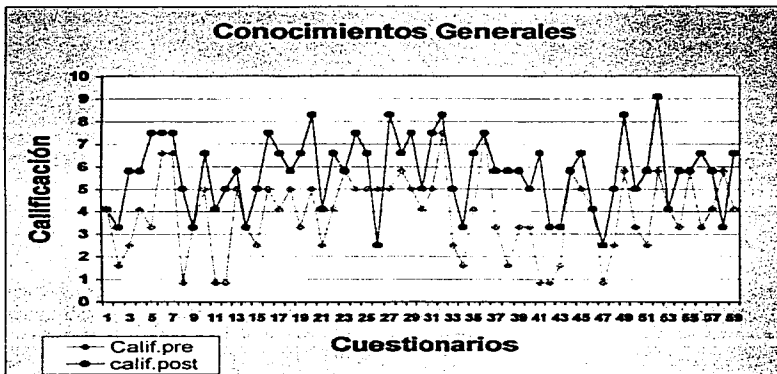
Un análisis de varianza de 1.99 previa al taller y de 7.7 posterior al taller.

Con una diferencia significativa de ($p < 0.05$) con una T estadística de 3.09, valor crítico de t (una cola) 1.67 y un valor crítico de t (2 colas) 2.00.

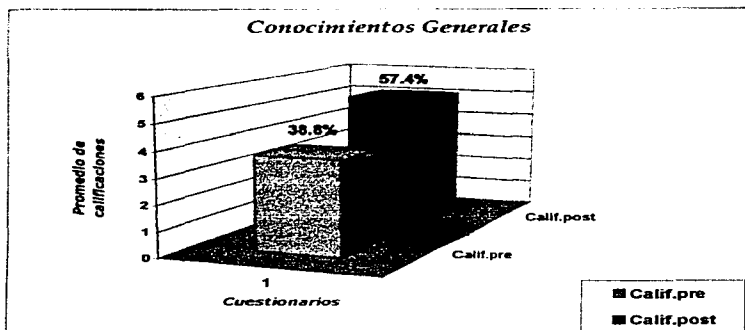


En el tercer grupo, "conocimientos generales", se obtuvo una media previa al taller de 38.8%, posterior al taller de 57.4. Con un aumento relativo al resultado previo de 47.9%.

Un análisis de varianza previa al taller de 2.99 y una posterior al taller de 2.60. Una diferencia estadísticamente significativa con una ($p < 0.05$) con una T estadística de 9.29, con un valor crítico t (una cola) de 1.67 y un valor crítico de t (2 colas) 2.00.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Análisis Estadístico. (Discusión)

En cuánto a las características de la población de médicos estudiada en relación al género fueron 54% hombres y 46% mujeres, con una edad promedio de 40 años

El año de egreso de la licenciatura en medicina fue en promedio durante 1987.

La mayoría de los médicos se dedican a la consulta privada.

El 25% de los médicos acudió por lo menos a un congreso el año pasado (2001), pero casi 40%, no acudieron a ningún congreso.

La mayoría de los médicos consultan al menos una revista, sin embargo el 10% de la población estudiada no lee ninguna.

Los resultados relacionados específicamente con el cuestionario aplicado fueron:

Para el grupo referente a los resultados generales se obtuvo un promedio de calificación previo al taller de 36% y posteriormente el promedio aumentó a 50.9%, con un aumento relativo del 41%. La varianza fue mayor para los cuestionarios posteriores. Podemos referir entonces que sí existe una diferencia significativa ($p < 0.05$) entre los resultados del cuestionario previo y el cuestionario aplicado posterior al taller..

Para la parte del cuestionario referente a casos clínicos, cabe recordar, que para tomar como acierto cada uno de los casos, tenía que tenerse correctas las 3 preguntas referentes al mismo, por lo que los resultados para este rubro fueron poco satisfactorios. En la evaluación inicial el promedio obtenido fue de 7.6% y posterior de 19%, con un aumento relativo del 40%, con diferencia estadísticamente significativa, un valor para T de 3.09.

En el rubro de conocimientos generales el promedio inicial fue de 38.8% y posterior de 57.4%, con un aumento relativo de 47.9% La varianza fue mayor en los resultados previos, encontrándose para este rubro la mayor diferencia significativa ($p < 0.05$), con una T de 9.29.

CONCLUSIONES

En cuánto al principal objetivo de este trabajo, referente a evaluar el grado de utilidad de una estrategia educativa (taller), para mejorar el nivel de conocimiento acerca de las Guías Internacionales para manejo de asma en los médicos de primer contacto, médicos generales y familiares; podemos concluir:

Las estrategias educativas para mejorar los conocimientos sobre GINA son de utilidad, ya que en los 3 distintos rubros analizados del cuestionario, hubo mejoría, siendo ésta estadísticamente más notoria en el rubro de conocimientos generales.

El nivel de conocimiento de base con que cuentan los médicos acerca de asma, es deficiente, ya que el promedio de calificación del cuestionario, previo al taller para todos los rubros fue bajo, especialmente en relación con los casos clínicos, en dónde se incluyen aspectos específicos relacionados a clasificación y tratamiento de asma.

Concluimos que si hay mejoría en el nivel de conocimiento acerca del manejo de asma, sin embargo ésta, aún es deficiente, los promedios obtenidos posteriores al taller siguen siendo bajos 59%; un sólo taller no es suficiente, los conocimientos tendrían que ser reafirmados constantemente, así como continuar el seguimiento de los médicos participantes en el estudio para obtener resultados a largo plazo.

Estos resultados constituyen la base de estudios posteriores que permitan la aplicación de otras estrategias educativas que permitan mejorar el grado de conocimiento de los médicos sobre el diagnóstico y tratamiento del asma.

La difusión adecuada a través de una estrategia educativa, mejoraría el nivel de conocimiento sobre las guías para manejo de asma, ofreciendo una mejor atención y un beneficio directo para el paciente asmático.

Lo anterior sin duda tendrá un impacto disminuyendo los costos directos e indirectos de la atención médica y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS.

ANEXO 1

CURSO/TALLER

OBJETIVO: Demostrar que un curso taller aumenta el conocimiento que tienen los médicos familiares y generales sobre asma bronquial, basado en las guías internacionales para diagnóstico y tratamiento de asma.

DIRIGIDO: Médicos generales y familiares.

DURACION: 4 módulos de 30 min.

EVALUACION: Inicial y final con una duración de 15 minutos cada una.

SEDE: Cd. De Toluca.

FECHA: 31-01-02

HORARIO: De las 17:00 a las 20:00 hrs.

COSTO: Gratuito.

Previa inscripción.

LOGISTICA

Capacidad para 60 médicos.

4 mesas de trabajo de 15 médicos cada una.

2 coordinadores por mesa.

Cada mesa con duración de 30 min.

Receso de 15 minutos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

TEMARIO.

MESA 1

INTRODUCCION.

DR. MEJIA

DEFINICION

DR. HERNANDEZ

EPIDEMIOLOGIA

FISIOPATOLOGIA

DURACION 30 MIN.

MESA 2

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO CLINICO

DRA. VAZQUEZ

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

DRA. PINEDA

CLASIFICACION

DURACION 30 MIN.

RECESO DE 15 MINUTOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MESA 3

TRATAMIENTO

DR. LEONEL

NO FARMACOLOGICO

DRA. SEGURA

FARMACOLOGICO.

DRA. HERRERA

LARGO Y CORTO PLAZO.

MAYOR Y MENOR DE 5 AÑOS

EDUCACION, SUPERVISION Y CONTROL ADECUADO.

DURACION DE 30 MIN.

MESA 4

FISIOLOGIA PULMONAR

DRA. GONZALEZ

ESPIROMETRIA

DR. ESPINOLA

FLUJOMETRIA

DR. ORTIZ.

EJERCICIO

ASMA LABORAL

DURACION 30 MIN.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MESA 5

PREGUNTAS Y RESPUESTAS CON TODOS LOS COORDINADORES.

DURACION 15 MIN.

ANEXO 3

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO SIGLO XXI**

ESTIMADO DOCTOR

Agradecemos su participación en este proyecto titulado **IMPACTO DE LAS GUÍAS INTERNACIONALES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA.**

ESTE CUESTIONARIO ES CONFIDENCIAL Y ANÓNIMO.

Edad: _____ Sexo: _____ Año de egreso _____

Donde labora: _____

Especialidad: _____

Pertenece a algún consejo o sociedad: _____

Último congreso o curso al que asistió: _____

Que revista médica le gusta leer y con que frecuencia lo hace:

Gaceta Médica _____ Revista Médica del IMSS _____ Archivos de Investigación _____ Otras (mencionar) _____

1.- ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es falsa, respecto al uso de B2 agonistas de acción corta inhalados?

- a) Son los medicamentos más efectivos para quitar el bronco espasmo agudo.
- b) El uso de más un 1 tubo por mes indica control inadecuado.
- c) Son usados en un cuadro de manera que reduce la frecuencia de ataques.
- d) El uso frecuente puede inducir a la disminución del número de receptores B2 en los pulmones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa, respecto al uso de corticoesteroides inhalados?

- a) Disminuyen la completa severidad de los síntomas.
- b) Impiden la remodelación de las vías aéreas.
- c) Su acción es directamente broncodilatadora.
- d) Están asociados con los efectos de los esteroides sistémicos.
- e) Están asociados con el aumento del flujo pico espiratorio.

3.- ¿Cuál de los siguientes tratamientos no es recomendado para la mayoría de los pacientes que presentan crisis asmática severa?

- a) Nebulizaciones repetitivas y continuas con B2 agonistas.
- b) Oxígeno suplementario de mantenimiento a mayor de 90% de la SaaO2
- c) Agentes mucolíticos
- d) Agentes anticolinérgicos.

4.- Los pacientes con asma pueden desarrollar obstrucción irreversible de las vías aéreas debido a:

- a) Remodelación de las vías aéreas.
- b) Baja regulación de los receptores B2 agonistas.
- c) Pérdida progresiva del parénquima pulmonar.
- d) El asma no desarrolla obstrucción irreversible de las vías aéreas.

5.- ¿Cuál de los siguientes datos es necesario para el diagnóstico de asma?

- a) Volumen espiratorio forzado reducido en un segundo (FEV 1)
- b) Reducción de la capacidad vital forzada (FVC)
- c) Reversibilidad de la obstrucción de las vías aéreas.
- d) Disminución de la capacidad de difusión.
- e) Incremento de la capacidad de difusión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.-Paciente masculino de 20 años de edad, presenta sintomatología, mayor o igual a una vez por semana y síntomas nocturnos más de dos veces al mes, su asma se clasifica como:

- a) Persistente severa.
- b) Persistente moderada.
- c) Persistente leve.
- d) Intermitente.

7.- ¿De acuerdo a su clasificación de severidad que valores de FEV1 le corresponden?

- a) Menor de 60%
- b) 60-80%
- c) Mayor de 80% con variabilidad del 20-30%.
- d) Al 80% con variabilidad de menos del 20%.

8.- ¿Qué tipo de tratamiento a largo plazo requiere de acuerdo a su clasificación de severidad?

- a) No requiere medicación.
- b) Corticoesteroide inhalado de 800-2000 mcg oral.
- c) Corticoesteroide inhalado de 200-500 mcg y broncodilatador de acción prolongada.
- d.-Corticoesteroide inhalado 800-2000 mcg y broncodilatador de acción prolongada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SE
DE LA BIBLIOTECA

9.-Paciente del sexo femenino de 30 años de edad con síntomas continuos, actividad física muy limitada y síntomas nocturnos frecuentes, por lo que se clasifica como:

- a) Persistente severa
- b) Persistente moderada
- c) Persistente leve.
- d) Intermittente.

10.- ¿De acuerdo a su clasificación de severidad que valores de FEV1 le corresponden?

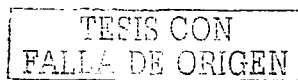
- a) Menor o igual a 60% con variabilidad mayor a 30%-
- b) 60-80%
- c) Amba de 80% con variabilidad del 20-30%.
- d) Al 80% con variabilidad de menos del 20%.

11.- ¿Qué tipo de tratamiento a largo plazo requiere de acuerdo a su clasificación de severidad?

- a) No requiere medicación
- b) Corticoesteroide inhalado diariamente de 800-2000 mcg, broncodilatador de acción prolongada.
- c) Corticoesteroide inhalado de 200-500 mcg.
- d) Corticoesteroide inhalado 800-2000 mcg y broncodilatadores de acción prolongada.

12.-Paciente de sexo femenino de 32 años de edad con síntomas en menos de una vez por semana y síntomas nocturnos en menos o igual a dos veces por mes su clasificación es:

- a) Persistente severa.



- b) Persistente moderada.
- c) Persistente leve.
- d) Intermitente.

13.-De acuerdo a su clasificación de severidad que valores de FEV 1 le corresponde:

- a) Menor a 60%
- b) 60-80%
- c) Arriba de 80% con variabilidad del 2-30%.
- d) Mayor o igual a 80% con variabilidad menor a 20%.

14.- ¿Qué tipo de tratamiento a largo plazo requiere de acuerdo a su clasificación de severidad?

- a) No requiere medicación.
- b) Corticoesteroide inhalado de 800-2000 mcg vía oral.
- c) Corticoesteroide inhalado 200-5000 mcg
- d) Corticoesteroide inhalado 800-2000 mcg y broncodilatadores de acción prolongada.

15.-Paciente del sexo masculino de 35 años de edad con síntomas diarios con necesidad de utilizar B2 agonistas a diario, y limitación de la actividad física; presenta síntomas nocturnos más de una vez por semana, por lo que se clasifica como:

- a) Persistente severa.
- b) Persistente moderada.
- c) Persistente leve.
- d) Intermitente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

16.- ¿De acuerdo a su clasificación de severidad que valores de FEV1 le corresponden?

- a) Menor de 60%
- b) De 60-80%
- c) Mayor de 60% y menor al 80%, con variabilidad mayor de 30%.

17.- ¿Qué tipo de tratamiento a largo plazo requiere, de acuerdo a su clasificación de severidad?

- a) No requiere medicación.
- b) Corticoesteroide inhalado de 800-2000 mcg vía oral.
- c) Corticoesteroide inhalado 500 mcg si es necesario y broncodilatadores de acción prolongada.
- d) Corticoesteroide inhalado 800-2000 mcg y broncodilatadores de acción prolongada.

18.-En el asma ¿Qué patrón de mecánica ventilatoria esperaría encontrar en un paciente con más de 10 años de evolución con un control adecuado?

- a) Patrón obstructivo
- b) Patrón restrictivo
- c) Patrón mixto.
- d) Patrón indistinto.
- e) Patrón normal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19.- De los siguientes parámetros espirométricos que a continuación se describen ¿cuáles corresponden a asma?

	FEV 1 pre	FEV1 post.	PEF pre	PEF post.
a)	35%	37%	70%	70%
b)	50%	105%	85%	80%
c)	30%	30%	32%	90%
d)	60%	65%	82%	62%
e)	70%	72%	110%	76%

20.- ¿El estudio de espirometría clínica es útil para?

- a) Diagnosticar y clasificar al paciente de acuerdo con la clasificación GINA.
- b) Determinar el tratamiento.
- c) Observar la evolución del paciente.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) Todas las anteriores.

21.-El estudio de flujometría es útil; si:

- a) El paciente recibe el entrenamiento adecuado.
- b) Se compara con el diario de síntomas.
- c) El paciente conoce y relaciona la sintomatología de semáforo.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) Todas las anteriores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

22.- ¿Cuál de las siguientes pruebas es de mayor utilidad en el diagnóstico de asma?

- a) Pruebas cutáneas.
- b) Eosinófilos en moco nasal.
- c) Determinación de IgE sérica total.
- d) Tele radiografía de tórax.
- e) Espirometría.

23.- ¿Cuál es la mejor forma de monitorizar a los asmáticos?

- a) Radiografía de tórax mensual.
- b) Valoración médica cada semana.
- c) Medición cotidiana de flujo espiratorio máximo.
- d) Auscultación de los campos pulmonares todos los días.
- e) No se puede monitorizar la función pulmonar.

24.- ¿Cuál es medicamento de primera elección para los episodios de asma aguda?

- a) Esteroides inhalados.
- b) B agonistas de acción corta.
- c) Teofilina endovenosa.
- d) Bromuro de ipatropio inhalado.
- e) Salmeterol inhalado cada 6 hrs.

25.- ¿Cuál de los siguientes datos clínicos no es sugestivo de asma?

- a) Sibilancias.
- b) Estridor
- c) Tos frecuente por la noche.
- d) Opresión torácica recurrente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

1. **Guías Internacionales para el tratamiento y prevención del asma. OMS. NHBI. Rev. 1998.**
2. **Blackstien PH. Implementing continuing education strategies for family physicians to enhance Asthma patients Quality of life. J Asthma 2000; 37(3):247-257.**
3. **Partridge MR. Delivering effective asthma care how dow we implement asthma guidelines. Eur Respir J 2000; (15):235-237.**
4. **Bousquet J. Global Iniciative for asthma (GINA) and its objectives. Clinical and experimental allergy 2000; 30(1):2-5**
5. **Van Grunsven. The magnitude of effects as a reason for nonparticipation in drug treatment: a short review. J Asthma 2001; 38(2):113-119**
6. **Duncan K. New guidelines on asthma management. BMJ 1997; 314-316**
7. **Shmidth D. The Nacional Asthma Education and Prevention Program. Chest 1999; 116:235a-236s.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. Clark NM . Impact of education for physicians on patient outcomes. *Pediatrics* 1998; 101(5):831-836.
9. Crim C. Clinical practice guideline vs actual clinical practice: the asthma paradigm. *Chest* 2000;118(2):62S-64S.
- 10.Veninga M. Evaluating end educational intervention to improve the treatment of asthma in four European country. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160:1254-1262.
- 11.Rovithis E. Assessing the knowledge of bronchial asthma among primary health care physician in Crete: A pre-and post-test following and educational course. *BMC. Med Educ* 2001;1(1):2
- 12.Clark NM. Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health service. *Eur Respir J* 2000; 16:15-21.
- 13.Scribano PV. Provider adherence to a clinical practice guideline for acute astham in a pediatric emergency department. *Acad Emerg Med* 2001; 8(12):1147-1152.
- 14.Gorton TA. Practice primary care Physician's response to dissemination of practice guidelines *Arch Fam Med* 1995; 4(2):135-142.



- 15. Ables AZ. Improving family practice resident's compliance with asthma practice guidelines. Fam Med 2002; 34(1):23-28**
- 16. Segura-Méndez NH. Estudio descriptivo sobre la morbilidad y mortalidad debida a asma en una institución del sector salud. Revista Alergia de México 1994; 41(2):42-45.**
- 17. Salas M. Tendencia de la mortalidad por asma en México. Bol Oficina Saint Panam 1994; 116(4):298-305.**
- 18. Viniegra VI. Una nueva estrategia para la educación médica de posgrado. Parte 1. Rev Inv Clin 1990; 42(2):150-6.**
- 19. Pérez CR, Guiscafré H, Muñoz O, Impacto de una estrategia educativa para mejorar la conducta prescriptiva en tratamiento de rinofaringitis en 2 sistemas de salud. Antología de Síntesis Ejecutivas. Rev Med IMSS 1993-1996:51-60.**
- 20. Baeza Bacab. Elaboración de un cuestionario para evaluar el conocimiento sobre asma infantil en estudiantes de medicina. Revista Alergia de México 1998; 45(2):30-37**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

21. Villagrán. El impacto de las Guías Internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma (GINA) en Médicos Familiares. Tesis 2001.

22. Segura-Méndez NH, Espinola-Reyna G. Actualidades sobre asma bronquial. Perspectiva del médico. (en prensa).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN