

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**CONOCIMIENTO DE LAS GUÍAS INTERNACIONALES DE  
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA EN RESIDENTES  
DE MEDICINA FAMILIAR**

**TESIS DE POSGRADO**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LA ESPECIALIDAD EN  
**MEDICINA FAMILIAR**  
P R E S E N T A :  
**DRA. MARÍA DE LA LUZ BARRAGÁN ESTRADA**

**ASESOR:**  
**DRA. NORA HILDA SEGURA MÉNDEZ**

**COASESORES:**  
**DR. RICARDO GUIDO BAYARDO**  
**DR. AUGUSTO BERNARDOTORRES SALAZAR**



0352233

MÉXICO, D.F., SEPTIEMBRE 2004



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.



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
UNIDAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. JOSE ANTONIO RODRIGUEZ COVARRUBIAS  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28  
"GABRIEL MANCERA"

*[Handwritten signature]*



IMSS  
JEFATURA DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
CLINICA 28

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28  
"GABRIEL MANCERA"

*[Handwritten signature]*

DRA. NORA HILDA SEGURA MENDEZ  
ESPECIALISTA EN ALERGIA E INMUNOLOGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI IMSS

U. M. F. No. 28  
C. D. S.

RECIBIDO  
SET. 29 2004  
BIBLIOTECA

## AGRADECIMIENTOS

A EL,

Por su presencia en mi vida.

A mis Padres Teresa y Alberto,

Por su amor y por enseñarme a luchar por las cosas que quiero.

A mis hermanos Melina y Alberto,

Por hacer mi vida más agradable.

A Fernando,

Por su amistad, cariño y paciencia.

A mis amigos,

Por estar presentes para escuchar y compartir.

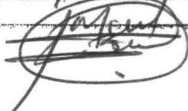
Dra. Nora,

Gracias por la confianza y por el ímpetu que nos transmite a cada uno de nosotros para hacer cosas diferentes

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: María de la Luz  
Baragán Estrada

FECHA: 29/09/05



## INDICE

• RESUMEN.....	4
• INTRODUCCION.....	5
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
• HIPOTESIS.....	13
• OBJETIVOS.....	14
• MATERIAL Y METODOS.....	15
• DISEÑO ESTADISTICO.....	15
• UNIVERSO DE TRABAJO.....	15
• TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	16
• VARIABLES.....	17
• CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	18
• PROCEDIMIENTO.....	19
• CONSIDERACIONES ETICAS.....	20
• RESULTADOS.....	21
• ANALISIS ESTADISTICO.....	22
• CONCLUSIONES.....	23
• TABLAS Y GRAFICOS.....	24
• ANEXOS.....	26
• BIBLIOGRAFIA.....	37

## RESUMEN

### CONOCIMIENTO DE LAS GUIAS INTERNACIONALES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA EN RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

Barragán Estrada María de la Luz, Segura Méndez Nora Hilda, Guido Bayardo Ricardo, Torres Salazar Augusto Bernardo. Unidad de Medicina Familiar 28, Servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda" Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México, D. F.

**OBJETIVO:** Determinar en los residentes de medicina familiar el nivel de conocimientos sobre las Guías de GINA antes y después de un taller.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio descriptivo, transversal y observacional aplicado a residentes de medicina familiar de 1o., 2o. y 3er año de las UMF No. 21 y No. 28. Se realizó un taller sobre asma bronquial y las guías GINA, de 3 horas de duración y se aplicó un mismo cuestionario antes y después para evaluar sus conocimientos. Se utilizó estadística descriptiva y prueba de T de Student's para el análisis de resultados.

**RESULTADOS:** Participaron 44 residentes de medicina familiar, el promedio de calificación obtenida al inicio del taller fue de  $4.01 \pm 1.60$  y posterior al taller de  $5.88 \pm 1.71$ . En la evaluación inicial no hubo diferencias significativas entre los grupos por año de residencia, sin embargo los residentes de 1er. Año en la evaluación posterior mostraron un mayor incremento en los conocimientos, con una  $p \leq 0.05$

**CONCLUSIONES:** La participación del residente de medicina familiar en un taller de Asma bronquial incrementa los conocimientos sobre la enfermedad, principalmente en los médicos residentes de primer año. No hubo diferencia entre ambas sedes.

Este estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación con número 2003-721-0029

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia mundial del asma se ha calculado en un 6%. En América Latina la tasa de mortalidad más elevada se encuentran en México y Uruguay, y las más bajas en Paraguay y Colombia, predomina en mujeres 51.8% en comparación con los hombres, y su morbilidad se ha incrementado significativamente en los últimos 20 años (1-3).

Según estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI), desde 1960 a 1987 la mortalidad por asma ha disminuido para ambos sexos, los grupos con la mayor mortalidad por asma fueron los pacientes en los extremos de la vida y es la 12ª. causa de mortalidad en preescolares. Las hospitalizaciones se incrementaron de 10 a 140 por 100 000 habitantes. De 1960 al presente, el estado con la mayor mortalidad ha sido Tlaxcala (3,4).

La frecuencia y el impacto social y económico del asma requieren de un tratamiento médico multidisciplinario y de la actualización sistemática del conocimiento de ésta enfermedad, lo que ha motivado la elaboración de guías en las que han participado expertos convocados por sociedades científicas nacionales y organismos internacionales para el diagnóstico y tratamiento del asma. (5).

Las primeras guías británicas, se publicaron en la revista Thorax de 1997, que destacan la asociación de un beta-agonista inhalado de larga

duración, como un paso previo al incremento en la dosis del corticosteroide inhalado en los pacientes con asma persistente moderado (5) .

La revisión de las Guías para el diagnóstico y tratamiento del asma del National Institute of Health (NIH) de 1997 incluyeron el concepto de remodelación de las vías aéreas como parte del proceso de obstrucción bronquial no reversible. Se agrega el uso de antileucotrienos en el tratamiento del asma persistente leve y en pacientes con sensibilización a la aspirina. En el asma moderada persistente se recomiendan beta-agonistas inhalados de larga duración más corticosteroides inhalados a dosis bajas-medias (6) .

Otra aportación fundamental de las guías es la clasificación del asma en función de su gravedad, que permite establecer recomendaciones del tratamiento en cada situación basándose en criterios clínicos y funcionales (7,8).

Todas las guías recomiendan tratamiento con corticosteroides inhalados asociados con broncodilatadores y establecen un tratamiento escalonado en función de la gravedad del asma (6-9).

El panel de expertos del American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM), del American College of Chest Physicians (ACCP) y el Programa Nacional de Educación y Prevención del



Asma (NAEPP) han desarrollado guías de práctica clínica y recomiendan pruebas de funcionamiento pulmonar como parte de la evaluación del asma (10).

Sin embargo, los avances en la investigación sobre la fisiopatología del asma y la aparición de nuevos fármacos para el tratamiento de la inflamación bronquial hacen necesaria la continua actualización de las guías con el fin de que no pierdan vigencia por lo que la Iniciativa Global para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma (GINA) hace su última revisión en mayo de 2003 con la novedad mas destacada en el uso de dispositivos espaciadores (10-12).

La aplicación de estas guías internacionales de diagnóstico y tratamiento del asma, auspiciadas por la Organización Mundial de Salud (GINA) disminuyen el uso indiscriminado de pruebas diagnósticas y ayudan a los profesionales de salud a reducir la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad y tienen como objetivo asumir que la salud y la enfermedad son responsabilidad compartida entre el paciente y el profesional que le trata (13-16).

Es trascendente valorar el grado de conocimientos que el personal de salud tiene de estas guías para el diagnóstico y tratamiento del asma, por el impacto médico, económico y social de la enfermedad, la utilización de estas

guías disminuye los costos por hospitalizaciones, ausentismo escolar y laboral, y mejoran la calidad de vida de los pacientes. (17).

Las guías GINA están dirigidas a los médicos, personal de salud y pacientes, en esta ocasión nos enfocaremos principalmente a su utilización por el personal médico. (18).

En la Universidad de Toronto se realizó una revisión de artículos de MEDLINE, con el objetivo de encontrar una estrategia efectiva para implementar las guías GINA, y determinaron que la manera más efectiva para la adopción de estas es a través de estrategias educativas tipo taller con la presentación de casos clínicos. (18-20).

Se han publicado diversos estudios que muestran las experiencias de las diversas estrategias educativas dirigidas a los médicos para la difusión de las guías internacionales de Diagnóstico y tratamiento del Asma (GINA).(21).

En 1999, Holanda, Noruega, Suecia y Eslovaquia, realizaron un proyecto para conocer el efecto de una estrategia educativa, dirigida a médicos generales a los cuales se les entregó material sobre las guías GINA, en la primera sesión se discutió el material entregado y en la segunda el médico recibió retroalimentación en cuanto a su prescripción actual, y se demostró que la implementación de estrategias educativas incrementa el conocimiento de la de los médicos sobre el asma y mejora su manejo (21).

En la Universidad de Creta, Grecia, el departamento de Medicina Familiar y Social, realizó un estudio para evaluar el conocimiento de asma en médicos familiares, antes y después de un curso educativo, los resultados demostraron un incremento en conocimiento de la enfermedad,  $p < 0.05$  después del curso. (22).

En 1990, la Universidad de Sao Paulo Brasil, aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos sobre asma a médicos recién graduados y a médicos residentes de 2do. Año de medicina interna, los resultados mostraron que los médicos residentes mostraron mayor habilidad para el tratamiento y diagnóstico del asma comparados con los médicos recién egresados  $p < 0.001$ , y de  $p = 0.94$  respectivamente, es decir hubo diferencia respecto al tratamiento pero no respecto al diagnóstico (23).

La Universidad de Puerto Rico realizó un estudio en médicos residentes de medicina interna para evaluar su nivel de conocimientos respecto al asma. El cuestionario consistió en 27 preguntas, 51% de los residentes fallaron en el 30% o más de las preguntas. (24).

El Departamento de Medicina Familiar en Spartanburg, USA, realizó en 1999 un estudio en residentes de medicina familiar para determinar el conocimiento sobre la severidad y el tratamiento farmacológico del asma. Se evaluaron los expedientes de los antes y después de una intervención educativa, mostrando que la clasificación de la severidad del asma era

adecuada en el 8.5 % de pacientes y posterior a la maniobra se incremento al 51% de los casos (25).

En nuestro país se han realizado algunos estudios, para determinar el nivel de conocimiento sobre asma y las guías GINA entre los médicos generales, familiares, médicos residentes y estudiantes de medicina (26).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó en el año 2001, un estudio para evaluar el grado de conocimiento que tienen los médicos familiares sobre las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma bronquial. En el área de conocimientos generales obtuvieron una calificación de 4.0, el análisis estadístico mostró escasa correlación entre el conocimiento general de los médicos participantes y el conocimiento de las guías GINA,  $r=0.022$ ; y la correlación entre las guías GINA y la especialidad medicina familiar, mostró una  $r = 0.33$ . Se concluyó que existe poco conocimiento acerca de las guías de GINA entre los médicos familiares (26).

Se ha demostrado que la implementación de talleres educativos sobre las guías GINA incrementa el conocimiento de los médicos de primer contacto sobre el diagnóstico y tratamiento del asma. Participaron 59 médicos de primer contacto a quienes se les aplicó un cuestionario antes y después de participar en un taller sobre las guías de GINA (27).

El promedio de aciertos en el cuestionario aplicado antes del taller fue de 36% y el aplicado después del taller fue de 51% ( $p<0.05$ ). (27).

Existen escasos estudios en nuestro país que muestren en los residentes de Medicina Familiar su conocimientos sobre GINA. A pesar de que constituyen el Primer Nivel de Atención de nuestro país e Institucionalmente atiende al 100% de la población derechohabiente y son responsables proporcionar un diagnóstico de certeza y un tratamiento médico eficaz además de realizar el seguimiento de la enfermedad en los pacientes.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El Asma bronquial es una enfermedad pulmonar obstructiva crónica de las vías aéreas, que representa un problema mundial de salud, el cual repercute en la economía de un país.

Las guías de GINA (Iniciativa Global mundial para diagnóstico y tratamiento de asma bronquial), tienen como objetivos principales promover criterios uniformes para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

La aplicación de estas guías GINA, ayudan a los profesionales de salud a reducir la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad y reducen el uso indiscriminado de pruebas diagnósticas.

¿Qué impacto tendrá la difusión de las guías de GINA mediante conferencias magistrales y la aplicación de casos clínicos en el nivel de conocimiento de los residentes de medicina familiar de las Unidades de Medicina Familiar 21 y 28 de la Delegación 3 SO del D.F.

¿Existe diferencia en el nivel de conocimientos sobre las guías de GINA entre los residentes de Medicina Familiar de acuerdo al año de especialidad que están cursando?

## **HIPOTESIS:**

### **HIPOTESIS ALTERNA.**

- Incrementa el nivel de conocimiento de las Guías Internacionales de Diagnóstico y Tratamiento de asma entre los médicos residentes de Medicina Familiar cuando participan en una conferencia magistral y presentación de casos clínicos.
- Existe diferencia en el nivel de conocimientos sobre las guías de GINA entre los residentes de Medicina Familiar de acuerdo al año de especialidad que están cursando.

### **HIPOTESIS NULA.**

- No incrementa el nivel de conocimiento de las Guías Internacionales de Diagnóstico y Tratamiento de asma entre los médicos residentes de Medicina Familiar cuando participan en una conferencia magistral y presentación de casos clínicos.
- No existe diferencia en el nivel de conocimientos sobre las guías de GINA entre los residentes de Medicina Familiar de acuerdo al año de especialidad que están cursando.

## **OBJETIVOS:**

Evaluar el conocimiento que los residentes de Medicina Familiar tienen sobre las Guías de GINA.

- Aumentar el marco de conocimientos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las Guías de GINA, mediante una conferencia magistral y un taller de casos clínicos.
- Conocer las diferencias que existen entre los residentes de medicina familiar de acuerdo al año de especialidad que están cursando.



## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **DISEÑO DE ESTUDIO:**

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, comparativo, observacional y educativo.

### **UNIVERSO DE TRABAJO:**

Se incluyeron en el estudio residentes de medicina familiar las Unidades No. 21 "Francisco Del Paso y Troncoso" y de la No. 28 "Gabriel Mancera" de la Delegación 3 SO del D. F.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Para este estudio el tamaño de la muestra se realizó por conveniencia. Se incluyeron un total de 44 residentes de medicina familiar, de los cuales 22 residentes eran de primer año de la especialidad, 17 residentes de segundo año y 5 residentes de tercer año.

## VARIABLES

### **Variable independiente:**

Conferencia magistral por especialistas en Alergia y las Guías Internacionales de Diagnóstico y tratamiento del asma además de casos clínicos evaluados en equipos de trabajo (GINA) Anexo 1.

### **Variable dependiente:**

Cuestionario único, validado, que consta de 15 preguntas y 4 casos clínicos con una serie de 3 preguntas cada uno, en un total de 25 preguntas sobre diagnóstico y tratamiento de asma basado en las Guías Internacionales para el Diagnóstico y tratamiento de Asma. Anexo 2

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### CRITERIOS DE INCLUSION:

Médicos residentes de medicina familiar

- Que deseen ampliar sus conocimientos en relación a las Guías Internacionales de Diagnóstico y Tratamiento de Asma (GINA).
- Voluntarios a participar contestando un cuestionario previamente validado, previo y posterior a la estrategia educativa.
- Los médicos debieron asistir a todas las sesiones del taller.
- Sexo indistinto
- Edad indistinta
- Unidad de formación indistinta.

### CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- Residentes de una especialidad distinta a medicina familiar.

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Médicos residentes que hayan decidido abandonar el estudio.
- Médicos residentes que no hayan completado el 100 % de asistencia al taller.
- Médicos residentes que por cualquier motivo no hayan contestado el cuestionario previo y posterior a la estrategia educativa.

## PROCEDIMIENTO

Se reunieron a los residentes de Medicina Familiar de los diferentes años de Especialidad en el Auditorio de la UMF no. 28 "Gabriel Mancera".

Se les proporcionó a cada uno de ellos un cuestionario (Anexo 2) una vez que todos contaban con el cuestionario y lápiz para responder, se les solicitó que lo contestarán en un tiempo aproximado de 15 minutos. Al término se recogieron los exámenes y se procedió a la conferencia magistral sobre Asma (Anexo 1).

Concluidas las conferencias, se discutieron casos clínicos a los participantes, contestándolos por grupos en coordinación de los ponentes.

Se concluyó la presentación con la entrega del mismo cuestionario que se aplicó antes de la conferencia, dando un tiempo aproximado de 15 minutos para su contestación. Se recogieron los exámenes y se calificó cada uno de ellos en una escala de 0.0 a 10.0.

Se aplicaron un total de 88 cuestionarios a 44 residentes.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

En el transcurso de la realización de este estudio, no se pone en riesgo la integridad física y moral de los participantes.

La participación de los médicos residentes en este trabajo de investigación será de manera voluntaria, cumpliendo con los criterios de inclusión.

Este estudio fue autorizado por el Comité Local de Investigación con el número de registro 2003-721-0029.

## RESULTADOS

Participaron 44 residentes distribuidos de la siguiente manera, 22 de 1er. Año, 17 de 2do. Año y 5 de tercer año. Las calificaciones de los 3 grupos fueron las siguientes: en el grupo de primer año (22 residentes) la calificación previa al taller tuvo una media de 4.22, la calificación posterior al taller tuvo una media de 6.41 dando por resultado una *t* Student de 0.001; para el grupo de segundo año (17 residentes) la calificación previa al taller tuvo una media de 4.26, la calificación posterior al taller tuvo una media de 5.86 con una *t* de Student de 0.002; y para el grupo de tercer año (5 residentes) la calificación previa al taller tuvo una media de 3.56, la calificación posterior al taller tuvo una media de 5.38 con una *t* Student de 0.046 con los que no se encontró significancia estadística.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

La información se codificó y capturó en la base de datos del paquete estadístico SSPS 12.0, se aplicaron a los resultados prueba estadística de t pareada para 2 grupos.



## CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de las guías de GINA es que tienen los residentes de medicina familiar es bajo, principalmente en los residentes que están próximos a concluir su formación de postgrado. Se observó que la asistencia a una conferencia magistral y la participación en un taller con casos clínicos incrementan el nivel de conocimientos sobre las Guías de GINA con significancia estadística principalmente en los residentes que inician su formación de postgrado.

## TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1

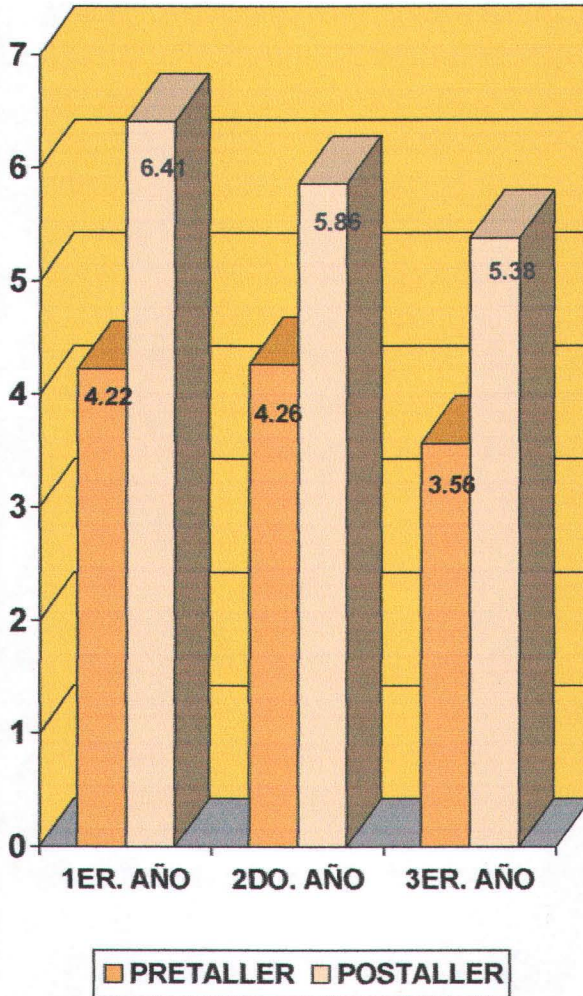
TABLA DE CALIFICACIONES PREVIAS Y POSTERIORES AL  
TALLER DE ASMA.

GRUPO	CALIFICACION PREVIA A TALLER (MEDIA)	CALIFICACION POSTERIOR A TALLER (MEDIA)	PRUEBA t Student
1ro n = 22	4.22	6.41	.001
2do n= 17	4.26	5.86	.002
3ro n= 5	3.56	5.38	0.046*

\* Sin significancia estadística.

GRAFICA 1.

**Calificaciones previas y posteriores al taller de asma**



## **ANEXO 1**

### **CONOCIMIENTO DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LAS GUIAS INTERNACIONALES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE UN TALLER**

**OBJETIVO:** Incrementar el nivel de conocimiento entre los médicos residentes de las guías internacionales aprobadas por la Organización Mundial de la Salud sobre el diagnóstico y tratamiento del ASMA, que constituye un problema de salud pública en nuestro país por los costos económicos y sociales que genera en nuestra institución y sus derechohabientes.

Para lo anterior hemos diseñado un taller que se evaluará a través de un cuestionario inicial y final.

#### **TEMARIO DEL TALLER.**

- 1.- REGISTRO Y EVALUACION INICIAL
- 2.- INTRODUCCION
- 3- FISIOPATOLOGIA
- 4.- CLASIFICACION DEL ASMA DE ACUERDO A GINA
- 5.- DIAGNOSTICO
- 6.- RECESO
- 7.- TRATAMIENTO ESCALONADO DEL ASMA DE ACUERDO A GINA
- 8.- SESION DE CASOS CLINICOS.
- 7.- CASOS CLINICOS
- 8.- EVALUACION FINAL

**DURACION:** 3 HORAS

**FECHA:** 17 DE FEBRERO DE 2004. **LUGAR:** AUDITORIO UMF 28

**PONENTES:**

Dra. Nora Hilda Segura Méndez. Alergóloga e Inmunóloga Clínica  
Dr. Ricardo Guido Bayardo. Alergólogo Pediatra

**ANEXO 2**

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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

ESTIMADO DOCTOR:

Agradecemos su participación en este proyecto titulado **"Conocimiento de las Guías Internacionales de Diagnostico y Tratamiento del Asma en Residentes de Medicina Familiar "**

Este cuestionario es confidencial y anónimo.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_.

UMF a la que pertenece \_\_\_\_\_.

Año de residencia: \_\_\_\_\_.

Solicitamos a usted responder subrayando la respuesta que considere correcta.

no dude en preguntar si existe alguna duda

gracias por participar

## CUESTIONARIO

**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 de un 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 de B2 en los pulmones.

**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 agonista.
- 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 agonista.
- 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.

**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 FEV 1 le corresponden?**

- a) Menor del 60%.
- b) 50 a 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.

**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) Intermitente



**10.- ¿De acuerdo a su clasificación de severidad que valores de FEV 1 le corresponden?**

- a) Menor o igual a 60% con variabilidad mayor a 30%
- b) 60-80%
- c) Arriba 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 200-500mcg
- d) Corticoesteroide inhalado de 800-2000mcg 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 20-30%
- d) Mayor o igual a 80% con variabilidad de menos del 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 via oral
- c) Corticoesteroide inhalado de 200-5000mcg
- d) Corticoesteroide inhalado de 800-2000mcg 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

**16.- ¿De acuerdo a su clasificación de severidad que valores de FEV 1 le corresponden?**

- a) Menor a 60%
- b) 60-80%
- c) Mayor de 60% y menor al 80%, con variabilidad mayor de 20%.

**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 via oral
- c) Corticoesteroide inhalado de 500mcg si es necesario y broncodilatadores de acción prolongada.
- d) Corticoesteroide inhalado de 800-2000mcg 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.

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

	FEV 1pre	FEV 1 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.

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

- a) Pruebas cutáneas.
- b) Eosinófilos en moco nasal.
- c) Determinación de Ig E 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 medica 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 el tratamiento de primera elección para los episodios de asma aguda?**

- a) Esteroides inhalados
- b) B agonista 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.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Alicea E, Casal J, Nazario S, Rodríguez W. Asthma knowledge among internal medicine residents. P R Health Sci. 1999 Mar, 18(1):19-21.
- 2.- Neffen H, Baena –cagnani, Malka S, sole D. Asthma mortality in Latin American J Investig Allergol Clin Immunol 1997 Jul-Aug; 7(4):249-53.
- 3.- Salas Ramirez M, Segura Mendez NH, Martínez- Cairo Cueto S. Mortalidad por asma en México. Bol Oficina Sanit Panam. 1994 Apr; 116(4):298-306.
- 4.- INEGI/SSA. Dirección general de información y evaluación del desempeño 2002.
- 5.- The British Guidelines on Asthma Management . 1995 Review and Position Statement . Thorax 1997; 52(Supl 1): S2-S2.
- 6.- NHLBI/WHO Global Initiative for Asthma. A Pocket Guide for Physicians and Nurses. Revised 1998. NIH Publication N° 96-3659B; 1998.
- 7.- Guidelines for the management of asthma in adults. 1.- Chronic persistent asthma. Statement by the British Thoracic Society, Research Unit of the Royal College of Physicians of London, King's Fund Centre, National Asthma Campaign. BMJ 1990; 301:651-653.

8.- Guidelines for the management of asthma in adults. 2.- Acute severe asthma. Statement by the British Thoracic Society, Research Unit of the Royal College of Physicians of London, King'sFund Centre, National Asthma Campaign. BMJ 1990; 301:797-800.

9.- Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Expert Panel report 2. NIH Publication N° 98-4051; 1999.

10.- Snow V, Lascher S, Mottur-Pilson C. The Evidence Base for Management of Acute Exacerbations of COPD. Chest 2001; 119: 1185-1189.

11- Guidelines for the management of asthma in adults. 1.- Chronic persistent asthma. Statement by the British Thoracic Society, Research Unit of the Royal College of Physicians of London, King's Fund Centre, National Asthma Campaign. BMJ 1990; 301:651-653.

12.- Guidelines for the management of asthma in adults. 2.- Acute severe asthma. Statement by the British Thoracic Society, Research Unit of the Royal College of Physicians of London, King'sFund Centre, National Asthma Campaign. BMJ 1990; 301:797-800.

13.- Verstappen WH, van de Weijden T, Sijbranddij J y Col. Effect of a practice strategy on test ordering performance of primary care physicians: a randomized trial. JAMA. 2003 May 14,289(18):2407-12.



14.-Klea BD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Family Practice* 1991;32(Supp.2):175-81.

15.-Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lázaro CG, Blum MJ. The relationship between patient's satisfaction with their physicians and perceptions about interventions. They desired and received. *Med Care* 1989;27 (Supp.11):1027-35.

16.-Partridge MB. Delivering optimal care to the person with asthma: what are the key components and what do we mean by patient education?. *Eur Respir J* 1995;8:298-305.

17.- Patridge MR. Translating research into practice: how are guidelines implemented? *J Suppl.* 2003 Jan;39:23s-29s.

18.- Worrall G, Chaulk P, Freake D. The effects of clinical practice on patient outcomes in primary care: a systematic review. *CMAJ* 1997, 156:1705-12.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

19.- F Borduas, R Carrier, D. Drouin, D. Deslauriers, G Tremblay. An interactive workshop : and effective means of integrating the Canadian Cardiovascular Society clinical practice guidelines on congestive heart failure into Canadian family physician's practice. *Can J Cardiol* 1998;9:11-6.

20.- Greenberg LW, Jewett LS. The impact of two educational techniques on physician knowledge, performance and patient care *Mobius* 1984;4:51-3.

21.- Veninga M, Evaluating and educational intervention to improve the treatment of asthma in four European country. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160:1254-1262.

22.- 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.

23.- Edson V., Alberto Cuckier, Rafael Stelmach . Comparison of Knowledge on asthma: doctors completing internal medicine residency and doctors completing medical school. *Sao Paulo Med. J.* May 2001; 119(3).

24.- Alicea E, Casal J, Nazario S, Rodriguez W. Asthma knowledge among internal medicine residents. *P R Health Sci J*, 1999 Mar; 18(1):19-21.

25.- Ables AZ. Improving family practice resident's compliance with asthma practice guidelines. *Fam Med* 2002; 34(1):23-28.

26.- Segura Mendez NH, Villagrán Ramirez G, Vazquez Nieto L. El uso de las Guías Internacionales de Diagnóstico y Tratamiento del Asma (GINA) en la práctica clínica de los médicos familiares. *Rev Aler Mex* 2001; XLVIII(6): 159-62.

27.- Segura Mendez NH, Herrera Sonia, Hernández Martínez E. Aplicación de la Guía Internacional para el Diagnóstico y el Tratamiento del Asma por médicos de primer contacto, antes y después de una estrategia educativa. *Rev Aler Mex* 2003; L(3):83-85.