

11237

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL TACUBA ISSSTE

150

**CONOCIMIENTOS Y PRACTICA DE MÉDICOS DEL ISSSTE DEL ÁREA
METROPOLITANA ANTE EL ASMA EN EL NIÑO**

**TESIS DE POSGRADO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA MEDICA PRESENTA:**

DR OSBALDO RAMOS FERNANDEZ

**ASESORES. DR DEMETRIO ARTURO BERNAL ALCANTARA
DR GUSTAVO CASTRO HERRERA
DR JAIME MADARIAGA MARQUEZ**

MEXICO D.F.

JUNIO 2000

286470



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

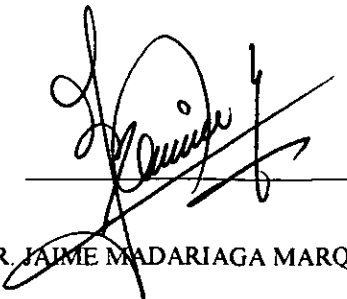


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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).

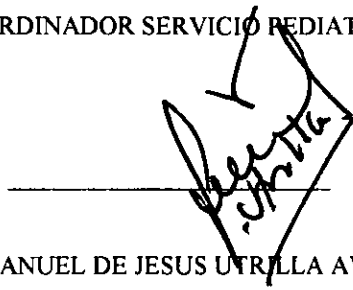
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



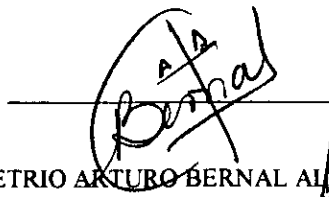
DR. JAIME MADARIAGA MARQUEZ
PROFESOR TITULAR CURSO PEDIATRA



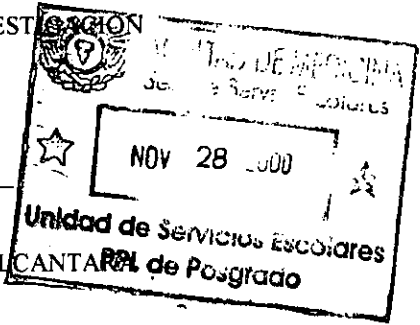
DR. VICENTE TORRES JIMENEZ
COORDINADOR SERVICIO PEDIATRA



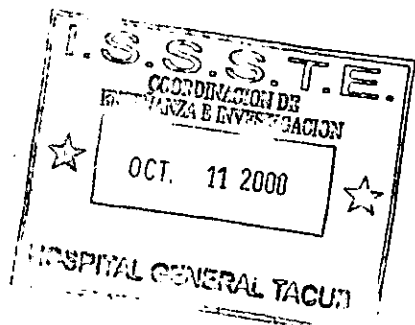
DR. MANUEL DE JESUS UTRILLA AVILA
COORDINADOR ENSEÑANZA E INVESTIGACION



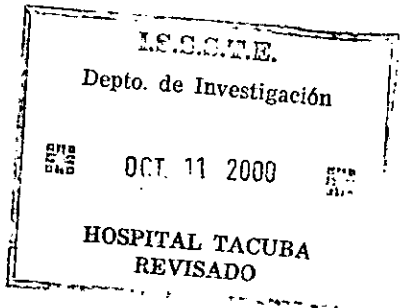
DR. DEMETRIO ARTURO BERNAL ALCANTARA
DIRECTOR DE TESIS



UNIDAD DE SERVICIOS ESCOLARES
NOV 28 2000
Unidad de Servicios Escolares
Escuela de Posgrado



I.S.S.S.T.E.
COORDINACION DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACION
OCT. 11 2000
HOSPITAL GENERAL TACUBA



I.S.S.S.T.E.
Depto. de Investigación
OCT. 11 2000
HOSPITAL TACUBA
REVISADO

*DEDICO ESTE TRABAJO CON PLACER Y PROFUNDO CARIÑO A MI ESPOSA E
HIJOS.
RUTH, LIZETTE Y OSBALDO*

*MI MAS SICERA GRATITUD, CON CARIÑO Y RESPETO A MIS PADRES Y
HERMANOS.
A MIS MAESTROS
A LAS INSTITUCIONES QUE ME FORMARON
A QUIEN SIGUE LUCHANDO POR VENCER LA IGNORANCIA*

PUEDES DARLES TU AMOR, PERO NO TUS PENSAMIENTOS,

PORQUE ELLOS TIENEN LOS SUYOS PROPIOS.

PUEDEN ALBERGAR SUS CUERPOS, PERO NO SUS ALMAS,

PORQUE ESTAS VIVEN EN LA CASA DEL MAÑANA,

QUE TU NO PUEDES VISITAR, NI SIQUIERA EN TUS SUEÑOS.

GIBRAN

A TODOS LOS NIÑOS DEL MUNDO

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
PROBLEMA	5
HIPOTESIS	5
OBJETIVOS	6
JUSTIFICACION	6
DISEÑO DE INVESTIGACION	7
- GRUPO DE ESTUDIO	
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
MATERIAL Y METODO	7

RESULTADOS	8
DISCUSION	10
CONCLUSION	13
BIBLIOGRAFIA	19

CONOCIMIENTOS Y PRACTICA DE MEDICOS DEL ISSSTE DEL AREA METROPOLITANA ANTE EL ASMA EN EL NIÑO

INTRODUCCION.

Hay pocas publicaciones que reflejan las tendencias terapéuticas seguidas en nuestro país, y ninguna que muestre lo que acontece en nuestra institución. El motivo del presente trabajo fue conocer las actitudes diagnósticas y terapéuticas de los médicos que tienen que ver con la atención de niños asmáticos en nuestra Institución, en el Distrito Federal.

MATERIAL Y METODOS.

Se aplicó un cuestionario sobre asma a 251 médicos de clínicas y hospitales del ISSSTE del Distrito Federal, seleccionados por muestreo aleatorio simple.

RESULTADOS.

El 26% de los médicos generales y el 19% de los pediatras, consideraron que la enfermedad es curable. Signos de insuficiencia respiratoria severa fueron considerados datos de gravedad por el 43% de los médicos. La vía de administración de broncodilatadores más utilizada fue la inhalatoria (77%) La beclometazona es utilizada por el 38%, mientras que el 47% usa prednisolona. El 39%, emplean el cromoglicato de sodio, y 24% el ketotifeno. El 77% capacita a los familiares y al paciente, pero sólo el 46% verifica su conocimiento adquirido. Solo el 24% utiliza el flujómetro como auxiliar en el control de sus pacientes.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

En este estudio, se encontraron deficiencias en la evaluación de la enfermedad y en el uso de fármacos. Asimismo, no se aprecia la utilización de las guías nacionales e internacionales para el manejo del paciente asmático. En consecuencia, es necesario establecer programas de educación médica continua en las diferentes áreas de atención a la salud

PALABRAS CLAVE.

Asma, actitudes, conocimientos, guías de manejo del asma.

KNOWLEDGE AND PRACTICES OF DOCTORS OF THE ISSSTE OF THE METROPOLITAN AREA ABOUT THE ASTHMA IN THE BOY

INTRODUCTION.

There are few publications that reflect the therapeutic tendencies in our country, and none that shows what happens in our institution. The reason of the present work was to know the attitudes in diagnostic and therapeutic of the doctors that have to do with the attention of asthmatic children in our Institution, in the Federal District.

MATERIAL AND METHODS.

A questionnaire was applied it has more than enough asthma to 251 doctors of clinical and hospitals of the ISSSTE of the Federal District, selected by simple aleatory sampling.

RESULTS.

26% of the general doctors and 19% of the pediatricians, they considered that the illness is curable. Signs of severe breathing inadequacy were considered data of graveness by 43% of the doctors. The road of administration of more used bronchodilatores was the inhalatoria (77%) The beclomethasone is used by 38%, while 47% uses prednisolone. 39%, they use the sodium cromoglycate, and 24% the ketotifeno. 77% qualifies the relatives and the patient, but 46% only verifies its acquired knowledge. Alone 24% uses the peack flow like assistant in the control of its patients.

DISCUSSION. AND CONCLUSIONS.

In this study, they were deficiencies in the evaluation of the illness and in the pharmacos use. Also, the use of the national and international guides is not appreciated for the asthmatic patient's handling. In consequence, it is necessary to establish programs of continuous medical education in the different areas of attention to the health

KEYWORDS.

Asthma, attitudes, knowledge, asthma management guidelines.

INTRODUCCION

El Asma es una enfermedad inflamatoria de las vías aéreas, la cual se caracteriza por hiperreactividad bronquial, infiltración por varios tipos celulares, predominantemente eosinófilos, y los síntomas están asociados con un grado variable de obstrucción de las vías aéreas, que es frecuentemente reversible en forma espontánea o con tratamiento. En niños y adultos jóvenes el asma es predominantemente de origen alérgico.^{1,2}

Durante las últimas cuatro décadas, la prevalencia de asma se ha incrementado considerablemente en países industrializados como Australia, Nueva Zelanda y el Reino Unido con una incidencia de aproximadamente 10-30% de la población.³ También se ha observado un incremento en la prevalencia de asma en niños de países de reciente industrialización como China y Singapur.⁴ Este incremento puede ser debido a varios factores entre los que se encuentran: la intencionalidad diagnóstica, la modificación de los criterios diagnósticos y un incremento de la capacidad funcional del individuo.^{5,6} En países desarrollados, los costos económicos por el tratamiento de estas enfermedades son enormes, tan solo en asma, en el Reino Unido se gastaban 843 millones de libras en 1968, mientras que en Estados Unidos el costo era de 315 millones de dólares en 1967. Interesantemente, en Estados Unidos, el gasto por concepto de esta enfermedad se incrementó más de 20 veces para 1990 (6.4 billones de dólares).⁸ Además, para el individuo asmático o su familia, el costo del asma puede ser inmenso. Por todo esto, muchos países están tratando de encontrar la mejor estrategia para controlar el asma, lo cual no sólo puede resultar en un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno con una reducción dramática de los síntomas, sino también, en un incremento de la capacidad funcional del individuo. Estudios recientes han mostrado que para su tratamiento, además, de los fármacos broncodilatadores, agentes antialérgicos inhalados y orales, y teofilina de liberación prolongada, se han considerado recientemente a los agentes anti-

inflamatorios, incluyendo a los corticosteroides inhalados e inhibidores de los leucotrienos, como la opción terapéutica mejor para controlar la inflamación de las vías aéreas.⁹ El asma es una enfermedad respiratoria frecuente en nuestro país, por lo que es común que el médico de diferentes niveles de atención a la salud, se vea en la necesidad de diagnosticar y tratar este tipo de enfermos en su practica cotidiana. Aunque diversos autores han reportado un aumento de las tasas de mortalidad por asma en diferentes partes del mundo, en nuestra Unidad hospitalaria no se ha identificado esta experiencia, aunque si se ha observado un incremento en la demanda de consulta de urgencias y en los casos que requieren hospitalización.¹⁰ Los posible factores a los que se atribuye este hecho son diversos, citándose entre los más probables a la falta de identificación oportuna de la enfermedad, la falla para la identificación de datos de gravedad, así como deficiencias en el tratamiento adecuado de los pacientes. Se sabe que cuando el diagnóstico no es preciso, se va a propiciar un número relativamente alto de pacientes no diagnosticados. Por otra parte, aún en enfermos debidamente diagnosticados, los datos de gravedad de las agudizaciones suelen pasar desapercibidos o no ser valorados adecuadamente, tanto por los médicos como por los mismos pacientes; lo cual representa un alto riesgo para la vida del enfermo, y es posiblemente, la consecuencia de una mala información de estos aspectos.^{11,12} En relación con el tratamiento, también existen problemas similares, como es el caso del mal empleo de medicamentos en relación con las dosis y vías de administración, la falta de vigilancia de efectos tóxicos de los mismos, la omisión en el uso de fármacos anti-inflamatorios, o el uso de medicamentos de poca utilidad terapéutica en la enfermedad. Todos estos aspectos conllevan un descontrol de la enfermedad y favorecen la demanda en los servicios de urgencias, el incremento en los costos en salud y el ausentismo laboral y escolar. En términos generales, se infiere que las medidas aplicadas no son siempre las mejores. Estas deficiencias, son consideradas generales y es

por lo que se han establecido lineamientos generales para diagnosticar y tratar la enfermedad. Estas guías se encuentran ampliamente descritas en la literatura.^{13,14,15} Un ejemplo son, los publicados por el grupo de Estudio del Asma en el Niño, de la Secretaría de Salud, en 1994.¹⁶ En ese año, publicaron las principales características del asma con el fin de orientar al médico en su diagnóstico y tratamiento. En nuestro país e institución desconocemos los criterios diagnósticos y terapéuticos seguidos en forma rutinaria por los diversos grupos de médicos que atienden pacientes asmáticos. Existen pocas publicaciones que reflejan las tendencias terapéuticas seguidas en nuestro país, y ninguna que refleje lo que acontece en nuestra institución. En consecuencia, el motivo del presente trabajo fue conocer las actitudes diagnósticas y terapéuticas de los médicos que tienen que ver con la atención de niños asmáticos en nuestra Institución, en el Distrito Federal.

PROBLEMA

A pesar de que se han publicado guías para el manejo de los pacientes asmáticos, tanto en el ámbito internacional como nacional, ¿los conocimientos y práctica de los médicos de nuestra institución difieren de estos y entre sí?

HIPOTESIS

Los conocimientos y práctica en la atención de los pacientes pediátricos con asma, de los médicos de nuestra institución en el Distrito Federal, difieren de los establecidos en las guías de manejo nacional e internacionales publicadas, y entre sí.

por lo que se han establecido lineamientos generales para diagnosticar y tratar la enfermedad. Estas guías se encuentran ampliamente descritas en la literatura.^{13,14,15} Un ejemplo son, los publicados por el grupo de Estudio del Asma en el Niño, de la Secretaría de Salud, en 1994.¹⁶ En ese año, publicaron las principales características del asma con el fin de orientar al médico en su diagnóstico y tratamiento. En nuestro país e institución desconocemos los criterios diagnósticos y terapéuticos seguidos en forma rutinaria por los diversos grupos de médicos que atienden pacientes asmáticos. Existen pocas publicaciones que reflejan las tendencias terapéuticas seguidas en nuestro país, y ninguna que refleje lo que acontece en nuestra institución. En consecuencia, el motivo del presente trabajo fue conocer las actitudes diagnósticas y terapéuticas de los médicos que tienen que ver con la atención de niños asmáticos en nuestra Institución, en el Distrito Federal.

PROBLEMA

A pesar de que se han publicado guías para el manejo de los pacientes asmáticos, tanto en el ámbito internacional como nacional, ¿los conocimientos y práctica de los médicos de nuestra institución difieren de estos y entre sí?

HIPOTESIS

Los conocimientos y práctica en la atención de los pacientes pediátricos con asma, de los médicos de nuestra institución en el Distrito Federal, difieren de los establecidos en las guías de manejo nacional e internacionales publicadas, y entre sí.

por lo que se han establecido lineamientos generales para diagnosticar y tratar la enfermedad. Estas guías se encuentran ampliamente descritas en la literatura.^{13,14,15} Un ejemplo son, los publicados por el grupo de Estudio del Asma en el Niño, de la Secretaría de Salud, en 1994.¹⁶ En ese año, publicaron las principales características del asma con el fin de orientar al médico en su diagnóstico y tratamiento. En nuestro país e institución desconocemos los criterios diagnósticos y terapéuticos seguidos en forma rutinaria por los diversos grupos de médicos que atienden pacientes asmáticos. Existen pocas publicaciones que reflejan las tendencias terapéuticas seguidas en nuestro país, y ninguna que refleje lo que acontece en nuestra institución. En consecuencia, el motivo del presente trabajo fue conocer las actitudes diagnósticas y terapéuticas de los médicos que tienen que ver con la atención de niños asmáticos en nuestra Institución, en el Distrito Federal.

PROBLEMA

A pesar de que se han publicado guías para el manejo de los pacientes asmáticos, tanto en el ámbito internacional como nacional, ¿los conocimientos y práctica de los médicos de nuestra institución difieren de estos y entre sí?

HIPOTESIS

Los conocimientos y práctica en la atención de los pacientes pediátricos con asma, de los médicos de nuestra institución en el Distrito Federal, difieren de los establecidos en las guías de manejo nacional e internacionales publicadas, y entre sí.

Hipótesis nula:

Los conocimientos y práctica en la atención de los pacientes pediátricos con asma, de los médicos de nuestra institución en el Distrito Federal, no difieren de los establecidos en las guías de manejo nacional e internacionales publicadas, y entre sí.

Hipótesis alterna:

Los conocimientos y práctica en la atención de los pacientes pediátricos con asma, de los médicos de nuestra institución en el Distrito Federal, difieren de los establecidos en las guías de manejo nacional e internacionales publicadas, y entre sí.

OBJETIVOS

Conocer las actitudes diagnósticas y terapéuticas de médicos del ISSSTE que atienden pacientes pediátricos enfermos de asma.

Conocer si los médicos del ISSSTE del Distrito Federal utilizan los criterios uniformes para la evaluación y tratamiento de enfermos de asma propuestos por grupos de expertos nacionales e internacionales

JUSTIFICACION

La detección del nivel real de conocimientos de los médicos que tratan pacientes enfermos de asma, permitirá establecer programas específicos de educación en las diferentes áreas de atención a la salud del ISSSTE metropolitano. Con esto, se logrará un mejor control de la enfermedad, se contribuirá a disminuir la demanda en los servicios de urgencias, disminuir los costos en salud y disminuir el ausentismo escolar.

Hipótesis nula:

Los conocimientos y práctica en la atención de los pacientes pediátricos con asma, de los médicos de nuestra institución en el Distrito Federal, no difieren de los establecidos en las guías de manejo nacional e internacionales publicadas, y entre sí.

Hipótesis alterna:

Los conocimientos y práctica en la atención de los pacientes pediátricos con asma, de los médicos de nuestra institución en el Distrito Federal, difieren de los establecidos en las guías de manejo nacional e internacionales publicadas, y entre sí.

OBJETIVOS

Conocer las actitudes diagnósticas y terapéuticas de médicos del ISSSTE que atienden pacientes pediátricos enfermos de asma.

Conocer si los médicos del ISSSTE del Distrito Federal utilizan los criterios uniformes para la evaluación y tratamiento de enfermos de asma propuestos por grupos de expertos nacionales e internacionales

JUSTIFICACION

La detección del nivel real de conocimientos de los médicos que tratan pacientes enfermos de asma, permitirá establecer programas específicos de educación en las diferentes áreas de atención a la salud del ISSSTE metropolitano. Con esto, se logrará un mejor control de la enfermedad, se contribuirá a disminuir la demanda en los servicios de urgencias, disminuir los costos en salud y disminuir el ausentismo escolar.

Hipótesis nula:

Los conocimientos y práctica en la atención de los pacientes pediátricos con asma, de los médicos de nuestra institución en el Distrito Federal, no difieren de los establecidos en las guías de manejo nacional e internacionales publicadas, y entre sí.

Hipótesis alterna:

Los conocimientos y práctica en la atención de los pacientes pediátricos con asma, de los médicos de nuestra institución en el Distrito Federal, difieren de los establecidos en las guías de manejo nacional e internacionales publicadas, y entre sí.

OBJETIVOS

Conocer las actitudes diagnósticas y terapéuticas de médicos del ISSSTE que atienden pacientes pediátricos enfermos de asma.

Conocer si los médicos del ISSSTE del Distrito Federal utilizan los criterios uniformes para la evaluación y tratamiento de enfermos de asma propuestos por grupos de expertos nacionales e internacionales

JUSTIFICACION

La detección del nivel real de conocimientos de los médicos que tratan pacientes enfermos de asma, permitirá establecer programas específicos de educación en las diferentes áreas de atención a la salud del ISSSTE metropolitano. Con esto, se logrará un mejor control de la enfermedad, se contribuirá a disminuir la demanda en los servicios de urgencias, disminuir los costos en salud y disminuir el ausentismo escolar.

DISEÑO DE INVESTIGACION

Se realizó un estudio transversal, prospectivo, descriptivo y abierto.

- GRUPO DE ESTUDIO

Se estudiaron a Médicos del ISSSTE Distrito Federal que atienden pacientes enfermos de asma en los diferentes niveles de atención.

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Médicos generales, familiares, pediatras y neumólogos que atienden pacientes en los diferentes niveles de atención del ISSSTE en el Distrito Federal.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Médicos generales, familiares, pediatras y neumólogos que atienden pacientes en los diferentes niveles de atención del ISSSTE en el Distrito Federal que rechazaron participar en el estudio.

MATERIAL Y METODOS

De marzo de 1997 a febrero de 1998, se les aplicó un cuestionario a 251 médicos de clínicas y hospitales del ISSSTE del Distrito Federal, seleccionados por muestreo al azar simple. Los médicos encuestados se dividieron en 106 médicos generales, 136 pediatras, 5 neumólogos pediatras, y 4 neumólogos. A todos, se les explicó el objetivo del cuestionario y se les comunicó que la contestación era en forma anónima.

Para validar el cuestionario se consultó a expertos nacionales sobre el tema. El cuestionario comprendió 25 preguntas, 11 de ellas dirigidas a conocer aspectos

DISEÑO DE INVESTIGACION

Se realizó un estudio transversal, prospectivo, descriptivo y abierto.

- GRUPO DE ESTUDIO

Se estudiaron a Médicos del ISSSTE Distrito Federal que atienden pacientes enfermos de asma en los diferentes niveles de atención.

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Médicos generales, familiares, pediatras y neumólogos que atienden pacientes en los diferentes niveles de atención del ISSSTE en el Distrito Federal.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Médicos generales, familiares, pediatras y neumólogos que atienden pacientes en los diferentes niveles de atención del ISSSTE en el Distrito Federal que rechazaron participar en el estudio.

MATERIAL Y METODOS

De marzo de 1997 a febrero de 1998, se les aplicó un cuestionario a 251 médicos de clínicas y hospitales del ISSSTE del Distrito Federal, seleccionados por muestreo al azar simple. Los médicos encuestados se dividieron en 106 médicos generales, 136 pediatras, 5 neumólogos pediatras, y 4 neumólogos. A todos, se les explicó el objetivo del cuestionario y se les comunicó que la contestación era en forma anónima.

Para validar el cuestionario se consultó a expertos nacionales sobre el tema. El cuestionario comprendió 25 preguntas, 11 de ellas dirigidas a conocer aspectos

diagnósticos generales y al reconocimiento de datos de gravedad de la enfermedad y 14 reactivos relacionados con aspectos terapéuticos como son: uso de beta estimulante, xantinas, esteroides, cromoglicato de sodio y ketotifeno; vías de administración, dosis, efectos secundarios, así como utilidad de antihistamínicos, acupuntura, antibióticos e inmunoterapia. Los criterios que se utilizaron para evaluar las respuestas se basaron en los establecidos por el panel de expertos del National Asthma Education Program del National Heart, Lung and Blood Institute de los EUA/OMS. El tiempo de aplicación del cuestionario fue calculado para 15 minutos y la concordancia de las respuestas después de dos aplicaciones fue de 96%. No se detectaron dificultades de comprensión entre los que contestaron.

El análisis estadístico se realizó en el paquete computarizado STATCALC, del EPIINFO 6-04, realizando estadística básica y tabla de frecuencias.

RESULTADOS

En general, los resultados muestran que existe un criterio similar entre los diferentes médicos en cuanto a los reactivos relacionados con los aspectos diagnósticos de la enfermedad. El 70% clasifica a sus pacientes después de diagnosticarlo y solo el 20% lo hace como lo proponen las guías de GINASTMA₁₄. En relación con el criterio de curabilidad y control, se encontró que el 26% de los médicos generales y el 19% de los pediatras consideraron que la enfermedad es curable, en cambio solo es para el 11% de los neumólogos. La respiración periódica, la confusión, bradicardia, las sibilancias disminuidas o ausentes y un flujo espiratorio máximo menor del 60% de lo normal fueron considerados datos de gravedad por el 43% de los médicos entrevistados. Asimismo, solo el 42% de los médicos considera a los antecedentes asmáticos previos como criterios de

diagnósticos generales y al reconocimiento de datos de gravedad de la enfermedad y 14 reactivos relacionados con aspectos terapéuticos como son: uso de beta estimulante, xantinas, esteroides, cromoglicato de sodio y ketotifeno; vías de administración, dosis, efectos secundarios, así como utilidad de antihistamínicos, acupuntura, antibióticos e inmunoterapia. Los criterios que se utilizaron para evaluar las respuestas se basaron en los establecidos por el panel de expertos del National Asthma Education Program del National Heart, Lung and Blood Institute de los EUA/OMS. El tiempo de aplicación del cuestionario fue calculado para 15 minutos y la concordancia de las respuestas después de dos aplicaciones fue de 96%. No se detectaron dificultades de comprensión entre los que contestaron.

El análisis estadístico se realizó en el paquete computarizado STATCALC, del EPIINFO 6-04, realizando estadística básica y tabla de frecuencias.

RESULTADOS

En general, los resultados muestran que existe un criterio similar entre los diferentes médicos en cuanto a los reactivos relacionados con los aspectos diagnósticos de la enfermedad. El 70% clasifica a sus pacientes después de diagnosticarlo y solo el 20% lo hace como lo proponen las guías de GINASTMA₁₄. En relación con el criterio de curabilidad y control, se encontró que el 26% de los médicos generales y el 19% de los pediatras consideraron que la enfermedad es curable, en cambio solo es para el 11% de los neumólogos. La respiración periódica, la confusión, bradicardia, las sibilancias disminuidas o ausentes y un flujo espiratorio máximo menor del 60% de lo normal fueron considerados datos de gravedad por el 43% de los médicos entrevistados. Asimismo, solo el 42% de los médicos considera a los antecedentes asmáticos previos como criterios de

riesgo de mortalidad. La espirometría y los gases en sangre arterial son considerados útiles para evaluar la severidad de la crisis asmática por el 65 y el 78% de los pediatras y neumólogos respectivamente, en comparación con el 60% de los médicos generales.

En relación con los aspectos terapéuticos, la vía de administración de broncodilatadores más utilizada por los médicos fue la inhalatoria (77%). Con respecto a las xantinas, los médicos utilizan teofilinas de acción lenta en el 48%, comparada con 26%% de uso hospitalario. La beclometazona es utilizada por el 38% de los médicos, mientras que el 47% usa prednisona. El 39% de los médicos emplean el cromoglicato de sodio, y 24% el ketotifeno.

El 70% de los médicos canaliza a sus pacientes asmáticos con un alergólogo. El 57% de los médicos utiliza antihistamínicos, mientras que el 24% utiliza antibióticos. El 40% recurre al apoyo psicológico como medida terapéutica complementaria. El 77% capacita a los familiares y al paciente, pero sólo el 46% verifica su conocimiento real. Solo el 24% utiliza el flujómetro como auxiliar en el control de sus pacientes. Por otra parte, el 52% ha asistido a cursos de actualización sobre asma en los últimos 3 años, pero su duración en el 50% fue menor de 5 días

DISCUSION

Los resultados muestran que hay diferencias entre los entrevistados ante los diferentes enfoques relacionados con el asma. Era de esperarse, encontrar diferencias significativas entre los médicos generales y los pediatras. Sin embargo, es interesante observar que las diferencias existentes en el grupo de entrevistados, en quienes uno podría asumir que las actitudes diagnósticas y terapéuticas no fueran similares, dichas diferencias fueron mínimas.

Los reportes en la literatura muestran que no existe uniformidad en los criterios de evaluación de los pacientes ni en los planes de tratamiento.^{18,19} Red y col, encontraron en una revisión de expedientes de enfermos asmáticos atendidos en una sala de urgencias que los criterios importantes de evaluación de la severidad no eran anotados rutinariamente en el expediente y que el uso de mediciones objetivas de obstrucción bronquial como el flujo espiratorio máximo sólo era reportado en el 11% de los pacientes atendidos.¹⁷

En este reporte existe una tendencia similar a lo publicado por otros autores, debido a que los criterios diagnósticos y terapéuticos no son aplicados uniformemente por el grupo de médicos encuestados y en muchos casos, no son los ideales de acuerdo a los lineamientos reportados en la literatura. Esto explicaría la persistencia de la sintomatología presente en muchos pacientes, ya que, mientras no se establezca correctamente el diagnóstico o no se evalúe adecuadamente la severidad de la exacerbación, las posibilidades de alcanzar un control óptimo disminuyen.

Es interesante destacar, que el criterio de no curabilidad sea manejado principalmente por el grupo de médicos pediatras (79% contra 55% de médicos generales). La explicación probablemente sea que un porcentaje elevado de niños presenta con frecuencia sintomatología, y esto se interprete en forma equivocada, como falta de curación de la

enfermedad; cuando más bien, refleje el control inadecuado de la enfermedad en los pacientes, que un mejor conocimiento de los pediatras.

La forma en que la severidad de la crisis asmática es valorada por los médicos entrevistados, para decidir la atención hospitalaria, se basa más en la respuesta inicial mala a broncodilatadores (15%), que en la falta de respuesta a los corticoides sistémicos (8%), y considera más útiles a los signos de insuficiencia respiratoria (25%). En este rubro, se evidencia como una falla importante el que, 75% de los médicos no los hayan anotado como de elección en el cuestionario. Estos hallazgos, deben llamar la atención de la medicina general y pediátrica de nuestra Institución. Por otra parte, también es notable que esta variabilidad sea similar a la reportada por otros autores, en la literatura internacional.^{16,17,18}

En el trabajo de Salas y asociados, se destaca la poca atención que se le presta a la cianosis, la disnea y al tórax silencioso como signos indicadores de mayor severidad de la crisis²⁰.

En cuanto al uso de medidas objetivas de gravedad, como son la espirometría y la medición de gases arteriales se identificaron serias deficiencias. Destacando que el 40% de los médicos no los usan. Esto, podría deberse a que prefieren no ser invasivos con los niños asmáticos. Otra posibilidad es que se encuentren limitaciones técnicas para la obtención de estas pruebas.

No obstante, que la recomendación actual es que el registro del flujo espiratorio máximo o del VEF debe ser parte de la evaluación de la severidad de la crisis asmática,¹⁴ sólo el 24% de los médicos lo utiliza.

En relación con los aspectos terapéuticos, también se encontraron fallas importantes. Aunque la elección de medicamentos por vía inhalatoria es mayor (77%) cuando se compara con la vía oral, las teofilinas siguen siendo un grupo de medicamentos

ampliamente usados en nuestra Institución. Además, mal usadas, ya que en un 35% se utilizan las de acción rápida en el tratamiento ambulatorio y en 26% las de acción lenta en tratamiento hospitalario. En reportes de la literatura, se ha documentado que los corticosteroides no son prescritos rutinariamente como tratamiento del asma, a pesar de que al mejorar el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad se le considera actualmente como una enfermedad inflamatoria. El uso de corticosteroides inhalados en este estudio es muy limitado, la beclometazona, realmente la usan poco los médicos entrevistados. La misma condición se observó con el uso del cromoglicato de sodio. Lo cual se podría explicar porque, por un lado se desconoce los mecanismos de acción de estos medicamentos y por otro porque no existe una concepción del asma como una enfermedad inflamatoria crónica.

La inmunoterapia es una medida terapéutica bastante común que se solicita de los inmuoalergólogos.

Las infecciones bacterianas de las vías respiratorias susceptibles a ser tratadas con antibióticos, son poco frecuentes como causa de crisis de asma, sin embargo, los antibióticos son utilizados ampliamente por los médicos entrevistados. Los antihistamínicos son medicamentos que tienen una gran utilidad en rinitis alérgica, pero hasta el momento, no han probado modificar el curso del asma, aun así, son utilizados por la mayoría de los médicos encuestados.

De manera interesante Chidley y col., identificaron cambios importantes en las conductas diagnósticas en el mismo servicio de urgencias 6 años después de que se implementaron programas de supervisión y educación. A pesar de ello, el uso de esteroides, aunque mostró cambios, no fue de la magnitud esperada.

En el reporte de Salas y col, se mostraron las tendencias terapéuticas del médico ante la enfermedad en nuestro país. El cuestionario de Salas, fue aplicado a un segmento de la

población médica que geográficamente representó diferentes zonas del país. Los resultados del presente estudio son coincidentes con los que publicó Salas y col.²⁰

CONCLUSION

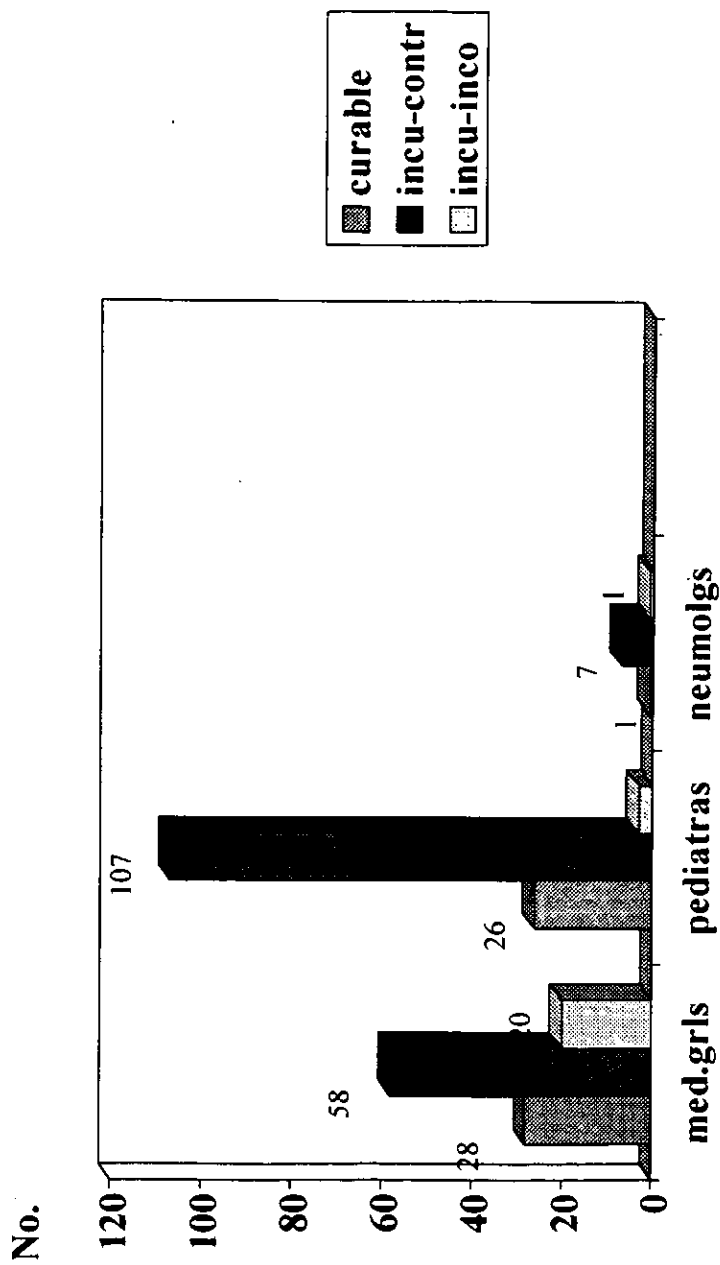
En este estudio, se encontraron deficiencias importantes en los médicos entrevistados, en la evaluación de la enfermedad y en el uso de fármacos. Asimismo, no se aprecia la utilización frecuente de las guías nacionales e internacionales en el manejo del paciente asmático. Es probable, que el poco acceso a la información actualizada o el desinterés por hacerlo, y la falta de capacitación, sean las causas más importantes. No obstante, queda claro que es necesario incrementar las actividades de detección del nivel real de conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos, con el fin de establecer programas específicos de educación en las diferentes áreas de atención a la salud e nuestra institución, y así propiciar la mejoría en la calidad de la atención de los pacientes asmáticos.

población médica que geográficamente representó diferentes zonas del país. Los resultados del presente estudio son coincidentes con los que publicó Salas y col.²⁰

CONCLUSION

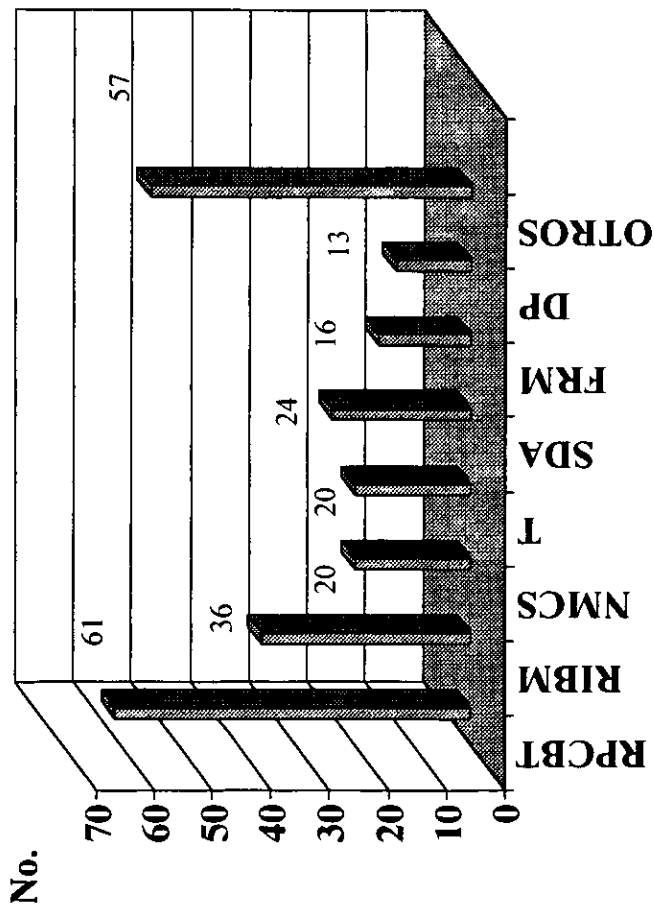
En este estudio, se encontraron deficiencias importantes en los médicos entrevistados, en la evaluación de la enfermedad y en el uso de fármacos. Asimismo, no se aprecia la utilización frecuente de las guías nacionales e internacionales en el manejo del paciente asmático. Es probable, que el poco acceso a la información actualizada o el desinterés por hacerlo, y la falta de capacitación, sean las causas más importantes. No obstante, queda claro que es necesario incrementar las actividades de detección del nivel real de conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos, con el fin de establecer programas específicos de educación en las diferentes áreas de atención a la salud e nuestra institución, y así propiciar la mejoría en la calidad de la atención de los pacientes asmáticos.

Criterio de curabilidad y control



Fuente: cuestionarios

Criterios de hospitalización

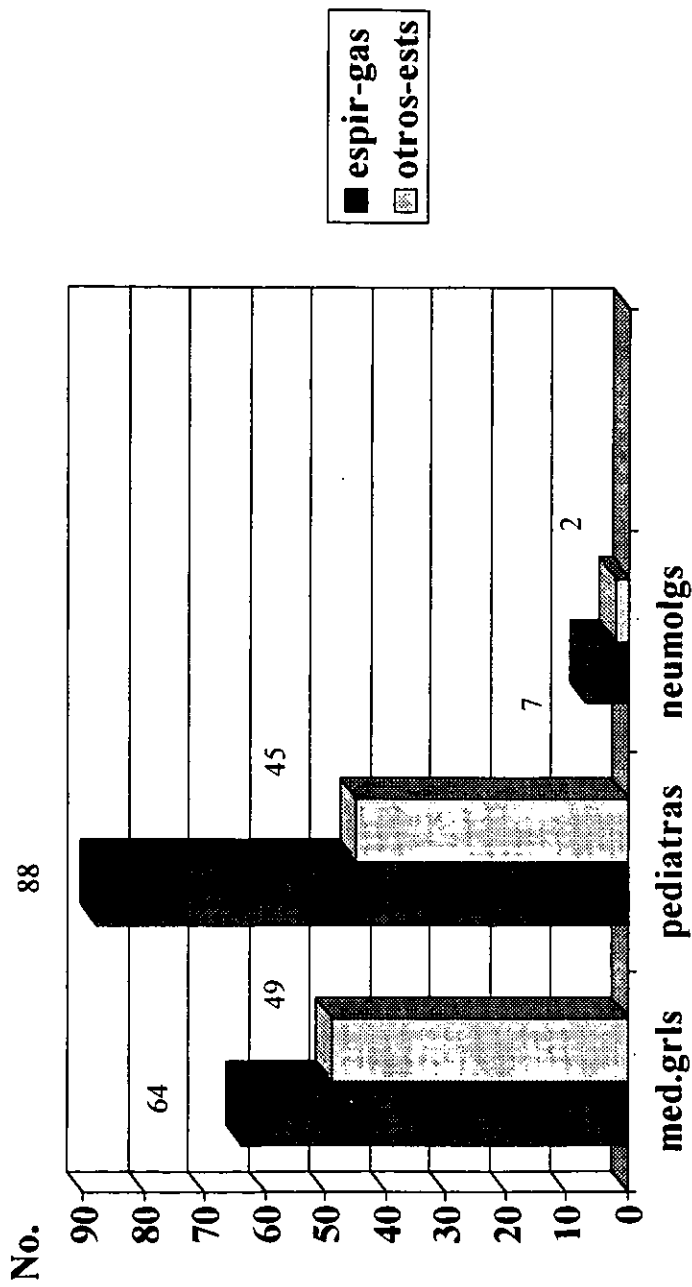


SIGNOS

- RPCBT**: insuficiencia respiratoria severa.
- RIBM**: mala respuesta inicial a broncodilatadores.
- NMCS**: falla de corticosteroides sistémicos.
- T**: taquicardia
- SDA**: sibilancias disminuidas o ausentes.
- FRM**: flujometría > 60%
- DP**: deterioro posterior.

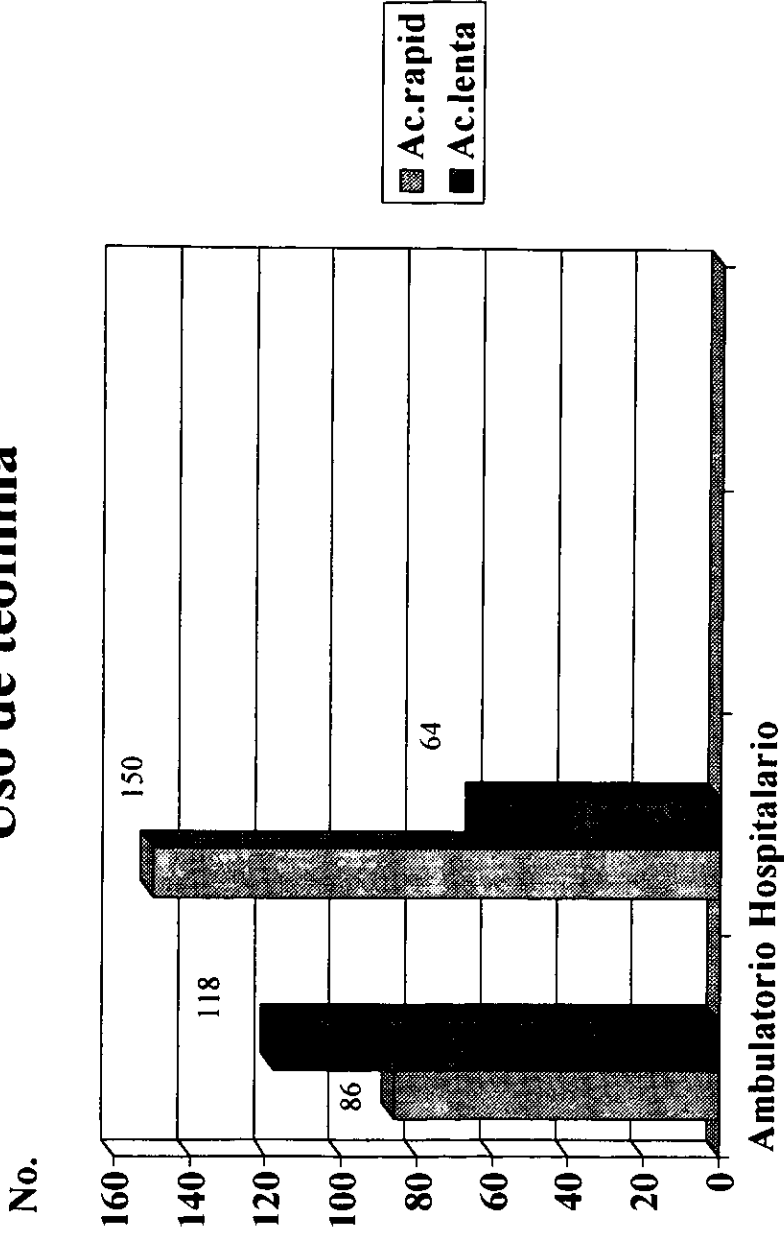
Fuente: cuestionarios

Estudios para valorar crisis asmática



Fuente: cuestionarios

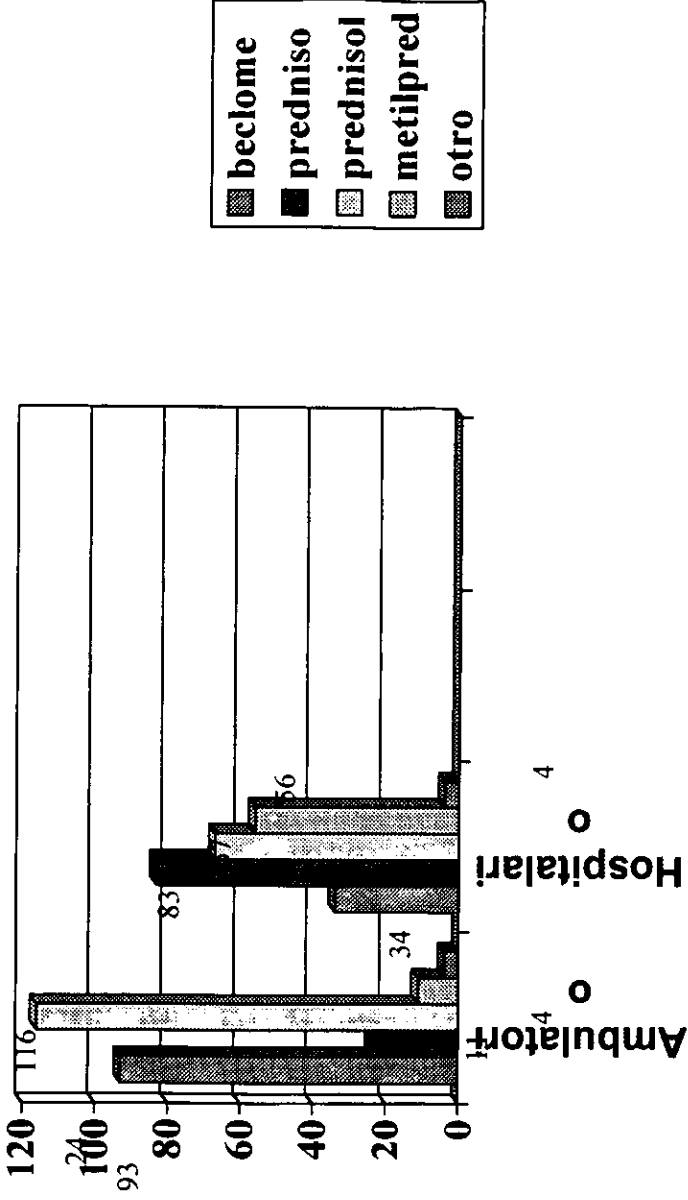
Uso de teofilina



Fuente: cuestionarios

Uso de esteroides

No.



Fuente: cuestionarios

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

1. Whincup PH, Cook DSG, StrachanDP, Papacosta O. Time trends in respiratory syntomasin childhood over a 24 years period. Arch Dis Child. 1993;68:729-734.
2. Anderson HR, Butland BK, Strachan DP. Trends in prevalence and severity of childhood asthma. Br Med J 1994;308:1600-1604
3. Pearce N, Weiland S, Keil V, Langridge P, Anderson HR, et el. Self reported prevalence of asthma symptoms in children in Australia, England, Germany and New Zealand: an international comparison using the ISAAC protocol. Eur Respir J 1993,6,1455-1461.
4. Leung R, Ho P. Asthma, allergy and atopy in three south-est Asian populations. Thorax 1994;49:1205-1210.
5. Pönka A, Virtaren M. Asthma and ambient air pollution in Helsinki. J Epidemiol Community Health.1996;50 Suppl I:559-62.
6. Weiland SK, Mindt KA, Ruckarm A, Keil V. Self-reported wheezing and allergic rhinitis in children and traffic density on street of residence. ANN Epidemiol 1994;4:243-247.
7. Burr ML, Bulthand BK, Kings S, Vaughan-William E. Changes in asthma prevalence: Two surveys 15 years apart. Arch Dis Child. 1989;64:1118-1125.
8. The International Study of Asthma and allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committe. Worldwide variations in prevalence of syntoms of asthma, allergic, rhinoconjuntivitis, and atopic eczema:ISAAC. Lancet 1998;351:1225-1232.
9. Weisberg CS. Pharmacotherapy of Asthma in Children, With Special Reference to Leukotriene Receptor Antagonists. Pediatr Pulmonol 2000;29:46-61.
10. Martínez FC. Frecuencia de Asma en el Hospital General Tacuba del ISSSTE. Tesis de Postgrado 1999.

11. Shin CS, Williams MH. Evaluation of the severity of asthma: patients versus physicians. *Am J Med* 1980;68:11-13.
12. Chindley KE, Wood-Baker R, Town GI, Sleet RA, Holgate ST. Reassessment of asthma management in an accident and emergency department. *Respir Med* 1991;85:373-377
13. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. *J allergy Clin Immunol* 1991;88:427-534.
14. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention workshop report. National Heart, Lung and Blood Institute, NIH, and World Health Organization. National Institutes of Health. Publicación No.95-3659,1995.
15. Keeley D, Rees J. New guidelines on asthma management. *BMJ* 1997;314:315-316.
16. Vargas HM, Sienna-Monge JJ, Salas J. Diagnóstico y tratamiento del asma. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 1994;7(1):53-66.
17. Reed S, Diggle S, Cushley MJ, Sleet RA, Tattersfield AE. Assessment and management of asthma in an accident and emergency department. *Thorax* 1985;40:897-902.
18. Lagerlov P, Veninga CCM, et al. Asthma management in five European countries: doctors knowledge, attitudes and prescribing behaviour. *Eur Respir J* 2000;15:25-29.
19. Makino S, Miyamoto T. Survey of recognition and utilization of guidelines for the diagnosis and management of bronchial asthma in Japan. *Allergy* 2000;55:135-140.
20. Salas HJ, et al. La conducta de un grupo de médicos mexicanos ante el diagnóstico y tratamiento del asma. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 1994;7(2):116-122.