

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

EL IMPACTO DE LAS GUIAS INTERNACIONALES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ASMA (GINA) EN LOS MEDICOS FAMILIARES

T E S I S

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

DRA. GABRIELA VILLAGRÁN RAMÍREZ

ASESORES: DRA. NORA HILDA SEGURA MÉNDEZ

DR. LEONEL DEL RIVERO

DR. JORGE OLVERA LOZANO

DR. AUGUSTO B. TORRES

DR. GERARDO ESPINOLA

México D.F.

Febrero 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



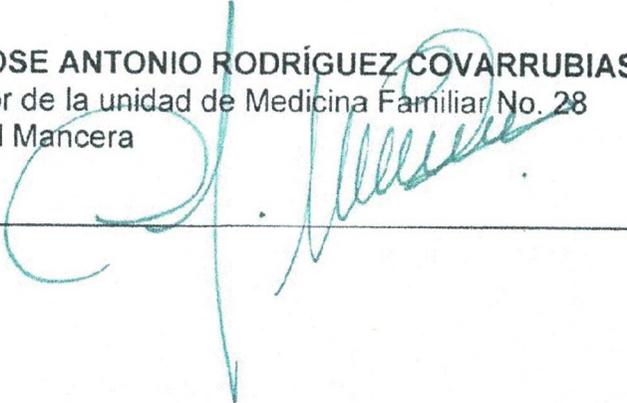
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

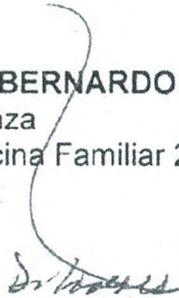
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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. JOSE ANTONIO RODRÍGUEZ COVARRUBIAS
Director de la unidad de Medicina Familiar No. 28
Gabriel Mancera

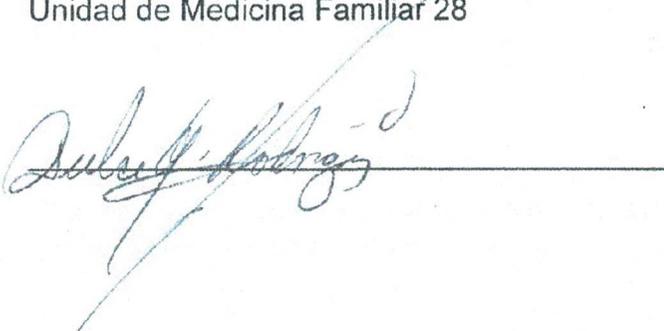


DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES
Jefe de Enseñanza
Unidad de Medicina Familiar 28



UNIDAD DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN
CLÍNICA No. 28

DRA. DULCE MARIA RODRÍGUEZ VIVAZ
Coordinador adjunto del curso de Especialidad
Unidad de Medicina Familiar 28



DEDICATORIAS

A Dios: Por darme la oportunidad
De vivir para ser feliz.

A mi esposo Sergio: Por que siempre has estado
Para apoyarme en la realización de todos mis proyectos
Y por el inmenso amor con el que siempre lo has hecho.

A la Dra. Nora: Por el entusiasmo que irradia y contagia
A quienes afortunadamente trabajamos con ella.

Muy especialmente a ti bebe: Porque has traído a mi vida la
Máxima expresión de amor y felicidad.

INDICE

	Página
1. Introducción.....	1
2. Planteamiento del problema.....	11
3. Justificación.....	12
4. Objetivos.....	13
5. Hipótesis.....	14
6. Diseño de estudio.....	15
7. Criterios de selección.....	16
8. Descripción de variables.....	17
9. Descripción operativa de las variables.....	18
10. Material y Método.....	19
11. Resultados.....	20
12. Discusión.....	22
13. Tablas.....	26
14. Anexo 1.....	28
15. Bibliografía.....	37

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es una enfermedad de las vías respiratorias, que se caracteriza por un aumento de la respuesta del músculo liso traqueobronquial a múltiples estímulos, que induce una disminución del calibre de las vías aéreas, que cede de forma espontánea o con tratamiento médico. Clínicamente se caracteriza con síntomas de disnea, tos y sibilancias, muy variables con relación a su severidad y duración. Es una enfermedad episódica donde las exacerbaciones agudas se intercalan con periodos asintomáticos, la mayoría de las crisis asmáticas son de corta duración, que van desde unos minutos a horas. (1,2)

Los costos directos e indirectos generados por el asma bronquial, son semejantes a los secundarios a enfermedades infecciosas o hematológicas. En países como Canadá los costos secundarios a asma bronquial pueden llegar a los 648 millones de dólares anuales. En Alemania, el 82% de los costos directos son determinados por cuidados médicos, medicamentos, hospitalizaciones, rehabilitación y compensación económica. En el caso del asma laboral, los costos indirectos corresponden a incapacidades, retiro laboral prematuro e incluso muerte temprana por enfermedad. (3,4)

El incremento de la prevalencia de asma se ha atribuido a diferentes factores: incremento en la frecuencia de atopia, aumento en la exposición de alérgenos,

incremento en la exposición de contaminantes ambientales, y mayor detección de la enfermedad. De acuerdo con el estudio internacional de asma y alérgenos de 1994, la prevalencia global del asma varía de acuerdo con el área geográfica, y oscila entre el 5 y 15% de la población general con un incremento anual promedio de 0.7%. (5-7)

En México se considera que entre el 5% al 12% de la población pediátrica ha cursado con un cuadro asma en algún momento de su vida. En nuestro país la morbilidad hospitalaria no se ha modificado a pesar de los avances sobre el conocimiento de la enfermedad, y el promedio de estancia intrahospitalaria de un paciente asmático se mantiene en 4 días desde 1960 hasta la época actual. (8,9)

En 1996 el número de casos de asma en el IMSS, fué de 164,864, con una tasa de 463.96/100,000 derechohabientes; la distribución por grupos de edad muestra que los grupos de mayor riesgo son los niños menores de 5 años, la población económicamente activa y los ancianos. En la Región Siglo XXI del IMSS, se registraron 20,383 casos, con una tasa de 404/100,000 derechohabientes. En la delegación 3 suroeste del IMSS durante el mismo año se reportaron 2,028 casos, con una tasa de 119/100,000 derechohabientes. Los meses con mayor demanda de consultas por asma bronquial son de Octubre a Enero. (10)

La Unidad de Medicina Familiar 28 en su informe acumulado de 1999 reportó 285 casos de asma de acuerdo a los registros de estadística de la propia unidad.

Por su causa el asma bronquial se clasifica de la siguiente manera:

- Extrínseca o Alérgica

a)- Atópica

b)- No atópica : IgE dependiente

IgE No dependiente

- Intrínseca o No Alérgica.

El diagnóstico de asma es clínico, apoyado con otros estudios e incluye los siguientes datos:

Historia Clínica Detallada: antecedentes personales y familiares de atopia, prematurez, alimentación al seno materno, ablactación, dermatitis seborréica, dermatitis del pañal, prurigo por insectos, síntomas de otras enfermedades alérgicas asociadas como conjuntivitis, rinitis, dermatitis atópica.

-Síntomas Clínicos de : disnea, tos episódica o crónica y sensación de opresión torácica, sibilancias; en los niños, la presencia de tos puede ser el único síntoma.

-Exploración Física: espiración prolongada y sibilancias de predominio espiratorio, estertores, entre otros signos.

- Las Pruebas de Función Pulmonar muestran : limitación del flujo respiratorio y patrón de mecánica ventilatoria principalmente obstructivo con reversibilidad completa o parcial de la obstrucción después de la administración del broncodilatador.

El diagnóstico acertado de asma bronquial incluye: historia clínica detallada, examen físico, auscultación del tracto respiratorio superior, pulmón y piel, espirometría que demuestra reversibilidad. Debemos considerar estudios adicionales como biometría hemática completa, radiología de tórax, senos paranasales, determinación de IgE total y específica, realización de pruebas cutáneas, pruebas de provocación.

También debemos tener en cuenta los siguientes puntos:

- Evaluación de diagnósticos alternativos.
- Identificación de factores precipitantes.
- Severidad de los cuadros.
- Investigar complicaciones potenciales (11)

Un problema común en la práctica médica, es la percepción equivocada de la severidad por parte del médico y del paciente, además de crisis asmáticas manejadas de forma inadecuada y una referencia equivocada de los pacientes a hospitales de segundo y tercer nivel. (12)

La dificultad para establecer un diagnóstico acertado y oportuno fué evaluado en un estudio realizado en la Universidad de Puerto Rico, a través de un cuestionario aplicado a médicos residentes, que consta de 27 preguntas sobre diagnóstico y

tratamiento de asma, el 51% de los residentes obtuvieron una calificación menor al 70%, esta calificación mejoró después de un año de entrenamiento, lo que apoya el hecho de que es necesario mejorar y reforzar la educación de los médicos sobre el manejo de asma . (13)

Las guías Internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma pueden ser útiles para la “definición” óptima del cuidado del paciente, además tienen un papel importante en la educación de profesionales de la salud y son un esfuerzo por homogenizar los criterios de diagnóstico y tratamiento es necesario sin embargo adecuarlas a las necesidades, posibilidades e idiosincrasia de cada país.

La aplicación de las guías de diagnóstico y tratamiento; su impacto sobre el cuidado del paciente sólo es posible si las mismas son adaptadas y hechas para un distrito individual o servicio de salud en especial. Se necesita para su aplicación más que un consejo sobre tratamiento farmacológico, si la aplicación de las guías es efectiva, se reduce la morbilidad del asma. (14)

Las guías británicas sobre asma aparecieron por primera vez en 1990 en la revista *British Medical Journal*, 2 años después fueron revisadas y ampliadas en cuanto al cuidado de asma en el niño, en 1995 se realizó una revisión con comentario sobre dichas guías, esto de acuerdo a una serie de cuestionarios donde se les preguntó a los médicos si las guías deberían continuar como

estaban o deberían modificarse, los cambios sugeridos fueron discutidos y agregados para la publicación de 1997.

Las nuevas guías tuvieron importantes cambios en el diagnóstico y tratamiento del paciente asmático, de acuerdo a los avances sobre fisiopatología del asma, nuevos fármacos, En consecuencia el manejo de asma en la actualidad ha cambiado, 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. (15)

El programa Nacional de Prevención y Educación de Asma de Estados Unidos (NAEP) esta basado en la última versión de las guías internacionales para diagnóstico y tratamiento, el principio más importante del NAEP esta encaminado a la integración apropiada del manejo integral de asma aguda y sobre los cuidados que deben realizarse. Se proponen recomendaciones para el cuidado de asma aguda por estrés, el uso de medidas objetivas de la función pulmonar para valorar la severidad de la enfermedad, el uso de inhaladores agonistas beta 2, la administración de corticoesteroides sistémicos, la decisión oportuna sobre el manejo de asma. (16)

En una investigación realizada para determinar las diferencias que existen en el manejo de asma durante la practica clínica diaria y las recomendadas por el NAEP se desarrollo una guía local sobre asma, en su implementación participaron

42 médicos de primer contacto; se pudo observar, que a diferencia de las guías internacionales, no se utilizó la espirometría como base para iniciar esteroides inhalados, y solo 35 de los médicos (83%) recomendaron el monitoreo de rutina a todos los pacientes asmáticos a diferencia de lo recomendado en las guías internacionales, estas diferencias generan una pobre aceptación y ausencia de influencia sobre el cuidado de pacientes. (17)

Los resultados de un proyecto de investigación que se llevó a cabo en 4 países Europeos, en el cual se implementó un programa educativo dirigido a médicos con base a las guías internacionales, desarrollaron un cuestionario para evaluar los resultados, fueron tomadas en cuenta las guías existentes; el programa mejoró las actitudes y la terapia administrada por los médicos, y la proporción de pacientes tratados con corticoesteroides inhalados aumento en los países bajos, así como la proporción de corticoesteroides orales utilizados en el tratamiento de la exacerbación del asma, lo que generó disminución en la sintomatología en los pacientes, como resultados del estudio los autores concluyen que es posible mejorar el tratamiento del paciente asmático si se tiene experiencia en cuanto al manejo de guías internacionales de asma, las cuales son tan efectivas como los programas de educación continua para médicos. (18)

En 1999, se publicó un estudio que recolectó información básica sobre manejo de asma en la practica clínica, y comparó estos resultados con las recomendaciones

establecidas en el consenso de 1997 que se llevo a cabo en Canadá, y que lleva por nombre Iniciativa global para el tratamiento y prevención del asma (GINA) aprobado y actualizado por la OMS. En el estudio participaron médicos de diferentes especialidades: pediatría, medicina interna, alergia e inmunología, medicina general y medicina familiar, se observaron diferencias significativas en cuanto a manejo de pacientes asmáticos, de acuerdo al tipo de especialista; todos ellos mejoraron sus ideas en lo que respecta al manejo de asma después de conocer las guías propuestas por GINA. (19)

En México, fueron entrevistados 48 médicos, 12 médicos generales, 9 pediatras, 6 médicos familiares, 3 alergólogos, 2 neumólogos, 2 médicos de salud pública, 1 anestesiólogo, 1 cardiólogo y 9 miembros del personal paramédico que tiene a su cargo pacientes asmáticos. Se les aplicó un cuestionario sobre como realizaban en la práctica médica diaria el diagnóstico de asma. En el 90% de los casos, el diagnóstico de asma lo realizan en base a los síntomas clínicos y la exploración física y 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, con menor costo económico y social. (9)

La Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán desarrollo un cuestionario para evaluar el conocimiento sobre el asma infantil en estudiantes de medicina, sobre el conocimiento del asma basado en las guías y parámetros internacionales aprobados en 1997 para el diagnóstico y tratamiento de asma GINA, el cuestionario incluye 25 preguntas sobre definición, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, el cuestionario se aplicó a estudiantes de medicina del primero al séptimo grados escolares de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán, seleccionados al azar. Los resultados mostraron bajo nivel de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de asma. (20)

Durante 1999 los médicos familiares en la UMF 28, recibieron un curso taller sobre asma bronquial, se les realizó una evaluación inicial y una final sobre el grado de conocimiento de asma de los participantes, los resultados obtenidos en la calificación inicial fue del 59% de aciertos, después del curso taller el porcentaje en la calificación final fue de 76% de aciertos con $P > .05$, este estudio hace evidente que el diagnóstico y el tratamiento son los aspectos que requieren mayor énfasis entre los médicos familiares. (21)

Como resultados de los estudios disponibles en la literatura internacional, concluimos que el Consenso Internacional Sobre Diagnóstico y Tratamiento del

Asma, publicada en 1997 y adoptada por la Organización Mundial de la Salud, bajo las siglas de GINA, es uno de los mayores esfuerzos realizados hasta ahora, con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad secundaria a asma.

Las guías de GINA, contienen los lineamientos generales de actualización sobre el diagnóstico y tratamiento del asma, las cuales deben difundirse y adaptarse a cada país y/o sistema de salud. Nuestro trabajo tiene como objetivo evaluar la difusión e impacto de estas guías en la práctica médica diaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El asma bronquial es un problema de salud pública en todo el mundo, incluyendo nuestro país, que genera un enorme costo económico y social. La iniciativa global mundial para el diagnóstico y tratamiento del asma bronquial patrocinada por la OMS tiene como objetivo promover criterios uniformes para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

Los estudios previos sobre la utilización de guías muestran el impacto que han causado los lineamientos de esta estrategia global (GINA), en los médicos de primer contacto, estudios preliminares han demostrado que existe escaso conocimiento de los médicos de primer contacto sobre asma bronquial y que el impacto benéfico de estas guías podría mejorarse, entre otros aspectos, con una mayor difusión de las mismas.

Por lo anterior este protocolo pretende evaluar el conocimiento de los médicos familiares sobre las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma y surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es el grado de conocimiento acerca del asma en relación con las guías internacionales GINA entre los médicos familiares de las Unidades de Medicina Familiar 1, 28 y 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social ?

JUSTIFICACION

El incremento en la morbilidad y mortalidad en pacientes asmáticos es de gran relevancia en nuestro país, el desconocimiento de su diagnóstico y tratamiento causa un manejo médico inapropiado. Estudios realizados en otros países acerca del conocimiento que tiene los médicos sobre las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma han mostrado que su implementación con lleva a una mejoría en el manejo de pacientes asmáticos. con menor morbilidad, mortalidad y menores costos económicos y sociales. En nuestro país se conoce poco sobre este problema, por lo que decidimos realizar ahora un proyecto que nos permita conocer si los médicos familiares han tenido acceso a la información sobre las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma (GINA) que sugiere la Organización Mundial de la Salud. De acuerdo a los resultados obtenidos diseñar estrategias locales, que permitan a los médicos familiares tener acceso a esta información y poder evaluar posteriormente su impacto sobre el diagnóstico y tratamiento de asma en dichos médicos.

Las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento en la práctica clínica han mostrado que deben ser ajustadas, difundidas y modificadas por los médicos de primer contacto lo que disminuye la morbi-mortalidad del asma.

OBJETIVOS

General

Evaluar el conocimiento que tienen los médicos familiares sobre las guías Internacionales de diagnóstico y tratamiento (GINA) de asma bronquial.

Específicos

1. - Identificar aquellos aspectos (diagnóstico clínico, empleo de métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento farmacológico) de las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma bronquial menos difundidos.
2. Conocer las dificultades que presenta la implementación de las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento (GINA) de acuerdo a la opinión de los médicos familiares.

HIPÓTESIS

General

Existe un escaso conocimiento de los médicos familiares sobre las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma bronquial (GINA)

Específicas

Los aspectos de las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento (GINA) menos conocidas por los médicos familiares son aquellas relacionadas con el diagnóstico clínico, los métodos auxiliares de diagnóstico, y el tratamiento farmacológico.

La mayor dificultad para la implementación de las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma (GINA) es el desconocimiento de las mismas por parte de los médicos familiares.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio observacional, descriptivo con aplicación de encuesta.

POBLACIÓN O UNIVERSO DE TRABAJO:

Médicos familiares de la delegación 3 Suroeste, de las Unidades de Medicina Familiar 21,28 y 1.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

1. - Médicos familiares.
2. - Cualquier edad y sexo.
3. - Acepten participar en el estudio.

Criterios de eliminación

Aquellos médicos que habiendo aceptado participar en el estudio, no deseen continuar en el mismo.

DESCRIPCION DE VARIABLES

Variable independiente.

Médicos familiares.

Variable dependiente.

Grado de conocimiento de los médicos familiares sobre las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma (GINA).

Descripción operativa de las variables.

Grado de conocimiento sobre las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento que será evaluado a través de un cuestionario estandarizado. (22)

Anexo 1

Médicos familiares.

Aquellos médicos con nombramiento de base adscritos a las UMF1,21, y 28.

MATERIAL Y METODO

Acudimos a las Unidades de medicina familiar No. 1,21 y 28 de La delegación 3 suroeste del IMSS, para invitar a los médicos familiares de dichas unidades a participar en el proyecto “El impacto de las guías internacionales de diagnóstico y tratamiento (GINA) en los médicos familiares.

Una vez que aceptaron participar en el proyecto se les aplicó un cuestionario de 24 preguntas (anexo 1) el cual esta validado de acuerdo con las normas establecidas.

El cuestionario esta dividido en tres partes, la primera contiene preguntas sobre demografía, en la segunda evaluamos los conocimientos generales sobre asma, y la tercera parte incluye 4 casos clínicos, cada uno de ellos consta de 3 preguntas, considerándose correcto el caso clínico solo si las 3 respuestas fueron acertadas.

RESULTADOS

Las respuestas del cuestionario fueron codificadas para su evaluación de acuerdo a una escala ya determinada en el programa SPSS 9.0, con la prueba de correlación r de Pearson .

Los datos obtenidos muestran una distribución normal (tabla 1).

Los médicos que aceptaron participar en el estudio fueron 50 médicos familiares; de los cuales 15 fueron de la UMF No. 21, 30 de la UMF 28 y 5 de la UMF 1. Todos los médicos que participaron son especialistas en medicina familiar y médicos de base.

La edad promedio de los médicos participantes fue de 46 años con un rango de 30-62 años.

No hubo diferencias en cuanto al sexo de los participantes, se observó una proporción 1:1 (26 del sexo masculino y 24 del sexo femenino).

Respecto a los años de ejercicio profesional de los médicos familiares, 24 de ellos tienen un rango de 11-15 años de ejercicio profesional como médicos familiares, 19 médicos de 6 a 10 años ejerciendo profesionalmente, 3 tienen de 1 a 5 años de ejercicio profesional y solo 1 médico tiene más de 16 años ejerciendo profesionalmente.

El 38% de los 50 médicos participantes pertenecen a la Sociedad Mexicana de Medicina Familiar.

En relación con la actualización médica continua, 36% de los participantes no han

asistido a ningún curso de actualización en el último año, 34% de los participantes han asistido a algún curso durante el presente año, y 28% de ellos asistieron al último curso hace 3 años.

La revista más consultada por los médicos participantes, fue la Revista Médica del IMSS, y el 48% de los médicos refieren leer más de una revista mensualmente.

Los médicos familiares que participaron en el proyecto obtuvieron en el área de conocimientos generales sobre asma, una calificación promedio de 4.0 con una desviación estandar de +- 1.754 (tabla 2).

Respecto a la correlación que existe entre el conocimiento general de asma y el conocimiento de las guías internacionales de asma (GINA) se obtuvo una escasa correlación con una $r = .022$ (tabla3).

Así mismo encontramos una baja correlación entre los conocimientos generales de asma y la especialidad de medicina familiar con una $r = -.117$ (tabla 4).

En cuanto a la correlación entre los conocimientos sobre las guías internacionales de asma y la especialidad de medicina familiar obtuvimos una $r = .331$, lo muestra una escasa correlación

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos a través del cuestionario aplicado nos permite obtener el siguiente perfil demográfico de los médicos participantes:

Tienen una edad promedio de 46 años, una proporción 1:1 entre el sexo masculino y el femenino, 38% pertenecen a la Asociación Mexicana de Medicina Familiar, y el 48% leen más de una revista al menos una vez por mes. El 36% de los médicos participantes no asisten a cursos de actualización, lo que podría ser una de las causas del escaso conocimiento de los lineamientos actuales sobre asma.

Los médicos familiares tienen un escaso conocimiento acerca del asma en general, ya que la calificación obtenida en el cuestionario, en las preguntas que se les realizaron sobre causas, y fisiopatología de asma no fueron acertadas en más del 60%.

En cuanto al conocimiento sobre las guías Internacionales de Diagnostico y tratamiento de asma (GINA) observamos que los médicos familiares desconocen éstas guías; ya que sus respuestas sobre diagnostico y tratamiento no son las establecidas por los lineamientos actuales sobre asma ,con una $r = .022$.

Es necesario enfatizar que dados los resultados obtenidos a través del cuestionario sobre los conocimientos generales que tienen los médicos sobre

asma bronquial, con una calificación de 4 con una $r = -0.117$, esta última cuando se correlaciona con la especialidad, pone de manifiesto que en el caso de nuestro país, y en especial dentro del IMSS, es necesario no sólo difundir las guías propuestas por GINA, y adaptarlas a nuestras necesidades y recursos, sino también incluir un apartado sobre conocimientos generales de asma, que incluya aspectos de fisiopatología y farmacología.

El desconocimiento sobre las guías del GINA, que encontramos en los médicos familiares que participaron en este estudio es un problema que ocurre en otras partes del mundo, y que inicia probablemente desde la formación académica de los médicos residentes, en un cuestionario que se aplicó a médicos residentes en Puerto Rico sobre el diagnóstico y tratamiento del asma, se obtuvo una calificación menor de 7, en una escala de 0-10, la cual mejora después de un año de entrenamiento (13)

Estudios realizados en países europeos, con el objetivo de evaluar el conocimiento sobre las guías de GINA, demostró que una excelente alternativa para implementar las guías, es la realización de talleres de forma conjunta con su difusión. Concluyeron que es posible mejorar el tratamiento y los ajustes en el cuidado de pacientes asmáticos con un programa educativo basado en el autoaprendizaje, y los ajustes en el cuidado de la salud del paciente asmático puede mejorar si se tiene experiencia en cuanto al manejo de guías internacionales. En nuestro país hemos obtenido resultados similares con la

implementación de cursos-taller dirigidos a médicos familiares (18,21)

En la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán , se elaboró un cuestionario de 25 preguntas sobre el diagnóstico y tratamiento del asma ,de acuerdo a las guías de GINA , a estudiantes de medicina de primero hasta séptimo grado escolar, los resultados mostraron bajo nivel de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de asma .(20)

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, y comparados con los de otros países hace evidente la necesidad de que los médicos familiares, que dentro del IMSS, proporcionan atención médica a más del 70% de la población derechohabiente de la institución, conozca los lineamientos internacionales actuales sobre asma.

Posiblemente el reto más importante es diseñar estrategias que permitan la difusión e implementación de estas guías dentro de nuestro sistema de salud

Se sabe que por sí misma en la difusión de los lineamientos, combinada con métodos tradicionales de educación médica continua (EMC) son poco efectivas.

En un estudio realizado por Gorton y cols. Evaluaron el efecto de diferentes métodos para difundir los lineamientos estadounidenses sobre el asma entre médicos .

Los métodos evaluados fueron:

a).- Información telefónica detallada con resumen de los lineamientos y una

conferencia de Educación Médica Continua remitidas por otro correo.

b).- Un resumen computarizado de los lineamientos y un paquete de multimedia con carteles, videos, mensajes de fax, más una conferencia de Educación Médica Continúa .

Sin embargo no hubo diferencia significativa en ambos grupos.

Las estrategias sugeridas por diversos autores, para la difusión e implementación de las guías de GINA tienen un éxito mayor cuando se identifican y se localizan los problemas de organización y los conflictos entre los diferentes niveles de atención médica, se combinan estrategias para la aplicación de lineamientos que pudiera resultar mejor que la educación por si misma, evitar el uso de sesiones educativas basadas exclusivamente en la transferencia de información, el uso de métodos interactivos con la ayuda de un pedagogo.

Las guías internacionales de asma son útiles para la definición optima del cuidado del paciente, y tienen un papel importante en la educación de los profesionales de la salud, pero se necesita para su implementación mucho más que un consejo sobre tratamiento farmacológico. (14)

Tablas

N	Sesgo	Curtosis
50	.264	.523

Tabla 1

Especialidad	Media	Desviación Standar
Medico Familiar	4.050	+_ 1.754

Tabla 2

Conocimiento de guías de asma	Calificación conocimientos generales	Conocimiento de guías de asma
N=50	.022	1.000

Tabla 3

N	Conocimientos generales de asma	Especialidad en Medicina Familiar
50	.011	- .117

Tabla 4

Anexo 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO SIGLO XXI

ESTIMADO DOCTOR: ESTE CUESTIONARIO ES CONFIDENCIAL Y ANÓNIMO.

Agradecemos su participación en este proyecto titulado **“EL IMPACTO DE LAS GUIAS INTERNACIONALES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA”**

Edad: _____ Sexo: _____ Año de egreso : _____

Donde labora: _____

Especialidad: _____

Pertenece a algún consejo o sociedad: _____

Ultimo 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 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 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 agonistas.
- b.- Oxígeno suplementario de mantenimiento a mayor de 90% 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 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 (FEV1).
- 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 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.- ¿ Que 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 broncodilatadores 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 FEV1 le corresponden?

a.- Menor o igual a 60% con variabilidad mayor de 30%.

b.- 60-80%.

c.- Arriba de 80% con variabilidad del 20-30%.

d.- Al 80% con variabilidad de menos de 20%.

11.- ¿ Que 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 del sexo masculino 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 FEV1 le corresponde :

a.- Menor de 60%.

b.- 60-80%.

c.- Arriba de 80% con variabilidad del 2-30%.

d.- Mayor o igual a 80% con variabilidad menor de 20%.

14.- ¿ Que 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 de 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 B 2 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 FEV1 le corresponden?

a.-Menor de 60%.

b.-De 60 a 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 500mcg 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 esperarías 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 espirometricos que a continuación se describen ¿ Cuales corresponden a asma?

	FEV1 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%	65%
e.- 70%	72%	110%	76%

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

- a.- Diagnosticar y clasificar al paciente de acuerdo con la clasificación GINA.
- b.- Determinar 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 del semáforo.
- d.- Ninguna de las anteriores.
- e.- Todas las anteriores.

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

- a.- Pruebas cutáneas inmediatas
- b.- Eosinófilos en moco nasal
- c.- Determinación de IgE sérica total

d.- Tele radiografía de tórax

e.- Espirometria

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 siguiente datos clínicos no es sugestivo de asma?

a.- Sibilancias.

b.- Estridor.

c.- Tos frecuente por la noche.

d.- Opresión torácica recurrente

REFERENCIAS

1. Turner O. Mark K, Vedal S, et. Al. Tissue changes in nocturnal asthma. Am J Respir Crit Care Med 1998 ;157: 1804-1809.
2. Hinatiuk W. Oleh S., Chang S.. Evaluation of the normal inspiratory flow volume curve, Respiratory Care. 1998 : 3 (2) december 1058-1062 1998.
3. Krahan MD. Costs direct and indirects of asthma, Canadá 1990. Can Med Assoc J. 1996; 154:821-831.
4. Nowak D, et. Al. Asthma bronchial. Un análisis del costo de la enfermedad. 1996; 50:364-71.
5. Salas RM. Segura MNH. Martínez Cairo CS. Tendencia de la mortalidad secundaria a asma en la Republica Mexicana. Vol. Org Panam Salud 116:298-305, 1994.
6. Segura MNH. Salas MR. Martínez Cairo CS. Estudio descriptivo sobre la mortalidad de asma debida en una institución de salud. Rev. Alergia 42:42-45 1994.

7. Perin V. Patrick, Weldon Daniel, Mac Geadry. Et Al. Objective Indicators of severity of asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 1994; 94:517-522.
8. León RC. Et. Al. "La intervención temprana en asma". Zaditen-Sandoz. 1998
9. Segura MNH. Espinola G. et. Al. Actualidades sobre asma bronquial perspectiva del médico (en prensa).
10. Boletín Epidemiológico de Enfermedades Respiratorias, IMSS Delegación 3 suroeste UMF. No. 28; 1996.
11. Holgate T. Shephen Chrurch K. Marin. *Allergy Editorial Mosby* cap 13 pp 131
12. Pinnock H. Johnson A. Are doctors still failing to asses and attacks? An audit of the management of acute attacks in a health district. *Respir Med* 1999; 93(6): 397-401.
13. Alicea E. Casal J. Nazario S. Et. Al. Pulmonary diseases training program, San Juan Veterans Medical Center, University of Puerto Rico School of Medicine.
14. Partridge Mr. The impact of asthma guidelines on clinical practice. A review prepared for the GEPOR working group meeting. *Monaldi Archives For Chest Disease*; 1993 48(4):367-368.

15. Keeley . New Guidelines on asthma management. *BMJ*; 1998 314(7077):315-6.
16. Emond SD. Camargo CA Jr. Nowak RM. 1997 National asthma education y prevention program guidelines: a practical summary for emergency physicians. (review 3 refs) *Annls of Emergency Medicine*; 1998 31(5):579-89.
17. Picken HA. Greenfield S. Teres D. Et. Al. Efect of local standards on the implementation of national guidelines for asthma: Primary care agreement uit national astham guidelines. *Journal of General Internal Medicine*; 1998 13(10):659-63
18. Veninga CC. Lagerlov P. Evaluating an education to improve the treatment of asthma in four European countries. *Am J Respir Crit Care Med*; 1999 160(4): 1254-62.
19. Jin RL. Choi BC. The 1996 and 1997 National survey of physician asthma management practices background and study Metodology. *Canadian Respiratory Journal*; 1999 6(3): 269-72.
20. Baeza Bacab MA. Rebolledo Fernández CA. Elaboración de un cuestionario para evaluar el conocimiento sobre el asma infantil en estudiantes de medicina. *Revista Alergia México*; 1998 Vol. 45(2): 49-53.