BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSTGRADO

DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DEL ÁREA DE LA SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9

"APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE ACUERDO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ASMA EN MENORES DE 18 AÑOS"

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. INGRID PAOLA VAZQUEZ DE LA ROSA

DIRECTORA:

DRA. IRENE VÁZQUEZ CRUZ

REGISTRO:

R-2014-1101-10

ACAPULCO, GUERRERO. FEBRERO 2016

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION ESTATAL GUERRERO

JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 9

"APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS MEDICOS FAMILIARES DE ACUERDO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA EN MENORES DE 18 AÑOS"

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 IMSS DIRECCIÓN

DIRECTORA DE LA UNIDAD

DRA. MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO

PROFESOR TITULAR

DRA. VIRGINIA PALACIOS CASTILLO

JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD IMSS U.M.F. 9 DELEGACION GUERRERO

TESISTA

DRA. INGRID PAOLA VAZQUEZ DE LA ROSA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO

JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

"*APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE ACUERDO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ASMA EN MENORES DE 18 AÑOS*"

DIRECTORA DE TESIS DRA.

IRENE VÁZQUEZ CRUZ

TESISTA

DRA. INGRID PAOLA VAZQUEZ DE LA ROSA

MEXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

IMSS

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1101
U MED FAMILIAR NUM 9, GUERRERO

FECHA **14/03/2014**

DRA. IRENE VAZQUEZ CRUZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título

"Apego al tratamiento Farmacológico de los Médicos Familiares de acuerdo de la Guía la Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Asma en Menores de 18 años"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-1101-10

ATENTAMENTE

DR.(A). MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1101

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por la oportunidad que me ha dado de poder cumplir con una de mis metas personales.

A mis Profesores.

Por compartir conmigo sus conocimientos y consejos y por haber sembrado en mi la inquietud de la superación.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por permitirme formarme dentro de sus instalaciones con los valores que esta noble institución ofrece día con día a la sociedad.

A mis personas especiales y amigos.

Por haber compartido conmigo momentos inolvidables, por su amistad, por su apoyo en momentos difíciles de mi vida, a todos ellos les deseo lo mejor de la vida.

Agradecimiento especial:

A mi tía Irma Vázquez, Rodolfo Zúñiga, Margarita Vázquez, Natividad Cruz, por su compañía incondicional, por sus atenciones, su apoyo en estos más de tres años que viví con ellos, sin duda fueron pilares fundamentales para poder culminar la residencia.

Mil palabras no bastarían para agradecer el apoyo que me dieron, A mis tíos y abuela les doy muchas gracias desde el fondo de mi corazón.

DEDICATORIAS:

Principalmente a Dios, a mis padres y hermana, porque soy el resultado de su esfuerzo y de su apoyo incondicional en todo momento de mi vida.

A Dios

Porque ha estado conmigo a cada paso que doy.

A mis Padres

Quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo en todo momento depositando en mí su entera confianza.

A mi amada Hermana:

Por creer en mí y por motivarme a hacer siempre lo mejor.

Los amo.

ÍNDICE DE CONTENIDO Pág.

1. Resumen……	1
2. Marco teórico……	2
3. Planteamiento del problema ……..	12
4. Justificación ……..	14
5. Objetivos……	16
6. Antecedentes……..	17
7. Material y método……	20
8. Organización general del estudio ……..	25
9. Aspectos éticos ……..	26
10. Resultados ……	27
11. Discusión ……	36
12. Conclusión ……	38
13. Propuestas ……	39
14. Referencias Bibliográficas ……..	40
15. Anexos ……	44

1. RESUMEN

Título: **"*Apego al tratamiento farmacológico de los Médicos Familiares de acuerdo de la Guía la Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Asma en Menores de 18 años*"**

Introducción: Las guías de práctica clínica son documentos médico legales elaborados por un grupo interdisciplinario de expertos que estandarizan, sistematizan y simplifican sus experiencias médicas, su propósito es ayudar en lo preventivo, terapéutico, toma de decisiones y administración de recursos para una atención médica integral, segura, eficaz y dinámica.

Objetivo: Conocer el apego al tratamiento farmacológico de los Médicos Familiares de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma en menores de 18 años.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, transversal y observacional por muestreo no probabilístico de 250 notas de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de asma controlados por 50 Médicos adscritos a la unidad de medicina familiar No 9, se evaluó a través de un cuestionario de 11 reactivos el cumplimiento de los criterios de apego al tratamiento farmacológico como lo marca la Guía la Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Asma en Menores de 18 años.

Análisis estadístico: Se utilizó el paquete estadístico SATATA V.8 y SPSS V.17, Se obtuvo frecuencias, simples porcentajes, medidas de asociación y de dispersión, prevalencias con IC de 95%.

Resultados: Se evaluaron 50 médicos, 17 (34%) Médicos generales y 33 (66%) médicos familiares, el 54.8% de los médicos generales llevan un mal control y por ende mal apego al tratamiento farmacológico del asma en comparación con un 45.2% de los médicos familiares. El 8% de los médicos familiares refieren conocer la Guía de Práctica Clínica muy bien, el 50% conocen la mayoría de sus recomendaciones, el 4% refiere conocerla poco. Solo el 2% de los Médicos Generales conoce la mayoría de sus recomendaciones y un 8% la conocen poco.

Conclusión: Los Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 no siguen los patrones recomendados por la GPC del IMSS para el manejo farmacológico del asma, lo que ocasiona mayor riesgo de descontrol pacientes portadores de esta patología.

2. MARCO TEÓRICO

A mediados del siglo XX surge el concepto de guía clínica (GC) cuya característica es la solidez para contribuir a la contención de los costos destinados a la atención de la salud y propiciar los criterios en la práctica médica. [1]

En 1974 se publicaron las guías diagnósticas terapéuticas que proporcionaron a los médicos familiares criterios para el diagnóstico y tratamiento apropiados de padecimientos más frecuentes y a finales de los años 80 un grupo de investigadores institucionales comenzaron a diseñar algoritmos para el manejo de enfermedades más comunes como parte del estudio orientado a incrementar la calidad en la atención médica. [1]

Con respecto a la Guía de práctica clínica (GPC) de asma ésta fue elaborada y publicada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, en el año 2008, en la cual se encuentran las evidencias y recomendaciones específicas. Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento.[1,2]

Las variaciones de las recomendaciones que menciona la GPC de asma del IMSS menciona que debe basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.[1, 2]

El asma es un padecimiento bronquial crónico que inicia generalmente en la infancia, tiene un gran impacto en la calidad de vida del que la padece, produce importantes alteraciones en la economía y la dinámica familiar, está aumentando

su prevalencia a nivel mundial y puede alcanzar niveles de severidad que llevan al paciente a la muerte.[2, 3]

Es además un padecimiento con alta variabilidad individual, tanto en severidad como en su pronóstico, por lo que es necesario que los médicos encargados de su atención se actualicen y entiendan que es un padecimiento que si se diagnostica tempranamente y se somete a tratamientos y seguimiento de control adecuados, por médicos con experiencia en su manejo será de beneficio para el paciente[.4, **5,**]

Dicho lo anterior, las GPC tienen como finalidad promover un mejor conocimiento de los padecimientos, coadyuvar en el cuidado médico y mejorar la comprensión de la afectación de la salud; de esta manera ayudan a la prevención y apego al tratamiento evitando complicaciones.

Estas GPC mencionadas anteriormente se basan en las mejores evidencias existentes en la literatura médica, su aplicación propicia:

-. Utilización adecuada de recursos y mejor comunicación médico paciente.

-. Mejora la calidad de la práctica clínica y difunden el marco técnico científico de la actuación clínica.

-. Aportan criterios explícitos para el flujo de decisiones durante el acto médico.

-. Constituyen una herramienta para la educación continua de profesionales de la salud.

-. No constituyen un instrumento obligatorio de implicación legal.

-. Consulta actualizada en el tratamiento de una enfermedad específica.

-. Impacto en programas de salud.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) las GPC han sido modeladas de acuerdo con sus necesidades y recursos para ser utilizadas por el personal médico como herramienta para toma de decisiones clínicas, como insumo de

actividades de educación médica continua y para la provisión y organización de los servicios de salud. [4,5]

En el ámbito institucional las GPC tienen varias aplicaciones que, al conjuntarse, contribuyen a mejorar el desempeño de los servicios[:2]

1. Educación médica continua. Las guías contribuyen a trasladar la investigación a la práctica clínica constituyendo una herramienta útil para realizar actividades de educación médica continua, cuya principal tarea es actualizar a los médicos y al resto del personal de salud sobre los padecimientos más frecuentes.

2. Interacción con el cuadro básico de medicamentos: los medicamentos que se encuentra en el cuadro básico, son aquellos que satisfacen las necesidades de la atención médica de la población y que deben estar disponibles en todo momento. En cuadro básico centra su atención en informar acerca de los medicamentos, mientras que la guía se centra en mostrar recomendaciones sobre el manejo de la enfermedad y sustenta los medicamentos más adecuados para una condición.

3. Mejora de los procesos de atención médica: los procesos de atención y las GC interactúan en forma dinámica, desde su elaboración hasta su implementación. Las guías ofrecen oportunidad para mejorar los procesos de atención y reducir la variación no deseada. La inserción de las guías dentro del proceso de atención es una actividad compleja y se puede realizar de distintas formas, pero la que mejor a dado resultado es la educación médica continua.

4. Guía Clínica y calidad de atención: evaluación de desempeño. La evaluación del proceso significa medir la forma en que se otorga la atención, en este sentido la evaluación de la calidad del proceso tiene que ver con lo apropiado de la atención y con la efectividad. Lo apropiado de la atención se refiere a evaluar que

los servicios de salud otorguen el cuidado requerido y no proporcione atención innecesaria y la efectividad evalúa los resultados deseados.

Teniendo en cuenta que el asma afecta a millones de personas en todo el mundo en las pasadas tres décadas su prevalencia se incrementó considerablemente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que en el año 2001 el asma había ocasionado 0.4% de la mortalidad total, debido a tratamientos médicos inadecuados y a la falta de información sobre la enfermedad.[6, 7]

La estrategia primaria para corregir el abordaje incorrecto del asma ha sido el desarrollo de guías consensuadas con métodos estandarizados de diagnóstico y tratamiento, que proporcionan recomendaciones para el control óptimo de este padecimiento. A partir de 1993 han aparecido versiones actualizadas de la Iniciativa Global para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma (GINA). Esta iniciativa incluye aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos y diagnósticos, un modelo de clasificación basado en la severidad y un tratamiento escalonado de acuerdo con niveles de evidencia. El desconocimiento de la GINA es una de las causas por las que no se ha alcanzado el impacto benéfico deseado.[6, 7]

En la actualidad se ignora el grado de conocimiento de guías, como GINA, que poseen los médicos de diferentes niveles de atención involucrados en el tratamiento de pacientes asmáticos.[6, 7]

Es por ello que en todo el mundo han surgido diversas iniciativas para la difusión de un adecuado conocimiento del Asma dirigido al público en general, a autoridades de salud y a los médicos de atención primaria, sobre todo a los pediatras, pues es en la edad infantil cuando el padecimiento generalmente inicia, y cuando mejor oportunidad se tiene de evitar su progresión y agravamiento hacia la edad adulta, si se sabe diagnosticar, tratar y en su momento referir adecuadamente al paciente con Asma Infantil.[**6,7**]

Epidemiologia: Aunque en nuestro país existen pocos estudios epidemiológicos controlados, las únicas encuestas realizadas en México de 1948 a 1991 que aparecen en la literatura reportan una prevalencia de 1.2 a 12.5%, sin embargo hay reportes de otros países donde se establecen prevalencias que van del 2 hasta el 33%. Esto significa que existe una diferencia de hasta 15 veces en la prevalencia de unos países a otros.

Es muy probable que esta gran variabilidad en las prevalencias se deba tanto a factores genotípicos (hereditarios) como ambientales de cada población estudiada, además de las diferencias en las variables utilizadas para el diagnóstico definitivo de asma en los diferentes estudios epidemiológicos. [7.]

Actualmente está en proceso un ambicioso esfuerzo internacional para la clarificación de los diferentes aspectos epidemiológicos del asma y de las enfermedades alérgicas, basados en encuestas epidemiológicas basados en el Estudio Internacional para Asma y Alergias en la Infancia (ISAAC: “International Study of Asthma and Allergies in Childhood”), este tipo de estudios ya han comprobado que existe también suficiente evidencia epidemiológica que muestra un incremento modesto pero sostenido de la prevalencia del asma a través de los últimos años y, quizás más alarmante, un incremento de la mortalidad por asma, a pesar de que contamos comparativamente con mejores recursos de diagnóstico y de tratamiento que antes.[7] En su momento, se han reportado diversos factores epidemiológicos que de alguna manera influyen en la prevalencia del asma.[8, 9,10]

De todos ellos, en estudios de análisis de probabilidad, la exposición temprana a alérgenos potentes como el ácaro del polvo casero ha mostrado una alta correlación con el desarrollo de asma. Incluso una reducción a la mitad en el grado de exposición al ácaro reduce a la mitad el grado de sensibilización así como el grado de asma en individuos ya sensibilizados. [10, 11,1

Clasificación

Haciendo una breve mención sobre la clasificación del asma, la GINA clasifica la gravedad de acuerdo a la frecuencia de presentación de los síntomas diurnos y nocturnos y el porcentaje de variabilidad, obtenido por medio de pruebas objetivas, en la medición del grado de obstrucción de las vías respiratorias.[12-18]

CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD

Características clínicas antes del tratamiento

Nivel	Síntomas	Síntomas nocturnos
Nivel 4 Persistente Severa	**Continuos** Actividad física limitada **Diario**	Frecuentemente
Nivel 3 Persistente Moderada	Uso de beta 2 agonistas **Diario** Los ataques afectan la actividad	>de 1 una vez a la semana
Nivel 2 Persistente Leve	>de una vez a la semana pero <de vez al día	>de 2 veces al mes
Nivel 1 intermitente	<de una vez a la semana asintomático entre los ataques	< o = 2veces al mes

La presencia de una de las características de severidad es suficiente para colocar al paciente en ésta categoría. Un individuo debe ser asignado al grado más severo cuando cualquiera de éstas características ocurra. [12-18]

Las características anotadas en ésta tabla, son generales y pueden sobreponerse entre ellas, debido a la alta variabilidad del asma. Además, una clasificación individual puede cambiar con el tiempo. [12-18]

Los pacientes de cualquier nivel de gravedad pueden tener exacerbaciones leves, moderadas o severas. Algunos paciente con asma intermitente, experimentan exacerbaciones severas con riesgo de muerte, separadas por períodos largos de función pulmonar normal y sin síntomas.[18-20]

CLASIFICACION POR SEVERIDAD EN MAYORES DE 5 AÑOS
(ANTES DEL TRATAMIENTO)

Nivel	Síntomas	Síntomas nocturnos	FEM/VEF1
Nivel 4 Persistente Severa	**Continuos** Actividad física limitadas Recaídas frecuentes todos los días	Frecuentemente	< o = 60% del predicho variabilidad >30%
Nivel 3 Persistente Leve	Uso diario de beta-2 Actividades limitadas Exacerbaciones >o=de 2/semana	>de 1 una vez a la semana	>60%, <80% del predicho variabilidad >30%
Nivel 2 Persistente Leve	<de una vez a la semana puede limitar actividades	>de 2 veces al mes	< o = 80% del predicho variabilidad <20%
Nivel 1 intermitente	<de dos vez a la semana asintomático FEM normal entre ataques	< o = 2veces al mes	< o = 80% del predicho variabilidad <20%

Tratamiento del ASMA:

Básicamente la GPC de ASMA en el tratamiento de niños menores de 18 años en su punto 4.2.2 menciona 5 recomendación farmacológicas para el manejo y tratamiento del asma.

Independientemente de las 5 recomendaciones que menciona la GPC, La estrategia del tratamiento y mantenimiento del asma se basa en dos pilares:

1) tratamiento No Farmacológico

• Educación

- Paciente
- Familia

• Medidas de Control Ambiental

- Intradomiciliario (humo de cigarrillo, alérgenos, estufas de leña, etc.)
- Extradomiciliario (polución)

• Identificación de alergia alimentaria y a medicamentos (asma inducida por antiinflamatorios no esteroideos -AINE-).

2) tratamiento Farmacológico, cuyos objetivos son:

• Control de los síntomas

• Prevención de las exacerbaciones

• Obtener la mejor función pulmonar posible

• Lograr una actividad física normal

• Evitar efectos adversos de la medicación

De esta manera unificando los criterios de las diversas guías de GPC consultadas, el control del asma en el niño se logra en la mayoría de los casos con corticoides inhalados en bajas dosis. Otros fármacos como antileucotrienos, β adrenérgicos de acción prolongada, anti-IgE, son alternativa o complemento, en la población que persiste con síntomas.[20-22]

Existen nuevas modalidades del tratamiento del asma que ayudan a los pacientes a prevenir la mayoría de los ataques o crisis, a mantenerse libres de los molestos síntomas nocturnos y diurnos y a mantenerse físicamente activos. Se han publicado una diversidad de Guías para el Manejo General del Asma que en

general han sido recopiladas y consensadas por paneles de expertos, una de las primeras y más importante es la Guía Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma, editada por el Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y de los Institutos Nacionales de Salud (NHLBINIH) de los Estados Unidos, que incluso sirvió de base para la GINA promovida por la OMS. El objetivo de estas iniciativas es educar a la comunidad médica en el correcto diagnóstico y tratamiento del asma, ajustadas a la realidad económica y social de cada región o país.[22]

Estos lineamientos internacionales son la base, con algunas modificaciones, para nuestras recomendaciones de clasificación y tratamiento del asma en la edad pediátrica.[22]

Para lograr el control del asma se requiere:

• Clasificar el grado y tipo de asma
• Identificar y evitar los factores desencadenantes o que empeoran el asma
• Seleccionar los medicamentos apropiados para cada nivel
• Establecer un plan de manejo del asma a largo plazo con
• Detener las recaídas de los ataques de asma
• Educar a los pacientes para que aprendan a manejar su padecimiento
• Monitorear y ajustar el tratamiento del asma hasta conseguir un control efectivo a largo plazo.

Haciendo referencia al apego de las GPC, Pulma y cols. en 2012 publicaron un artículo donde estudiaron la eficacia y eficiencia del tratamiento antibiótico mediante GPC en pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad, basado en un estudio observacional, retrospectivo y transversal, dando por resultado que de los 62 pacientes estudiados un 44% se trataron con esquema de antibiótico basados en la GPC y 55% con esquema basados en antibióticos alternos, no contemplados en la GPC, la eficiencia para ambos

esquemas fue de 83%, fue mayor para los esquemas basados en las GPC que para los esquemas alternos, 86 vs 79%, sin embargo, se observó mayor eficiencia para los esquemas basados en GPC, concluyendo así que los esquemas basados en GPC y los esquemas alternos, no reconocidos en las guías tiene la misma capacidad para alcanzar curación (eficiencia), sin embargo existe mayor eficiencia con los esquemas basados en la GPC.[22,23]

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, no se cuenta con estudios epidemiológicos suficientes acerca de la prevalencia del Asma en niños menores de cinco años de edad. Sin embargo, los datos proporcionados por el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, dependiente de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, señalaron que entre 2001 y 2006 la tendencia de este problema en los niños menores de cinco años tuvo un incremento de 31%, ya que pasó de 479.44 a 627.95 por 100,000 habitantes.

Es imprescindible contar con médicos capacitados en la identificación de factores relacionados con asma y pacientes sospechosos, que sean capaces de solicitar exámenes adecuados y otorgar un tratamiento oportuno y eficaz a estos pacientes.

En el IMSS como parte de las estrategias para mejorar la calidad de la atención en el paciente asmático se elaboró una GPC para el Médico Familiar o de primer contacto basada en evidencia científica y aplicable a la atención primaria. Los criterios establecidos se sustentaron en las recomendaciones formuladas por la GINA.

Se menciona que, actualmente, ninguna enfermedad requiere mayor cantidad de estudios de índole epidemiológica como el Asma bronquial. A pesar de la profundización significativa en el conocimiento de su fisiopatología, curso clínico y tratamiento, numerosos autores advierten sobre un incremento en su prevalencia, morbilidad e incluso mortalidad, particularmente en niños.

En algunos países, el asma y los trastornos alérgicos han alcanzado proporciones alarmantes, afectando hasta una tercera parte de los niños en la población en general. Una importante proporción de estudios analizan conjuntamente el asma y

la rinitis alérgica. Los grupos poblacionales más afectados fueron los niños menores de 4 años de edad y las personas mayores de 65. Las tasas más altas de mortalidad se encontraron en los estados del norte del país.

Existe, sin embargo, poca información sobre el conocimiento real que tienen los médicos, especialmente los de primer contacto, en relación con el manejo del asma con base en la Guía Internacional publicada por el comité de expertos de la GINA.

El manejo recomendado por las diversas guías de asma en varios países, favorece el control del asma, desafortunadamente las guías no tienen una difusión óptima entre los médicos y en países como México tampoco hay estrategias institucionales efectivas con ese enfoque, lo que condiciona un abordaje clínico inadecuado del asma por parte de diferentes especialistas médicos.

La primera dificultad en la atención del asma es el subdiagnóstico y tratamiento no óptimo. En la mayoría de los casos es tratada actualmente con medicamentos sintomáticos lo que refleja desconocimiento de su fisiopatología por los medico tratantes y favorece una mayor morbilidad.

Por lo antes expuesto se plantea realizar el presente estudio, teniendo como objetivo, estimar en que porcentaje las prescripciones de los Médicos Familiares se apegan a las recomendaciones de la GPC Para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma en Menores de 18 Años, bajo las siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el *Apego al tratamiento farmacológico de los Médicos Familiares de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Asma en Menores de 18 años*"?

4. JUSTIFICACIÓN

La importancia de conocer los lineamientos recomendados por las GPC del IMSS y en esta ocasión sobre diagnóstico y tratamiento de Asma en menores de 18 años ayuda a unificar criterios y tener congruencia clínico, diagnóstico y terapéutica además de referir a otras especialidades con adecuada sustentación clínica. El médico familiar tiene un papel crucial en esto ya que como médico de primer nivel de atención debe conocer los criterios en el control y referencia del paciente con ASMA con la intención de brindar una atención de calidad, calidez y rapidez a los derechohabientes evitando costos innecesarios para el instituto. El interés del Instituto es que la conducta de los médicos se haga con base a las mejores evidencias científicas, motivo por el cual pone a disposición de los profesionales de la salud las GPC.

Ya que el asma bronquial es un problema global de salud, es una patología que constantemente se observa en nuestra consulta externa como médicos familiares, y en donde en muchas ocasiones el paciente tiene un mal control, para esto surgen estrategias innovadoras para la atención del ASMA, por lo que se han desarrollado diversos métodos que pretenden, además de la actualización de los conocimientos, la unificación de los criterios médicos.

En México, como en otras partes del mundo, la práctica de la atención primaria es muy heterogénea y diversos reportes han mostrado deficiencias tales como uso inapropiado de medicamentos, identificación tardía de complicaciones o factores de riesgo y falta de recomendaciones para el auto cuidado.

En el IMSS como parte de las estrategias para mejorar la calidad de la atención en el paciente asmático se elaboró una guía de práctica clínica basada en evidencia científica y aplicable a la atención primaria. Los criterios establecidos se sustentaron en las recomendaciones formuladas de la GINA.

La guía incluye la identificación de factores de riesgo de la enfermedad, los criterios para clasificarla, diagnosticarla y tratarla, que consideren la prescripción de medicamentos, las recomendaciones de ejercicio, vigilancia e identificación temprana de los factores de riesgo y sus complicaciones agudas. Su fin es el de contribuir a la construcción de conceptos que amplíen el campo de acción del conocimiento del médico familiar, los cuales deben generar resultados que reflejen la realidad, una mejor calidad de atención del paciente asmático con un apego a la GPC de ASMA.

Es imprescindible contar con médicos familiares con el conocimiento y apego de la GPC para brindar al paciente asmático una consulta de calidad con un lineamiento adecuado que norma la GPC de asma.

El instituto ha hecho el esfuerzo por desarrollar GPC, ahora es importante saber en qué medida las están utilizando sus médicos, y que repercusión están teniendo en el control de las enfermedades.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Medir el porcentaje de apego al tratamiento Farmacológico de los Médicos Familiares de acuerdo a la Guía la Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Asma en Menores de 18 años"

5.2 Objetivos específicos

1. Correlacionar el apego que tienen los médicos a las recomendaciones de la GPC para el diagnóstico y tratamiento del Asma en menores de 18 años y el control de estos.

2. Determinar si existe mayor apego entre el médico familiar y el médico general.

6. ANTECEDENTES

La GPC de asma proporciona, a los médicos familiares, criterios para su diagnóstico y tratamiento apropiados, encontrando en ésta evidencias y recomendaciones específicas, basándose en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada área de práctica.

El asma afecta a millones de personas en todo el mundo, en el año 2001 ocasionó 0.4% de la mortalidad total, debido a tratamientos médicos inadecuados y a la falta de información sobre la enfermedad. La estrategia primaria para corregir el abordaje incorrecto del asma ha sido el desarrollo de la GINA, un modelo de clasificación basado en la severidad y un tratamiento escalonado de acuerdo con niveles de evidencia.

Es por ello que en todo el mundo han surgido diversas iniciativas para la difusión de un adecuado conocimiento del Asma dirigido al público en general, a autoridades de salud y a los médicos de atención primaria, sobre todo a los pediatras, pues es en la edad infantil cuando el padecimiento generalmente inicia, y cuando mejor oportunidad se tiene de evitar su progresión y agravamiento hacia la edad adulta si se sabe diagnosticar, tratar y en su momento referir adecuadamente al paciente con Asma Infantil.[6,7]

La GPC de ASMA en el tratamiento de niños menores de 18 años menciona 5 recomendación farmacológicas para el manejo y tratamiento, independientemente de estas, la estrategia del tratamiento y mantenimiento del asma se basa en dos pilares: **1) tratamiento No Farmacológico** y **2) tratamiento Farmacológico.** De esta manera, el control del asma en el niño se logra en la mayoría de los casos con corticoides inhalados en bajas dosis. Otros fármacos como antileucotrienos, β

adrenérgicos de acción prolongada, anti-IgE, son alternativa o complemento, en la población que persiste con síntomas.

Becerril y cols. en el año 2007 evaluaron el grado de conocimiento que tiene de las guías de la GINA el personal médico de diferente grado de atención del IMSS de las unidades de afluencia del Centro Médico Nacional La Raza. Los Resultados obtenidos de los 179 médicos del estudio,[23-24] por niveles de atención, la mayor puntuación se observó en el tercer nivel, con 126.6, después en el segundo nivel, con 101.5, y en el primer nivel con 82.75. Hubo diferencias significativas entre ellos.

El puntaje promedio de conocimiento de la GINA, según la especialidad, fue: 145.5 en alergia e inmunología clínica; 136.7 en neumología; 122.6 en pediatría; 81.19 en medicina familiar y 78.2 en medicina interna.

El factor que hace resaltar del artículo es demostrar que la elaboración de guías de diagnóstico y tratamiento del asma, como GINA, no es suficiente si no se difunden entre el personal de salud mediante estrategias efectivas. [23-24]

Collini y cols. realizaron un estudio en varios hospitales en Gran Bretaña y encontraron que tanto en el 2001-2002 como 2004-2005 los médicos utilizaron inadecuadamente los antibióticos en más de un 80 % de los pacientes por lo que no utilizaban las guías de la sociedad británica para tratar las enfermedades de tórax.

Fragoso y cols, en 2010 estudiaron la Adherencia a las GPC sobre neumonía adquirida en la comunidad y su relación con la mortalidad en el Hospital General Universitario de lima hallo respecto al tratamiento ya que fue el de más bajo cumplimiento, con solo un 64,7 % de los médicos, el resto se comportó por encima del 70 %.

González y cols. en 2009 realizado en el Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, en donde existió una evaluación del cumplimiento de la GPC para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. En donde se encontró que el 53. 2 % de los expedientes clínicos reflejan mal cumplimiento de la guía por parte de los médicos.

Ruiz y cols en 2005 en Monterrey, Nuevo León, México realizaron la evaluación de un curso de educación en asma para médicos de primer nivel de atención encontrando que la puntuación promedio antes del curso fue de 65.8 puntos y después del curso de 84.9 puntos. El porcentaje de mejoría promedio en la puntuación global fue de 34.5. En donde concluyen que la capacitación basada en conferencias (*lecture-basedlearning*) es una de las técnicas que más se utiliza debido a que es simple, barata y efectiva para grandes grupos de personas. Sin embargo, se sugiere que sólo 10% de lo que se escucha en una conferencia realmente se aprende.

7. MATERIAL Y METODO

7.1 Diseño de estudio: Prospectivo, transversal y observacional.

7.2 Periodo de estudio: El estudio se realizó durante 6 meses, en el periodo Abril del 2014 - Septiembre del 2014.

7.3 Lugar donde se desarrolló el estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS, Acapulco, Guerrero.

7.4 Universo de trabajo: Notas de expedientes clínicos de pacientes asmáticos atendidos por los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 9.

7.5 Población de estudio: Expedientes clínicos de médicos de primer nivel adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 9, incluyendo médicos generales y médicos familiares, que se encuentren en los 29 consultorios del turno matutino y vespertino de la consulta externa.

7.6 Tipo de muestreo: No probabilística por conveniencia

7.7 Tamaño de Muestra: Se seleccionaron 5 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de asma que reunieron los criterios de inclusión de los 29 consultorios de los turnos matutino y vespertino, haciendo un total de 290.

7.8 Criterios de inclusión: Notas de expedientes clínicos de pacientes menores de 18 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 durante en el periodo de estudio, con diagnóstico de asma.

7.9 Criterios de exclusión:

- Notas clínicas de médicos de urgencias
- Notas clínicas de médicos residentes.

7.9 Criterios de eliminación:

- Médicos que no desearon participar.
- Médicos que se encontraron de beca por más de 6 meses en 2013.

7.10 Instrumento de recolección de datos:

- Para la evaluación al apego a la GPC de diagnóstico y tratamiento de asma, con previa autorización se utilizó un cuestionario de recolección de datos el cual se realizó previamente con ayuda de revisores validado por contenido y constructo, en donde se evaluó los siguiente puntos para el apego al tratamiento farmacológico como marca la GPC:

1-Para el tratamiento de rescate solo recomienda β-agonistas

2-Recomienda un esteroide inhalado a dosis bajas como controlador de primera elección.

3-Por el efecto aditivo de la combinación es suficiente una dosis baja de esteroide y solo se incrementará si no se alcanza el control con tres a cuatro meses de este régimen.

4-Combinar una dosis media o alta de esteroides inhalados con un broncodilatador y antileucotrieno (BALD) régimen.

5-Afirma que la adición de glucocorticoides orales a otros controladores puede ser efectiva, pero tendría que ser considerada sólo en el asma persistente grave con limitación diaria de actividades y exacerbaciones frecuentes que no se ha controlado con el tratamiento del Paso cuatro.

Esta guía abarca en forma amplia aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos, para este estudio solo nos enfocamos en el apego al tratamiento farmacológico del asma en menores de 18 años, el cual consiste en un tratamiento farmacológico escalonado de 5 puntos, que se debe modificar en caso particular de cada paciente.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	Definición CONCEPTUAL	Definición OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR
Apego a la GPC	Conducta del médico familiar quien prescribe el tratamiento farmacológico en base a lo establecido en la guía de práctica clínica de asma.	Si en el expediente clínico la prescripción del tratamiento se ajusta a las recomendaciones hechas por la GPC en el punto 4.2.3.2 Tratamiento farmacológico.	Cualitativa Nominal	Se considera APEGO si cumple con una o más recomendaciones basado en la GPC, de lo contrario se calificará como NO APEGO si no cumple con ninguna recomendación.
VARIABLE INDEPENDIENTE	**Definición CONCEPTUAL**	**Definición OPERACIONAL**	**TIPO**	**INDICADOR**
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento actual.	Respuesta del médico a la pregunta ¿Cuántos años cumplidos tiene?	Cuantitativa discreta :	Número de años cumplidos
Sexo	Características biológicas que clasifican a los individuos en hombres y mujeres.	El género del médico será el referido por su asistente médica	Cualitativa Nominal, dicotómica	1. mujer 2. hombre
Turno del médico	Se refiere al turno dentro de la jornada laboral para el que está contratado el médico familiar.	Turno en el que el médico que se evalúa trabaja	Cualitativa Nominal, dicotómica	1 = Matutino 2= Vespertino
Especialidad	Tipo de médico de acuerdo a la especialidad	La respuesta del médico que se evalúa o de su Coordinador a la pregunta ¿Cuál es su especialidad?	Cualitativa Nominal	1 = Médico General 2 = Especialista en Medicina Familiar 3 = Otra
Variables del expediente.				
Estado del paciente asmático	Estado actual de salud en que se encuentra el paciente	Condición que se refleja en la nota medica sobre el estado y la evolución del asma. Controlado; cuando en las notas medicas se refleje que los síntomas no existen y que no requiere beta adrenérgicos o la dosis es mínima. No controlado. Cuando en la nota medica refleje aumento de beta adrenérgicos o broncodilatadores.	nominal	1-controlado 2-no controlado

VARIABLE DEPENDIENTE	Definición CONCEPTUAL	Definición OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR
Requiere ajuste de tratamiento.?	Se refiere a la modificación de tratamiento farmacológico que necesita el paceinte	Necesidad o no de ajustar el tratamiento del paciente acorde a su evolución y a los 5 pasos recomendado de la gpc , según se deduzca de la nota médica. 1 Si requiere; cuando en la nota medica se refleja que los síntomas han incrementado y o el paciente ha requerido mayores dosis de salbutamol. No requiere; cuando los síntomas se encurtan estables y no ha requerido incremento de bronco dilatadores.	nominal	1.si 2.no
Se Hizo el ajuste adecuado?	Se refiere a la modificación adecuada de fármacos que marca la GPC para asma	Evaluación que el investigador hace de el ajuste del tratamiento acorde a la recomendaciones de los 5 pasos de la gpc (nota medica)	nominal	1.si 2.no
Beta agonistas	Fármaco de primera elección	Evidencia en el expediente clínico de que durante los últimos tres meses, el médico prescribió **beta-agonista de acción rápida inhalados** al pacientes cuando éste presenta síntomas de **asma intermitente** (paso uno de la GPC) Sibilancias, disnea, tos, opresión torácica. Síntomas: < 2 veces por semana Exacerbaciones breves, síntomas nocturnos < 2 veces al mes, exacerbaciones: leves.	Cualitativa nominal	1 =si 2 = no 3= No necesario
Esteroides	Fármaco de segunda elección	Evidencia en el expediente clínico de que durante los últimos tres meses, el médico prescribió un esteroide inhalado de primera elección cuando el paciente presentó síntomas compatibles con **asma persistente moderada**.; (Sibilancias, disnea, tos, opresión torácica, exacerbaciones: pueden limitar la actividad y afectar al sueño. Síntomas nocturnos: más de una vez por semana)	Cualitativa nominal	1 =si 2 = no 3= No necesario
Incremento de Esteroide	Fármaco de tercera elección	Evidencia en el expediente clínico de que durante los últimos tres meses, el médico solo incrementó la dosis de esteroide cuando rl paciente con **asma persistente moderada** no se alcanza el control con tres a cuatro meses de este régimen.	Cualitativa nominal	1 =si 2 = no 3= No necesario
Esteroide+Betabloqueador+ antileucotrieno paso4	Fármacos que se combinan para control de asma según la GPC	Evidencia en el expediente clínico de que durante los últimos tres meses, cuando los pacientes con **asma persistente moderada** no han respondido a la terapia del paso tres el médico combina una dosis media o alta de esteroides inhalados con un broncodilatador y antileucotrieno (BALD)	Cualitativa nominal	1 =si 2 = no 3= No necesario

VARIABLE DEPENDIENTE	Definición CONCEPTUAL	Definición OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR
		régimen		
Esteroides orales paso 5	fármaco en el que se incrementa la dosis para un mejor control	Evidencia en el expediente clínico de que durante los últimos tres meses el médico considero la adición de glucocorticoides orales a otros controladores como lo marca el paso cinco sólo en el **asma persistente grave**; (sibilancias, disnea, tos, opresión torácica los cuales son continuos, hay exacerbaciones frecuentes, síntomas nocturnos frecuentes)	Cualitativa nominal	1 =si 2 = no 3= No necesario

8. ORGANIZACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Con autorización del Comité Local de Investigación en Salud, se acudió a la unidad de Medicina Familiar No.9 de Acapulco, Guerrero para la realización del estudio, en los dos turnos que labora la unidad, en los 29 consultorios adscritos a la misma de ambos turnos, obteniendo los datos e identificando a cada médico que cumplió con los criterios de inclusión, se les dio a conocer el estudio a realizar y los beneficios del mismo.

Se procedió a leer la carta de consentimiento informado respectivo, que el comité de ética establece como requisito para poder realizar la investigación.

Se solicitó la base de datos al servicio de informática de la unidad de medicina familiar N°9 de pacientes Asmáticos con calve J45.0, J45.1 y J45.9 en el periodo 2013 según la clasificación internacional de enfermedades (CIE10).

El área de trabajo fue otorgada por el coordinador de enseñanza en base a un equipo de cómputo con acceso a expediente electrónico donde se evaluaron cinco notas de pacientes asmáticos menores de 18 años, de cincuenta médicos que aceptaron participar haciendo un total de 250 notas medicas evaluadas.

Del expediente clínico se evaluó la última nota médica de control de asma, teniendo en cuenta notas previas de mismo diagnóstico de 2 a 3 meses previos, de dicha nota médica se evaluó el apego farmacológico y escalonado de la GPC de asma del IMSS del médico tratante. Una vez recabada la información se procedió a analizar para su evaluación y el análisis estadístico con ayuda del software spss.

9. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio fue factible por contar con la disponibilidad de recursos humanos y materiales para su realización. Además de su apego a las normas éticas de la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud vigente. De igual manera, cumple con las normas e instructivos del IMSS en materia de investigación en salud y fue aprobada por el Comité local de Investigación. Así mismo se solicitó un consentimiento informado del médico familiar.

Se apegó a la "Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial" que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos. Asamblea General 52ª, en Edimburgo, Escocia en Octubre del año 2000, que tiene como principios básicos para toda la investigación médica: "es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano". Los individuos fueron participantes voluntarios e informados.

Esta investigación de acuerdo con la "Ley General de Salud" de México y con su "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su título 2°, capítulo 1, articulo 17, Fracción I, se considera como "investigación sin riesgo", ya que en este estudio se emplearon técnicas y métodos de investigación documental sin ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

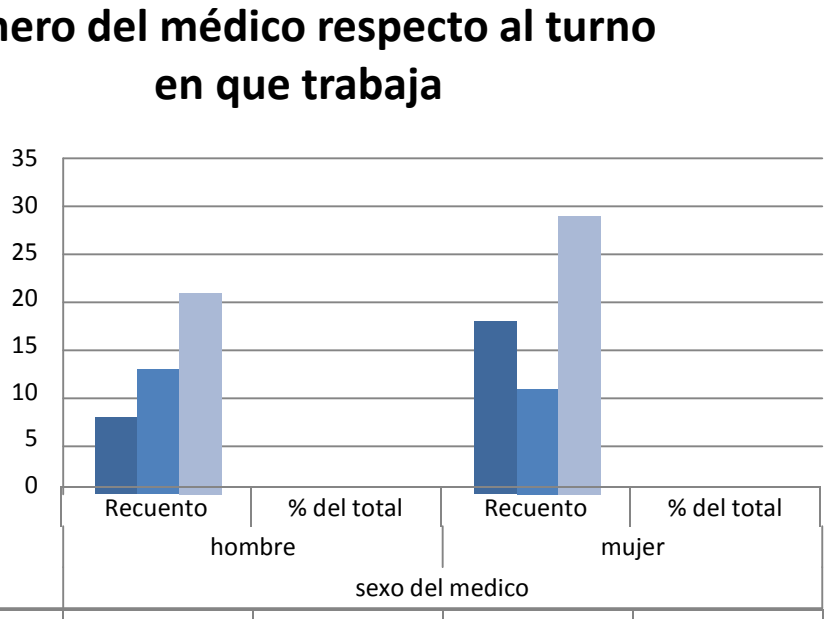
Este trabajo se basó en las normas vertidas en la guía para el diseño de proyectos de investigación, instructiva para el registro, control y evaluación de proyectos de investigación a través del sistema automatizado de información del IMSS de 1986, y el instructivo de investigación del IMSS de 1986. Artículo 96 del título quinto, Investigación para la Salud, Capitulo único. Se solicitó consentimiento informado del paciente y su identidad se mantuvo anónima.

10. RESULTADOS

Para la evaluación del apego farmacológico del tratamiento del asma, con la GPC de asma en menores de 18 años, se procedió a revisar 250 notas médicas de 50 médicos diferentes de la unidad de medicina familiar del turno matutino y vespertino, de los cuales 33 fueron Médicos Familiares y 17 Médicos generales .

TABLA 1

De los 50 médicos evaluados con respecto al género y turno en que laboran los resultados más sobresalientes reportan un total de 42% de médicos hombres en ambos turnos 16% turno matutino 26% vespertino en comparación a un 58% de médicos mujeres en ambos turnos con 36% matutinos y 22% vespertino.



turno laboral matutino	8	16.0%	18	36.0%
turno laboral vespertino	13	26.0%	11	22.0%
Total	21	42.0%	29	58.0%

TABLA 2

De los 50 médicos evaluados en esta investigación 17 fueron Médicos generales con un 55.6% entre 21 y 30 años de antigüedad en años laborados, y 33 fueron Médicos especialistas en medicina familiar de los cuales un 63.2% tiene entre 11 y 20 años de antigüedad en años laborados.

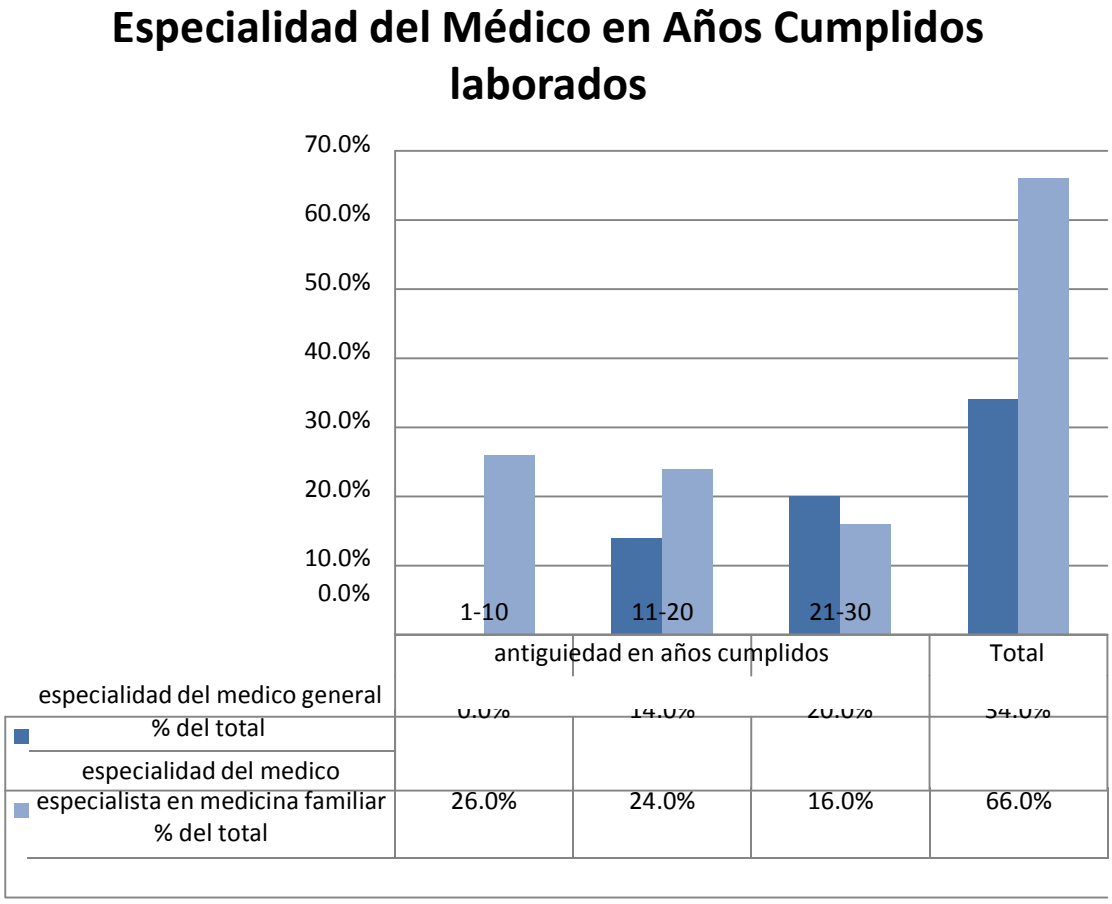
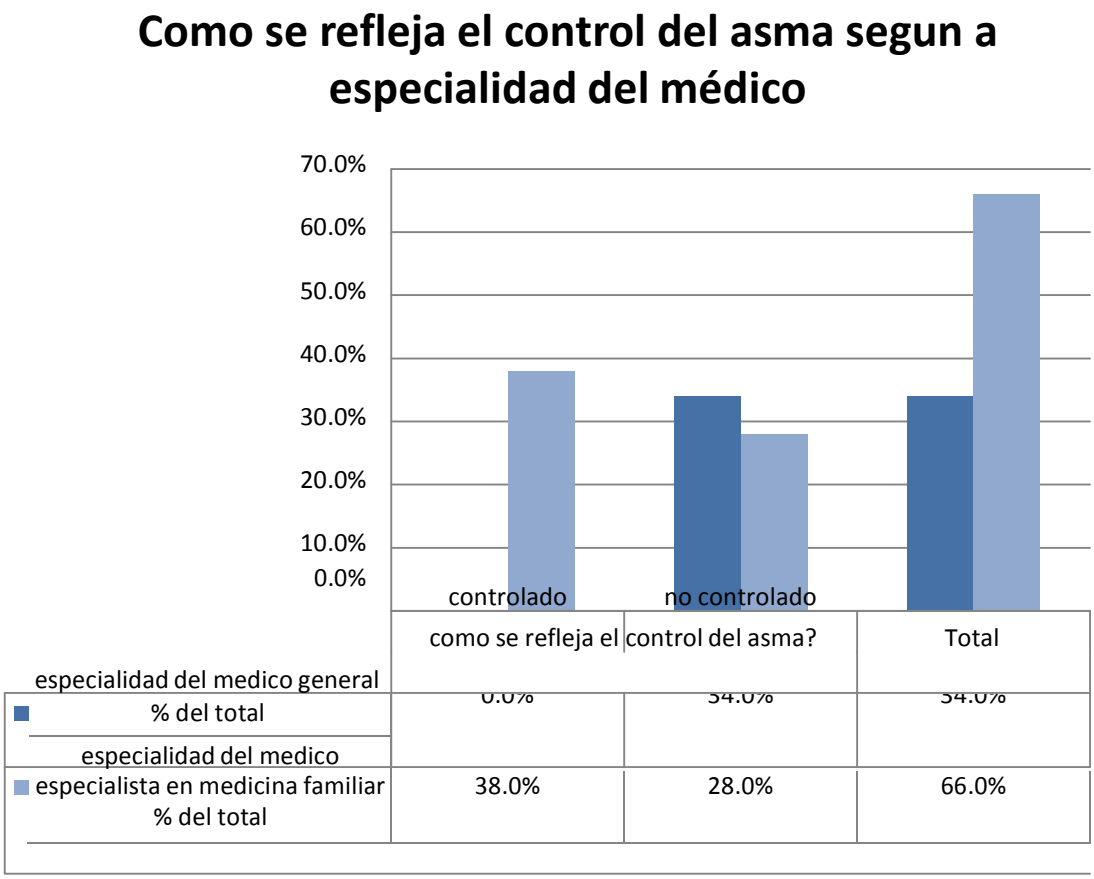


TABLA 3

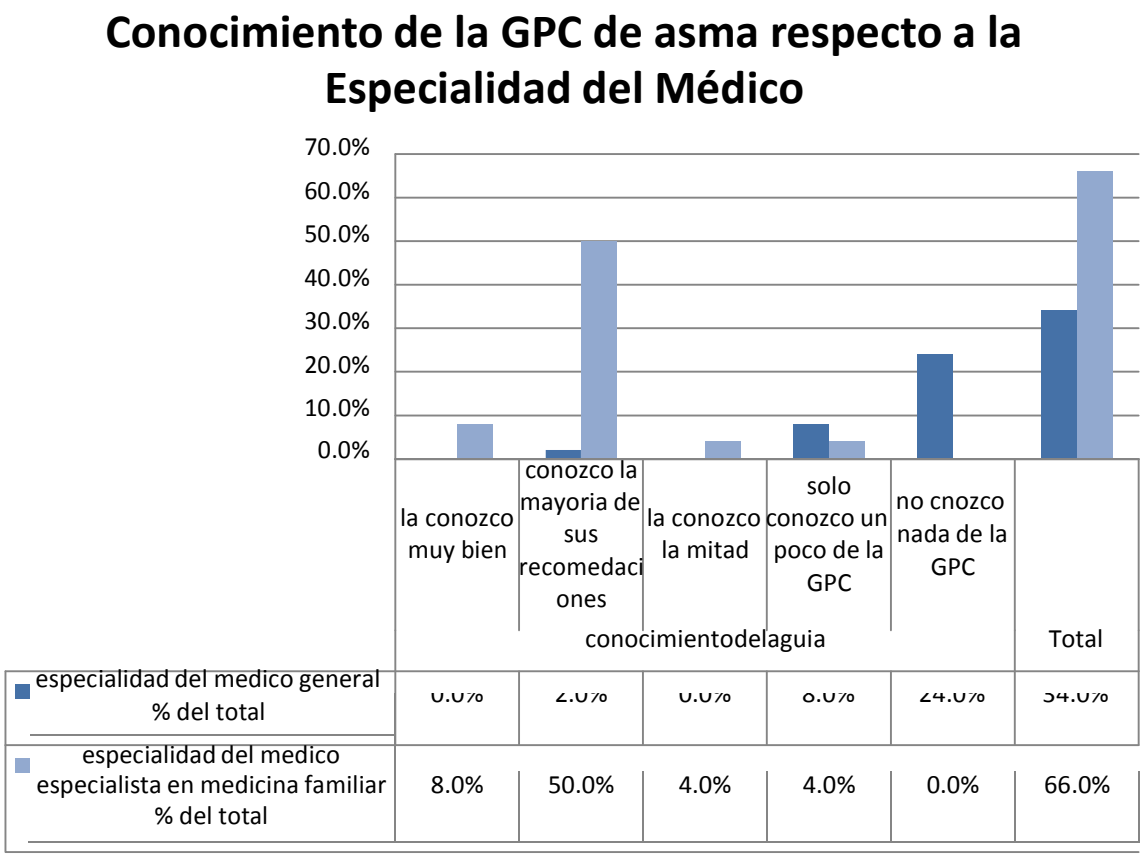
En esta tabla se observa el control del paciente respecto a el apego de la guía de práctica clínica con respecto a la especialidad del médico, observándose con un 54.8% mal control y por ende mal apego al tratamiento farmacológico de los médicos generales en comparación con los médicos especialistas en medicina familiar con un 45.2%.



especialidad del medico general	como se refleja el control del asma?		Total
% del total	0.0%	34.0%	34.0%
especialidad del medico			
especialista en medicina familiar % del total	38.0%	28.0%	66.0%

TABLA 4

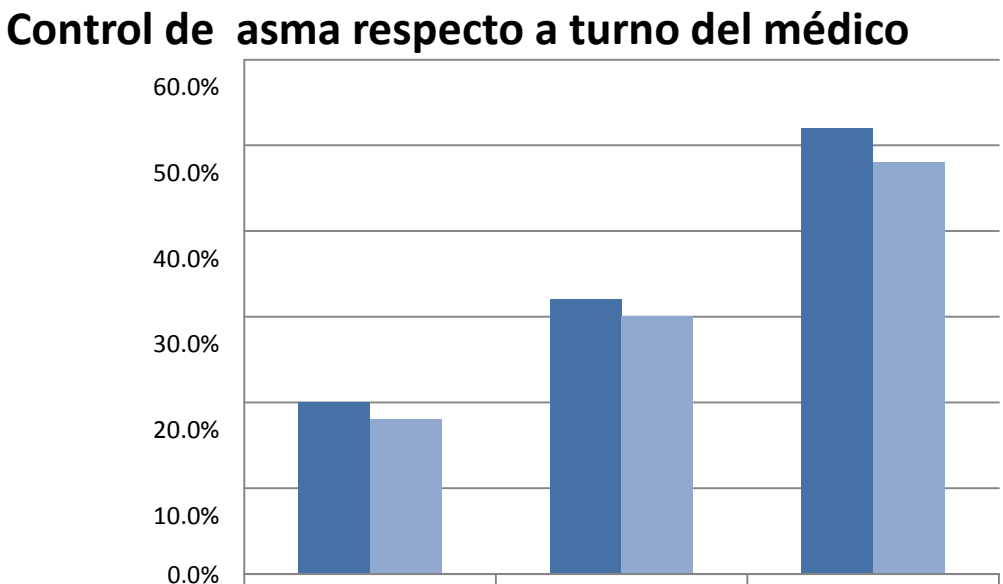
En esta tabla observamos el conocimiento de la GPC estudiada del médico familiar y el médico general, refleja que un 8% de los médicos familiares refieren conocerla muy bien el 50% conocen la mayoría de sus recomendaciones, el 4% conoce la mitad y el 4% refiere conocerla solo un poco y un 0% no conoce nada. Comparado con el médico general que reporta que solo el 2% conoce la mayoría de sus recomendaciones, un 8% solo la conocen un poco y el 24% no conoce nada a cerca de la GPC.



	la conozco muy bien	conozco la mayoria de sus recomedaciones	la conozco la mitad	solo conozco un poco de la GPC	no cnozco nada de la GPC	Total
	conocimientodelaguia					
especialidad del medico general % del total	0.0%	2.0%	0.0%	8.0%	24.0%	34.0%
especialidad del medico especialista en medicina familiar % del total	8.0%	50.0%	4.0%	4.0%	0.0%	66.0%

TABLA 5

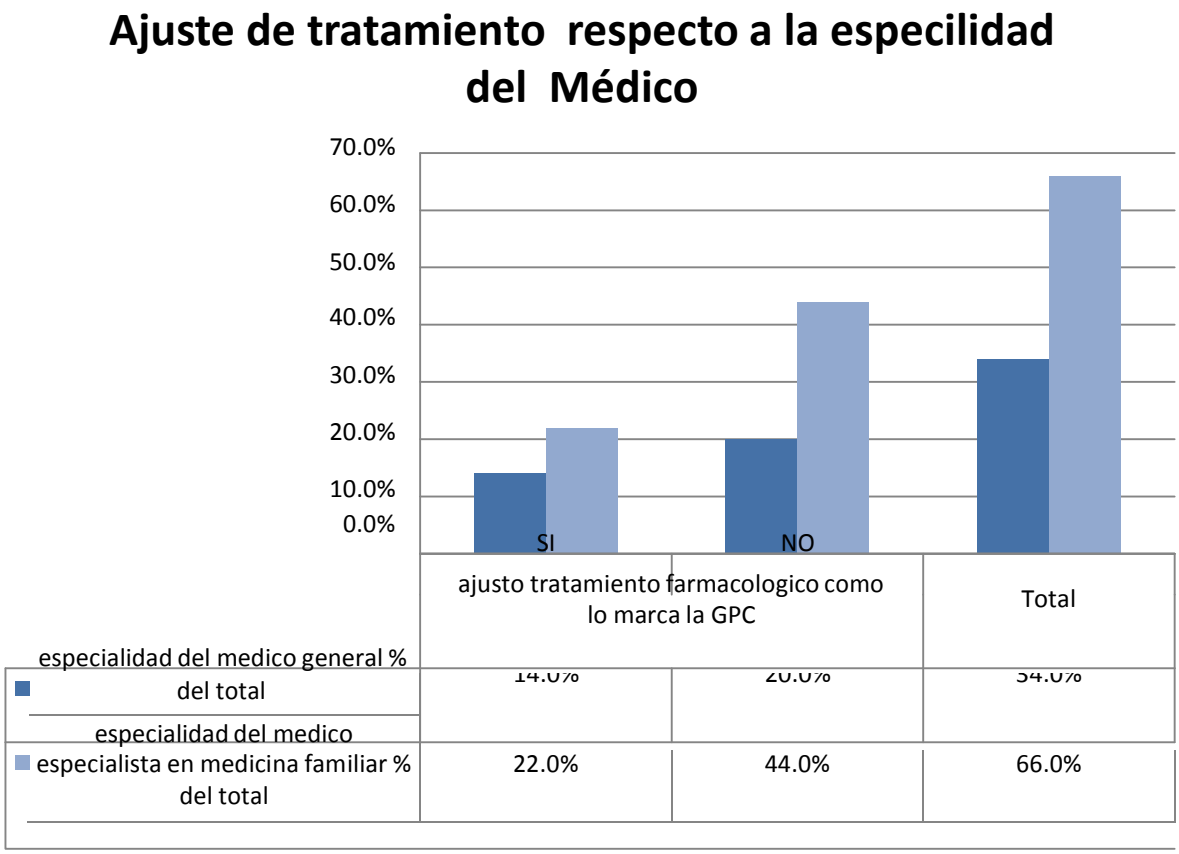
En esta tabla refleja el apego farmacológico del médico respecto al turno en que labora, encontrando una mínima diferencia en control de sus población asmática en turno matutino 20.0% y un 18.0% vespertino.



	controlado	no controlado	total
	como se refleja el control del asma?		
turno laboral matutino % del total	20.0%	32.0%	52.0%
turno laboral vespertino % del total	18.0%	30.0%	48.0%

TABLA 6

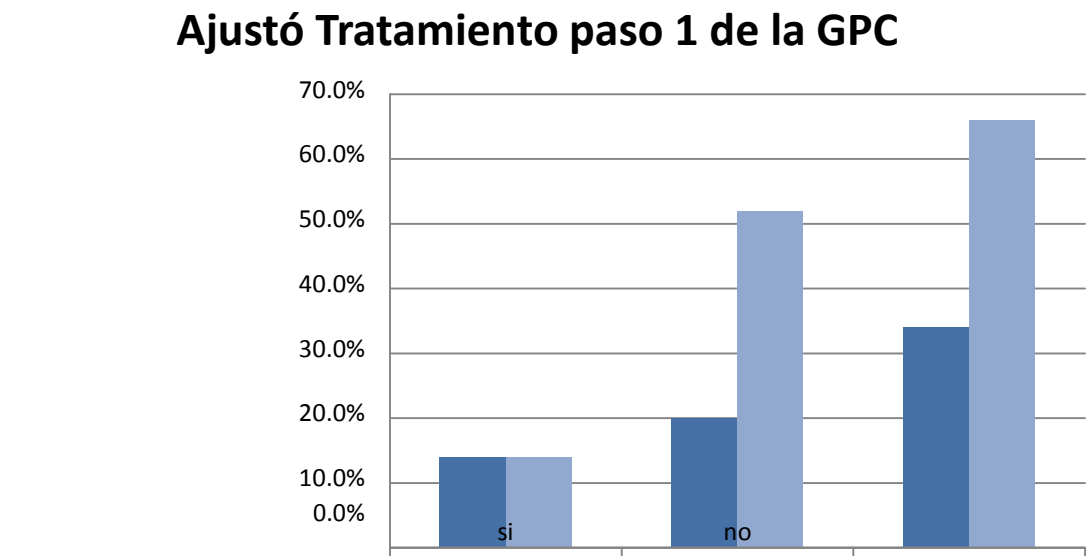
Esta gráfica muestra el ajuste de tratamiento farmacológico del médico especialista en medicina familiar con respecto al médico general en paciente no controlados, demostrando que el médico en especialidad en medicina familiar ajustó tratamiento en pacientes descontrolados en un 22% en comparativa de 14% en el medico general**.**



especialidad del medico	ajusto tratamiento farmacologico como lo marca la GPC		Total
especialidad del medico general % del total	14.0%	20.0%	34.0%
especialidad del medico especialista en medicina familiar % del total	22.0%	44.0%	66.0%

Tabla 7

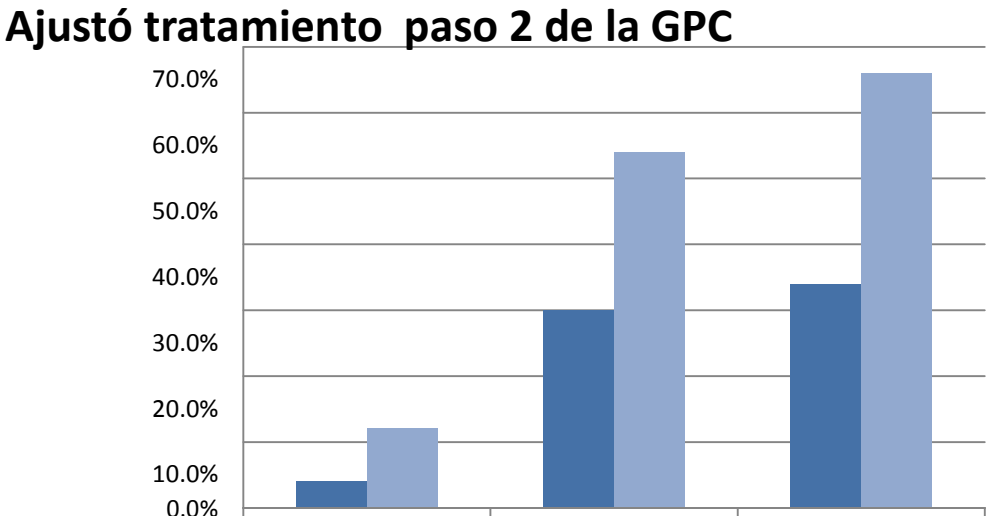
En esta gráfica se observa la aplicación del paso uno de la GPC del médico general y el médico especialista en medicina familiar que es el uso de beta agonista de acción rápida, demostrando que por igual en un 14% (7) emplearon beta agonistas.



	prescribio beta agonistas		Total
especialidad del medico general % del total	14.0%	20.0%	34.0%
especialidad del medico especialista en medicina familiar % del total	14.0%	52.0%	66.0%

Tabla 8

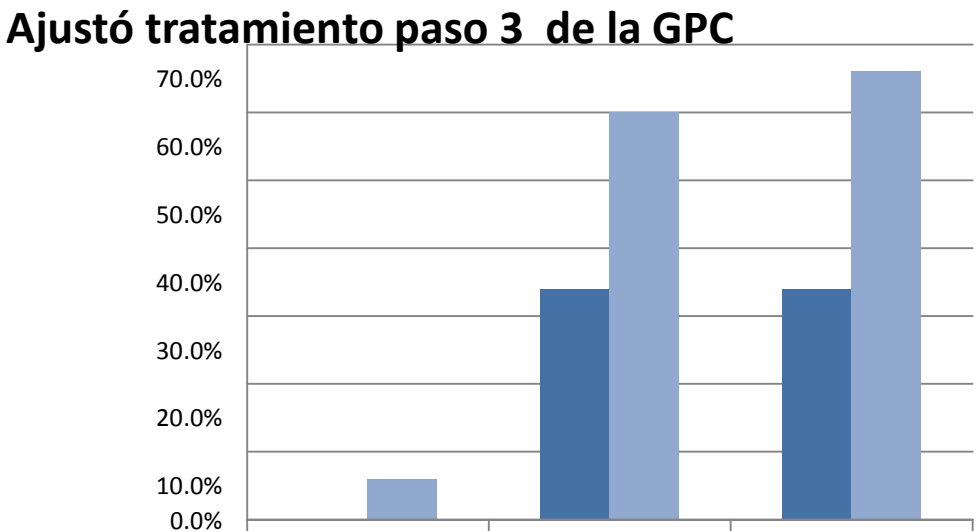
En esta gráfica observamos el apego al paso dos de la GPC el uso de esteroides a dosis bajas en pacientes con descontrol de asma, observando que el 12 % de los médicos especialistas en medicina familiar lo hicieron y solo un 4% de los médicos generales



	si	no	Total
	utilizo esteroide inhalado dosis bajas con sintomas de asma persistente		
especialidad del medico general % del total	4.0%	30.0%	34.0%
especialidad del medico especialista en medicina familiar % del total	12.0%	54.0%	66.0%

Tabla 9

Esta gráfica demuestra que solo el 6% de los médicos familiares ajustaron el tratamiento del paso tres como lo marca la GPC combinando leucotrieno e incrementando dosis de esteroide, en comparación con los médicos generales con un 4%.



	si	no	Total
	incremento dosis de esteroide y conbino leucotrieno		
especialidad del medico general % del total	0.0%	34.0%	34.0%
especialidad del medico especialista en medicina familiar % del total	6.0%	60.0%	66.0%

11. DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que la evaluación de la GPC del IMSS en su aplicación para el apego al tratamiento farmacológico del asma fue inadecuada, lo que ocasiona el riesgo de descontrol del asma en los pacientes portadores de esta patología.

De los 50 médicos evaluados en esta investigación se observa un 55.6% de médicos generales de más de 20 años de antigüedad, y un 63.2% de médicos familiares entre 11 y 20 años de antigüedad. No se observó asociación estadística entre la antigüedad del médico, y la categoría del médico.

En relación al género los Médicos que participaron en el estudio un 42% de médicos hombres en ambos turnos y 58% de médicos mujeres en ambos turnos.

Se observó un mal apego de las recomendaciones al ajuste farmacológico de los médicos generales con un 54.8% con mínima diferencia de los médicos con especialidad en medicina familiar con un 45.2%.

En la bibliografía revisada, ningún estudio se ha realizado en nuestro país a Médicos familiares, por lo que no se pueden hacer observaciones a este respecto. La constante es el desapego a las GPC, independientemente de la especialidad del Médico.

Aunque los resultados sugieren poca aplicación de la guía, en condiciones de capacitación en servicio, reforzamiento y evaluaciones periódicas pudiera favorecer en los médicos cambios en su práctica de atención a los enfermos de asma.

La mejoría en la calidad de atención médica en este padecimiento podría lograrse cuando el médico adopte de manera constante un razonamiento clínico, sustentado en criterios explícitos como los que contiene la GPC del IMSS.

Hay que reconocer que el estudio presenta algunas limitaciones, por ejemplo se evaluó a algunos médicos, no todos los médicos quisieron participar, se realizó a médicos que nunca han leído la GPC y que las notas medicas no son adecuadas.

12. CONCLUSIONES

El médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 9 no sigue los patrones recomendados por la GPC del IMSS para el manejo farmacológico del asma.

No se encontró mejoría en la conducta prescriptiva de los fármacos de tipo esteroides. Solo el 12% de los médicos familiares incremento el uso de esteroide

Se observó poca diferencia de la población asmática con descontrol respecto a la especialidad del médico con un 34% de pacientes que ameritaban reajuste de tratamiento por descontrol de asma y un 28% de paciente asmático

Todo lo anterior plantea la necesidad de implementar estrategias para la aplicación adecuada de la guía de práctica clínica con el fin de evitar complicaciones a los pacientes que están a nuestro cargo y además de disminuir el costo de la atención que en si genera muchos gastos.

Con esto estaríamos en condiciones de otorga un servicio excelente para mejorar la calidad de vida del paciente.

13. PROPUESTAS

En el primer nivel de atención es fundamental incrementar las actividades educativas que sean congruentes con la práctica clínica diaria y que estén enfocados a mejorar la conducta terapéutica de los médicos en el aspecto preventivo y sobre todo prescriptivo. Su participación activa en estas actividades elevaría la calidad de su desempeño clínico. Se sugieren las siguientes propuestas.

La implementación de una capacitación semestral a todos los médicos de la UMF 9 con el fin de retomar los principios básicos de manejo farmacológico del asma, basados en la aplicación de la GPC.

Identificar a través de los jefes de departamento clínico los médicos que no lleven a cabo la aplicación de la GPC para el manejo de paciente asmático menor de 18 años y convencerlos de la importancia de su apego para mejorar la atención médica y por consiguiente la calidad de vida de los pacientes**.**

Diseñar e impartir un taller activo y participativo sobre el tratamiento farmacológico escalonado de la GPC de Asma en menores de 18 años que incluya a su totalidad de médicos familiares y generales adscritos a la UMF 9.

14. BIBLIOGRAFIA

1. SSA. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de asma en niños menores de 18 años.2008.
2. IMSS Guía de práctica clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma. Junio 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. Guía de seguimiento fármaco terapéutico sobre asma bronquial.2009
4. Guías de práctica clínica: Una estrategia para mejorar la calidad de la atención a la salud Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2010
5. Becerril Ángeles M, León Alvarado F, Ángeles Garay.Evaluación del conocimiento de la GINA en médicos de diferentes niveles de atención. Revista Alergia México 2007.
6. Roa F, Toral Freyre S, Roa Castro V, Zavala Habib J, Duran de Alba L. Estimaciones sobre tendencia del asma en México 2008-2012. Rev Medigraphic.
7. Guías para su diagnóstico y Tratamiento Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica (COMAAIPE) asma infantil guías para su diagnóstico y tratamiento.
8. Stone Aguilar H, García Caballero R, López González A, Barragán Meijueiro M, Sánchez Coronel G. Artículo de revisión Asma infantil. Guías para su Diagnóstico y Tratamiento. Enero-Abril 2005 Rev Medigraphic.
9. Asher MI, Keil U, Anderson HR et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale andmethods.
10. Martínez FD, Wright AL et al. Asthma and wheezing in the first six years of life: The group Healt Medical Associates. N EnglJMed 1995; 332:133-138.
11. Strannegärd O, Strannegärd IL. The causes of the increasing prevalence of allergy: is atopy a microbial deprivation disorder? Allergy 2000; 56(2):91-102.

12. Martínez FD, Wright AL et al. Asthma and wheezing in the first six years of life.
13. Medina Quesada A, Ferrer Herrera I, Llanes Rodríguez A, Suárez Ramírez O, Asma bronquial: algunos factores asociados a su grado de severidad Archivo Médico de Camagüey, vol.10, núm. 5,2006 Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey Cuba.
14. Almquist C, Egmar de CA, Hedlin G, et al. La exposición directa e indirecta a los animales domésticos de riesgo de sensibilización y asma a los 4 años en una cohorte de nacimiento. Clin Exp Allergy. 2003;33:1190-7.
15. Oddy H, Klerk N, Sly PD, et al. Los efectos de las infecciones respiratorias, la atopia, y la lactancia materna sobre el asma infantil. EurRespir J.2002; 19:899-905.
16. Lau S, Illi S, Sommerfeld C, Niggemann B, Bergmann R, Mucio E, U. Wahn La exposición temprana a los ácaros del polvo y alérgenos de gato y el desarrollo de la infancia, un estudio de cohorte,estudio multicentrico a alérgicos; Lancet 2000;(21);356
17. Dodge RR, Burrows B. The prevalence and incidence of asthma and asthma like in general population sample. Am Rev Resp Dis 1980; 122:567-75.
18. Akihiro M, Sankei N. Japanese society of pediatric allergy and clinical immunology: New Japanese pediatric guidelines for the treatment and management of bronchial asthma Pediatrics International. 2007(49), 1023–1031
19. Laitaa, J. De Benito F, Escribano M, Fernández B, S. García,J, L. García, Asociación Española de pediatría, consenso sobre tratamiento del asma pediátrica
20. Pulm V, Flores G , Martínez B. Eficacia y eficiencia del tratamiento antibiótico mediante guías de práctica clínica en pacientes hospitalizados por neumonía adquirida den la comunidad. Artículo origina Medicina Interna de México 2012:28(6)554-559.

21. Bazán R, et al. Taller multidisciplinario dirigido a pacientes pediátricos con asma y sus padres, basado en la guía internacional para el manejo del asma (GINA) avances en psicología latinoamericana. Pub Med 2007 1(25):111-117.
22. Burke W, Fesinmeyer M, Reed K, L Hampson, Carlsten C. Am J Med Anterior La historia familiar como predictor de riesgo de asma. Pub Med 2003,23(2):160-9.
23. Piush J. Mandhane , Malcolm R. Sears , Asma: epidemiología, etiología y factores de riesgo. Pub Med 2009;181(9):22-27.
24. Almquist C, Egmar A, Hedlin G, M Lundqvist, Nordvall S, Pershagen G, Svartengren M, Hage-Hamsten M, Wickman M. - La exposición directa e indirecta a los animales domésticos - riesgo de sensibilización y asma a los 4 años en una cohorte de nacimiento. Clin Exp Allergy .Septiembre 2003,33(9).
25. Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology: Epigenetics in asthma and allergy, February 2014 - Volume 14 - February 2014.
26. Guyer A, Aidan A .Anticholinergics in the treatment of asthma. Allergy & Clinical Immunology : Volume 13 August 2013.
27. Forno E, Lasky-Su J, Himes B, Howrylak J, Ramsey C et al: La identificación de variantes genéticas asociadas con un inicio más temprano del asma infantil.The Journal of Allergy and Clinical Immunology 2012, articulo publicado 4 mayo 2012.
28. Ley General de Salud. Consutado 3 de octubre
29. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Tokio, 2004.
30. Lauritsen J, Bruus M, Myatt M.An extended tool for validated data entry and documentation of data. The Epidata Association, Odense Denmark 2001 (v2.x).

31. Andersson N, Mitchell S., Free GIS and epidemiology software from the CIETgroup, helping build the community voice into planning. WorldCongress of Epidemiology, Montreal Canada, August 2002
32. Fitzpatrick A, Baena-Cagnani C, Bacharier L. - Improved classification of severe asthma in children. Allergy & Clinical Immunology 2012; 12(2):193-201.
33. Which asthma outcomes should be assessed with standardized methodology in future asthma clinical research studies? Busse W, Morgan W, Taggart V, Togias A et al. Journal of Allergy and Clinical Immunology 2012;129(3)
34. Long-acting beta2 agonists are only one option for children whose asthma is not adequately controlled with inhaled corticosteroids alone van Asperen PP. Australian Prescriber 2012; 35(4):111-113.
35. Highlighting the key common messages of the existing guidelines about asthma in childhood Papadopoulos NG, Arakawa H, Carlsen K, Custovic A, Gern J et al. International consensus on (ICON) pediatric asthma. Allergy 2012;67(8): 976–997.
36. New low-molecular-weight (LMW) agents causing occupational asthma (OA) reported during the period 2000–2010.Pralong JA, Cartier A, Vandenplas O, Labrecque M. Occupational asthma: New low-molecular-weight causal agents, 2000–2010. Journal of Allergy 2012.
37. Actualización 2012 de la Guía de la Sociedad Torácica Canadiense: Diagnóstico y tratamiento del asma en preescolares, niños y adultos. Canadian Respiratory Journal 2012;19(2):127-164.

15. ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Lugar y fecha: Acapulco, Guerrero a _____ de _____ del 2015.
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado "*Apego de las prescripciones de los MF a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Asma en Menores de 18 años*".

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud 1101 con el número de Registro: _____

El objetivo del estudio esVerificar el apego de las prescripciones medicamentosas de los médicos de la UMF 9.Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar un cuestionario y una cédula de identificación.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: No existe riesgo alguno, y los beneficios potenciales derivados de la información proporcionada son la gestión y mejora de los programas de salud en beneficio de los pacientes.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

_____	_____
SUJETO DE ESTUDIO	**DRA. Irene Vázquez Cruz**
	MAT. 99011608
_____	_____
TESTIGO	**TESTIGO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
CIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO Y PROYECTOS ESPECIALES DEL ÁREA DE LA

ENCUESTA PARA EVALUAR AL MEDICO Y EL EXPEDIENTE CLINICO DE LA UMF 9
"*Apego de las prescripciones de los Médicos familiares a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Asma en Menores de 18 años*",

FOLIO: _____FECHA: _____
Matricula: _____ **turno:** ----------

	Preguntas para medico	
1.	Años cumplido de trabajar en el IMSS?	Número de años ___
2.	Sexo.	1 = Masculino 2 = Femenino
3.	¿Cuál es su grado máximo?	1 = Médico General 2 = Especialista en Med. Fam 3 = Especialista en _____
4.	¿ De los siguientes enunciados cual se acerca más al conocimiento que usted tiene sobre la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Asma en Menores de 18 años",	1 = La conozco muy bien 2 = Conozco la mayoría de sus recomendaciones 3 = La conozco a la mitad 4 = Solo conozco un poco de esta GPC 5 = No conozco nada esta GPC
	Preguntas para expediente.	
5.	En la nota médica que se evalúa, ¿Cómo se refleja el control del asma?	1.Controlado 2.No controlado
6.	De acuerdo a lo descrito en la nota médica y las recomendaciones de la GPC, ¿Este paciente Requiere ajuste del tratamiento?	1.Si 2.No
7.	El médico hizo el ajuste farmacológico adecuado, acorde a las recomendaciones de la GPC?	1.Si 2.No 3 No necesario
8.	¿El médico prescribió beta-agonista de acción rápida inhalados a este paciente cuando tiene síntomas de asma intermitente como lo marca el paso uno de la GPC? Asma Intermitente criterios:	1 = Si 2 = no
9.	¿El médico utilizó un esteroide inhalado como lo marca el paso dos de la GPC a dosis bajas como controlador de primera elección en pacientes con síntomas de asma Persistente? *Iniciar esteroide inhalado en pacientes que presenten cualquiera de lo siguiente: Exacerbaciones de asma en los últimos dos años; uso de beta-agonistas de acción corta más de 3 veces al día durante una semana o más; síntomas diurnos más de tres veces en una semana o despertar nocturno una vez por semana*	1 = Si 2 = No

10.	-¿Cuándo de acuerdo a las notas médicas el paciente no se controló con los ajustes del paso dos su médico cumplió con las recomendaciones del paso tres? • por el efecto aditivo de la combinación es suficiente una dosis baja de esteroide y solo se incrementará si no se alcanza el control con tres a cuatro meses de este régimen. Este fue utilizado por el médico tratante • Paso tres, la primera elección es combinar esteroides inhalados con antileucotrienos ALD separados o juntos en un mismo inhalador. • Otras opciones terapéutica son incrementar a dosis media de esteroides inhalados o combinar dosis baja de glucocorticoides con un modificador de leucotrienos	1 = Si 2 = No
11.	-¿Cuándo de acuerdo a las notas médicas el paciente no se controló con los ajustes del paso tres su médico cumplió con las recomendaciones del paso tres? • Los pacientes no controlados con el tratamiento del paso tres deben referirse al siguiente nivel de atención • El tratamiento en el paso cuatro es combinar una dosis media o alta de esteroides inhalados con un broncodilatador y antilecutrieno (BALD) • Las dosis altas se recomiendan en periodos de tres a seis meses cuando no se alcanzó el control con dosis medias de esteroides inhalados combinadas con B-ALD y un tercer controlador (un antileucotrieno o teofilina de acción prolongada) • Los antileucotrienos como complemento a dosis medias o altas de esteroides inhalados han demostrado un beneficio, aunque menor al conseguido con B-ALD • Una dosis baja de teofilina de liberación lenta mejora el efecto de esteroides inhalados en dosis medias o altas más B-ALD	1 =Si 2 =No
12.	-¿Cuándo de acuerdo a las notas médicas el paciente en el asma persistente grave con limitación diaria de actividades y exacerbaciones frecuentes que no se ha controlado con el tratamiento del paso cuatro su médico cumplió con las recomendaciones del paso cinco? • E asma persistente grave; síntomas Sibilancias , Disnea, Tos, Opresión torácica Los cuales son continuos, hay exacerbaciones frecuentes, Síntomas nocturnos frecuentes • La adición de glucocorticoides orales a otros controladores puede ser efectiva, pero tendría que ser considerada sólo en el asma persistente grave con limitación diaria de actividades y exacerbaciones frecuentes que no se ha controlado con el tratamiento del Paso cuatro • El omalizumab, anticuerpo monoclonal anti IgE, está indicado en el asma alérgica de difícil control cuando no se logra el control con otros • controladores incluyendo altas dosis de esteroides orales o inhalados	1 = Si 2 = No