

11226

154



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 28
"GABRIEL MANCERA"

MEDICION DE LA COMPETENCIA CLINICA
EN HIPERTENSION ARTERIAL EN MEDICOS
DE BASE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 28 GABRIEL MANCERA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. ROSAURA PELAEZ SERRANO



IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ASESOR DE TESIS: DR. BERNARDO AUGUSTO TORRES SALAZAR

MÉXICO D. F.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

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

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 28

GABRIEL MANCERA .

MEDICION DE LA COMPETENCIA CLINICA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN

MEDICOS DE BASE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 28

GABRIEL MANCERA.

DR. JOSE ANTONIO RODRÍGUEZ COVARRUBIAS.

DIRECTOR .

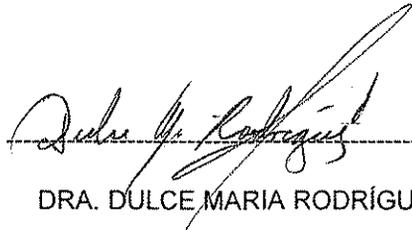


DR. BERNARDO AUGUSTO TORRES SALAZAR.

JEFE DE ENSEÑANZA Y EDUCACIÓN MEDICA.

ASESOR DE TESIS.



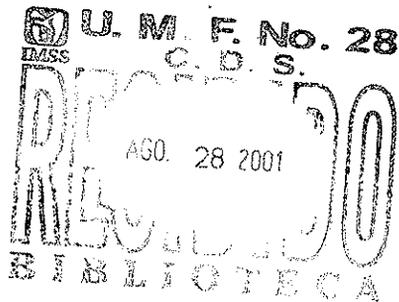


DRA. DULCE MARIA RODRÍGUEZ VIVAS.

MEDICO ADJUNTO A LA RESIDENCIA DE MEDICINA

FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.

28 GABRIEL MANCERA .



AGRADECIMIENTOS :

Agradezco a Dios por permitirme continuar adelante.

Agradezco a mis padres Saúl y Demetria (+) por su apoyo incondicional en todo momento.

A mis hermanos por apoyarme y ser una parte esencial en mi vida.

A Emi y Saúl Emilio por su cariño y apoyo en todo momento.

A todos los que han confiado en mí y me han obsequiado su apoyo incondicional.

INDICE:

➤ INTRODUCCIÓN.....	3
➤ MARCO TEORICO	4
➤ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
➤ JUSTIFICACIÓN	14
➤ HIPÓTESIS	16
➤ OBJETIVOS	17
➤ DISEÑO	18
➤ VARIABLES	19
➤ DESCRIPCIÓN OPERACIONAL	20
➤ MUESTRA	21
➤ CRITERIOS DE ELECCIÓN	22
➤ DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO Y ORGANIZACIÓN	23
➤ TÉCNICAS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	24
➤ CONSIDERACIONES ETICAS	28
➤ RESULTADOS	29
➤ ANÁLISIS DE RESULTADOS	34
➤ CONCLUSIONES	37
➤ GRAFICAS	39
➤ ANEXOS	49
➤ BIBLIOGRAFÍA	51

INTRODUCCIÓN

En nuestro país es importante mencionar que las corrientes educativas (pasivo receptiva, didáctica, profesional, etc) han ido cambiando de acuerdo a las necesidades que existen; es por ello que la educación tradicional se ha ido modificando con los años y actualmente se habla de otras corrientes educativas. Dentro de este marco es importante mencionar que la competencia clínica es un eje básico para el cambio educacional, hablando exclusivamente del campo de la medicina, por lo que se debe avanzar en este rubro y referir que la competencia clínica se basa en la experiencia integral de la medicina, es decir, aspectos preventivos, de salud, nosológicos, diagnósticos, terapéuticos , administrativos y esto mejora el aprendizaje y la educación, al mismo tiempo que se otorga una mejor atención al paciente y por lo tanto, se ofrece una mejor calidad de vida. (1, 2, 3, 4, 9).

Con respecto a la hipertensión arterial sistémica, es una enfermedad de gran magnitud, con grandes repercusiones en la mortalidad y la morbilidad, por lo cual es importante estudiar y manejar desde todos los ámbitos (de salud, económico, político, social, legal, etc) teniendo un aspecto uniforme para llevar a cabo una mejor atención institucional y privada.

El mejor desempeño clínico se basa en una buena educación, consistente en la competencia clínica como un eje básico para llevar a cabo una práctica médica adecuada y con esto realizar una mejor atención médica, con calidad y calidez.

MARCO TEORICO

Dentro de la corrientes educativas que existen en México están :

1) corriente pasivo - receptiva, 2) corriente activo – participativa.

En donde la gran diferencia en éstas es que en la primera el papel fundamental lo juega el maestro y en la segunda corriente hay una interacción entre el alumno y el maestro. Esto es importante para la evolución del pensamiento del conocimiento (definiendo al conocimiento como el conjunto de capacidades relacionadas con la identificación y resolución de problemas en un ámbito de ejecución y acción determinado) y observando varios métodos de conocimiento como son la asimilación, la crítica y la producción. Leonardo Viniegra refiere que se deben establecer estrategias metodológicas que se acerquen cada vez más a la competencia clínica y ésta es la pauta para un futuro mejor. Se manifiesta que la competencia clínica es aquel conjunto de capacidades relacionadas con el análisis, la síntesis y la crítica aplicadas a ciertas situaciones clínicas, y algunas de ellas son:

- 1) Identificación de signos y síntomas clínicos,
- 2) Identificación de indicadores para clínicos de enfermedad,
- 3) Integración diagnóstica,
- 4) Uso de recursos diagnósticos,
- 5) Uso de recursos terapéuticos ,
- 6) Conductas iatrogénicas (perjudiciales por omisión),
- 7) Conductas iatrogénicas (perjudiciales por comisión). (1) .

La evaluación es una actividad inherente al proceso educativo mismo y debe

ser permanente, el objeto de estudio es el aprendizaje visto como un proceso mismo y no sólo un resultado por lo que debe permitir el análisis de las características de este proceso, las condiciones que lo afectaron y lo retroalimentaron , es decir, dar prioridad a los aspectos formativos.

La competencia clínica es un conjunto de atributos multidimensionales que para ser evaluada de manera integral se requiere de procedimientos objetivos que demuestren cierto grado de validez y confiabilidad aceptable. La competencia del médico tiene implicaciones clínicas, económicas, políticas, sociales, legales y pedagógicas. (2) .

La educación médica no ha encontrado la manera adecuada de valorar los efectos de sus actividades educativas sobre el desempeño clínico de los profesores y los alumnos.

La competencia clínica se expresa en el grado de pericia de los médicos para afrontar con éxito problemas clínicos con base en la reflexión y en la crítica aplicadas a varias situaciones clínicas. El concepto de COMPETENCIA CLINICA se define como el conjunto de capacidades involucradas con la detección y resolución de problemas clínicos que haya en la práctica médica continua en los aspectos de:

a) PREVENCIÓN, b) DIAGNOSTICO, c) TRATAMIENTO, d) REHABILITACIÓN.

La competencia clínica supera la limitante de medir los “ recuerdos de información”, ya que se basa en casos clínicos reales que tratan de confrontar al alumno con un campo más integral (3) .

Entre más cercana a la realidad sea la situación clínica presente en un examen, más probabilidades hay de que el instrumento detecte el aprendizaje que existe durante la formación de un especialista. El viejo anhelo de la evaluación de obtener un aprendizaje persistente y no efímero, está cada día más cerca de nuestro alcance. (4) .

Dentro de la competencia clínica se expresa que la IATROPATOGENIA (definida como el efecto desfavorable a la salud de los pacientes provocado por personas o por una institución médica) es el resultado de errores por omisión y / o comisión, y son consecuencia de acciones y procedimientos que con fines diagnósticos, preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y administración, se llevan a cabo o no en una institución de salud o por los médicos en general.

En la evaluación de la competencia clínica de los médicos con fines de promoción, acreditación o certificación, se ha dejado de lado la evaluación de los aspectos iatropatogénicos de la práctica médica. La iatropatogenia se evalúa en la competencia clínica en forma integral. (5) .

En el área de la educación médica, al estudiante de medicina se le exige sistemáticamente que demuestre lo que cree saber o mejor dicho recordar, ya que a final de cuentas lo que interesa es el número de respuestas correctas. No hay mecanismos estructurados que orienten al estudiante a reconocer sus limitaciones o carencias, en lo que a información se refiere; las limitaciones aunadas a veces al olvido de lo que alguna vez se revisó, y a veces, a la omisión justificada o no de revisarla. Por lo anterior se menciona ¿ qué trasciende más para una buena atención médica , retener una gran cantidad de

información o percatarse de su carencia?. El primer paso para la búsqueda de información es reconocer la carencia, pero no es una resultante obligada, ya que hay otros factores (interés, motivación) sin los cuales no se puede dar una búsqueda de información suficiente y adecuada (7).

Los sistemas educativos pierden de vista lo trascendente del aprendizaje y que no sólo radica en abarcar los diversos contenidos del pensamiento, sino en la forma en que se asimilan estos conocimientos. La educación debe procurar ante todo, el desarrollo de capacidades para el aprendizaje autónomo, cuyo elemento principal es su cualidad de compromiso personal y su esencia es que lo aprendido está provisto de un sentido vital para el estudiante, por lo que el alumno es quien forma su conocimiento, teniendo como referente la propia experiencia, y qué mejor que sea evaluada por medio de indicadores involucrados en la competencia clínica.

La postura de la educación analizada a través de la competencia clínica debe ser vista como el nivel de reflexión crítica en el campo educativo (se define a la crítica como el desarrollo de análisis y reflexión, acerca de la realidad, a través de enfoques críticos propios de las humanidades en donde se ejercita el conocimiento transdisciplinario y que tiene 2 aspectos destacables: Juicio analítico y Concepción o método que conjunto formulan propuestas de superación que superen al objeto de la crítica) manifestada por indicadores. Cualquier aprendizaje en general, depende de las condiciones y circunstancias que haya entre el alumno y el profesor y esto es decisivo en el aprendizaje. (4, 6 , 8).

En algunas investigaciones se expresa que el recuerdo de conceptos y teorías es más perdurable cuando se ejercita por medio de la crítica que cuando se busca directamente el objetivo a alcanzar, por lo que el verdadero dominio de una capacidad simple (recuerdo de información) ocurre realmente, cuando se ejercita como parte de una capacidad más compleja (cuestionamiento, confrontación y crítica de la información).

Los alumnos no avanzan con respecto al aprendizaje porque no viven lo que estudian, sólo se esfuerzan por memorizar datos y conceptos desprovistos de sentido para sus vidas. En cambio, al acercar al estudiante a su entorno, referirlo a su experiencia, permitirle que incentive lo que dice, lo que cree, piense, opine y lo fundamente, cuestione o confronte el conocimiento, se abre el camino para desarrollar sus capacidades para comprender, enjuiciar, y proponer en su ámbito de acción. La insatisfacción de los resultados de la educación formal, definida como " PROBLEMATICA EDUCATIVA " es una manifestación de la visión pasiva de la educación, reflejo de la pasividad social, expresada en la inercia de sus instituciones.

La competencia clínica motiva nuevas actitudes y enseñanzas educativas y debe haber alumnos y profesores interesados e involucrados en la misma y con los resultados llevar a cabo un aprendizaje autónomo, fincada en la crítica donde haya un clima de reflexión, discusión, debate y confrontación de enfoques y puntos de vista que fortalecen al "aprendizaje autónomo ". En la educación es decisiva la competencia clínica para que sea completa y adecuada a las necesidades de actividades realizadas y reflejar en los

resultados un mejor calidad de vida en general. (8) .

Dentro de la medicina se propone que se utilicen técnicas didácticas como son el aprendizaje basado en solución de problemas, que permitan orientar el diagnóstico y tratamiento y que resalte el trabajo de la investigación y propicie la toma de decisiones. Los modelos educativos en este momento, como son la didáctica tradicional, la tecnología educativa, la didáctica crítica son válidos y se deben analizar más a fondo para un mejor aprendizaje y ubicar a la educación basada en competencias dentro de todos estos modelos, como parte de ellos o como un modelo alternativo, específicamente la competencia clínica. La medicina y las ciencias de la salud, requieren de la investigación, ya que esto es lo que ha permitido el avance científico y tecnológico, al mismo tiempo que se vincula con la educación, y es por eso que la competencia clínica es difícil de evaluar, es decir : ¿ Cómo evaluar la competencia clínica de los alumnos ? : éste es un tema tan complejo que para solucionarlo o resolverlo los esfuerzos son escasos . (9) .

En lo referente a la hipertensión arterial y la competencia clínica son temas básicos que se intentan analizar a través de instrumentos de medición clínica específicos para el primer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social . La HIPERTENSION ARTERIAL se define como un síndrome de etiología múltiple en el cual hay una elevación continua de la presión arterial, sistólica, diastólica o ambas, iguales o mayores a 140/ 90 mm hg en 2 mediciones 2 semanas después de la primera toma en 3 a 5 minutos, afectando diversos órganos, con secuelas importantes.

La hipertensión arterial es un síndrome crónico, frecuente, aumenta la frecuencia con la edad, afecta a 25% de la población adulta, de los 65 a los 75 años afecta a 50% y a mayores de 75 años la frecuencia aumenta a 75%. Es un problema de salud pública, con repercusión económica, social, asistencial, entre otras. En México el aumento de esperanza de vida aumenta al mismo tiempo que la frecuencia de la hipertensión arterial, ya que la tasa de incidencia aumentó de 99.2 a 302 x 100 000 habitantes entre 1983 - 1991. La mortalidad relacionada con hipertensión arterial, se asocia con 42% de las muertes causadas por enfermedad vascular cerebral, con 27% por cardiopatía isquémica y con 8.1% por Diabetes Mellitus. En el IMSS la morbilidad y la mortalidad ha ascendido en el período de 1983 a 1994, ocupando el 2o. lugar como motivo de consulta en 1994. Su prevalencia provoca que sea una de las principales causas de atención en la consulta externa de todo el sistema de salud. Hay ciertos indicadores llamados FACTORES DE RIESGO que se dividen de acuerdo a la posibilidad o no de modificar la enfermedad como son:

1) Factores de riesgo modificables : tabaquismo, obesidad, alcoholismo, descontrol de otras enfermedades metabólicas presentes, sedentarismo, estrés, afecciones cardíacas, ingesta de sal, etcétera.

2) Factores de riesgo no modificables: antecedentes familiares de hipertensión, diabetes, colesterol alto, género, edad, etcétera.

Es importante buscar siempre intencionalmente estos factores . (10) .

La importancia de llevar a cabo un buen control de la hipertensión arterial sistémica no sólo en cuestión de costo, sino también para ofrecer una mejor

calidad de vida al paciente hipertenso diagnosticado adecuadamente, así como disminuir el riesgo cardiovascular total del paciente. Calificar como hipertenso a un sujeto puede aumentar el nivel de ansiedad, los días perdidos de trabajo, lo cual significa que un diagnóstico erróneo es un problema principal de tipo económico, social y de gran trascendencia. (11) .

Se debe tener un conocimiento adecuado sobre la patogénesis, evolución, diagnóstico, manejo integral y prevención de la hipertensión arterial sistémica, y es por esto, que es importante que el médico que se encuentra laborando en la práctica médica, privada o institucional, debe ser evaluado de manera uniforme, conjunta, y con esto analizar y superar las deficiencias de la práctica médica. Por esto es importante llevar a cabo una medición de la hipertensión arterial sistémica en base a un instrumento que trate de integrar la competencia clínica en forma apropiada.

En el primer nivel de atención médica los médicos que laboran (hombres y mujeres) deben llevar a cabo, una capacitación y retroalimentación constante, que la mismo tiempo que eleva el nivel de la calidad de vida en los pacientes hipertensos, mejora y motiva a la búsqueda de nuevos conocimientos para un mejor desempeño clínico, independientemente de su vida personal, y con esto superarse en el ámbito profesional y no quedar rezagados en el conocimiento de la hipertensión arterial, así como motivar a realizar protocolos de investigación adaptables a las unidades en las que laboran.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

La competencia del médico tiene implicaciones clínicas, políticas, sociales, legales y pedagógicas.

Un diagnóstico de la competencia clínica de los médicos nos da la posibilidad de obtener información sobre sus alcances, y sus limitaciones para detectar y resolver problemas clínicos propios de su ámbito de acción y orientar las actividades educativas a la corrección de deficiencias detectadas.

En relación a la hipertensión arterial sistémica, es una de las primeras causas de consulta en las unidades de medicina familiar con una prevalencia de 12 a 24.6% en la población adulta, y según la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de la Secretaría de Salud (1993) , 60% de los individuos no se reconocía como tal; de 1980 a 1992 ocurrieron casi 22 000 enfermedades vasculares cerebrales y casi 42% se relacionó con hipertensión arterial; se menciona que para 1990 se perdieron por lo menos 131, 313 años potenciales de vida en sujetos hipertensos, y la hospitalización anual por hipertensión arterial o por complicaciones fue de casi 164 000 días. La competencia clínica en nuestro medio no ha sido estudiada y valorada ampliamente, lo que condiciona que no haya un manejo uniforme en el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, prevención (educación para la salud) por los médicos generales y familiares que laboran en las unidades de medicina familiar . (10, 11, 12, 14).

Es importante mencionar que los médicos que laboran en las instituciones (I M S S) tienen accesibilidad a cursos o talleres que las mismas instituciones realizan y promueven, para otorgar una mejor calidad en la atención; asimismo

cuentan con accesos a información bibliográfica actualizada por medio de bibliotecas, reuniones, información por computadoras.

Es importante mencionar que otros factores intervienen en un buen manejo de los pacientes.

Los médicos de base de cualquier especialidad, deben conservar la motivación y el interés en la actualización médica constante, por lo cual considero que pudiera haber diferencia entre los mujeres médicas y los hombres médicos, por las situaciones antes mencionadas, así como por el rol que en general tienen las primeras con nuestra sociedad, donde además del ejercicio profesional tienen que desarrollar otras actividades relacionadas a su propia familia, como son los quehaceres domésticos (aseo de casa, ropa, comida, etc) y los relacionados a la maternidad (lactancia, cuidado de los hijos), etcétera.

Las actividades realizadas por los médicos mujeres en la atención de los pacientes ya sea en su práctica médica privada o en las instituciones de salud, son independientes de las realizadas en sus hogares, ya que cuentan con más actividades que los médicos hombres generalmente, y estas actividades deben ser combinadas para llevar a cabo todas ellas, con adecuada equidad.

En base a lo antes mencionado :

¿ EXISTE DIFERENCIA DE LA COMPETENCIA CLINICA SOBRE LA HIPERTENSION ARTERIAL ENTRE MEDICOS DE BASE HOMBRES Y MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 28 GABRIEL MANCERA ? .

JUSTIFICACION :

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizada por elevación persistente de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica se basa en el promedio de por lo menos 2 mediciones hechas 2 semanas después de la detección inicial, en intervalos de 3 a 5 minutos. Es una enfermedad que tiene una prevalencia de 12 a 26.6% en la población adulta en general. (10, 11, 12, 14).

Es una enfermedad crónica que constituye un problema de salud prioritario con repercusiones económicas, asistenciales y sociales. Su prevalencia provoca que sea una de las principales causas de morbilidad y mortalidad por las complicaciones que provoca o por sí sola (crisis hipertensiva o hipertensión reactiva) . (13, 14) .

La competencia clínica en hipertensión arterial sistémica es un eje importante para un manejo integral y adecuado de los pacientes hipertensos y así al utilizar la competencia clínica poder disminuir la mortalidad y la morbilidad, así como llevar a cabo acciones sobre educación para la salud, como las actividades preventivas, curativas y ofrecer una mejor calidad de vida al paciente hipertenso. Es por lo anterior que me parece importante uniformar criterios de manejo para la hipertensión arterial y así realizar una evaluación integral adecuada en el paciente y conocer las capacidades clínicas complejas y no sólo "los recuerdos de información" en los médicos que están ejerciendo la consulta en las unidades de medicina familiar (institucional) y privado. (1,2,4).

Considero que es de gran importancia y trascendencia la investigación sobre la competencia clínica en la hipertensión arterial sistémica para poder obtener un diagnóstico situacional de los médicos de base en una unidad de medicina familiar, así como tratamiento y prevención uniforme sobre este padecimiento, y con ello ofrecer al hipertenso una mejor atención y mejor calidad de vida; y al mismo tiempo disminuir la morbilidad y la mortalidad .

HIPOTESIS :

HIPOTESIS NULA :

No existe diferencia en la competencia clínica en médicos de base hombres y mujeres sobre la hipertensión arterial sistémica.

HIPOTESIS ALTERNA :

Existe diferencia en la competencia clínica en médicos de base hombres y mujeres sobre la hipertensión arterial sistémica.

OBJETIVOS :

GENERAL :

Identificar el nivel de competencia clínica en médicos de base hombres y mujeres sobre la hipertensión arterial sistémica.

ESPECIFICOS :

1) Reconocer si los médicos que realizaron la especialidad de medicina familiar tienen un mayor nivel de competencia clínica sobre la hipertensión arterial esencial.

2) Analizar si los cursos sobre hipertensión arterial sistémica tomados en los últimos 5 años elevan el nivel de competencia clínica en la hipertensión arterial.

DISEÑO

**** TIPO DE ESTUDIO :**

- TRANSVERSAL.
- OBSERVACIONAL.
- COMPARATIVO.

VARIABLES :

Al no haber asociación que implique causalidad, no procede la clasificación de la variable dependiente e independiente.

Para criterios y fines de enseñanza : como ejercicio docente para nuestra enseñanza se anexan la variable dependiente y la variable independiente.

VARIABLE DEPENDIENTE:

COMPETENCIA CLINICA.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

EDAD Y GENERO.

IDENTIFICACION DE VARIABLES - DESCRIPCION OPERACIONAL :

VARIABLES UNIVERSALES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	NATURALEZA	ESCALA
COMPETENCIA CLINICA	Conjunto de atributos multidimensionales que evalúa en conjunto la capacidad clínica por medio de indicadores	Conjunto de capacidades involucradas con detección y resolución de problemas que ocurren en la práctica médica	Cualitativa	Nominal
HIPERTENSION ARTERIAL	Enf. de causas múltiples en la que hay aumento de TA en 2 tomas en diferente tiempo.con secuelas diversas.	Enf. en la que se eleva la TA en 2 o más veces,sistólica, diastólica o ambas en 2 tomas 2 semanas despues a la la.	Cuantitativa	Continua De razón
INSTRUMENTO	Serie de cuestiones o asunto de discusión	Encuesta realizada en forma integral, establecida y con indicadores estipulados.	Cuantitativa	Discreta
MEDICION	Determinación de una cantidad de indicadores clínicos comparados con una cantidad establecida.(calificación)	Serie de indicadores establecidos para evaluar un problema médico en forma integral con una calificación establecida	Cuantitativa	Discreta
MEDICO DE BASE	Médico legalmente autorizado para ejercer la práctica médica y que labora de acuerdo a un contrato estipulado sindic. Sindical	Médico que labora en la UMF28 con derechos sindicales y laborales de acuerdo a el IMSS	Cualitativa	Nominal
HOMBRE	Varón, criatura racional del sexo masculino.	Persona del sexo masculino (de acuerdo al género) adulto, racional	Cualitativa	Nominal
MUJER	Fémima, criatura racional que llega a la pubertad y a la adultez.	Persona del sexo femenino, adulta, racional.	Cualitativa	Nominal

(1, 2, 3, 4, 24)

MUESTREO:

**** POBLACION :**

Se llevará a cabo en los médicos de base que laboran en la Unidad de Medicina Familia número 28 Gabriel Mancera.

**** CALCULO DE LA MUESTRA :**

POR CONVENIENCIA.

43 médicos de base que laboran en la Unidad de Medicina Familiar número 28 Gabriel Mancera.

TIPO DE MUESTREO:

- NO PROBABILISTICO.

- MUESTREO DE TIPO INTENCIONAL.

MUESTREO TEMPORAL Y ESPACIAL :

Se realizará el estudio en la Unidad de Medicina Familiar número 28 Gabriel Mancera aplicándose el cuestionario en los días 19 y 26 de junio del 2001

CRITERIOS DE INCLUSION :

- Médicos de base que laboran en la Unidad de Medicina Familiar número 28 Gabriel Mancera.
- Médicos de base que deseen colaborar con el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Médicos de base que estén de vacaciones.
- Médicos de base que estén de incapacidad.
- Médicos de base que estén de permiso.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Médicos de base que contesten en forma incompleta el cuestionario de medición clínica sobre la hipertensión arterial sistémica.

PROCEDIMIENTOS :

Este estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar número 28 Gabriel Mancera; se realizará el cuestionario previa reunión de los médicos de base para informar sobre la actividad a realizarse, los días 19 y 26 de Junio del 2000, a las 12:00 hrs, así como para informar a los jefes del departamento clínico, al director de la unidad y al jefe de enseñanza respectivamente.

Para contestar el instrumento, se reunirá los médicos de base en el auditorio de la unidad, los días 19 y 26 de junio del 2000, a las 12:00 hrs, así como al mismo tiempo se otorgará la carta de consentimiento informado, que explica las condiciones éticas del cuestionario a realizar. Para la aplicación de el cuestionario se tendrá en cuenta la no comunicación de criterios, con respecto a los casos clínicos, entre los asistentes a el procedimiento.

Es importante mencionar que posterior a la aplicación del cuestionario, sin que cause interferencia con otros estudios, se dará de manera opcional a aquella persona que lo solicite el resultado de cada una de las preguntas así como su calificación, garantizando la más absoluta privacidad.

Para la aplicación del instrumento, se contará con la presencia de las Doctoras: Dra. Rebeca N. Rivera Téllez, Dra. Midori Lol Ushiyama Ramírez, Dra. Laura Vázquez Nieto y Dra. Rosaura Peláez Serrano, residentes del segundo año de medicina familiar de la UMF 28.

Sólo se aplicará el instrumento de medición clínica en una sola ocasión para los fines de investigación.

INSTRUMENTOS :

Se aplicará un cuestionario de medición clínica sobre la hipertensión arterial sistémica (ANEXO 1).

Se elaboró un instrumento para la medición de la competencia clínica en hipertensión arterial sistémica dirigido a médicos de base, especialistas o no, consistentes en 8 casos clínicos reales, 4 pacientes del género femenino y 4 pacientes del género masculino, abarcando las áreas sobre hipertensión arterial esencial (7 casos) y 1 caso de hipertensión arterial secundaria, con diversos aspectos como son los factores de riesgo modificables y no modificables, así como el tratamiento específico, prevención, educación para la salud, etc.

El instrumento consta de 100 reactivos, 47 falsos y 53 verdaderos, que se decidieron en base a indicadores clínicos estipulados que evalúan en forma integral la competencia clínica sobre la hipertensión arterial, teniendo como antecedente los estudios realizados sobre competencia clínica y la educación con sus modelos correspondientes.

Este instrumento de medición clínica fue validado por una ronda de 4 expertos de diferentes especialidades.

En este instrumento se agrupó en 8 casos clínicos reales, de los cuales cada uno contenía reactivos en los cuales se utilizaron las opciones :

**** VERDADERO:**

Es aquel enunciado que corresponde a lo que se afirma o niega, o se deduce, o es una generalización, es decir, una expresión acertada que puede derivarse

de lo que está analizándose.

**** FALSO:**

Se considera que el enunciado no corresponde a lo que explícitamente se afirma o se niega en el caso clínico, o si según el criterio del que contesta, es una deducción, o una generalización o bien una expresión sintética o bien una conclusión errónea que puede o no derivarse de los casos clínicos.

**** NO SE:**

Si no puede decidir si el enunciado es verdadero o falso.

Se anotarán las respuestas en el cuestionario, y se debe tomar en cuenta que :

- Una respuesta correcta le suma un punto (+ 1), ya sea porque contestó falso a un enunciado que es falso, o contestó verdadero a un enunciado que es verdadero.
- Una respuesta incorrecta le resta un punto (- 1), ya sea porque contestó falso a un enunciado que es verdadero, o contestó verdadero a un enunciado que es falso.
- Una respuesta No Sé no le suma ni le resta puntos.
- Un enunciado no contestado equivale a No Sé. (0) .

Este instrumento evalúa los aspectos de :

- 1) manejo de indicadores clínicos, 2) insuficiencia no iatrogénica por omisión,
- 3) comisión de conductas innecesarias no iatrogénicas, 4) insuficiencia iatrogénica por comisión, 5) comisión de conductas iatrogénicas, 6) indicadores terapéuticos, 7) factores de riesgo .

En total trata de evaluar la competencia clínica en forma integral.

RECURSOS :

**** RECURSOS HUMANOS :**

4 doctoras residentes de medicina familiar de segundo año de la Unidad de Medicina Familiar número 28 Gabriel Mancera.

**** RECURSOS MATERIALES:**

- Hojas blancas tamaño carta en donde se imprimirán los cuestionarios que se aplicarán así como para la impresión de la carta de Consentimiento Informado (anexo 1), y hojas blancas para plasmar comentarios sobre el instrumento de medición clínica sobre hipertensión arterial.

- Lápices para la resolución del cuestionario.

- Gomas y sacapuntas para cualquier corrección del instrumento o cuestionario.

- Plumas para resolver la carta de consentimiento informado.

- Fotocopiadora para la impresión del instrumento o cuestionario.

Cabe mencionar que la jefatura de enseñanza apoyará la investigación ya que se encargará de llevar a cabo la reproducción del instrumento, sea por fotocopiadoras o por mimeografiado del mismo.

ANALISIS ESTADISTICO :

En el análisis estadístico se utilizarán los siguientes procedimientos:

- MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL COMO SON:

A) MEDIA.

B) VARIANZA.

C) DESVIACION ESTANDAR.

D) INTERVALO DE CONFIANZA.

E) ESCALA DE LIKERT .

CONSIDERACIONES ETICAS :

Este estudio trata de evaluar la competencia clínica en la hipertensión arterial sistémica, en el cual se llevará a cabo por medio de un cuestionario, el cual será contestado de manera anónima, sin carácter de calificación laboral o académica, no se personificará a los participantes y los resultados que se obtengan serán analizados en forma global, sin otorgar ningún resultado en particular de lo encontrado, y los cuestionarios realizados por los participantes sólo se utilizarán para los fines de investigación presente, y sólo serán manejados por el equipo responsable de la investigación.

Considero que este estudio no causará daño a los participantes, por lo que el riesgo al presentarlo es mínimo.

De acuerdo con la declaración de Helsinki II de 1975, en relación a los artículos 1 y 9, así como al acuerdo que emitió la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación en 1982 sobre Experimentación Humana (paginas 16 y 17) serán aplicadas en forma estricta para la elaboración del protocolo y la aplicación del instrumento a la población a investigar.

Los participantes y los resultados que se obtengan serán analizados en forma global, sin otorgar ningún resultado en particular de lo encontrado, y los cuestionarios realizados por los participantes se utilizarán para los fines de investigación presente y sólo serán manejados por el responsable de la investigación.

RESULTADOS :

Los resultados de las pruebas aplicadas son las siguientes:

En total realizaron el cuestionario 42 médicos de base, obteniendo los siguientes resultados: el total de médicos hombres que realizaron el cuestionario fueron 22, el total de médicos mujeres que realizaron el cuestionario fueron 20, con una relación hombre mujer : 1 : 1.1.(GRAFICA 1).

- la edad comprendida de los médicos de base hombres fue de 33 a 55 años, con una media de 42.18, una mediana de 40.5 , una moda de 38.40.

- la edad comprendida de los médicos de base mujeres fue de 29 a 54 años, con una media de 43.1, una mediana de 44.5, con 2 modas : 46 y 48 (GRAFICA 2) .

- con respecto a la especialidad, el total de médicos hombres con especialidad de medicina familiar fue de 12 de 22 médicos.

- con respecto a la especialidad el total de médicos mujeres con especialidad de medicina familiar fue de 14 de 20 médicos . (GRAFICA 3) .

- Con respecto a los médicos que tomaron cursos sobre HTA en los últimos 5 años fue de:

* 17 médicos hombres tomaron cursos de 22, con un total de 1.8 cursos por médico, con una media de 1.8. Total de cursos : 31 cursos.

*15 médicos mujeres tomaron cursos en los últimos 5 años de 20 mujeres médicos, con un total de 0.7 cursos por médico, con una media de 2.3 .

Total de cursos: 46. (GRAFICA 4) .

- Con respecto al cuestionario aplicado a los médicos de base se tienen los

- siguientes resultados:

* para los médicos de base mujeres se tienen los siguientes resultados:

a) Aciertos : Total: 1410 aciertos, con una media de 70.5, una mediana de 70 y una moda de 70, con una varianza de 136.2 y una desviación estándar de 11.67.

b) Errores : Total: 519 errores, con una media de 25.95, una mediana de 27.5 y una moda de 30.

c) No sé : Total : 44, con una media de 2.1, una mediana de 2 y una moda: bimodal : 1 y 5 .

d) No contestó: Total: 25, con una media de 1.35, una mediana de 2 y una moda de 2.

e) Calificación total: Total: 91.3, con una media de 4.56, una mediana de 4.4 y una moda de 3.

(GRAFICA 5) .

para los médicos de base hombres los resultados fueron los siguientes:

a) Aciertos: Total: 1556 aciertos, con una media de 70.7, una mediana de 70 y una moda de 70, así como una varianza de 32.49 y una desviación estándar de 5.7 .

b) Errores: Total: 565, con una media de 25.95, una mediana de 30 y una moda de 28.

c) No sé : Total : 52, con una media de 2.3, una mediana de 2 y una moda : trimodal : 0,0.5 y 2 .

d) No contestó : ++ Sin cero: 27 de 9, con una media de 3 , una mediana de

0 y una moda:bimodal : 0 y 3.

e) Calificación total : Total : 100.5, con una media de 4.5, una mediana de 4.4 y una moda de 4 .(GRAFICA 6) ..

- TOTALES : ACIERTOS: 2976. – ERRORES : 1076 . – NO SE : 96. – NO CONTESTO: 52 .

TOTAL DE CASOS CLINICOS EN MEDICOS HOMBRES :

□ CASO CLINICO NO 1 : - ACIERTOS : 148, - ERRORES : 61 , - NO SE : 9 , - NO CONTESTO : 2 .

□ CASO CLINICO NO 2 : - ACIERTOS : 264, - ERRORES : 79, - NO SE : 5, - NO CONTESTO: 4 .

□ CASO CLINICO NO 3 : ACIERTOS : 160, - ERRORES : 75, - NO SE : 3, - NO CONTESTO : 4 .

□ CASO CLINICO NO 4 : - ACIERTOS : 182, - ERRORES : 73, - NO SE : 6, - NO CONTESTO: 3 .

□ CASO CLINICO NO 5: - ACIERTOS: 134, - ERRORES : 76, - NO SE : 9, - NO CONTESTO : 1 .

□ CASO CLINICO NO 6 : - ACIERTOS: 188, - ERRORES : 70, - NO SE : 3, - NO CONTESTO : 3 .

□ CASO CLINICO NO 7 : - ACIERTOS : 172, - ERRORES : 60, - NO SE : 8, - NO CONTESTO : 2 .

□ CASO CLINICO NO 8 : - ACIERTOS: 307, - ERRORES : 71, - NO SE : 9, - NO CONTESTO : 8 .

□ TOTALES : ACIERTOS : 1556, - ERRORES : 565, -NO SE : 52,

- NO CONTESTO: 27 .

- TOTAL DE CASOS CLINICOS EN MUJERES:

□ CASO CLINICO NO 1 : - ACIERTOS : 132, - ERRORES : 65, - NO SE : 4, - NO CONTESTO : 0 .

* CASO CLINICO NO 2 : - ACIERTOS : 241, - ERRORES: 73, - NO SE : 4, - NO CONTESTO : 2 .

* CASO CLINICO NO 3 . - ACIERTOS : 143, - ERRORES : 71, - NO SE : 4, - NO CONTESTO : 1 .

* CASO CLINICO NO 4 : ACIERTOS : 161, - ERRORES : 68, - NO SE : 7, - NO CONTESTO: 2 .

* CASO CLINICO NO 5 : ACIERTOS : 138, - ERRORES : 52, - NO SE : 6, - NO CONTESTO : 4 .

* CASO CLINICO NO 6 : - ACIERTOS : 177, - ERRORES : 54, - NO SE . 7, - NO CONTESTO . 1 .

* CASO CLINICO NO 7 : - ACIERTOS : 147, - ERRORES : 54, - NO SE : 8, - NO CONTESTO : 9 .

* CASO CLINICO NO 8 : - ACIERTOS : 271, - ERRORES : 79, -NO SE : 6, - NO CONTESTO : 4 .

TOTALES : - ACIERTOS : 1420, - ERRORES : 511, - NO SE : 44, - NO CONTESTO :25. (TABLA 1) .

- DE ACUERDO A LA ESCALA DE LICKERT, SE OBTUVO:

- Para los hombres, se utilizó la siguiente escala de acuerdo a la calificación total obtenida agrupándose en 3 grupos:

- 1) Valor bajo: con calificación de 2.7 a 4.2 con 10 médicos en este grupo,
- 2) Valor mediano: con calificación de 4.3 a 5.7: con 8 médicos en este grupo,
- 3) Valor alto: con calificación de 5.8 a 7.2, con 4 médicos en este grupo.

- Para las mujeres la Escala de Likert se agrupó en 3 grupos:

- 1) Valor bajo: calificación de 2.7 a 4.2, con 9 médicos en este grupo,
- 2) Valor mediano: calificación de 4.3 a 5.7, con 9 médicos en este grupo,
- 3) Valor alto calificación de 5.8 a 7.2, con 2 médicos en este grupo.(TAB 2).

_ De acuerdo a los indicadores clínicos en los casos clínicos, los resultados son los siguientes:

1)Para los hombres, el indicador equivalió a 275 aciertos y para las mujeres, equivalió a 283 aciertos.

2)Para los hombres, el indicador 2 equivalió a 180 aciertos, y para las mujeres, equivalió a 173 aciertos.

3)Para los hombres, el indicador 3 equivalió a 179 aciertos y para las mujeres correspondió a 189 aciertos.

4)Para los hombres, el indicador 4 correspondió a 154 aciertos, y para las mujeres correspondió a 143 aciertos.

5)Para los hombres, el indicador 5 equivalió a 286 aciertos y para las mujeres correspondió a 242 aciertos.

6)Para los hombres, el indicador 6 corresponde a 335 aciertos y para las mujeres equivalió a 299 aciertos.

7)Para los hombres, el indicador 7 equivalió a 126 aciertos y para las mujeres, equivalió a 101 aciertos. (TABLA 3 Y 4).

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

En nuestro país es importante mencionar que las corrientes educativas han ido cambiando de acuerdo a las necesidades que existen; por lo que la educación tradicional se ha ido modificando y dentro de este campo la competencia clínica es un eje básico para el cambio educacional, hablando sobre todo en el campo de la medicina, por lo que se debe avanzar en este rubro para otorgar una mejor atención al paciente y ofrecer una mejor calidad de vida. (1,2,3,4,9).

La competencia clínica motiva nuevas actitudes y enseñanzas educativas y debe haber alumnos y profesores interesados e involucrados en la misma y con los resultados llevar a cabo un aprendizaje autónomo, fincada en la crítica donde haya un clima de reflexión, discusión, debate y confrontación de enfoques y puntos de vista que fortalecen al "aprendizaje autónomo". En la educación es decisiva la competencia clínica para que sea completa y adecuada a las necesidades de actividades realizadas y reflejar en los resultados una mejor calidad de vida en general. (8) .

De acuerdo a los resultados se observa que :

con respecto a la edad, los médicos hombres en general tienen menor edad que las mujeres,

- con respecto a la especialidad, existe más especialistas de medicina familiar mujeres que en los hombres,
- En los cursos de HTA las mujeres han tomado más cursos que los hombres, en los últimos 5 años,

- Con respecto al cuestionario, se observa que los aciertos totales fueron mayores en los hombres, con una media , una mediana y una moda similar en ambos grupos,
- En el área de Errores, el total fue mayor en los hombres, con una media similar en ambos grupos, una mediana mayor en los hombres, y una moda menor en los hombres,
- En el área del cuestionario No sé, el total fue menor en las mujeres, con una media similar en ambos grupos, una mediana similar en ambos grupos y una moda menor en las mujeres,
- En el área de No Contestó, el total fue menor en los hombres, con una media menor en las mujeres, una mediana menor en los hombres y una moda similar en ambos grupos,
- Con respecto a la calificación total, el total fue mayor en los hombres, con una media mayor en las mujeres por 0.5 , con una mediana similar en ambos grupos y una moda mayor en los hombres.
- Se observa que existe una similitud en los resultados para ambos grupos, Con mínimas diferencias, por lo cual se observa que existe una uniformidad en los conocimientos y en el manejo del paciente hipertenso,
 - De acuerdo a los resultados de la Escala de Lickert, para agrupar los resultados de acuerdo a la calificación obtenida en el instrumento aplicado, los médicos hombres tienen un nivel de competencia clínica bajo importante, ya que aquí se observó el mayor número de médicos, esto es en general, sin mencionar en particular ningún indicador clínico con lo cual

se observa realizar un énfasis en la realización de cursos con prioridad en la competencia clínica en programas prioritarios como son los pacientes hipertensos entre otros.

- Para las mujeres médicos, de acuerdo a la Escala de Likert ;los resultados en base a la calificación obtenida al aplicar el instrumento, se observa un nivel de competencia clínico bajo y mediano predominante, por lo que se debe realizar un reforzamiento en la competencia clínica , para llevar a cabo un buen manejo de los pacientes a los cuales se les brinda la atención médica.
- De acuerdo a los indicadores clínicos, en los hombres existe un porcentaje similar en los totales ,excepto en el indicador 5 y 6 que es más bajo, siendo similar en las mujeres, con lo cual se concluye que se debe realizar un énfasis en los indicadores :identificación de indicadores paraclínicos de enfermedad, uso de recursos terapéuticos, conductas iatropatogénicas perjudiciales por comisión sobre todo.
- Con respecto a si existe diferencia en la competencia clínica en médicos familiares y no familiares, así como con respecto al análisis de que si existe diferencia en los médicos que han tomado cursos sobre hipertensión arterial, no se observaron diferencias entre ellos ni en los hombres ni en las mujeres médicos, por lo cual se concluye que se debe realizar un énfasis en los cursos y talleres impartidos a médicos en las instituciones para motivar la competencia clínica y promover la autoenseñanza.

CONCLUSIONES :

- Desde hace más de 10 años se hace énfasis en las corrientes educativas predominantes en nuestro país, con un interés en las nuevas corrientes educativas, observando que la competencia clínica es un eje importante en la corriente educativa activo – participativa, por lo que se deben establecer instrumentos con este objetivo, y con ello en el área médica elevar el nivel de atención en todos los ámbitos.

La competencia clínica es un eje importante en la educación y en el avance de la misma, por lo cual es imprescindible que los médicos se actualicen en el tratamiento y manejo integral del paciente hipertenso, para otorgar una mejor calidad de vida al paciente, y al mismo tiempo llevar a cabo una autoenseñanza adecuada.

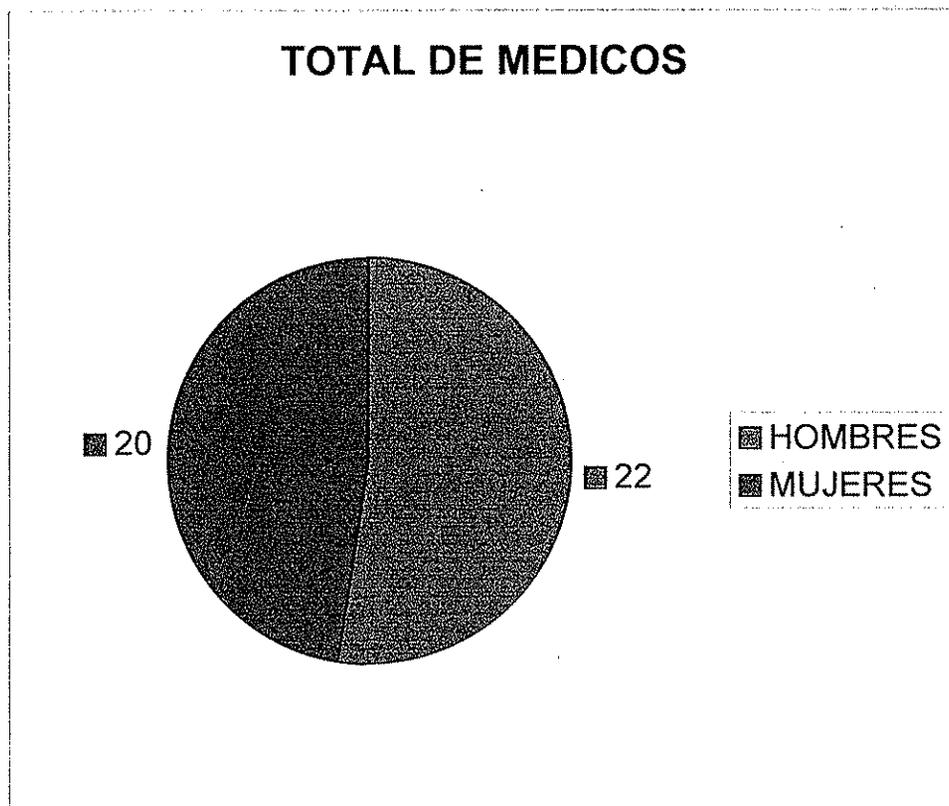
- El desempeño profesional de los médicos debe basarse en actualizaciones con respecto a programas prioritarios y de gran magnitud como es el programa de el paciente hipertenso, para lo cual debe apoyarse en nueva técnicas educativas y conocer y manejar la competencia clínica como un eje básico ya que se basa en el manejo integral y abarca enfoques preventivos, de tratamiento y de rehabilitación, y con ello motivar nuevas actitudes y enseñanzas educativas donde se involucre a la población en general.

-Con los resultados anteriormente analizados, se observa que en los médicos existe una similitud en los conocimientos, y en el manejo de la competencia clínica en el paciente hipertenso por lo cual se comprueba que no existe diferencia de la competencia clínica sobre la hipertensión arterial en médicos hombres y mujeres de la unidad de medicina familiar, por lo cual se concluye que el género no tiene ninguna implicación en el conocimiento y en el manejo de la competencia clínica en el paciente hipertenso.

- Se cumplieron los objetivos de determinar los resultados obtenidos en base al instrumento aplicado ,sin ninguna repercusión a los médicos.

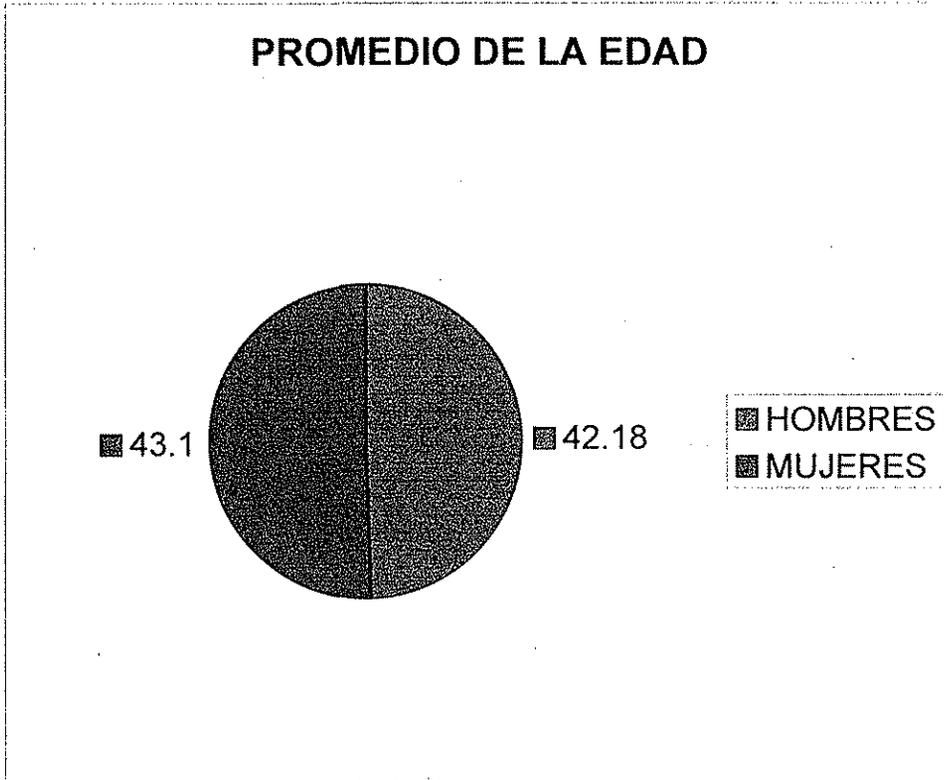
- Con relación a los resultados, se observa que se debe realizar un énfasis en el manejo de la competencia clínica en programas de enfermedades crónico degenerativas entre otros ,para llevar a cabo una mejor atención médica en general, y con ello cambiar la actitud en los programas educativos y en el proceso de autoenseñanza así como en la actualización de los médicos en general. .

GRAFICA 1



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

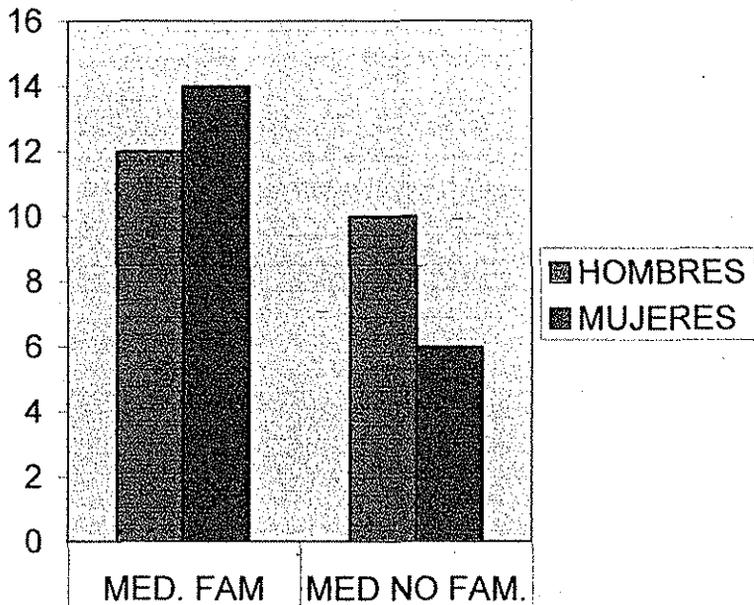
GRAFICA 2



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 3

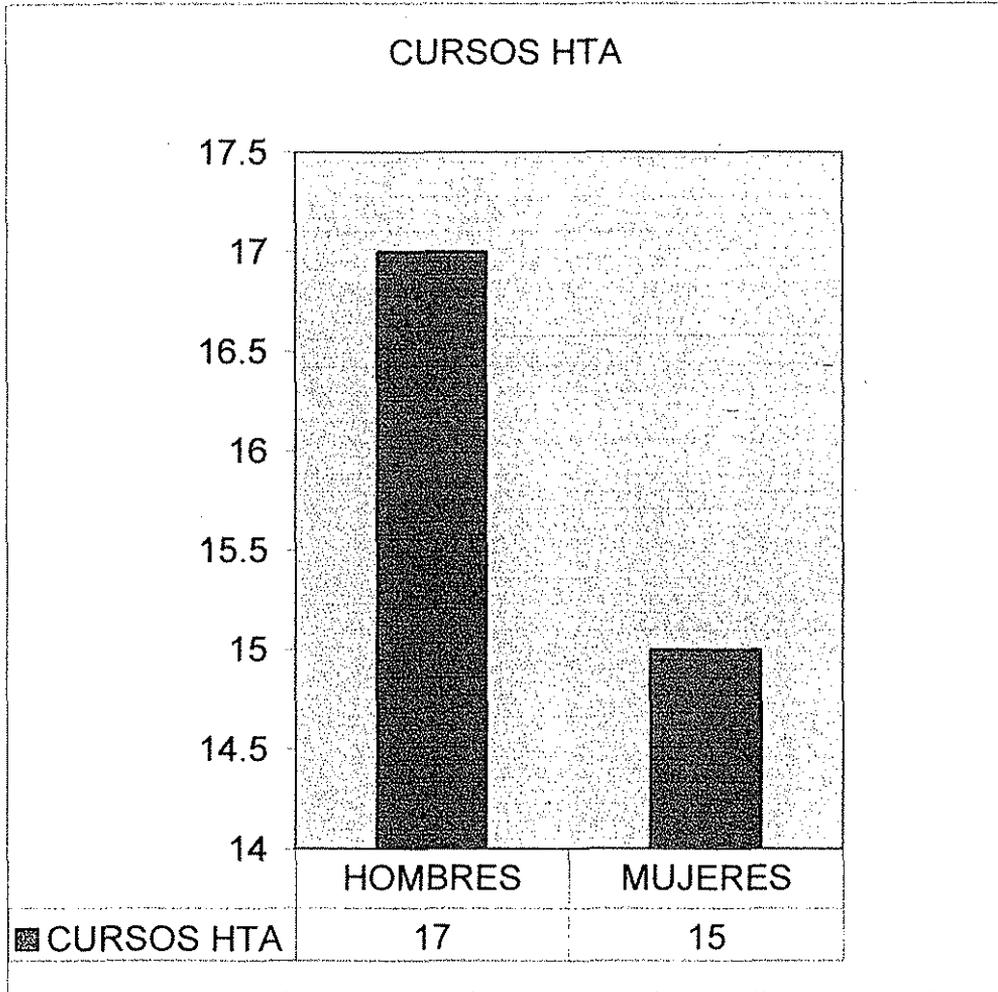
ESPECIALIDAD MEDICA



HOMBRES	12	10
MUJERES	14	6

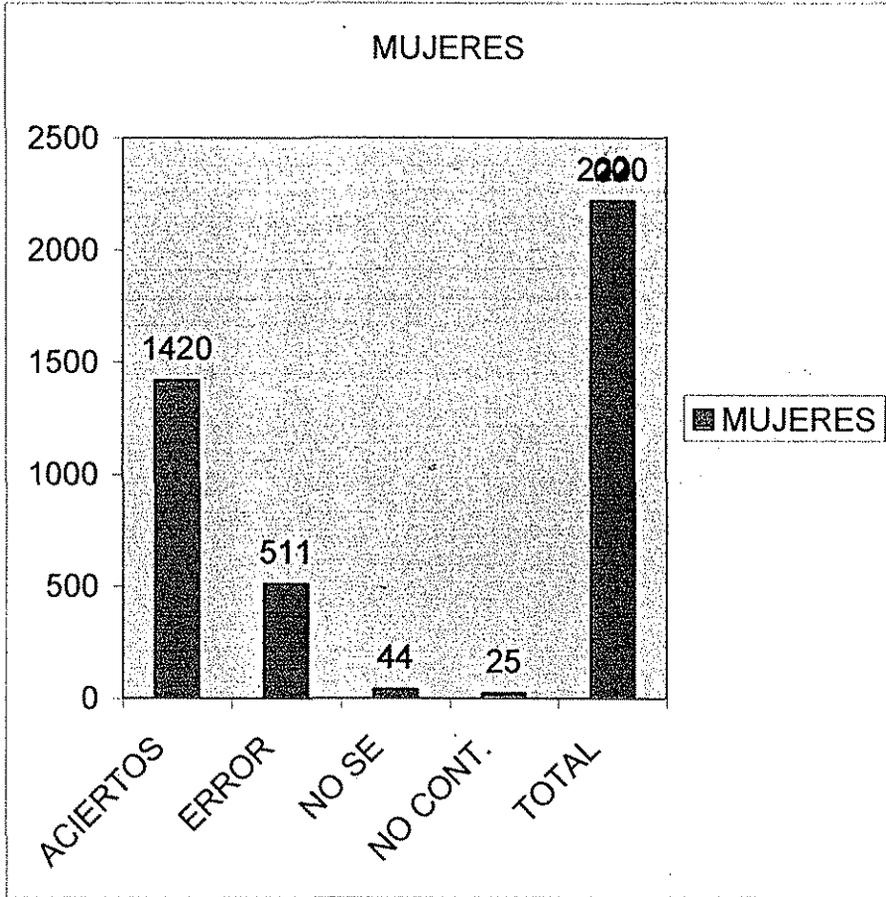
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 4



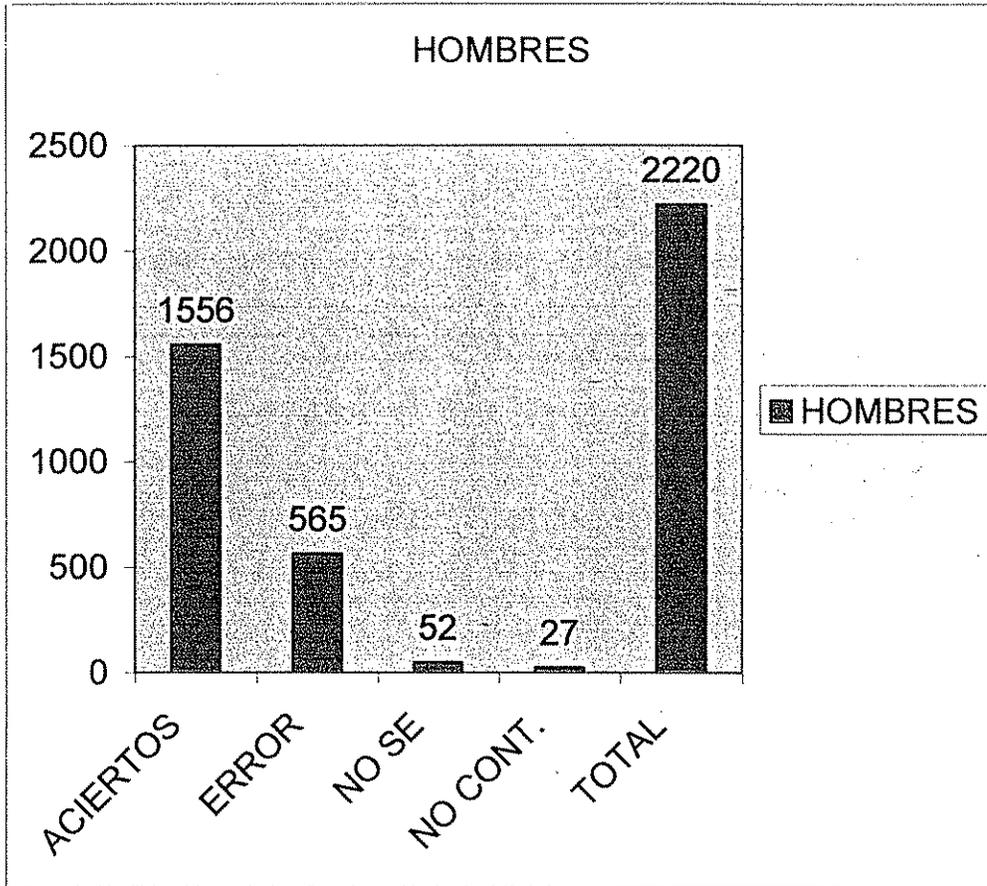
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 5



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 6



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1 :

CALIFICACION TOTAL CUESTIONARIO APLICADO:					
HOMBRES:				MUJERES:	
TOTAL:				TOTAL:	
100.5				91.3	
MEDIA:				MEDIA:	
4.5				4.56	
MEDIANA:				MEDIANA:	
4.4				4.4	
MODA:				MODA:	
4				3	

TABLA 2 :

ESCALA DE LICKERT PARA LA CALIFICACION TOTAL:

VALORES:		GENERO:		CALIFICACION:	
1) VALOR ALTO:		HOMBRES:		MUJERES:	
5.8 - 7.2		4		2	
2) VALOR MEDIANO:					
4.3 - 5.7		8		9	
3) VALOR BAJO :					
2.7 - 4.2		10		9	

TABLA 3 :

TOTAL DE INDICADORES DE ACIERTOS DEL INSTRUMENTO APLICADO.

INDICADOR:	HOMBRES		MUJERES	
	TOTAL	%	TOTAL	%
1) Identificación de signos y síntomas clínicos.	275	17%	283	19.70%
2) Identificación de indicadores - paraclínicos de enfermedad.	180	11%	173	12.10%
3) Integración diagnóstica.	179	11%	189	13.20%
4) Uso de recursos diagnósticos.	154	9%	143	10%
5) Uso de recursos terapéuticos.	286	18%	242	16.90%
6) Conductas iatropatogénicas perjudiciales por omisión.	335	24%	299	20.90%
7) Conductas iatropatogénicas perjudiciales por comisión.	126	10%	101	7.20%

T A B L A 4 :
CASOS CLINICOS,INDICADORES,TOTALES DE ACIERTOS:

CASO CLINICO	INDICADOR	HOMBRES	MUJERES
NO 1)	1)	35	20
	2)	20	18
	3)	18	20
	4)	20	18
	5)	23	22
	6)	14	10
	7)	18	24
NO 2)	INDICADOR	HOMBRES	MUJERES
	1)	20	22
	2)	90	100
	3)	80	79
	4)	14	10
NO 3)	INDICADOR	HOMBRES	MUJERES
	1)	18	30
	2)	12	15
	3)	15	20
	4)	15	20
NO 4)	INDICADOR	HOMBRES	MUJERES
	3)	20	20
	4)	35	20
	5)	75	70
	6)	52	51
	6)	80	48
NO 5)	INDICADOR	HOMBRES	MUJERES
	4)	35	38
	5)	20	20
NO 6)	INDICADOR	HOMBRES	MUJERES
	6)	79	80
	1)	22	10
	2)	38	30
NO 7)	INDICADOR	HOMBRES	MUJERES
	4)	15	20
	5)	55	60
	7)	58	57
	1)	80	100
NO 8)	INDICADOR	HOMBRES	MUJERES
	2)	20	10
	3)	12	10
	4)	20	17
	5)	40	10
NO 8)	INDICADOR	HOMBRES	MUJERES
	1)	100	81
	3)	34	40
	5)	13	20
	6)	110	110
	7)	50	20

ANEXO 1 : CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

FECHA : _____

A QUIEN CORRESPONDA :

Por medio de la presente, declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio "Medición de la competencia clínica en Hipertensión Arterial a través de un instrumento de valoración clínica en médicos de base de la UMF 28 Gabriel Mancera ".

Cuyo objetivo es medir la competencia clínica en médicos de base hombres y mujeres de la UMF 28 Gabriel Mancera.

Los riesgos a mi persona serán nulos y los resultados serán utilizados por el equipo que integra la investigación, para los fines de esta investigación, y dichos resultados no verán afectados mi desempeño laboral o académico.

Esta investigación está apegada estrictamente a los artículos 1 y 9 de la Declaración de Helsinki de 1974, por lo cual tiene un 100% de seriedad y confiabilidad..

FIRMA : _____ TESTIGO: _____

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION _____

ANEXO 2 :

CONTENIDO DE LOS CASOS CLINICOS DEL INSTRUMENTO DE MEDICION CLINICA.

No. CASO	EDAD	GENERO	ANT.HE REDOFAMIL	PAT. AGREGADA	FACT.RI ESG. CARDIN DICADOS RES	INDICADOS RES	ASPECTOS INC.	REACTIVOS
1	35 A	MASC	DM	HTA AGREGADA	TABAQUISMO	1:2,2:1,3:1,4:1,5:2,6:1,7:3	FRCV.DOB.	T: 10 F: 7 V: 3
2	45 A	MASC	HTA	INSUF ARTERIAL	NO	1:1, 2:6,3:5, 4:1, 5:3	PP,DX LAB DOB GABTX	T:16 F: 9 V: 7
3	55 A	FEM	ENFCOR.	HTA OBESIDAD	HIPERLIPIDEMIA	1:2, 2:1, 3:1 4:1, 5:1 6:5	E.S.,C.C., TX, P.P.	T:11 F: 4 V: 7
4	48 A	FEM	HTA, DM, A.P AT.	MIGRAÑA	HIPERLIPIDEMIA	3:1, 4:2, 5:4 6:5	C.V E.S. TX C.C.	T:12 F: 7 v: 5
5	43 A	FEM	HTA	ASMA BRONQUIAL	NO	4:2, 5:1 6:7	C.V. E.S. TX	T: 10 F: 4 V:6
6	38 A	MASC	INS CER	HTA CALVIDA	TABAQUISMO	1:1, 2:2 4:1, 5:4 7:4	FRCV CC CV PP DX TX	T:12 F: 2 V: 10
7	65 A	MASC	HTA	ANCIANO	NO	1:6, 2:1 3:1, 4:1 5:2	DX TX ES	T:11 F: 5 V: 6
8	60 A	FEM	ICC HTA	ANCIANA	ICC	1:5, 3:2 5:1,6:7 7:3	CV, PP CC, TX	T:18 F: 9 V: 9

TOTAL DE REACTIVOS: 100. **VERDADERO:** 53 REACTIVOS. **F:** FALSO, **V:** VERDADERO, **T:** TOTAL.
DM: DIABETES MELLITUS. **ICC:** INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. **HTA:** HIPERTENSION ARTERIAL.
E.COR: ENFERMEDAD CORONARIA. **INS.ART:** INSUFICIENCIA ARTERIAL. **INS.CER:** INSUFICIENCIA CEREBRAL.
FRCV: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. **AT:** ATROESCLEROSIS **DX:** DIAGNOSTICO. **TX:** TRATAMIENTO
PP: PREVENCIÓN PRIMARIA. **LAB:** LABORATORIO. **GAB:** GABINETE. **ES:** EFECTOS SECUNDARIOS
CC: CRITERIOS DE COL. **CV:** CALIDAD DE VIDA. **ASP.INC:** ASPECTOS INCLUIDOS

INDICADORES:

1) IDENTIFICACION DE SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS. 2) IDENTIFICACION DE INDICADORES PARACLINICOS DE ENFERMEDADES. 3) INTEGRACION DIAGNOSTICA. 4) USO DE RECURSOS DIAGNOSTICOS. 5) USO DE RECURSOS TERAPEUTICOS. 6) CONDUCTAS IATROGENICAS (PERJUDICIALES POR OMISION). 7) CONDUCTAS IATROGENICAS (PERJUDICIALES POR COMISION).

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Viniegra Leonardo. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. Revista de Investigación Clínica 1991; 43(1) : Enero - Marzo: 87 - 98 .
- 2) Larios M. Heriberto. Evaluación de la competencia clínica, seminario de actualización en docencia para profesores en el área de la salud. IMSS, México, D. F.; 1998; Abril 20-24:1-6.
- 3) García Hernández A, Viniegra Leonardo. Competencia clínica del médico familiar en HTA. Revista de Investigación Clínica 1999; 51 : 93 - 98 .
- 4) Viniegra Leonardo. Nuevas aproximaciones a la medición de la competencia clínica. Revista de Investigación Clínica. México 1992; 44 : 269 - 275 .
- 5) Viniegra Leonardo. Tendencias iatrogénicas como indicador de competencia clínica en los cursos de especialización en medicina. Revista de Investigación Clínica. México 1989; 41: 185 - 190 .
- 6) Padilla José Rogelio, Viniegra Leonardo. Método para calcular la distribución de las calificaciones esperadas por azar en un examen del tipo falso, verdadero y no sé. Revista de Investigación Clínica. México 1989; 41: 375 - 379 .
- 7) Viniegra Leonardo. Algunas consideraciones comparativas entre los exámenes de opción múltiple tipo 1 de 5 y falso, verdadero y no sé . Revista de Investigación Clínica. México 1979; 31 : Octubre - Diciembre : 413 - 420.
- 8) Aguilar Mejía E, Viniegra Leonardo. El papel cambiante del profesor: un estudio en grupos de estudiantes de licenciatura en pedagogía, Unidad de Investigación Educativa, Coordinación de Investigación Educativa, Bloque B. Unidad de Congresos; C. M. N. Siglo XXI; 1997: 1 - 5 .

- 9) I Región Regional de Educación Médica. II Curso Taller. Tendencias actuales de la educación médica. Mecanograma no publicado 1999; Febrero:1 - 12 .
- 10) Guía Diagnóstica Terapéutica. hipertensión Arterial Esencial. Revista Médica IMSS 1997; 35 (6) : 411 - 430 .
- 11) G. Calvo César. Nuevos retos del control de la hipertensión arterial. Revista médica del IMSS; 1998; 36 (3) : 199 - 205 .
- 12) Gaxiola Samuel. Lineamientos para el tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Mexicana de Aterosclerosis 1999; 2 (2); Abril - Junio : 34 - 52 .
- 13) Asociación Nacional de Cardiólogos de México. Sociedad mexicana para el estudio de la hipertensión arterial. Primer Consenso Nacional de Hipertensión Arterial. Revista Mexicana de Cardiología; 1995; 6 (suplemento) : S 9 - S 14, S 31 - S 35 .
- 14) Práctica Médica Efectiva. Hipertensión Arterial . Subsecretaría de Prevención y control de Enfermedades; 1999; 1 (6) .
- 15) Torres Salazar B. A, Ushiyama Ramírez M. L. Propuesta de algoritmo para el manejo de la hipertensión arterial sistémica. Mecanograma no publicado, presentado en Premio Nacional de Investigación de Medicina Familiar 1999 - 2000 : 1 - 9 .
- 16) Gonzalez Villalpando C, Stern M. P., Pérez B. A. Prevalence and Detection of Hipertension in Mexico. Archives of Medical Research. 1994; 25 (3) : 347 - 353.
- 17) Moser Marvin MD. National Recomendations for the pharmacological

treatment of hypertension. Should they be revised ?. Arch Intern med; 1999; 159 (12) Julio: 1403 - 1406.

18) Kirk Julienne. Angiotensin - II receptor antagonist: their place in therapy. American Family Phisician. 1995; 59 (11), Junio : 3416 - 3418.

19) McG Harden R, Stevenson M, Wilson Downie W. Asessment of clinical competence using objective structured examination. British Medical Journal 1975; 1, February: 447 - 451.

20) R. Belowitz D, S. Ash A, C. Hickey E. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. The New England Journal of Medicine 1998; 339 (27) December: 1957 - 1963.

21) M. Kaplan N,. Multiple risk factors for coronary heart disease in patients with hypertension. Journal of hypertension; 1995; 13 (suppl 2): S 1 - S 5 .

22) Zanchett A; Chalmers S, Arakawa I. A. 1993 Guidelines for the management of mild hypertension: memorandum from a who / ish meeting. Ish Hypertension News: 1993: 3 - 16 .

23) Gutierrez S. N., Aguilar M, Viniestra L. Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. Revista Médica del IMSS 1999; 37 (3) Mayo - Junio : 201 - 210 .

24) Pequeño Larousse Ilustrado. Editorial Larousse, México D. F. 1991: 253, 543, 670, 707.