



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 3 SALAMANCA, GTO.

**TITULO:**

**REVISIÓN DEL DESEMPEÑO CLÍNICO Y USO DE ESTEROIDES CON  
MÉTODO DE LA COINCIDENCIA CLÍNICA EN CONSULTA EXTERNA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

*LILIA RICO IZQUIERDO*

SALAMANCA, GTO

MAYO DE 2005



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**TITULO Revisión del desempeño clínico y uso de esteroides con método de la  
coincidencia clínica en consulta externa del HGZ con MF No.3 IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

*LILIA RICO IZQUIERDO*

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL RAMÍREZ LOPEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.  
ASESOR DE TESIS

DR. MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ LÓPEZ  
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.

DR JORDE PATRICIO MEZA RDODRIGUEZ  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

**TITULO Revisión del desempeño clínico y uso de esteroides con método de la  
coincidencia clínica en consulta externa del HGZ con MF No.3 IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

*LILIA RICO IZQUIERDO*

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**Índice General**

**Título.....1**

**Índice.....2**

**Marco Teórico.....3 a 10**

**Planteamiento del problema.....11 a12**

**Justificación.....13**

**Objetivos.....14**

**Hipótesis..... 15**

**Metodología.....16ª18**

**Resultados..... 19 a 23**

**Discusión..... 24ª25**

**Conclusiones..... 26**

**Recomendaciones.....27**

**Referencias bibliograficas ..... 28-29**

## ***Marco teórico***

### **Guías de Diagnóstico y Protocolo de manejo en la práctica Médica.**

La utilización de las guías de diagnóstico y Protocolos de manejo en la práctica diaria constituye un avance en el ejercicio médico moderno lo que conlleva a dos situaciones :

- 1.-Mejoramiento de la eficiencia con el fin de equilibrar el desbordado aumento de los costos de la atención y la tecnología médica .
- 2.-Seguridad razonable de que el médico no sea víctima de demandas por negligencia o mala práctica .

Una condición para la aplicación de las guías de diagnóstico y protocolo de manejo es la historia clínica , de acuerdo a la modalidad de contratación dentro del sistema de atención médica y hospitalaria y las aseguradoras de salud .

Cuando el sistema vigente es de paga de una tarifa por cada actividad diagnóstica o terapéutica no se encuentra un buen ambiente para su utilización , conviene más la realización del mayor número de actividades y la más alta ocupación de sus camas hospitalarias sin importar estancias prolongadas o procedimientos no indispensables . Y cuando la contratación se hace por paquete de pago por aquellos procedimientos y actividades establecidas previamente como las indispensables para el manejo adecuado del paciente .

En este tipo de contratación los esquemas para la prestación de servicios son guías de diagnóstico y Protocolos para las afecciones más prevalentes en el medio donde está ubicada la Institución Hospitalaria (6)

Hasta hace relativamente poco tiempo. Los médicos que han deseado evaluar su atención en alguna forma continua y organizada, se enfrentaban al dilema de no conocer algún método sistemático de autoevaluación, en los años 70 y 80 fue desarrollado un método sencillo y de fácil aplicación denominado Evaluación de la atención del paciente (EAP) desarrollada con base en los principios del concepto bicíclico de Brook. (2)

El concepto bicíclico relaciona la educación continua directamente con la atención del paciente, tiene la particularidad de ser más aceptable que cualquier otra auditoria, la EAP es una auditoría propia, diseñada para reunir información con propósitos educacionales en oposición a aquellas auditorías desarrolladas con propósitos punitivos, administrativos, fiscales o de otro tipo.

La EAP es esencialmente un método sencillo mediante el cuál un médico o un grupo de médicos, establecen estándares (criterios) explícitos para la atención de enfermedades (afecciones, síntomas, etc.) que están siendo tratados en su consultorio o en un ambiente hospitalario, los criterios utilizados varían con el tiempo y el lugar. Sin embargo debe observarse que el médico o grupos de médicos se están midiendo a si mismo sólo contra los estándares adecuados para un ambiente particular en un momento particular.

Recientemente en el auge de la medicina basada en evidencia se han desarrollado técnicas de autoevaluación y optimización en educación médica enfocadas a evaluar tres tipos de habilidades clínicas: habilidades en la apreciación y habilidades para dirigir el autoaprendizaje. (2)

A pesar que la evaluación tradicional del medico esta basada en la medición de la *competencia clínica* (actitud, conocimiento y habilidades) no es por si sola suficiente, se necesita evaluar otras dimensiones que en conjunto representarán el *desempeño clínico*.

*Desempeño clínico* es la aplicación de nuestro conocimiento y habilidades a los problemas del paciente y tiene cuatro determinantes:

1. **La competencia clínica:** ¿Tiene el conocimiento y habilidades requeridas para hacerlo correctamente?
2. **Motivación:** ¿Desea hacerlo correctamente?
3. **Barreras:** ¿Le permiten las circunstancias hacerlo correctamente?
4. **Revisión del desempeño:** ¿Lo esta haciendo correctamente ahora?

### **La competencia clínica**

Se han realizado estudios que muestran la discrepancia entre el desempeño clínico y la competencia clínica , así en estudios de Robert Brook documentan el desempeño clínico suboptimo , muchos mostraron que



tareas rutinarias por ejemplo, revisión de hipertensión arterial, completar inmunizaciones, prescribir hierro, etc no se realizaron coherentemente con las prácticas clínicas y acordes a programas de salud y que el cumplimiento exitoso de dichas tareas de rutina depende mucho más del desarrollo de hábitos de práctica efectiva que de la adquisición de nuevo conocimiento (2)

### **La motivación**

Es evidente que a pesar de estar motivado el médico requiere de un conocimiento previo, el ejemplo relatado por Sackett es muy claro ; la motivación de hacer un bien al paciente que ha aspirado un trozo de carne no sacará la carne que lesiona, a menos que la motivación este asociada al conocimiento de la maniobra de Heimlich efectiva.

Tres factores que intervienen en la motivación del personal médico: Obtener nuevos conocimientos en la práctica de la medicina, la insatisfacción con sus resultados actuales, y el deseo de superación. (2) Estas motivaciones modelan nuestras propias prácticas.

### **Barreras**

Se originan por varias razones, por ejemplo el sistema de salud puede no tener los recursos necesarios, aumento de consulta por arriba de nuestras capacidades, organización inadecuada, cargas económicas, la ausencia de “buenos hábitos”, barreras subconscientes como juzgar a los pacientes previamente “los obesos me responden poco”, “clases sociales”, “Razas“, etc.

### **Revisión del desempeño**

Es importante que los médicos evalúen si lo que están haciendo es lo mejor: ¿si estamos actualizados? ¿Podemos discutirlo críticamente?, ¿es un hábito?, etc. (op.cit.6)

### **Forma de realizar la revisión del desempeño clínico.**

*Habilidades clínicas:* tiene exactitud precisión la historia y examen clínico , se han registrado todas las impresiones clínicas , conclusiones y predicciones que se hacen sobre sus pacientes antes de la ejecución de

Exámenes complementarios o procedimientos confirmatorios o bien se trató de ahorrar tiempo y dejar a un lado la clínica, la prueba puede ser costosa y tardía.

Se mencionan diversos métodos de evaluación de habilidades clínicas: de posibilidades específicas, de coincidencia simple, resultados y de procesos. (1,2)

*El de coincidencia simple* evalúa cómo estamos actuando en términos generales con un instrumento de cotejo que puede puntualizarnos áreas donde estamos fallando pero tiene el inconveniente de la dicotomía del todo o nada

*El de resultados* esta enfocado a objetivos previamente planteados, tiene defectos importantes: cuando las acciones o resultados son peligrosos los pasamos por alto, los resultados nefastos son tardíos, los resultados son acciones que escapan al control de médico.(2)

*El de los procesos* , que requiere confección de una lista de acciones clínicas importantes que deben realizarse para condiciones comunes , que puede ser por usted mismo o por pares, estableciendo criterios, Por ejemplo , colegas nuestros solicitaron a diez médicos que establecieran los criterios sobre lo que ellos responderían a determinadas situaciones clínicas y luego enviaron actores entrenados a sus consultorios para simular estas situaciones , entre el 30% y el 45% de los procedimientos recomendados no fue realizado y el 50 al 70% de los criterios no fue registrado.(2)

Estos dos últimos métodos son más difíciles de aplicar y son usados para la evaluación del diagnóstico y el manejo médico

## **Corticoesteroides**

Entre las glándulas secretoras de hormonas se encuentran la suprarrenales cuya corteza da origen a la familia de hormonas llamadas Corticoesteroides suprarrenales, durante la década de los treinta utilizaron extractos crudos de Los Corticoesteroides de origen animal para el tratamiento de la enfermedad de Adison , en esos

años se incluían por lo menos seis sustancias individuales denominadas como Compuestos A,B,C,D,,F,E, muy difíciles de sintetizarlas en laboratorio , de estructura molecular muy complicada, el compuesto E recibió atención por E Kendall , en la clínica Mayo y por Tadeusz Reichstein en la Universidad de Basilea en Suiza , A pesar de que se sintetizó el compuesto A no hubo adelanto hasta la síntesis de nueve gramos de compuesto E y el 21 de septiembre de 1948 se utilizó la primera inyección con 50 mg ( la mitad de la dosis diaria propuesta entonces a una mujer con artritis reumatoide confinada a la cama por su incapacidad funcional (3).

Los corticoesteroides son compuestos derivados del colesterol y secretados por la corteza suprarrenal bajo la influencia del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal. Se conocen dos grupos: Glucocorticoides (GCO) cuyo principal exponente es el cortisol y los mineralocorticoides de los que la aldosterona es el más importante.

La estructura básica de los GCO es la cortisona constituida por cuatro anillos de carbono (21 átomos de carbono), interconectados por enlaces simples, con grupos cetonas (O) en el carbono 3 y 11B, y un grupo hidroxilo OH en el carbono 17 a con una doble unión entre los carbonos 4-5. La potencia antiinflamatoria es producto de la conversión en el carbono 11 del grupo O a >OH y el del doble enlace entre los carbonos 1 el grupo (OH) los dobles enlaces son importantes para la actividad antiinflamatoria y probablemente son necesarios para la unión de los receptores de CGO . Con la adición de otros grupos químicos se obtienen los otros compuestos conocidos (la alfa metilación en el carbono 6 origina la metilprednisolona) (4)

### **Mecanismo de acción:**

Depende de la dosis utilizada pero en general se acepta que a dosis bajas causan efectos genómicos , intermedias y elevadas causan efectos metabólicos, de los anteriores el mas aceptado es el efecto genómico , se sabe que los GCO llegan a los sitios de acción, unidos a la proteína transportadora (PTG o transcortina) o bien en forma libre atraviesan la membrana celular y en el citoplasma se unen al receptor alfa GR, junto con una proteína llamada inmunofilina y las proteínas de choque térmico 70 y 90 , constituyen el complejo de transporte. Este complejo transporta el GCO del citoplasma al núcleo; en ese lugar el complejo se disocia y el CGO es reconocido por el elemento de respuesta a GCO (GRE). Este se encuentra entre las cadenas de ADN , reconoce la secuencia de aminoácidos y lo incorpora a su estructura , alterando la síntesis de ARN

mensajero que codifica para la producción de nuevas proteínas o alterando la función de las existentes por dos vías : una negativa ( transrepresión) que implica la inhibición de proteínas reguladoras de la síntesis de ADN Como ( AP-1 y NF-kb) necesarios para la síntesis de citocinas pro-inflamatorias , y otra positiva (transactivación) al alterar la síntesis de proteínas fundamentales en la estructura celular ; ejemplo la síntesis de citocinas reguladoras de la respuesta Th1.(10)

Otro de los mecanismo aceptados especialmente observado con el uso de dosis grandes de metilprednisolona es el fenómeno de la disolución que sufren los GCO en las membranas celulares , lo que afecta las propiedades fisicoquímicas y la actividad de las proteínas asociadas a éstas. La consecuente disminución de la entrada de calcio y sodio, disminuiría el ATP utilizado por la membrana interna de las mitocondrias para llevar a cabo la fosforilación oxidativa, en consecuencia la desacoplación causaría trastornos del funcionamiento celular , como por ejemplo la interferencia en el fenómeno de activación linfocitaria, que requiere de elevadas concentraciones para realizarse. (4,10)

Los Corticoesteroides son efectivos para el tratamiento de la enfermedad obstructiva reversible de la vía aérea , desconociéndose su mecanismo de acción exacto , se sabe que producen broncodilatación y reducción de la inflamación bronquial mejorando la respuesta a los Beta miméticos con efecto después de 6 a 122 horas , .(11)

Sin embargo sus principales efectos colaterales son las alteraciones de la glucosa y que su uso prolongado puede provocar Síndrome de Cushing, supresión Hipófisis-Suprarrenal , osteoporosis, etc. Demás producen pueden reactivar un proceso fímico en algunas condiciones y alterar la respuesta ante algunas infecciones, los esteroides en aerosol asociarse con candidiasis oral (11 ibid)



### *Planteamiento del problema*

La evaluación del quehacer médico cada vez es mas solicitada, muchas de las veces se realiza sin ninguna sistematización que no resuelven el problema de una practica clínica deficiente, el desempeño clínico y la competencia clínica son los dos dimensiones que pueden ser evaluadas y que promuevan la practica efectiva . Para algunos, el desempeño clínico esta determinado por la competencia (conocimiento y habilidades), la motivación, y las barreras que lo impiden , para otros la competencia clínica no debe incluirse como parte del desempeño , aun así el medico debe reconocer si ante tareas rutinarias por ejemplo de revisión en situaciones en las prescripciones de medicamentos para hipertensión arterial, antibióticos , hierro, esteroides etc., se cumplen coherentemente con las prácticas clínicas y acordes a principios farmacológicos ya que el cumplimiento exitosos de dichas tareas de rutina depende mucho más del desarrollo de hábitos de práctica efectiva basada en la experiencia y la reflexión mas que el consumo del conocimiento (2)

De acuerdo a los antecedentes sobre la farmacocinética y farmacodinámica , el uso prolongado de los andrógenos y esteroides anabolizantes estimulan la acción del osteoblasto e incrementan el deterioro del hueso trabecular , cortical y debido a los frecuentes efectos adversos (virilización, alteraciones de la función hepática, hipertrofia prostática, incremento del colesterol l dl, tumores hepáticos, alteraciones en la glucosa, incremento de peso, neutropenia y alteraciones inmunológicas, sólo se deberán utilizar en casos concretos (3,4,6,7), el uso indiscriminado de esteroides en situaciones no concretas por médicos ha sido señalado en la literatura (4,5,6,7,8,9), la pregunta será si hay un uso razonado en el hospital señalado

### *Pregunta de Investigación*

¿ Con el método de la coincidencia clínica en una revisión del desempeño clínico que tan adecuado es el uso de esteroides ?



### ***Justificación:***

En la evaluación de la atención del paciente es importante que se revise el desempeño clínico del médico ,con interés en la superación personal con propósitos : educacionales, actualización, formación y capacitación, en oposición a aquellas evaluaciones ( auditorías) realizadas con solo propósitos punitivos, administrativos, fiscales , que por tratarse de políticas no interesan para la superación personal. El uso del método de la coincidencia clínica a pesar de su dicotomía puede ser una herramienta útil y potente en la revisión del desempeño clínico. En la atención del paciente el uso de esteroides a pesar de sus bondades puede ser un factor de riesgo para enfermedad acido péptica, osteoporosis, glaucoma, etc., su uso es lo mejor, es razonado. No se conoce de evaluaciones semejantes en nuestra unidad.



***Objetivo General:***

Evaluar por el método de coincidencia clínica, la revisión del desempeño clínico en el uso de esteroides, en relación a la edad, riesgo, tipo de esteroide, dosis y tiempo de administración.

### ***Hipótesis nula***

Con el método de la coincidencia clínica en una revisión del desempeño clínico es adecuado el uso de esteroides con respecto a edad, riesgo, tipo de esteroide, dosis y tiempo de administración.

### ***Hipótesis alterna***

Con el método de la coincidencia clínica en una revisión del desempeño clínico no es adecuado el uso de esteroides con respecto a edad, riesgo, tipo de esteroide, dosis y tiempo de administración.

## ***Metodología***

***Tipo de estudio:*** Observacional, Retrospectivo y Transversal

***Población:*** Unidad de expediente clínico en la consulta externa del Hospital General con medicina familiar no. 3 Salamanca IMSS Agosto 2004

***Muestra:*** No probabilística, se estableció el cálculo de proporción prevista de 0.5 dado que es la opción más segura, con un nivel de confianza del 95% y con una precisión absoluta de 10 puntos porcentuales del valor real, calculada con tabla (5), se determinó un tamaño de **n= 96**

### ***Criterios de inclusión***

Expedientes clínicos provenientes de la consulta externa de medicina familiar y no familiar verificando uso de esteroide y tipo (dexametazona, prednisona y metilprednisolona) por el centro de estadística de farmacia durante un periodo mensual, en patología diversa: Artritis reumatoide, contusión, enfermedad articular degenerativa, lumbalgia, asma bronquial, cirugía y otros no clasificados, encontrándose 101 casos, se toman al azar 99, considerando 3 pérdidas posibles

### ***Criterios de exclusión.***

Uso de esteroides en pacientes con leucemia, hospitalizados, cáncer de mama y patología grave.

### ***Criterios de eliminación***

Expedientes incompletos.

## ***Definición Operacional de variables***

**Revisión del desempeño clínico:** Para este trabajo el médico está realizando correctamente el uso de esteroides

### ***Variable dicotómica***

**Edad** variable demográfica numérica discreta

**Tipo de Esteroide:** cualquiera de los siguientes metilprednisolona, prednisona y dexametazona. Nominal

**Actividad Biológica:** Características de acuerdo a la literatura médica en relación a la dosis, tiempo de administración y potencia e indicación y riesgo clínico. *Dicotómica*

**Material y métodos**

**Instrumento**

Se elaboró un instrumento para revisión sobre el uso de esteroides en la práctica clínica mediante técnica Delfi con expertos (Reumatólogo y medicina interna) y literatura clínica, se establecieron, tres dimensiones:

1. Actividad Biológica. (Dosis , tipo de esteroide y tiempo)
2. Riesgo ( Edad, antecedente)
3. Diagnostico clínico ( Enfermedad)

*Compuesto por los indicadores:* tipo de esteroide, dosis , tiempo de administración, edad, genero , antecedente de riesgo y enfermedad .

*Variable de desenlace* Coincidencia clínica, para tal caso codificadas numéricamente 1 coincide, 2 no coincide.

**Procedimiento**

Un medico alumno de la especialidad en medicina familiar recolectó los expedientes y se evaluaron por los expertos, durante cuatro semanas.

**Tabla de contingencia para coincidencia clínica e instrumento**

VARIABLES DEL INSTRUMENTO

	Edad	Genero	Riesgo	Tipo	Dosis	Tiempo	Enfermedad
Si							
No							

**Manejo Estadístico**

Prueba de Hipótesis usando Ji cuadrada para este trabajo se tomará un alfa de 0.05, se utilizó el programa estadístico NCCS para estadística descriptiva, prueba de hipótesis, y se realizó análisis de correspondencias simple a fin de encontrar subgrupos. Para ello se estableció el siguiente modelo estadístico:

### *Consideraciones éticas*

el estudio se realiza en expedientes clínicos cuidando los principios de confidencialidad y autonomía del paciente y no contraviene los derechos y obligaciones plasmado por la ley general sobre investigación de SS

## Resultados

Un total de 99 expedientes fueron revisados, 57 (57.6%) pertenecieron al género femenino y 42 (42.4%) masculino, la edad media de edad fue de 40.9  $\pm$  15.4 (IC 95 37.9-44.07) años, con rango mínimo de 11 y un máximo de 82 años, la mediana de 41 años. El esteroide más usado fue la metilprednisolona, seguido por la prednisona.

El **cuadro 1**, muestra las coordenadas del mapa, por indicadores con: factor, inercia, distancia, factor, Eigenvalue. Ji Cuadrada = 7.714; P = 0.103.

Las proporciones por especialidad a las que pertenecían se muestran en la **Gráfica 1**. Siendo Traumatología y medicina Familiar los de mayor frecuencia.

La **Gráfica 2** muestra las proporciones de casos por enfermedad siendo mayor la relacionada a enfermedad articular degenerativa, seguida de lumbalgia.

La **figura 1** muestra el mapa de correspondencias simple, se pueden identificar tres subgrupos, un primer subgrupo de si coincide formado por los indicadores: tiempo de la administración, dosis y tipo de esteroides, un segundo subgrupo que permanece en la parte media del mapa formado por la variables edad y género (sexo) y un tercer subgrupo por los indicadores de riesgo y enfermedad.









**Cuadro 1. Principales coordenadas para el mapa de análisis de correspondencia.**

<b>Indicador</b>	<b>Factor</b>	<b>Inercia</b>	<b>Distancia</b>	<b>Eigenvalue</b>
<b>Edad</b>	<b>0.003</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000001</b>
<b>Genero</b>	<b>-0.060</b>	<b>0.047</b>	<b>0.004</b>	<b>0.000520</b>
<b>Riesgo</b>	<b>-0.193</b>	<b>0.135</b>	<b>0.011</b>	<b>0.001502</b>
<b>Tipo esteroide</b>	<b>0.087</b>	<b>0.098</b>	<b>0.008</b>	<b>0.001093</b>
<b>Tiempo admón.</b>	<b>0.130</b>	<b>0.216</b>	<b>0.017</b>	<b>0.002402</b>
<b>Enfermedad</b>	<b>-0.166</b>	<b>0.353</b>	<b>0.028</b>	<b>0.003930</b>
<b>Dosis</b>	<b>0.109</b>	<b>0.151</b>	<b>0.012</b>	<b>0.001684</b>



## **Discusión**

En el presente estudio se utilizó el análisis de correspondencias lo que permitió opinar sobre tres principales subgrupos, en los indicadores de la dimensión actividad biológica (Dosis, tipo y tiempo de administración ) el grado de coincidencia clínica fue muy alta, interpretamos este resultado como desempeño alto , en el análisis los indicadores edad y genero con una coincidencia clínica media considerándolo como desempeño medio ,sin embargo en contraste se observó que los indicadores enfermedad y riesgo se agrupan cercano a una coincidencia baja o bajo desempeño .Las limitaciones del método de la coincidencia simple debido a su dicotomía de la revisión del desempeño se disminuyen con el uso de un análisis factorial orienta a una mayor interpretación del desempeño clínico distribuyendo mas opciones , en el presente fue aceptada la hipótesis nula de un adecuado desempeño clínico.

De acuerdo con los supuestos el instrumento indaga sobre la coincidencia clínica solo en el terreno de si lo que hace coincide o no, son limitaciones en esta evaluación que no explora las conductas que llevaron a las decisiones clínicas de administrar los esteroides por enfermedad y riesgo tampoco, explora si existe una conducta a recetarlos que probablemente obedecería a sus múltiples bondades.

El presente trabajo da una visión de retroalimentación sobre el uso de indicadores que permite al medico reconocer su desempeño clínico lo que favorece a una educación continua.

Quedan aun muchos pendientes en la evaluación del desempeño clínico, debemos preguntarnos si tiene exactitud, precisión la historia clínica y exámenes físicos que realizamos, se han reflexionado todas las impresiones clínicas, conclusiones y predicciones, se han reflexionado antes de la ejecución de los exámenes complementarios o procedimientos confirmatorios.

A pesar de sus limitaciones del presente trabajo no olvidemos que sus objetivos son enfocados a la enseñanza aprendizaje.

## **Conclusiones**

El Uso de esteroides en el presente estudio fue que el mayor uso es realizado por médicos familiares y traumatólogos el cual puede estar relacionado a sus principales motivos de consulta.

## **Recomendaciones.**

Los médicos debemos ser cada vez mas juiciosos de nuestras decisiones, esto incluye las auto evaluaciones con apego a la critica , la constructiva que aumentara sin lugar a dudas el aprendizaje y una mayor aproximación a una buena practica

## **Bibliografía.**

1. Brook RC, Fleisher DS. The Bi Cycle Concept continuing medical education in Community Hospitals. En: A Manual for program development, Massachusetts Medical Society , Boston 1971: 88-97.
2. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tiggwell P. Optimización de la educación médica continua , En Epidemiología Clínica, 2ª. Edición, Panamericana 1998. México 381-411.
3. Engleman PE. Los corticoides .Algo de Historia; Rev Mex Reumat; 2001;13:215-6.
4. Herrera MM, Alcocer VJ. Corticoesteroides y respuesta inmune. Rev Mex Reumat 1998;13:217-21
5. Lwanga S. K , Lemeshow S. Determinación del tamaño de las muestras en los estudios Sanitarios. OMS Ginebra 1991
- 6.- Malagon L. Garantía de Calidad En Salud. Ed. Panamericana, 1999, México 380-381
- 7.- Greene H.L. Toma de decisiones en medicina Ed. Mosby, 1999 México 384-390
- 8.- Alarcon S. Introducción a la Dermatología Editorial: Reproducciones Gema ,1997 México197-202
- 9.- Halabe C.H.El Internista Ed Mc Graw Hill 1997, México, 94, 537,638
- 10.- Harrison B. Principios de Medicina Interna II- 15 a Ed. C. Graw Hill 2002 México ,2322-34
- 11.-Randall B Masson L. Principios de Medicina Ambulatoria y Familiar tomo III.-Ed. Masson.







