

11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

128

**UTILIDAD DE UN INSTRUMENTO IDENTIFICADOR
DE SINTOMAS EN LA CONSULTA DE MEDICINA
FAMILIAR**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN:

LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. MARIO ENRIQUE TAPIA GARCIA



MEXICO, D. F.

28/10/11

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

D E D I D I C A T O R I A

*Este trabajo de investigación está dedicado
a mi familia y a mi novia Laura
quienes de manera incondicional me han apoyado
y han confiado en mi durante el desarrollo de la
especialidad.*

*A quienes gracias a su comprensión,
vocación docente y Espíritu académico
me han guiado para aprender a aplicar
lo que se imparte en las aulas.*

*A los pacientes, quienes finalmente son los
destinatarios de nuestros esfuerzos.*

A G R A D E C I M I E N T O S

Agradezco :

a Dios

quien me ha brindado todo.

De manera muy respetuosa :

a mis padres y hermanos

quienes me han acompañado todo

el tiempo en los momentos importantes.

De manera solemne agradezco su

tiempo, paciencia y comprensión;

*a aquellos de **mis profesores** quienes*

confiaron en mi y en sus ideales

por encima de la afectividad.

Anteponiendo siempre el conocimiento

la verdad y la ética profesional.

Vo.Bo.

DRA. MARTHA BOIJSEAUNEAU GARDENAS
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

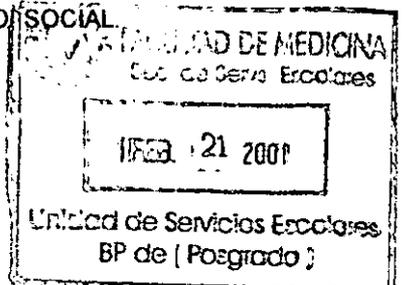


Vo.Bo.

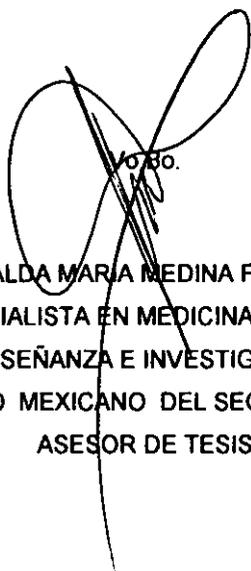
DRA. MARICELA GARCIA MENESES
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Vo.Bo.

DR. JORGE MENESES GARDUÑO
TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



AUTOR.- DR. MARIO ENRIQUE TAPIA GARCIA



Vo.Bo.

**DRA. ALDA MARIA MEDINA FIGUEROA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION HGZ 47.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ASESOR DE TESIS**

I N D I C E.

	PAGINA.
1.- INTRODUCCION	1
2.- HIPOTESIS	7
3.- OBJETIVOS	8
4.- MATERIAL Y METODOS	9
5.- DISEÑO ESTADÍSTICO.....	14
6.- RESULTADOS	18
7.- CONCLUSIONES.....	27
8.- SUGERENCIAS.....	29
9.- BIBLIOGRAFIA.....	30
10.-ANEXOS.....	34

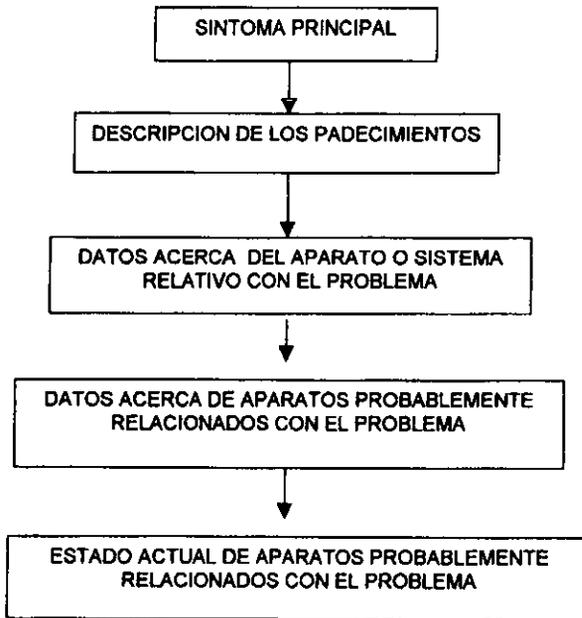
I N T R O D U C C I O N

La Medicina Familiar como especialidad, disciplina y práctica confiere a la atención del paciente el estudio integrativo y continuado del mismo y a los miembros de su familia. Donde la actitud anticipatoria y preventiva forma parte de su actividad y sitio a su vez donde el abordaje clínico del paciente representa uno de los elementos esenciales dentro de la actividad del Médico Familiar.(1,5)

El estudio clínico del paciente constituye un proceso complejo que abarca desde la identificación de una evidencia como lo puede ser el síntoma, el signo o el síndrome.(2,3,6) Formulándose una explicación etiológica y fisiopatológica de un fenómeno que es originada de una hipótesis inicial , la cual se refina paulatinamente hasta alcanzar un grado de probabilidad estadísticamente suficiente para ayudar al médico a tomar conductas y decisiones posteriores de acuerdo al teorema de Bayes. Ya que cierto grado de incertidumbre es inherente a la actividad médica y a la naturaleza misma. (7,8)

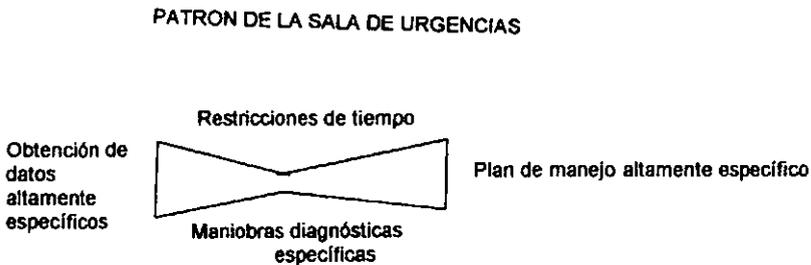
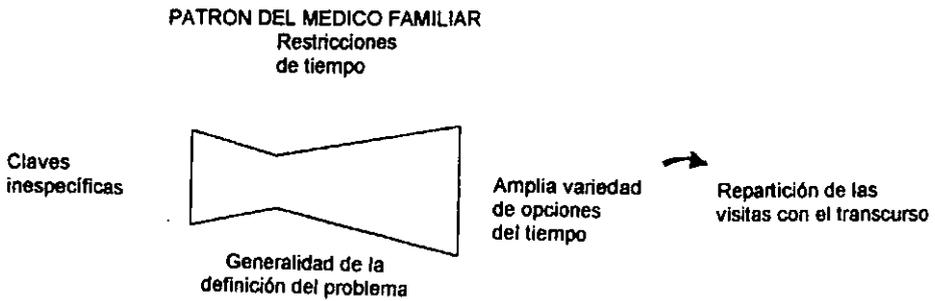
Dentro de este proceso clínico, la identificación del síntoma o síntomas principales forma parte del primer paso de la entrevista clínica en la toma de decisiones ulteriores.(11,12).Por lo que es importante mencionar que el patrón de actividad del Médico Familiar posee una gama múltiple de claves inespecíficas por manejar en su consulta y cuya generalidad en la definición del problema es muy amplia; originando una mayor variedad de opciones por elegir. (1,5)

En cuyo caso el grado de incertidumbre es mayor y más complejo el espectro de la actividad clínica que el de otros especialistas (Ver cuadro 1 y 2)(5).



CUADRO 1.- FLUJO DEL ABORDAJE CLINICO

TOMA DE DECISIONES BASADA EN LA INFORMACION



CUADRO 2.- LA DOBLE CUÑA EN CONTRASTE CON SITUACIONES CLINICAS

La importancia del interrogatorio dentro del método investigativo del clínico ha sido estudiado por diversos autores por ejemplo; Hampton en 1975 había demostrando que hasta en el 82 % de los casos se llega al diagnóstico nosológico usando exclusivamente éste método. Mientras que Sandier demostraba que hasta en el 67 % de los casos era posible esto. Mial y Davies por su parte en pacientes pediátricos demostraba que hasta en el 76 %. En México se demostró en otro estudio sobre pacientes pediátricos que hasta el 67 % de los casos. En todas estas situaciones el porcentaje aumentaba al usar conjuntamente la exploración física llegando a obtenerse hasta el 75 % sin el uso de métodos paraclínicos. (9,10) Por tanto es de reconocerse que el interrogatorio por áreas específicas representa el primer y esencial paso en el estudio del paciente por parte del Médico Familiar.(5,10)

Una aportación interesante a este respecto lo constituyó el Expediente Médico Orientado por Problemas (PROBLEM ORIENTED MEDICAL RECORD). Documento que da valor no solamente al diagnóstico sino a cualquier síntoma, problema familiar o personal, situación psicológica o social que sea útil para la toma de decisiones al tener la posibilidad de dar una hojeada rápida a la lista de problemas del paciente y cuya jerarquización en síntomas identificados da pauta a decidir las prioridades del examen físico conformándolo así en un método más dirigido e intencionado para decisiones subsecuentes.(4). Sin embargo en la práctica del Médico Familiar nunca llegó a consolidarse como método operativo y de impacto a nivel institucional (1).

Según Irigoyen y colaboradores los inconvenientes del sistema de atención médica actual dentro del ámbito institucional de la medicina familiar son: tiempos prolongados de espera, registros manuales que consumen gran

cantidad de tiempo, notas médicas en ocasiones ilegibles incompletas y desordenadas e insatisfacción de los usuarios. Hechos atribuibles en gran medida a el crecimiento en la cobertura poblaciones y que administrativamente dificulta el otorgamiento adecuado de los servicios médicos en el sistema Médico Familiar. Afirmando que es necesario e imperativo el orden , la seguridad, precisión y cada vez mayor rapidez en el manejo de la información clínica. A lo que refiere como alternativa el sistema computarizado de registro clínico siglo XXI de las Unidades de Medicina Familiar (1). Sistema automatizado que actualmente se encuentra en uso por diversas instituciones de atención privada para el registro y mejor manejo de la información clínica de los pacientes

Sin embargo una consecuencia relacionada a lo anterior lo representa otra problemática real agregada y que esta íntimamente involucrada al continuo desuso de los métodos clínicos cada vez más frecuente. Con la consecuente pérdida paulatina de cierto tipo de habilidades que obligan al médico a echar mano de otras opciones paraclínicas y que originan la pérdida de la integralidad del paciente en la investigación e identificación de sus problemas. Formándose así un continuum en la práctica clínica del Médico Familiar donde a pesar de la lógica formal y científica de las técnicas o métodos clínicos, resulta en muchos casos irrealizable su aplicación.(2,3,6)

Actualmente en la literatura reciente se cuenta con múltiples modalidades de registro de datos clínicos en centros de atención primaria; mediante el uso del expediente orientado por problemas y en otros casos diversas técnicas de registro en fase de validación y aplicación. Otras por su parte determinan la importancia del registro automatizado por computadora

mediante programas especializados en la entrevista clínica para el registro y análisis de la información sintomatológica proveniente del paciente en la consulta. Sin embargo no existe al momento algún tipo de instrumento dedicado a identificar por áreas específicas la sintomatología mediante el uso de un cuestionario de autoaplicación al paciente y que determine su participación activa en el proceso de abordaje clínico del mismo (13-34).

Por lo que el propósito del presente estudio es establecer mediante la elaboración y validación de un instrumento de autoaplicación, el rescate y desarrollo más ideal de la técnica por aparatos y sistemas del interrogatorio al evaluar su grado de utilidad en la consulta del Médico Familiar. Evitando consigo el error de la buena memoria del médico o del paciente su aplicación completa y correcta del mismo. Así formando esto parte de su arsenal clínico en el estudio del paciente que acude a sus servicios y tratando finalmente de consolidar su labor en un proceso más científico metodológico que empírico basado exclusivamente en la experiencia personal.(6)

H I P O T E S I S

No requiere hipótesis el estudio al ser de tipo descriptivo y observacional.

O B J E T I V O S

- 1.- Determinar la validez de un instrumento identificador de síntomas en el estudio clínico de consulta de Medicina Familiar en la UMF 21.
- 2.- Evaluar el grado de utilidad de un instrumento identificador de síntomas en la consulta de Medicina Familiar en la UMF 21.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó de Junio a Septiembre de 1998 un estudio de tipo prospectivo, transversal, descriptivo y observacional en la Unidad de Medicina Familiar 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social para saber el grado de utilidad de un instrumento identificador de síntomas en la consulta de Medicina Familiar (como variable dependiente). En función de los siguientes indicadores de la variable independiente.

1).- Tiempo que tomó el paciente en contestar el cuestionario de autoaplicación

2).- Tiempo que tomó el médico en la identificación y selección de síntomas

3).- Congruencia entre las respuestas del paciente y lo escrito en el expediente clínico en relación a los síntomas del paciente. Definiendo como congruencia al 50 % o más de la información que coincida entre lo contestado por el paciente en el instrumento y lo escrito por el médico en el expediente en relación a la sintomatología del paciente.

4).- Aceptación del instrumento por parte del Médico Familiar.

5).- Aceptación del instrumento por parte del paciente.

Mediante la aplicación de un cuestionario de autoaplicación a personas que acudan a consulta de Medicina Familiar y las cuales fueran personas de ambos sexos de 18 a 60 años de edad, adscritas a Medicina Familiar en la UMF 21; que supieran leer y escribir; sin discapacidad física o mental para contestar el cuestionario; que aceptaran participar en el estudio. Y así mismo mediante la participación de Médicos Familiares adscritos a la UMF 21 que aceptaran participar en el estudio. Por consiguiente no se incluyeron en el

estudio a aquellas personas que no estuvieran adscritas a Medicina Familiar en la UMF 21; con limitación física o mental para contestar el cuestionario; que no supieran leer o escribir; menores de 18 años de edad o mayores de 60 años de edad. O en su caso Médicos no familiares adscritos a la UMF 21 ó Médicos Familiares no adscritos a la UMF 21. Se eliminaron del estudio a aquellas personas que no aceptaran la aplicación del cuestionario; que no contestaran en su totalidad el mismo o que no comprendieran el proceso de aplicación del instrumento. Y en el caso de los Médicos Familiares aquellos que no aceptaran participar en el estudio; que no contestaran el cuestionario en su totalidad o que no hayan comprendido la dinámica de aplicación del cuestionario.

Se escogieron a 64 pacientes a partir del cálculo del tamaño de la muestra realizado en el diseño estadístico. Siendo obtenidos mediante muestreo probabilístico aleatorio estratificado de la siguiente manera; existiendo 64 consultorios de Medicina Familiar de ambos turnos. De cada 10 pacientes de la lista de consulta (40-30-6) se eligió un paciente por cada consultorio por el Médico Familiar correspondiente, el cual cumpliera con los criterios de elegibilidad (asignación aleatoria). Por lo que se requirió para cada paciente elegido un Médico Familiar de su consultorio. Es decir participaron 64 Médicos Familiares para elegir a 64 pacientes de la muestra.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo de la siguiente manera:
(VER ANEXO)

- 1.-Se pide a los 64 Médicos Familiares su participación en el estudio.
- 2.-Cada Médico Familiar elige a un paciente de acuerdo a la metodología descrita previamente de muestreo.

3.-El Médico Familiar le da un cuestionario al paciente elegido para que lo conteste mientras espera su consulta.

4.-Se toma el tiempo de manera ciega de resolución del cuestionario en el paciente por parte del investigador.

5.-El paciente al pasar a su consulta da el cuestionario resuelto al médico para que este lo lea e identifique la sintomatología actual del mismo.

6.-El Médico Familiar elige los síntomas cardinales o importantes para él y los aborda.

7.-Se toma tiempo de manera ciega en la identificación, elección y abordaje de los síntomas por el médico por parte del investigador.

8.-Se recaban los cuestionarios de cada consultorio al concluir su aplicación por parte del investigador.

9.-Se coteja por parte del investigador cada cuestionario con los datos anotados en el expediente de manera ciega para determinar la congruencia entre lo referido en el instrumento y lo establecido en la nota médica. Considerando congruencia si los datos son compatibles entre un documento y otro en un 50 % o más de la información que coincida entre ambos.

10.-Se recaba la información obtenida, se realiza conteo y tabulación de la misma y se procede a calcular las medidas de resumen correspondientes establecidas en el diseño estadístico.

La validación del cuestionario previa a su aplicación se llevó a cabo mediante la obtención de la validez de contenido, de constructo y de criterio para cuestionarios de la siguiente manera:

1.-Se consulta a 3 expertos o especialistas relacionados con cada una de las áreas de aparatos y sistemas para determinar la validez de contenido del cuestionario mediante consenso o mayoría.

2.-Se aplicó el cuestionario a 10 pacientes de ambos turnos mediante prueba piloto que cumplieran con los criterios de elegibilidad usando muestreo no probabilístico incidental para evaluar el tiempo de su aplicación y su validez de constructo.

3.-Se eligieron de manera aleatoria simple a 10 Médicos Familiares usando tabla de números aleatorios de ambos turnos mediante prueba piloto para determinar su aplicabilidad y contenido del instrumento con el fin de obtener su validez de criterio.

4.-Posteriormente se revisó el contenido y formato del cuestionario en función de las recomendaciones en el estudio piloto y de los expertos, cuyas características cubran los siguientes aspectos:

*Número de preguntas mínimo necesarias por cada aparato o sistema.

*Preguntas estructuradas cerradas claras sin ambigüedad comprensibles a quien las conteste y de rápida resolución, así como ágil identificación de síntomas para el médico que las analiza.

Para tal efecto fue indispensable contar con los siguientes recursos materiales y humanos:

64 Médicos Familiares. que reúnan los criterios de elegibilidad.

64 pacientes que reúnan los criterios de elegibilidad.

64 copias del formato de instrumento identificador de síntomas para el estudio piloto de validación.

20 copias del formato del instrumento explorador para la fase de aplicación.(VER ANEXO)

Material de papelería y equipo de cómputo.

Investigación cuyo financiamiento estuvo a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Unidad de Medicina Familiar 21.Siendo algunas de las consideraciones éticas aplicables al estudio las siguientes:

1.-Se le informó al paciente las características y finalidad del estudio antes de su participación (consentimiento informado verbal).

2.-Este estudio no representó algún riesgo o peligro a la integridad del paciente ni de su estado de salud.

3.-La información obtenida es de carácter confidencial y personal.

DISEÑO ESTADISTICO

Se obtuvo el tamaño de la muestra de los pacientes a participar en el estudio mediante el uso de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

donde:

n = tamaño de la muestra mínima requerida estadísticamente.

Z^2 = significancia utilizada (0.05) es decir 1.96 en ambas colas de distribución de la curva.

p = proporción que posee la característica de interés en la población (85 % de alfabetismo en la región), es decir .85 *

q = característica complementaria (15 %), es decir .15

N = población a estudiar, es decir 48682 personas de 18 a 60 años en la UMF 21.**

d = precisión con que se generalizan los resultados (10 %), es decir .10

FUENTE.-* INEGI 1995.

**Archivo ARIMAC UMF 21 1997.

SUSTITUYENDO;

n=48.9.

Es decir 50 pacientes como mínimo necesario. Para este estudio se tomaron un total de 64 pacientes

VARIABLES del estudio.

VARIABLE DEPENDIENTE CUALITATIVA.- Grado de utilidad de un instrumento identificador de síntomas. Se requirió escala cualitativa ordinal (ver cuadro 3) en función de los siguientes indicadores:

VALORACION DEL GRADO DE UTILIDAD DEL INSTRUMENTO

ESCALA

ORDINAL

GRADO DE UTILIDAD	% ACEPTACION DE UTILIDAD		TIEMPO		CONGRUENCIA DE SINTOMAS ENTRE EL INSTRUMENTO Y EL EXPEDIENTE
	PACIENTE	MEDICO	PACIENTE	MEDICO	
UTIL	75-100%	75-100%	<15'	<7'	>90%
POCO UTIL	50-75%	50-75%	15-20	7-10'	50-90%
NO ÚTIL	<50%	<50%	>20'	>10'	<50%

CUADRO 3.- VARIABLES

VARIABLE CUANTITATIVA

Tiempo de resolución del instrumento por parte del paciente

Tiempo que tomó el médico en la identificación y selección de los síntomas

Requiriéndose escala cuantitativa continua de razón

Por lo que se emplearon las siguientes medidas de resumen:

Media.

Moda.

Promedio.

Desviación estándar.

De manera alternativa se empleo la prueba de hipótesis prueba de t y varianza para comparar ambos turnos matutino y vespertino.

VARIABLE CUALITATIVA

Congruencia entre las respuestas del paciente en el cuestionario y lo escrito en el expediente clínico por el médico en relación a los síntomas del paciente.

Aceptación del instrumento por parte del paciente.

Aceptación del instrumento por parte del Médico Familiar

Requiriéndose escala cualitativa nominal

Por lo que se emplearon las siguientes medidas de resumen:

Razones.

Proporciones.

Porcentajes.

De manera alternativa se empleo la prueba de hipótesis CHI CUADRADA para comparar ambos turnos matutino y vespertino.

R E S U L T A D O S

En la etapa piloto de validación se aplicaron 10 cuestionarios a pacientes obteniéndose un tiempo para contestarlo de $9.13 \pm 3.19'$ y modificándose en 3 ocasiones el formato del cuestionario por parte de los expertos por una mayoría (validez de contenido). A los 10 Médicos Familiares que se consultaron acerca del formato y contenido del cuestionario para determinar su validez de criterio se determinó una modificación adicional del mismo por consenso. En el caso de la validez de constructo no se realizaron modificaciones

De la muestra de 64 apacientes inicialmente elegida se aplicó el cuestionario a 54 pacientes (84.3 %), es decir 27 para cada turno y los 10 restantes (18.5 %) fueron excluidos. Siendo 4 del turno matutino por estar contestados de manera incompleta y uno más por no cumplir el paciente los criterios de elegibilidad. Del turno vespertino 3 fueron contestados de manera incompleta, en un solo caso el Médico Familiar no aceptó su participación y uno más donde el paciente no cumplió con los criterios de elegibilidad.

De los 54 cuestionarios aplicados un total de 34 (62.9 %) correspondieron al sexo femenino y 20 (37.0 %) al sexo masculino.

En cuanto a la congruencia entre lo referido en el instrumento y lo anotado en el expediente clínico, en 50 casos (92.5 %) existió dicha congruencia, es decir 50 % o más de la información coincidió entre lo contestado en el cuestionario por parte del paciente y lo referido en la nota médica por parte del médico para cada caso.

En cuanto a la aceptación del instrumento por parte del paciente en 50 casos (92.5 %) si lo aceptaron como método útil en la consulta y 4 (7.4 %) no lo aceptaron, obteniéndose una razón de 12.5. Es decir que de cada paciente que no lo aceptó 12 si lo aceptaron. No existiendo diferencia significativa entre ambos turnos $\text{CHI CUADRADA}=1.08 \text{ gl}=1 \text{ p}<0.05$.

En cuanto a la aceptación del instrumento por parte del Médico Familiar, en 43 casos (76.6 %) si los aceptaron como método útil en su consulta y en 11 casos (20.37 %) no lo aceptaron. Obteniéndose una razón de 3.9, es decir que de cada médico que no lo aceptó 4 si lo aceptaron. No existiendo diferencia estadística entre ambos turnos. $\text{CHI CUADRADA}=0.1 \text{ gl}=1 \text{ p}<0.05$.

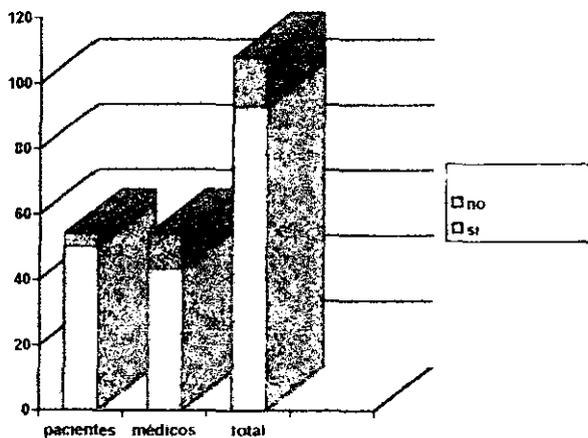
ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

**ACEPTACIÓN DE UTILIDAD DEL CUESTIONARIO EN LA CONSULTA POR
PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR Y PACIENTE
AMBOS TURNOS
U.M.F. No. 21
1998**

ACEPTACION

ENCUESTADO	SI	NO	TOTAL
PACIENTE	50	4	54
%	92.5	7.4	100
MEDICOS	43	11	54
%	79.61	20.37	100
TOTAL	93	15	108
%	86.11	13.18	100

GRAFICA 1



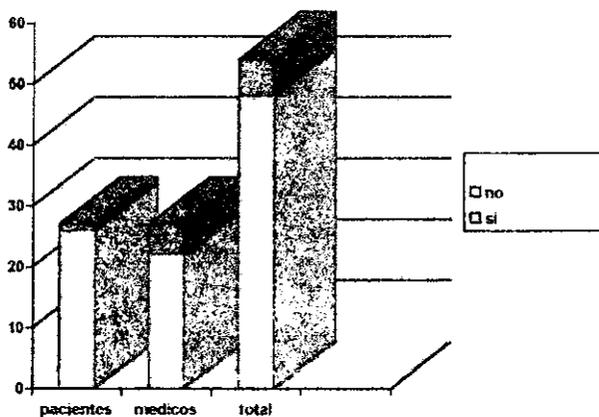
Fuente: Instrumento identificador de síntomas

**ACEPTACIÓN DE UTILIDAD DEL CUESTIONARIO EN LA CONSULTA POR
PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR Y PACIENTE
TURNO MATUTINO
U.M.F. No. 21
1998**

ACEPTACION

ENCUESTADO	SI	NO	TOTAL
PACIENTE	26	1	27
%	96.29	3.7	100
MEDICOS	22	5	27
%	81.48	18.51	100
TOTAL	48	6	54
%	88.88	11.11	100

GRAFICA 2



RAZÓN PACIENTE – 8

RAZÓN MEDICOS – 3.5

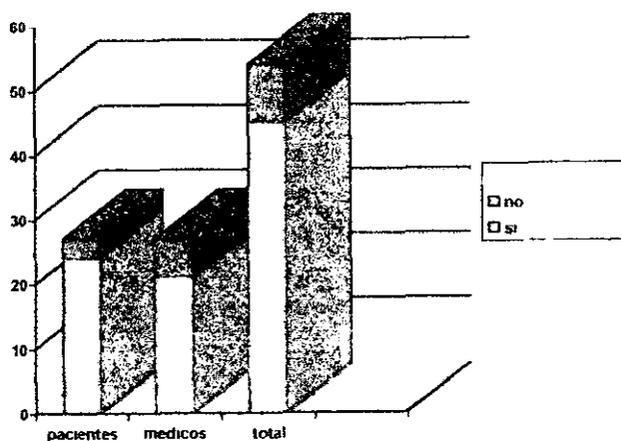
Fuente: Instrumento identificador de síntomas

**ACEPTACIÓN DE UTILIDAD DEL CUESTIONARIO EN LA CONSULTA POR
PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR Y PACIENTE
TURNO VESPERTINO
U.M.F. No. 21
1998**

ACEPTACION

ENCUESTADO	SI	NO	TOTAL
PACIENTE	24	3	27
%	88.8	11.11	100
MEDICOS	21	6	27
%	77.7	22.2	100
TOTAL	45	9	54
%	83.3	33.3	100

GRAFICA 3



RAZON: PACIENTE = 8

RAZON: MEDICOS = 3.5

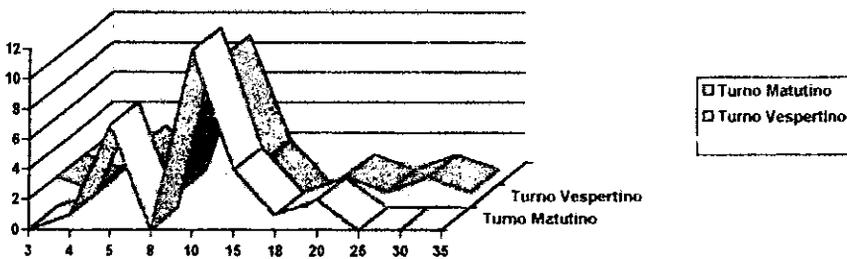
Fuente: Instrumento identificador de sintomas

En cuanto al tiempo de resolución del cuestionario por parte de paciente se obtuvo un promedio de $\bar{X}=11.4 \pm 6.9$ $n=54$ Media=10 Moda= 10. Obteniendose entre ambos turnos una igualdad de varianzas $F=3.4$ $gl=1, t=1.36$ $gl=52$ $p<0.05$. Por tanto no existió varianza entre ambos turnos.

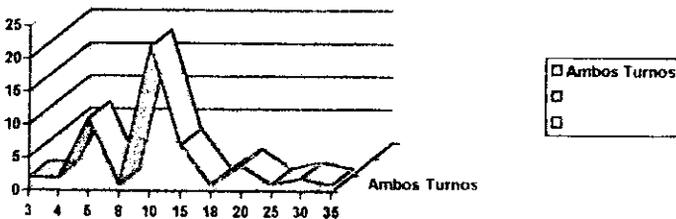
TIEMPO DE CONTESTACIÓN DEL CUESTIONARIO POR PARTE DEL PACIENTE
EN LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR

U.M.F. No. 21
1998

GRAFICA 4



MATUTINO: $\bar{X} = 10.25 \pm 4.6$ $n = 27$ MEDIA = 10, MODA = 10
VESPERTINO: $\bar{X} = 12.7 \pm 8.5$ $n = 27$ MEDIA = 10, MODA = 10



AMBOS TURNOS: $\bar{X} = 11.48 \pm 6.9$ $n = 54$ MEDIA = 10, MODA = 10

Fuente: Instrumento identificador de síntomas

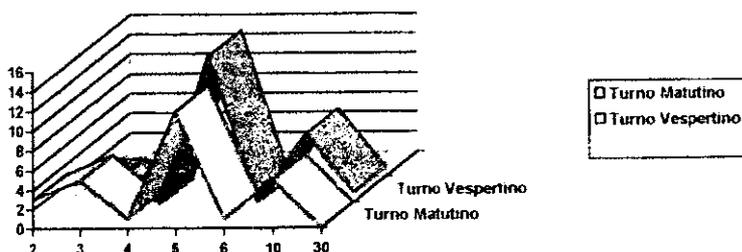
En cuanto al tiempo de identificación y selección de síntomas por parte del Médico Familiar se obtuvo un promedio de $\bar{X}=6.03 \pm 4.17$ $n=54$ Media=5 Moda=5. Obteniéndose entre ambos turnos una igualdad de varianzas $F=4.32$ $gl=1$ $t=1.6$ $gl=52$ $p<0.05$. Por tanto no existió varianza entre ambos turnos.

TIEMPO DE ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO POR PARTE DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA CONSULTA

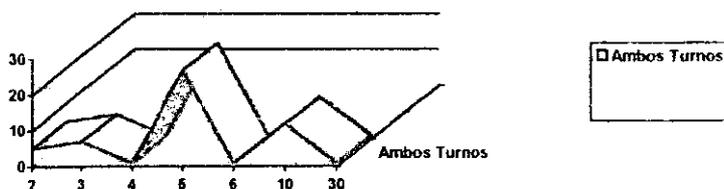
U.M.F. 21

1998.

GRAFICA 5



MATUTINO: $\bar{X} = 5.2 \pm 2.5$ $n = 27$ MEDIA = 5, MODA = 5
 VESPERTINO: $\bar{X} = 6.8 \pm 5.2$ $n = 27$ MEDIA = 5, MODA 5



AMBOS TURNOS: $\bar{X} = 6.03 \pm 4.17$ $n = 54$ MEDIA = 5, MODA = 5

Fuente: Instrumento identificador de síntomas

El grupo etéreo dónde se mostró mayor utilidad del instrumento en cuanto a tiempo fue el promedio entre 18 y 40 años de edad al ser más homogéneo (VER CUADRO 4).

**COMPORTAMIENTO DE RESULTADOS DE ACUERDO A GRUPO
ETÉREO UMF No. 21 1998**

PACIENTES TURNO VESPERTINO:			
GRUPO DE EDAD	\bar{X}	AMPLITUD	MEDIANA
DE 18 A 20	8		
DE 21 A 30	12.1	21	10
DE 31 A 40	11	17	10
DE 41 A 50	11.4	30	15
DE 51 A 60	6.3	6	5
PACIENTES TURNO MATUTINO:			
	\bar{X}	AMPLITUD	MEDIANA
DE 18 A 20	10	0	10
DE 21 A 30	8	11	7.5
DE 31 A 40	8.75	10	10
DE 41 A 50	13	10	10
DE 51 A 60	14.5	15	16.5

CUADRO 4

FUENTE: INSTRUMENTO IDENTIFICADOR DE SINTOMAS

En 20 casos (37 %) de los Médicos Familiares se manifestó que el instrumento puede tener debilidades en cuanto a su aplicabilidad por:

A).-Diversificación del padecimiento actual.

B).-Debilitamiento de la relación médico paciente.

C).-Referencia de síntomas no actuales en muchas ocasiones.

D).-Pérdida de tiempo en su aplicación.

E).-Distorsión del paciente en las respuestas al confundirse en las preguntas o en la dinámica de aplicación.

En el resto de los casos (63 %) consideraron su utilidad apropiada en cuanto qué:

A).-Explora de manera completa la gama de síntomas que el paciente olvida mencionar en su consulta y favorece consultarlos en el momento de su entrevista.

B).-Ayuda a dirigir y obviar la consulta al obtener los datos positivos de la sintomatología de los pacientes.

C).-Es útil ya que promueve la participación interactiva del paciente en su proceso de diagnóstico.

CONCLUSIONES

El cuestionario de autoaplicación es aceptado tanto por el paciente como por el Médico Familiar en su mayoría y presentándose de manera congruente el 50 % o más de la información contestada por el primero en relación a la información depositada en el expediente clínico por el segundo en más del 90 % de los casos. Para tal efecto le tomo menos de 15 minutos al paciente contestarlo mientras espera su consulta y aproximadamente 5 minutos al Médico Familiar revisar sus respuestas durante la consulta. Por lo que en función de nuestra variable dependiente, es decir el grado de utilidad del instrumento, puede considerarse como útil (Ver cuadro 3). Sin embargo no en todos los grupos etéreos tal evento se comportó de manera homogénea (ver cuadro 4), por lo que su utilidad resultaría limitada bajo ciertas circunstancias tales como la edad del paciente o inclusive el grado de escolaridad del mismo. Por tanto este cuestionario requiere de una segunda fase de estudio o de prueba llamada de consistencia. Donde bajo ciertas características se trate de reproducir tales circunstancias o eventos debilitantes para establecer el grado de constancia repetida de utilidad del instrumento mediante la comparación de variables.

Por otra parte la viabilidad y factibilidad en cuanto a su uso en la consulta de Medicina Familiar es evidente, ya que no se consume gran tiempo en su aplicación y es aceptado de manera general por el paciente y el Médico Familiar. Contribuyendo de manera importante en la participación interactiva del paciente en su abordaje clínico y en la toma de decisiones basadas en la evidencia e información clínicas por parte del médico. Aunque hay que considerar que existen debilidades en su aplicación relacionadas con la

comprensión más precisa de su uso tanto del paciente como del médico. La importancia del interrogatorio clínico como método representa la piedra angular para tal efecto. Todo esto como parte del intento de aproximar y rescatar los procedimientos y métodos clínicos a la consulta Médico Familiar institucionalizada de 10 minutos en beneficio directo del abordaje integral y completo de los pacientes.

SUGERENCIAS

Dentro de las líneas de investigación en la Unidad de Medicina Familiar 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social debería contemplarse el área de clinimetría o métodos clínicos de abordaje. Ya que podrían promoverse investigaciones tendientes a mejorar el estudio integral y familiar del paciente mediante el diseño de estrategias novedosas que compartan la dura tarea del Médico Familiar de atender a una población cada vez más creciente y la posibilidad de brindar una mejor atención médica en función de los recursos clínicos existentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar Editorial Medicina Familiar Mexicana 5a Ed. México 1998 pp 91-102.
- 2.- Lifshitz A. La confianza en un diagnóstico. Rev. Med. IMSS 1996; 34 (3): 183-87.
- 3.- Lifshitz A: Bases del Razonamiento Clínico. Cap. V 1995.Ed.Trillas pp 43-51.
- 4.- Hinich H. El expediente clínico orientado por problemas. Rev. Fac. Med. UNAM 32 (9) Abril- Junio 1996: 55-57.
- 5.- Shires DB. Medicina de familia. Ed. Trillas Cap. VII pp 43-50.
- 6.- Lifshitz A. La práctica de la Medicina clínica en la era tecnológica. Fac. Med. UNAM. Parte I y V, 1997.
- 7.- Laredo SF. La clínica como idioma. Temas de medicina Interna. Asoc.Med. Int. Mex. 1995 pp 9-12.
- 8.- Romero ER. Razonamiento lógico del diagnóstico. Temas de medicina Interna. Asoc. Med. Int. Mex. 1995 pp 33-43.
- 9.- Romero ER. Validación de pruebas diagnósticas. Temas de Medicina Interna. Asoc. Med. Int. Mex. 1995 pp 13-16.
- 10.- Rendón ME et al. La importancia del interrogatorio y exploración física para el diagnóstico clínico pediátrico. Gac. Med. Mex; 132 (4) : 367-375.
- 11.- Viniestra AO. Repercusiones de la experiencia en el razonamiento diagnóstico. Temas de Medicina Interna. Asoc. Med. Int. Mex. 1995 pp 19-25.

- 12.- Marcos MG. La utilidad del expediente clínico en investigación retrospectiva en la UMF 21. Tesis especialidad: 7-10 1997.
- 13.- Chaung HL et al. Reliability and validity of the Cambodian version of the 28 item general health survey collected by mail versus telephone interview result from a national survey. *Med. Care* 1994 82 (6): 551-67.
- 14.- McHorney CA. Comparison of the costs and quality of norms of the SF=36 health survey questionnaire. *Soc. Psyq. and Phys. Epidemiol.* 1994. 151 (5): 726-31.
- 15.- Gulbrandens et al. Validation of a French language version of the MOS 36 item Short form health survey (SF-36) in young healthy adults. *J. Clin. Epidemiol.* 1995. Ago 48980: 1051-60.
- 16.- Stuart GW. The factor structure of the Turkish version of the General Health Questionnaire. *Int. Soc. Psyq.* 1993: 39 (4): 272-84.
- 17.- Nagata K. Difference of the 28 item General Health Questionnaire scores between Japanese high school and university students. *Jpn. J. Psyq;* 47 (3): 575-83.
- 18.- Hayes G. Medical records. Present and future. *FRAC. AMIA. ANNU. Fall Symp.* 1996; 454-6.
- 19.- Watson EK. Telephone administration of the SF-36 item General Health survey validation studies and populations norms for adults in Queeneland. *Aust. NZJ. Public Health* 1996; 20 (4): 359-69.
- 20.- Wolinsky A. A messearument model of the medical outcomes studies 36 item SF health survey in a clinical sample of disadvantaged older black and white men and women. 1996; 34 (6): 537-48.

- 21.- Tange H. How to approach the structuring of the medical record? Towards a model for flexible access to free text medical data. *Int. J. Biomed. Comput.* 1996; 42 (1-2): 27-34.
- 22.- Hayes V. The SF 36 item health survey questionnaire, is it suitable for use with older adults? *Age, ageing* 1995 24(2):120-5.
- 23.- Ludwig CA. Problem list in computer-based patient records. *Schweiz Rundsch. Med. Prax.* 1997 Jan 14; 85 (3): 55-8.
- 24.- Zelingher J. Categorization of the free text problem lists; an effective method of capturing clinical data. *Proc. Annu. Symp. Comput. Appl. Med. Care.* 1995: 416-20.
- 25.- Genaiger RA. AGOP a new method and tools for capturing a clinical encounter. *Proc. Annu. Symp. Comput. Appl. Med. Care.* 1995: 142-8.
- 26.- Larimore WL. SOAP to SNOCAMP improving the medical record format. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1995 Sep. 43 (9) 1030-4.
- 27.- Ferrer TL et al. Informatics support to medical diagnosis general information obtained from a first structure contact with the patient. *Med. Clin. Bard* 1997 Mar; 108 (8); 286-92.
- 28.- Bassoe L. Automatic text analysis of medical records. *TNL.* 1994 Jun; 114 (17): 1974-8.
- 29.- Brosseau G. Integrated clinical information system. *Med. Info.* 1995; 8 pt 1:459.
- 30.- McDermott DA. Clercking tool for the patient record system. *Med. Info.* 1995 8 pt 2: 1664.
- 31.- Donnelly WO. Taking suffering seriously; a new role for the medical case history. *Acad. Med.* 1996 Jul. 71 (7): 730-7.

- 32.- Saimond P. Taking the problem oriented medical record forward. Prop. AMIA ANNU. Fall Symp. 1996: 463-7.
- 33.- Kluge EU. The medical record narration and history as a path trough patient data methods. Inf.med. 1996 Jun 35 (2): 88-92.
- 34.- Foppa I. The relation of the reported symptoms to social, individual and behavioral indicators of ill-health; is the number of reported symptoms a unique general dimension of ill-health? J. Clin. Epidemiol. 1995 Ago 48: 1051-60.
- 35.- Abreu M. Fundamentos del diagnóstico Parte I Ed. Salvat México 1988.
- 36.- Batló S. Semiología médica y técnica exploratoria. Ed. Salvat 4a edición México 1986.
- 37.- Diagnóstico de salud UMF 21 IMSS 1997.

A N E X O S.

ANEXO

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y marque con una "X" en el círculo de adelante la molestia o problema que presenta EN ESTE MOMENTO.

Sexo: HOMBRE () MUJER () EDAD _____

SINTOMAS GENERALES

- | | | | |
|---|-----|--|-----|
| 1.- Tiene cambios en su peso | () | 4.- Siente calofríos. | () |
| 2.- Aumento o disminución del apetito | () | 5.- Siente debilidad, cansancio o fatiga | () |
| 3.- Tiene sudoración anormal (excesiva) | () | 6.- Tiene fiebre | () |

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

- | | | | |
|---|-----|--|-----|
| 1.- Problemas para ver bien: de cerca o lejos | () | 14.- Estomudo excesivo | () |
| 2.- Lagrimeo anormal o excesivo | () | 15.- Nariz congestionada o tapada | () |
| 3.- Dolor o comezón en los ojos | () | 16.- Problemas para oír bien | () |
| 4.- Amanece con lagaña en los ojos | () | 17.- Zumbido o escucha ruido en oídos | () |
| 5.- Ve doble las cosas | () | 18.- Dolor en alguno de los oídos | () |
| 6.- No tolera la luz | () | 19.- Salda sangre o líquido por el oído | () |
| 7.- Se le inflaman o se le hinchan los ojos | () | 20.- Siente mareo | () |
| 8.- No identifica bien los colores | () | 21.- Problemas para distinguir sabores | () |
| 9.- Ve luces de colores | () | 22.- Dolor o ardor en la lengua | () |
| 10.- Problemas para distinguir olores | () | 23.- Tiene dolor o sangrado en encías | () |
| 11.- Siente dolor en la nariz | () | 24.- Tiene dolor en algún diente o muela | () |
| 12.- Siente comezón en la nariz | () | 25.- Nota color rojo en los ojos | () |
| 13.- Tiene sangrado o escurrimiento frecuente en la nariz | () | | |

CARDIORESPIRATORIO

- | | | | |
|---|-----|--|-----|
| 1.- Siente sofocación o falta de aire | () | 8.- Tiene tos seca | () |
| 2.- Siente dolor intenso en el pecho | () | 9.- Tiene tos con flema | () |
| 3.- Siente su latido en el pecho muy intenso | () | 10.- Escupe sangre | () |
| 4.- Se desmaya frecuentemente | () | 11.- Cuando respira le duele el pecho | () |
| 5.- Se le hinchan los pies o piernas fácilmente | () | 12.- Escucha silbidos o burbujeo en su pecho | () |
| 6.- Siente dolor de garganta | () | 13.- Nota que se ponen morados labio o lengua | () |
| 7.- Tiene la voz ronca | () | 14.- Tiene que dormir con varias almohadas o sentado para no ahogarse por las noches | () |

HEMOLINFATICO

- | | | | |
|--|-----|--|-----|
| 1.- Siente que tiene problemas con su coagulación o cicatrización de heridas | () | 3.- Nota salida de moretones sin golpearse | () |
| 2.- Nota bolitas en el cuello, axilas o ingles | () | 4.- Nota mayor palidez en su piel | () |
| | | 5.- Se le hincha alguna parte del cuerpo | () |

DIGESTION

- | | | | |
|--|-----|---|-----|
| 1.- Tiene mal aliento | () | 13.- Obra con mucosidad | () |
| 2.- Tiene problemas al masticar alimentos | () | 14.- Siente dolor o pujo cuando obra | () |
| 3.- Siente dolor-dificultad para pasar alimento | () | 15.- Se siente con ganas de seguir obrando cuando termina | () |
| 4.- Siente agruras frecuentemente | () | 16.- Expulsa frecuentemente gases por el ano | () |
| 5.- Siente que le regresa el alimento a la boca | () | 17.- Siente dolor en el vientre | () |
| 6.- Siente ganas de vomitar | () | 18.- Tiene frecuentemente hipo | () |
| 7.- Tiene vómito | () | 19.- Se siente lleno-inflado-aventado de vientre | () |
| 8.- Tiene diarrea | () | 20.- Coloración amarillo-verdosa en ojos o piel | () |
| 9.- Tiene diarrea | () | 21.- Tiene comezón en el ano | () |
| 10.-Tiene estreñimiento | () | 22.- Nota crecimiento anormal del vientre | () |
| 11.-Nota cambio de coloración en la popo (más pálida, más oscura o como pozos de café) | () | 23.- Vomita con sangre | () |
| | | 24.- Ha obrado con lombrices | () |
| | | 25.- Siente ardor-vacio en boca del estómago | () |

UROGENITAL

- | | | | |
|--|-----|--|-----|
| 1.- Siente dolor, ardor, comezón o dificultad para orinar | () | 16.- Tiene problemas al tener relaciones sexuales (dolor,ardor,sangrado,insatisfac. | () |
| 2.- Nota cambios en la coloración de la orina | () | 17.- Ha tenido problemas para procrear hijos | () |
| 3.- Orina con sangre | () | 18.- Siente dolor en la parte baja de la espalda | () |
| 4.- Orina con espuma | () | SOLO PARA HOMBRES | |
| 5.- Nota olor más desagradable en la orina | () | 19.- Nota que el chorro de la orina es por partes | () |
| 6.- Orina a cada ratito y no puede aguantarse | () | 20.- Nota que tarda para empezar a orinar | () |
| 7.- Se queda con ganas de seguir orinando cuando termina | () | 21.- Nota crecimiento en sus pechos | () |
| 8.- Orina más veces en la noche que en el día | () | 22.- Tiene eyacuación con sangre. | () |
| 9.- Puja mucho al orinar | () | SOLO PARA MUJERES | |
| 10.-Nota que se le sale la orina sin querer al toser, pujar o reír | () | 23.- Si está embarazada ahorita, tiene problemas con su embarazo | () |
| 11.-Siente dolor en sus genitales | () | 24.- Nota salida de liquido-sangre por pezones | () |
| 12.-Siente comezón en sus genitales | () | 25.- Nota pezones hundidos | () |
| 13.-Nota abultamientos o tumoraciones en genitales | () | 26.- Le duelen con frecuencia sus pechos | () |
| 14.-Observa problemas de la piel en sus genitales (granos,úlceras,verrugas o llagas) | () | 27.- Observa cambios anómalos en pechos (bolas, abultamientos, cambios de coloración diferencia en el tamaño o la forma) | () |
| 15.-Tiene salida de pus-sangre por donde orina | () | 28.- Tiene problemas con su menstruación | () |
| | | 29.- Tiene flujo abundante vaginal de mal olor | () |

ENDOCRINO

- | | | | |
|--|-----|---|-----|
| 1.- Siente más sed de lo habitual | () | 8.- Observa que tiene el cabello más reseco o quebradizo | () |
| 2.- Nota que orina más de lo habitual | () | 9.- Se le cae el cabello con facilidad | () |
| 3.- Siente que no tolera el frío como los demás | () | 10.- Tiene uñas quebradizas | () |
| 4.- Siente que no tolera el calor como los demás | () | 11.- Siente bochomos | () |
| 5.- Observa crecimiento del cuello | () | 12.- Si es mujer, le sale vello grueso en pierna barba o bigote | () |
| 6.- Nota salida anormal de leche por pezones | () | 13.- Tiende con facilidad a engordar o adelgazar | () |

OSTEOMUSCULAR

- | | | | |
|--|-----|---|-----|
| 1.- Siente dolor en músculos | () | 5.- Tiene dificultad al caminar | |
| 2.- Siente dolor en coyunturas o huesos | () | 6.- Tiene dificultad o dolor para hacer algún movimiento del cuerpo | () |
| 3.- Nota hinchazón en coyunturas | () | 7.- Siente rigidez o atoramiento de alguna coyuntura | () |
| 4.- Nota deformidad en alguna parte del cuerpo | () | 8.- Escucha o siente tronidos en alguna coyuntura | () |

VASCULAR PERIFERICO

- | | | | |
|--|-----|---|-----|
| 1.- Tiene várices en sus piernas | () | 4.- Se le ponen moradas las manos o los pies | () |
| 2.- Tiene heridas infectadas | () | 5.- Siente dolor intenso en la punta de los dedos de las manos cuando toca el agua fría | () |
| 3.- Nota salida de úlceras o llagas en pies o pierna | () | | |

DERMATOLOGICO

- | | | | |
|---|-----|---|-----|
| 1.- Siente comezón en la piel | () | 3.- Observa cambios en la forma o tamaño de lunares | () |
| 2.- Nota cambios anormales en su piel como: cambio de coloración, granos, ronchas, úlceras, salpullido, verrugas, abultamientos, bolas o llagas | () | 4.- Se le despelleja la piel en alguna parte | () |
| | | 5.- Le han picado insectos | () |
| | | 6.- Tiene mordedura de animales | () |

NEUROPSIQUIATRICO

- | | | | |
|--|-----|--|-----|
| 1.- Siente dolor de cabeza | () | 10.- Se siente triste o llora con facilidad | () |
| 2.- Tiene falta de fuerza o parálisis en alguna parte | () | 11.- Se siente ansioso o nervioso fácilmente o con mucha frecuencia | () |
| 3.- Siente calambres, hormigueo, punzadas en alguna parte de su cuerpo | () | 12.- Tiene problemas familiares | () |
| 4.- Tiene convulsiones o ataques | () | 13.- Tiene cambios de conducta anormales (agresivo, miedos, culpas, ve o escucha cosas que los demás no ven ni oyen) | () |
| 5.- Duermes mucho o duermes poco | () | 14.- Ha intentado quitarse la vida | () |
| 6.- Tiene problemas para hablar-decir palabras | () | 15.- Tiene deseos de matar o hacerte daño a alguien | () |
| 7.- Tiene temblores o movimientos anormales en alguna parte del cuerpo | () | 16.- Se orina en la cama | () |
| 8.- Siente que pierde el equilibrio (se cae) de pie | () | 17.- Le gusta siempre estar solo | () |
| 9.- No siente alguna parte de su cuerpo | () | | |

1.- NOMBRE DEL PACIENTE: _____ No. DE AFILIACION _____

2.- ¿CUÁL ES SU OPINION COMO PACIENTE DEL USO DEL CUESTIONARIO EN LA CONSULTA?

3.- ¿CUÁL FUE EL TIEMPO APROXIMADO QUE LE LLEVO USAR O ANALIZAR EL CUESTIONARIO?

4.- ¿CÓMO MEDICO CUAL ES SU OPINION DE LA UTILIDAD PRACTICA EN SU CONSULTA DEL USO DEL CUESTIONARIO.

TESIS BOLIYAR

bolívar 200 col. obrera tel. 578 6866

sucursal iztapalapa metro constitución tel. 614 1595

TESIS URGENTES