

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD SEDE DE MEDICINA FAMILIAR No.53

ZAPOPAN, JALISCO

**“APTITUD CLINICA EN MEDICOS FAMILIARES DE CONSULTA
EXTERNA DE LA U.M.F. 49 DEL I.M.S.S. EN ENFERMEDADES
CRONICO DEGENERATIVAS”**

**TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

Dra. MINERVA QUESADA ANDRADE

ZAPOPAN, JALISCO

2009



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.

**“APTITUD CLINICA EN MEDICOS FAMILIARES DE CONSULTA
EXTERNA DE LA U.M.F. 49 DEL I.M.S.S. EN ENFERMEDADES
CRONICO DEGENERATIVAS”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

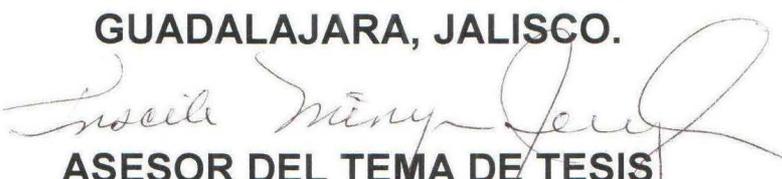
PRESENTA

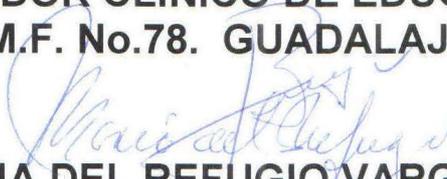
MINERVA QUESADA ANDRADE

AUTORIZACIONES


**DRA. MARIA ELENA HERNADEZ VAZQUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
U.M.F. No. 53. GUADALAJARA, JALISCO.**


**ASESOR DE METODOLOGICO DE TESIS
DRA. CLARA LUZ GUTIERREZ RUVALCABA
MEDICO FAMILIAR DE LA UMF No.78
GUADALAJARA, JALISCO.**


**ASESOR DEL TEMA DE TESIS
DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUC. E INV. MEDICA
EN LA U.M.F. No.78. GUADALAJARA, JALISCO.**


**DRA. MARIA DEL REFUGIO VARGAS ZAMBRANO
COORDINADOR CLINICO DE EDUC. E INV.
MÉDICA U.M.F. No. 53. GUADALAJARA, JALISCO**

GUADALAJARA, JALISCO

2009

**“APTITUD CLINICA EN MEDICOS FAMILIARES DE CONSULTA
EXTERNA DE LA U.M.F. 49 DEL I.M.S.S. EN ENFERMEDADES
CRONICO DEGENERATIVAS”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

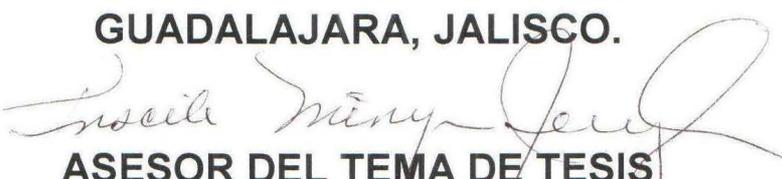
PRESENTA

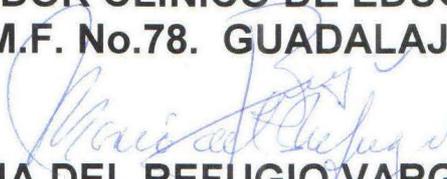
MINERVA QUESADA ANDRADE

AUTORIZACIONES


**DRA. MARIA ELENA HERNADEZ VAZQUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
U.M.F. No. 53. GUADALAJARA, JALISCO.**


**ASESOR DE METODOLOGICO DE TESIS
DRA. CLARA LUZ GUTIERREZ RUVALCABA
MEDICO FAMILIAR DE LA UMF No.78
GUADALAJARA, JALISCO.**


**ASESOR DEL TEMA DE TESIS
DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUC. E INV. MEDICA
EN LA U.M.F. No.78. GUADALAJARA, JALISCO.**


**DRA. MARIA DEL REFUGIO VARGAS ZAMBRANO
COORDINADOR CLINICO DE EDUC. E INV.
MÉDICA U.M.F. No. 53. GUADALAJARA, JALISCO**

GUADALAJARA, JALISCO

2009

**APTITUD CLINICA EN MEDICOS FAMILIARES DE CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF 49 DEL IMSS EN ENFERMEDADES
CRONICO DEGENERATIVAS**

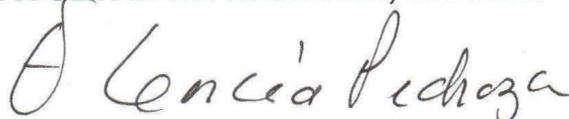
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DRA. MINERVA QUESADA ANDRADE
AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

INDICE

TITULO; APTITUD CLINICA EN MEDICOS FAMILIARES DE CONSULTA EXTERNA
EN ENFERMEDADES CRONICA DEGENERATIVAS DE LA U M. F. No.49 DEL IMSS
EN GUADALAJARA, JALISCO

MARCO TEORICO.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACION	19
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	20
• Objetivo general	
• Objetivo especifico	
METODOLOGIA:	
MATERIAL Y METODOS.....	21
CLASIFICACION DEL ESTUDIO.....	21
GRUPO DE ESTUDIO.....	21
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	21
CRITERIOS DE INCLUSION.....	22
CRITERIOS DE NO INCLUSION.....	22
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	22
LUGAR DONDE SE REALIZO EL PROYECTO.....	23
CONSTRUCCION Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO.....	23
VARIABLES.....	25
APLICACIÓN Y CALIFICACION INSTRUMENTO.....	27
ASPECTOS ETICOS.....	28
RESULTADOS.....	29
TABLAS Y GRAFICOS.....	31
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES.....	39
ANEXOS:	
INSTRUMENTO DE MEDICION.....	43
CRONOGRAMA.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	56

AGRADECIMIENTO

A Dios dedico este trabajo por la oportunidad de seguir viviendo por todo lo otorgado gracias, ya que este trabajo representa la culminación de un objetivo muy personal, de esfuerzo de horas empleadas en la preparación del mismo y todo lo que esta alrededor de el, tanto personal como profesionalmente.

Representa el apoyo de mi madre incondicional a subir ese escalón para satisfacción de ambas, gracias.

A mi hijo por su amor, abrazos y paciencia para el término del mismo, gracias.

A mis asesoras por su empeño de creer en mi y juntas trabajar, si a usted Dra. Priss y Dra. Clarita, gracias.

Así como a todas las personas que durante mi camino han contribuido en el camino de mis estudios y formación, gracias.

Datos de Identificación

Investigador principal

Dra. Minerva Quesada Andrade

Médico Residente de tercer año

Curso de Especialización en Medicina Familiar

Adscripción a Unidad de Medicina Familiar No. 49

Instituto Mexicano del Seguro Social

Asesores del proyecto

Dra. Priscila Mireya Jiménez Arias

Coordinador Clínico de Educación e Investigación Médica

Unidad de Medicina Familiar No. 78

Dra. Clara Luz Gutiérrez Ruvalcaba

Médico Familiar de Unidad Medicina Familiar No. 78

Maestra en Nutrición Humana

Datos Institucionales

Unidad de Medicina Familiar No. 49

Instituto Mexicano del Seguro Social

Delegación Estatal Jalisco

MARCO TEORICO

Antecedentes

Se dice que la medicina es el arte y la ciencia que se ocupa de servir al hombre, de luchar y protegerlo contra sus enfermedades, de aliviar sus sufrimientos, de conservar su salud, de ayudarlo a rehabilitarse y a vivir con la máxima plenitud de sus facultades.¹

La clínica sustento de la practica médica, se refiere al estudio ordenado de las diversas manifestaciones de enfermedad, sean estas reveladas por el interrogatorio, el examen físico o con el apoyo de procedimientos auxiliares, con el propósito de precisar un diagnóstico, aplicar un tratamiento, establecer un pronostico, instituir medidas preventivas o de rehabilitación apropiadas aun paciente en particular

En nuestro análisis entenderemos la palabra APTITUD: La cual comprende la definición de disposición natural o adquirida idónea para un cargo²

Por lo tanto la aptitud clínica implica, la prestancia y disposición en toma dedecisiones clínicas en el beneficio del paciente ³

La aptitud clínica del médico familiar se desarrolla primordialmente por medio de procesos formativos en que se reconoce una educación para la participación. A su vez ésta se entiende como un acto educativo que forma parte del progreso social, que permite la apropiación del conocimiento y que resalta la importancia del manejo de la familia como unidad de análisis del proceso salud enfermedad de la medicina familiar en un modelo de atención. ^{4, 5, 6}

El desarrollo de la aptitud clínica requiere ambientes que propicien la reflexión del médico, así como la crítica de los contenidos temáticos y de la propia experiencia en la adquisición de conocimiento. Sin embargo, esta condición no se refleja en los resultados, por la abrumadora predominancia que tiene la baja aptitud clínica, la cual refleja una clara incapacidad para indagar e interpretar, y que se revela como un indicador de orientación de la disfunción familiar. ^{7,8}

La educación médica en general tiene como objetivo fundamental incrementar la capacidad del médico para resolver problemas de salud.

El impacto del proceso educativo al que el médico familiar ha sido expuesto durante sus años de experiencia laboral puede ser evaluado ala competencia clínica como el objeto de análisis mediante un enfoque participativo de la educación.

La aptitud clínica es una estrategia de indagación estructurada con base a la “problematización” de las situaciones clínicas descritas.

La aptitud clínica siendo una línea de investigación en la cual se han desarrollado instrumentos de medición de ciertas capacidades del médico, que implican reflexión, discriminación entre alternativas, elección y decisión donde pone en juego su propio criterio.⁹

Las enfermedades crónicas o incapacitantes son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que concierne a estas condiciones.

Las enfermedades crónicas tienen las siguientes características:

- Comúnmente estas enfermedades toman un período de tiempo prolongado para que se desarrollen.
- Estas enfermedades ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos.
- Interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima.

Algunas enfermedades degenerativas crónicas pueden prevenirse; es posible minimizar los efectos de alguna enfermedad.

Algunas de estas condiciones son, a saber: enfermedades del corazón y circulatorias, tales como las cardiopatías coronarias, las condiciones de hipertensión, claudicación intermitente; cáncer; diabetes mellitus; accidentes cerebro-vasculares (e.g., apoplejía o derrame cerebral); enfermedades pulmonares; problemas en la espalda baja; enfermedades óseas (e.g., osteoporosis) y reumáticas (e.g., artritis reumatoide, osteoartritis, entre otras); condiciones renales (e.g., nefritis); enfermedades hepáticas (del hígado), entre otras.¹⁰

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Hipertensión arterial

Se considera Hipertensión arterial, cifras de presión sistólica iguales o mayores a 140 mm de hg y/o cifras de presión diastólica iguales o mayores a 90 mm hg, así como a cifras normales de presión arterial en aquellas personas que están recibiendo medicación antihipertensiva

El objetivo de identificar y tratar la hipertensión es reducir el riesgo de enfermedad cardio vascular, así como la morbilidad y la mortalidad asociadas con la enfermedad. Los Factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial son aquellos individuos que en la detección de hipertensión fueron clasificados como normotensos o normotensos altos, se debe realizar estrategias para la prevención primaria de la hipertensión a la población en general y a individuos de alto riesgo para el desarrollar hipertensión.

La presencia de daño a órgano blanco se evaluara a través de exámenes de laboratorio de urea y creatinina la medición de electrolitos, estudio general de orina y electrocardiograma, además de la exploración de pulsos.

El daño a órgano blanco:

- Nefropatía
- Enfermedad arterial periférica
- Retinopatía.

El manejo de la hipertensión arterial será determinado por la presencia o ausencia de daño a órgano blanco de diabetes mellitus y otros factores de riesgo cardiovascular, así como de otra comorbilidad.

La selección del medicamento deberá estar basada en la capacidad del fármaco para reducir la morbilidad y la mortalidad .Ha sido demostrado que el manejo farmacológico es un factor de protección para infartos, eventos coronarios, falla cardiaca, progresión a enfermedad renal y a hipertensión severa

Una vez que el clínico identifica la presencia o ausencia de factores de riesgo cardiovascular y/o daño a órgano blanco, la decisión para el manejo estará basada en la clasificación del paciente con hipertensión ¹¹

**TABLA 1. CLASIFICACION DE LA PRESION ARTERIAL
(SEGÚN CIFRAS)
PARA ADULTOS DE 18 AÑOS O MAS *
(Según VII Reporte del JNC-2003)**

CLASIFICACION PA	PAS MmHg	PAD mmHg
Normal	<120	Y > 80
Prehipertensión	120 a 139	ó 80 a 89
HTA**: Grado 1	140 a 159	ó 90 a 99
HTA**: Grado 2	> 160	ó > 100

* Basadas en el promedio de dos o más lecturas tomadas en cada una de dos o más visitas tras el escrutinio inicial. Cuando la cifra de presión arterial sistólica o diastólica caen en diferentes categorías la más elevada de las presiones es la que se toma para asignar la categoría de clasificación.

** Se clasifica en Grados y no en Estadios como en la anterior edición.¹²

CLASIFICACION ETIOLÓGICA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

A.- Hipertensión arterial esencial o primaria (90 a 95 %)

B.- Hipertensión arterial secundaria (5 a 10 %)

IMPORTANCIA DEL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es necesario tener en cuenta el riesgo que tienen los pacientes hipertensos en relación con las enfermedades cardiovasculares, el cual se determina no sólo por el nivel de su presión arterial sino además por la presencia o ausencia de daño en órganos diana o de otros factores de riesgo como el tabaquismo, la obesidad, la dislipidemias y la diabetes mellitus, entre otros.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HTA

-Tabaquismo

-Dislipidemias

-Diabetes mellitus.

-Edad: Por encima de 55 años (hombres)

Por encima de 65 años (mujeres)

-Historia familiar de enfermedad cardiovascular (Mujeres por debajo de 65 y hombres por debajo de 55 años).

-Inactividad física (Sedentarismo)

-Microalbuminuria o filtrado glomerular < 60 ml/mto

-Obesidad (IMC = o > 30) ¹³

TABLA 2

MANIFESTACIONES DE DAÑO DE ÓRGANOS DIANA

SISTEMA ORGÁNICO	MANIFESTACIONES
CARDIACO	Evidencia clínica, electrocardiográfica o radiológica de enfermedad coronaria Hipertrofia ventricular izquierda por ECG o por Ecografía Disfunción de Ventrículo Izquierdo Insuficiencia cardiaca
CEREBROVASCULAR	Isquemia cerebral transitoria Trombosis o hemorragia cerebral Deterioro cognitivo
VASCULAR PERIFÉRICO	Ausencia de uno o más pulsos mayores en extremidades (excepto dorsal del pie) , con o sin claudicación intermitente Aneurismas
RENAL	Creatinina sérica igual o mayor de 134 micromoles /L (1.5 mg/ dl) Filtrado glomerular < 60 ml/mto Proteinuria de 1 g o más en 24 horas Microalbuminuria
RETINA	Hemorragias o exudados Papiledema

La evaluación de cada paciente hipertenso estará dirigida a :

- Clasificar al paciente según cifra de TA (Tabla No. 1)
- Identificar las causas de de la presión arterial.
- Precisar y evaluar la presencia órganos diana dañados y extensión del mismo si lo hubiera, así como la respuesta a la terapéutica si estuviera impuesta.
- Identificar otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades asociadas que ayuden a definir un pronóstico y una terapéutica más adecuada.¹⁴

Aterosclerosis Coronaria

El concepto de aterosclerosis:

Aterosclerosis es el proceso mediante el cual se depositan y acumulan sustancias grasas en las paredes interiores de las arterias. Si este proceso degenerativo continúa, las arterias se endurecen (arterosclerosis) y reducen su diámetro. Dicha enfermedad se conoce como cardiopatía coronaria cuando las arterias del corazón son las afectadas. En esta etapa, la obstrucción de las arterias coronarias llegan a un grado en que el suministro sanguíneo resulta insuficiente para satisfacer las necesidades del músculo del corazón (miocardio). Si dicho estrechamiento de las arterias coronarias se agrava, o si un coagulo de sangre (trombo) se desprende y se atasca dentro de una arteria muy estrecha, el corazón sufrirá un infarto al miocardio, o sea, la muerte de una zona del músculo cardíaco.

Infarto al miocardio:

Aquella condición que se produce cuando no llega suficiente sangre y oxígeno a una parte del músculo del corazón (miocardio), lo cual eventualmente ocasiona muerte (infarto) de la región cardiaca afectada.

Trombosis coronaria:

Descripción de una enfermedad clínica asociada con la oclusión trombótica aguda de una de las principales arterias coronarias.

Oclusión coronaria:

Describe la obstrucción súbita de una arteria coronaria, ya sea como resultado del desarrollo de un trombo, por una hemorragia e inflamación dentro de la pared interna de la arteria o por un embolo que se aloja en ésta.

Angina de Pecho:

Dolor súbito en el pecho producido por una disminución en el suministro sanguíneo y de oxígeno hacia el músculo del corazón (miocardio) a causa de una enfermedad aterosclerótica en las arterias del corazón. ¹⁵

APOPLEJIAS

Una apoplejía es una enfermedad cerebro vascular que afecta el suministro de sangre del cerebro.

Fisiopatología:

Una apoplejía ocurre cuando una arteria cerebral estalla al ser obstruida por un coágulo de sangre, deteniendo el suministro de oxígeno hacia el cerebro. Sin oxígeno, los tejidos cerebrales mueren en pocos minutos y las partes del cuerpo controladas por las células no funcionan correctamente

Desarrollo de la apoplejía:

Una apoplejía puede surgir de súbito, pero es la consecuencia de la acumulación de grasa dentro de los conductos sanguíneos.

Factores de riesgo:

Presión alta y la aterosclerosis:

Aumentan los riesgos de que se produzca una apoplejía.

Efectos

La apoplejía puede afectar los sentidos, el habla, el comportamiento, el procesamiento de ideas y la memoria, o causar parálisis, estado de coma o la muerte

El resultado de una apoplejía produce la pérdida de sensación o función del cuerpo, pero en un área determinada del cuerpo puede recibir el choque. Por ejemplo, la mano puede funcionar normalmente. Esto se debe a que una apoplejía daña un lado del (hemisferio) funcional normalmente.

Las funciones interrumpidas por una apoplejía las determina el área afectada del cerebro. Por ejemplo, algunas personas no pueden hablar, pero el resto del cuerpo puede funcionar normalmente. El centro del habla se encuentra en un lugar específico del cerebro.

Grado de Severidad: La apoplejía puede ser una condición muy peligrosa. Esta emergencia puede causar daño puede funcionar normalmente. Esto se debe a que una apoplejía daña un lado del (hemisferio) funcional normalmente.¹⁶

ENFERMEDADES METABÓLICAS

Diabetes es un trastorno metabólico que es producto de defectos en la secreción de insulina, una acción defectuosa de la hormona o bien, la coexistencia de las dos condiciones anteriores. Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia es la causa primaria de hiperglucemia. La hiperglucemia crónica de la diabetes es acompañada de daño, disfunción e insuficiencia en el largo plazo de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

En el desarrollo de la diabetes participan varios procesos patogénicos que van desde la destrucción auto inmunitaria de las células B del páncreas, con la consiguiente deficiencia de insulina, hasta anomalías que producen resistencia a la acción de esta hormona. La enfermedad es frecuentemente diagnóstica cuando las complicaciones ya están presentes. Los síntomas de la hiperglucemia pronunciada comprenden poliuria, polidipsia, pérdida de peso, en ocasiones con polifagia, y visión borrosa.

Tipos de Diabetes

Tipo 1: diabetes que depende de insulina:

- Previamente conocida como diabetes juvenil
- Ocurre más comúnmente en niños y adultos jóvenes.
- Las causas pueden ser genéticas, ambientales o adquiridas, probablemente consistiendo de una respuesta anormal del sistema inmunológico.

Tipo 2 : Incluye la variedad de diabetes más prevalente ,que resulta de la resistencia a la insulina con un defecto en la secreción de la misma

Diabetes asociada con otras enfermedades:

La diabetes puede representar un síntoma de otras enfermedades/disturbios subyacentes. Por ejemplo, la pancreatitis, hiperglucemia, enfermedades hepáticas de una respuesta anormal del sistema inmunológico.

En este tipo de diabetes, la meta para el tratamiento es de corregir el problema subyacente.

El diagnóstico de glucosa anormal o intolerancia a la glucosa es el siguiente:

- Glucosa anormal en ayuno: glucosa plasmática 110mg/dl y $< 126\text{mg/dl}$.
- Intolerancia a la glucosa: glucosa plasmática a las dos horas post-carga 140 mg/dl y $< 200\text{ mg/dl}$.

Una vez que el diagnóstico de la enfermedad es corroborado, el interrogatorio debe confirmar el diagnóstico los cuales incluyen antecedentes familiares, de enfermedades gestacionales, factores de riesgo, patrones de alimentación, estilos de vida, consumo de alcohol y tabaco. Un examen físico completo, valoración de pruebas de laboratorio (en caso de contar con el recurso en la unidad).

La diabetes mellitus prototipo de enfermedad crónica degenerativa en el que el número de pacientes tiende a crecer y vivir mucho tiempo con el padecimiento con lo que aumentan la incidencia y la prevalencia,

El manejo integral del paciente con diabetes tipo 2 deberá ser por parte del equipo multidisciplinario de salud coordinado por el médico.

Las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus son motivo frecuente de hospitalización. Uno de los problemas más temidos, que afecta a la calidad de los diabéticos es la aparición de úlceras en los pies y el riesgo de pérdida de la extremidad. Es causa de una de cada 5 hospitalizaciones por diabetes existiendo un riesgo de amputación 15 veces mayor en un paciente diabético que en no diabético y uno de cada 2 diabéticos que sufre amputación de una pierna, pierde la otra en menos de 5 años. La detección oportuna de la neuropatía y de los factores de riesgo en el ámbito de la medicina familiar evitaría un gran número de hospitalizaciones y consecuentemente de amputaciones, hecho que disminuye los costos. ¹⁷

El diagnóstico de glucosa anormal o intolerancia a la glucosa es el siguiente:

- Glucosa anormal en ayuno: glucosa plasmática 110mg/dl y $< 126\text{mg/dl}$.
- Intolerancia a la glucosa: glucosa plasmática a las dos horas post-carga 140 mg/dl y $< 200\text{ mg/dl}$.

Una vez que el diagnóstico de la enfermedad es corroborado, el interrogatorio debe confirmar el diagnóstico los cuales incluyen antecedentes familiares, de enfermedades gestacionales, factores de riesgo, patrones de alimentación, estilos de vida, consumo de alcohol y tabaco. Un examen físico completo, valoración de pruebas de laboratorio (en caso de contar con el recurso en la unidad).

La diabetes mellitus prototipo de enfermedad crónica degenerativa en el que el número de pacientes tiende a crecer y vivir mucho tiempo con el padecimiento con lo que aumentan la incidencia y la prevalencia,

El manejo integral del paciente con diabetes tipo 2 deberá ser por parte del equipo multidisciplinario de salud coordinado por el médico.

Las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus son motivo frecuente de hospitalización. Uno de los problemas más temidos, que afecta a la calidad de los diabéticos es la aparición de úlceras en los pies y el riesgo de pérdida de la extremidad. Es causa de una de cada 5 hospitalizaciones por diabetes existiendo un riesgo de amputación 15 veces mayor en un paciente diabético que en no diabético y uno de cada 2 diabéticos que sufre amputación de una pierna, pierde la otra en menos de 5 años. La detección oportuna de la neuropatía y de los factores de riesgo en el ámbito de la medicina familiar evitaría un gran número de hospitalizaciones y consecuentemente de amputaciones, hecho que disminuye los costos.¹⁷

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Enfermedad obstructiva crónica: Esta se refiere a pacientes con estado patológico caracterizado por obstrucción de las vías respiratorias a causa de enfisema o bronquitis crónica, esta obstrucción es progresiva, suelen acompañarse por hiperreactividad de estas vías y ser parcialmente reversible la mayoría de los pacientes con EPOC tienen características de ambos trastornos.

Estos pacientes se presentan en su mayoría en la quinta o sexta década de su vida con tos excesiva producción de esputo y acortamiento de la respiración. Con frecuencia los síntomas han estado presentes por 10 años o más.

Las complicaciones de bronquitis aguda, neumonía, embolia pulmonar e insuficiencia ventricular izquierda concomitante, en una pequeña parte de los pacientes puede haber enfisema, neumotórax espontáneo o indicar un posible carcinoma broncogénico.

En la enfermedad avanzada se presenta hipoxemia, en particular cuando predomina la bronquitis crónica. Se produce acidosis respiratoria compensada en los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, particularmente en bronquitis crónica, con empeoramiento de la academia durante las exacerbaciones.

La espirometría proporciona información objetiva acerca de la función pulmonar y evalúa los resultados del tratamiento. Las mediciones de volumen pulmonar revelan un aumento en la capacidad pulmonar total (CPT), un notable aumento en el volumen residual (VR) y elevación de la relación VR/CPT, que indica atrapamiento de aire sobre todo en caso de enfisema.

Los hallazgos radiológicos cuando el enfisema es la manifestación clínica la hiperaereación se hace aparente así como la presencia de bulas parenquimatosas, las radiografías de pacientes con bronquitis quizás sólo muestren marcas peri vasculares y peri bronquiales inespecíficas.

El resultado final en este tipo de paciente clínicamente es malo la predicción más importante es el grado de disfunción pulmonar.¹⁸

ENFERMEDADES REUMÁTICAS

ARTRITIS

(INFLAMACION DE LAS ARTICULACIONES)

Osteoartritis:

También conocida como enfermedad articular degenerativa o artritis de uso y desgaste. Representan la mayoría de las formas de artritis:

Las articulaciones más afectadas son aquellas que soportan el peso corporal (caderas, rodillas, y espina dorsal).

Los cartílagos que protegen los caras articulares (en los extremos de los huesos) se degeneran debido a la debilidad de las estructuras de apoyo, tales como los tendones, ligamentos, y músculos.

Los síntomas son:

- Dolor articular.
- Entumecimiento de las articulaciones.
- Fiebre o indicaciones de otras enfermedades no están presentes.

Artritis reumatoide:

Representa el tipo de artritis más severa debido a que conlleva a estados de invalidez. Puede afectar cualquier edad, pero generalmente comienza entre las edades de veinte a cuarenta y cinco años, y afecta tres veces más a la mujer que al hombre. Cuando afecta la gente joven, se llama artritis reumatoide juvenil, causa una enfermedad generalizada que afecta todo el cuerpo.

Signos y síntomas:

El síntoma principal es inflamación de las articulaciones. El dolor es severo y puede persistir por un período de tiempo mayor en comparación con la osteoartritis. Se valorara el número de articulaciones comprometidas (Monoarticular, Oligoarticular) (2 a 4 articulaciones) Poliarticular (mas de 5 articulaciones).Así el sitio de compromiso articular (Interfalángica distal, Metacarpo falángica, muñecas. Muchos expertos en el campo de la medicina interna afirman que esto es una enfermedad autoinmune que resulta de la incapacidad del sistema inmunológico para poder combatir este disturbio. La prognosis para una recuperación efectiva no es muy buena.¹⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DISCREPANCIA

Dentro de la experiencia clínica se requiere diferenciar entre enfermedad y padecer, ya que el ejercicio clínico parte de puntos de vista distintos. Uno es el dominio de técnicas y el otro es atender lo que aqueja al paciente. Dentro de la práctica médica rutinaria se ha llegado a pensar que esta ofrece todas las habilidades necesarias para resolver los problemas de salud, pudiendo ser utilizados igualmente en cualquier paciente. Situación que trae como consecuencia, un no beneficio en la atención del paciente y contribuye a elevar el costo del proceso de atención.

MAGNITUD

Las enfermedades crónico-degenerativas requieren ser oportunamente identificadas por parte de los médicos familiares, y ellos estar capacitados para interpretar las dificultades potenciales de dichas patologías con el objeto de orientar su manejo y su tratamiento desde una perspectiva integradora; recordando que el objetivo fundamental dentro de la educación médica es incrementar la capacidad del médico para resolver problemas de salud. Existen diversos estudios que exploran la aptitud del médico familiar en diversas patologías mostrando una aptitud baja para identificar y resolver las patologías cotidianas ^{20 21}, Así mismo la utilización de instrumentos ^{22,23} de medición para valorar la aptitud, la competencia y el desempeño laboral va en aumento, tanto para procesos formativos de recursos humanos ^{24,25} como en la educación continua para el trabajo. Sin embargo, aunque la mayoría de estos instrumentos buscan discriminar la aptitud clínica y la experiencia clínica, aún deben reunir elementos de confiabilidad en su construcción, que eviten los sesgos de información.

TRASCENDENCIA

La importancia de este estudio radica en que la experiencia clínica requiere diferenciar tanto el ejercicio clínico que parte de puntos de vista distintos: el dominio de técnicas, por un lado y atender lo que aqueja al paciente por el otro. El paciente es un todo, donde los límites entre lo orgánico, lo psíquico y lo social se difuminan, se entrelazan y son manejados por el médico simplemente por que están ahí, participen o no en la etiología de la enfermedad. Estos elementos son de suma importancia para una práctica clínica de mayores alcances a favor del paciente portador de una o más enfermedades crónicas.

18

Sirve para recordarle al médico que el paciente es algo más que una enfermedad.

VULNERABILIDAD

El explorar la aptitud clínica del médico familiar en el manejo del paciente con enfermedades crónicas nos dará la pauta para determinar la calidad que se brinda en el primer nivel de atención sobre estos padecimientos por lo que nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el grado de aptitud clínica en Enfermedades Crónicas Degenerativas de los Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 49 del IMSS en Guadalajara?

JUSTIFICACION

La unidad de medicina familiar No. 49, de su población total adscrita el 40% padece alguna enfermedad crónica degenerativa por lo tanto la atención médica integral requiere de personal capacitado sobre los padecimientos con mayor magnitud trascendencia y vulnerabilidad, por lo que se requiere tener un diagnóstico en la aptitud clínica del médico familiar de la UMF en enfermedades crónico-degenerativas obteniendo información sobre sus alcances y limitaciones para detectar, resolver problemas clínicos propios de su ámbito de acción y orientar las actividades educativas hacia la superación de las deficiencias detectadas.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

- **Estimar el grado de aptitud clínica de los médicos familiares de la unidad de medicina familiar No. 49 del IMSS en enfermedades crónico degenerativas.**

OBJETIVOS ESPECÍFICO

- **Construir y validar un cuestionario para la aptitud clínica del médico familiar en enfermedades crónico degenerativas**

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

- **DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL, PROSPECTIVO**

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO :

- El estudio se aplicó a todos los Médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 49 que se encontraban laborando los días 18 y 19 de Febrero del 2008 y que accedieron en forma voluntaria, llevándose a cabo en el Aula de la Unidad.
- Para la aplicación del instrumento de medición se seleccionó a una persona ajena a la investigación de área administrativa no médica que recibió instrucciones en relación a la metodología de aplicación, sin tener acceso al instrumento hasta el momento de llevarse a efecto.
- La aplicación para ambos turnos se realizó en un solo tiempo a las 13 hrs., horario de enlace para turno matutino y vespertino, previa autorización de la Coordinación de Medicina Familiar.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- El estudio incluye a toda la población de Médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 49 que se encontraba laborando y que accedió de forma voluntaria a participar
- **MUESTREO:**
No probabilístico por conveniencia

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Aceptación voluntaria de participación en el estudio
- Médicos con adscripción a consulta externa de Medicina Familiar No. 49
- Médicos con adscripción a turno matutino y turno vespertino.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Negativa a participar en forma voluntaria en el estudio
- Médicos con adscripción a turno nocturno y jornada acumulada y servicio de urgencias
- Médicos sin adscripción a consultorio de consulta externa de la U. M. F. No.49 (médicos eventuales)

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Instrumentos contestados en forma incompleta

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El universo total: 12 médicos de consulta externa de medicina familiar.

LUGAR DE DONDE SE REALIZO EL PROYECTO.

Se llevo a cabo con médicos de la U.M.F. No.49 del IMSS en la ciudad de Guadalajara , Jalisco.

CONSTRUCCION Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO

En la construcción y validación del instrumento para medir Aptitud Clínica del médico se realizó una revisión de literatura reciente acerca de los padecimientos crónicos degenerativos de mayor demanda en el servicio de consulta externa

Para explorar la aptitud se construyó un instrumento de medición para lo cual se revisaron expedientes de pacientes que habían sido atendidos en el área de la Consulta Externa de Medicina Familiar, seleccionando en un primer intento un total de 10 casos, finalmente se optó por cinco casos clínicos reales que contenían el mayor número de datos que evaluaran los indicadores de la variable dependiente, casos clínicos reales problematizados que propician la reflexión y análisis no solamente pondera la memoria siendo los indicadores a evaluar.

- I. Reconocimiento de factores de riesgo.
- II. Reconocimiento de indicadores clínicos y paraclínicos.
- III. Integración diagnóstica.
- IV. Uso de recursos diagnósticos.
- V. uso de recursos terapéuticos.

Inicialmente se elaboró un total de 110 enunciados. Para conferir la validez al instrumento se sometió a juicio de cuatro (4) expertos con práctica mínima de 10 años en la especialidad de cada uno hasta lograr el 100% de acuerdo entre ellos. En 3 rondas se llegó a un consenso sobre los casos, los enunciados y las respuestas correctas. El Instrumento correspondió a un cuestionario con opción de respuesta de falso, verdadero y no se, del cual una respuesta correcta sumaba un punto, una incorrecta restaba un punto y la respuesta no se ni sumaba ni restaba puntos

La versión final quedo integrada por 100 enunciados distribuidos en 6 tallos con 5 ítems cada uno, con distribución de 25 ítems para

Reconocimiento de factores de riesgo, 25 para Reconocimiento de indicadores clínicos y paraclínicos, 15 para Integración diagnóstica, 15 para Uso de recursos diagnósticos y 20 para Uso de recursos terapéuticos.

Se elaboró un instructivo con los pasos necesarios para contestar el instrumento incluyendo el glosario de términos: verdadero, falso, no se, factores de riesgo (reconocimiento de factores de riesgo); compatible (reconocimiento de indicadores clínicos y paraclínicos); dato a favor (integración diagnóstica); útil (uso de recursos diagnósticos); apropiado (uso de recursos terapéuticos).

ESCALAS

El instrumento se diseñó para evaluar el desarrollo de aptitudes profesionales en el personal médico, al requerirse para su ejecución del análisis reflexivo y crítico en cada caso clínico problematizado, midiendo de esta forma la variable dependiente Aptitud Clínica en una escala categórica ordinal.

Para el análisis de la aptitud clínica se estimó la distribución de resultados explicables por efecto del azar igual o menor a 15 puntos y se construyó una escala de 1-60 puntos considerándose cuatro niveles de competencia

- **Avanzado** (46 – 60 puntos)
- **Intermedio** (31 – 45 puntos)
- **Incipiente** (16 – 30 puntos)
- **Indeterminado o por efecto del azar** (0 – 15 puntos)

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: APTITUD CLINICA.

VARIABLE INDEPENDIENTE: MEDICO FAMILIAR

VARIABLES DEL ESTUDIO					
NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Aptitud Clínica	Cualitativa	Conjunto de capacidades para resolver apropiadamente las situaciones clínicas problema, en la practica de la Medicina Familiar	<p>Aptitud del médico para resolver una situación clínica problematizada en sus aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación expresado en cada uno de sus indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de factores de riesgo • Reconocimiento de indicadores clínicos y paraclínicos • Integración diagnóstica • Uso global de recursos diagnósticos • Uso de recursos terapéuticos • Juicios de valor 	<p>ESCALA CATEGÓRICA ORDINAL</p> <p>Avanzado 46 – 60 puntos</p> <p>Intermedio 31 – 45 puntos</p> <p>Incipiente 16 – 30 puntos</p> <p>Indeterminado o por efecto del azar 0 – 15 puntos</p>	Instrumento de medición
Intervención Educativa	Cualitativa	Es una estrategia puesta en acción cuyo objetivo es el mejorar o cambiar un contexto determinado que favorezca al logro máximo del desarrollo del sujeto	Presentación de contenidos de temas clínicos del Instrumento de Aplicación de Aptitud Clínica	Escala categórica ordinal del instrumento de medición de aptitud clínica	<p>Diagnóstico clínico y tratamiento Tierney,McPhee</p> <p>Papadakis 39ª edición2004</p>

Hipertensión Arterial	Cuantitativa	Aumento de presión arterial siendo esta esencial o primaria, así como hipertensión arterial secundaria	<p>CLASIFICACION</p> <p>Según VII Reporte del JNC-2003</p> <p>Normal 120 a 80</p> <p>Prehipertenso : 120 a 139</p> <p>HTA 1 er grado:</p> <p>140 a 159</p> <p>HTA 2 grado:</p> <p>160 a 100</p>	Toma de tensión arterial	Expediente clínico
Diabetes Mellitus	Cuantitativa	Trastorno metabólico con defectos en la secreción de insulina conduciendo a hiperglucemia permaneciendo de manera crónica favorece a disfunción de diversos órganos.	<p>Glucosa plasmática anormal en ayuno:110 mg/dl y 126.</p> <p>Intolerancia ala glucosa: glucosa plasmática alas dos horas post-carga 140 mg/dl y 200 mg/dl</p>	Toma de glucosa plasmática	Expediente clínico
Enfermedades Respiratorias	Cuantitativa	<p><u>ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA:</u></p> <p>Pacientes con obstrucción de las vías respiratorias a causa de enfisema o bronquitis crónica</p>	Cuadro clínico	Estudios de gabinete	Expediente clínico
Enfermedades Reumáticas	Cuantitativa	<p><u>Osteoartritis:</u> Aquí los cartílagos sufren un proceso degenerativo como secuela de la debilidad de los tendones, ligamentos y músculos.</p>	Cuadro clínico	Estudios de gabinete	Expediente clínico
	Cuantitativa	<p><u>Artritis Reumatoide:</u> In inflamación de las articulaciones (Monoarticular, Oligoarticular 2 a 4 articulaciones Poliarticular mas de 5 articulaciones) siendo su característica de origen auto-inmune.</p>	Cuadro clínico	Fr, vsg,	Expediente clínico
	Cuantitativa		Cuadro clínico		Expediente clínico

APLICACIÓN Y CALIFICACION INSTRUMENTO

Se seleccionó en una primera fase la población por conveniencia incluyendo a todos los médicos que reunían los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado. Para la aplicación del instrumento se comisionó a una persona del área administrativa ajena a la investigación a la que se le dieron instrucciones en relación a la metodología de aplicación del instrumento, no teniendo acceso a este hasta el momento de su aplicación, la cual se realizó en dos tiempos en el enlace de turno matutino y vespertino con duración de 60 minutos.

La calificación del instrumento se realizó por una persona ajena a la investigación de área administrativa no médica siguiendo con el procedimiento en donde una respuesta **correcta** sumaba un punto, una respuesta **incorrecta** restaba un punto y la respuesta **no se** ni sumaba ni restaba puntos, obteniéndose la calificación restando el número de respuestas incorrectas al número de respuestas correctas para dar el total de puntos. Procediéndose posteriormente a la captura de información en base de datos del programa de Microsoft Office Excel para el procesamiento de resultados.

Se realizó un análisis descriptivo, utilizando la frecuencia y porcentajes para variables cualitativas, promedios y desviaciones estándar, mínimos y máximos de las variables.

ASPECTOS ETICOS.

Esta de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la Ley General Salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas practicas de la investigación clínica.

Además se deberá tener una declaración escrita de que se respetarán cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmont, el código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

RESULTADOS

De un total de 12 médicos laborando el (100 %) accedió a realizar el examen, de los cuales no se eliminó ninguno por respuestas incompletas, resultando todos válidos para evaluar. Gráfica y Tabla 1

En relación a la variable Aptitud Clínica medida en escala categórica ordinal se obtuvieron los siguientes resultados globales en los cuatro niveles de competencia establecidos: en nivel avanzado 1(8.3%), 7 (58.3%) médicos en nivel intermedio, 2 (16.7%) en nivel incipiente y 2(16.7%) por efecto del azar (Tabla 2, Gráfica 2).

De acuerdo con los Indicadores de Aptitud explorados por el instrumento de medición los resultados estadísticos descriptivos de calificación global nos da un mínimo de 8%, una media de 32.75 un máximo de 59 con una desviación típica de 13.6 (Tabla 3, Gráfica 3).

Se realizó un análisis descriptivo, utilizando la frecuencia y porcentajes para variables cualitativas, promedios y desviaciones estándar, mínimos y máximos de las variables. En relación a los rangos de puntuación obtenidos en las calificaciones se calculó la mediana para cada uno de los indicadores de Aptitud Clínica explorados, observándose: en Reconocimiento de Factores de Riesgo una mediana de 26.87 que corresponde al 50% del indicador.

Tanto en la medición del instrumento de turno matutino como vespertino la frecuencia fue de 6 con un porcentaje válido para cada uno de 50 % y un porcentaje acumulado del 100% (tabla 4, Gráfica 4)

Apreciándose así uno para cada turno, en el incipiente uno para cada turno, en el nivel intermedio matutino se encontró con 3, vespertino 4, en el avanzado le corresponde a uno de turno matutino. (Tabla 5, Gráfica 5)

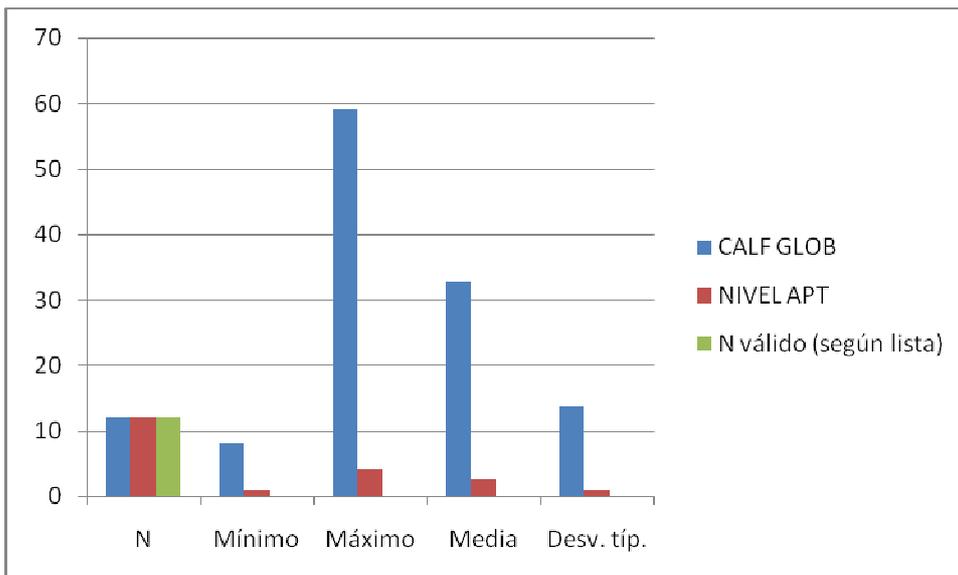
Evaluación de conocimientos aquí correspondió a nivel incipiente, integración diagnóstica le correspondió un nivel intermedio, seguido del incipiente, uso de recursos diagnósticos le corresponde nivel intermedio, seguido del avanzado. (Tabla 6, Grafica 6)

TABLAS Y GRAFICOS

ESTADISTICA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
CALF GLOB	12	8	59	32.75	13.692
NIVEL APT	12	1	4	2.58	0.900
N válido (según lista)	12				

Tabla 1



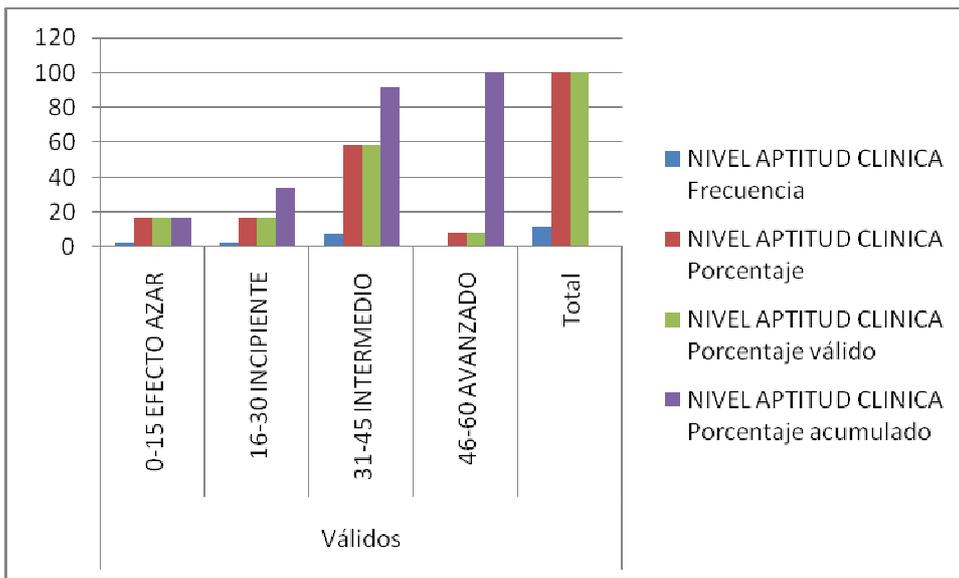
Grafica 1

fuelle : Medicos familiares UMF 49

NIVEL APTITUD CLINICA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0-15 EFECTO AZAR	2	16.7	16.7	16.7
	16-30 INCIPIENTE	2	16.7	16.7	33.3
	31-45 INTERMEDIO	7	58.3	58.3	91.7
	46-60 AVANZADO	1	8.3	8.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Tabla 2



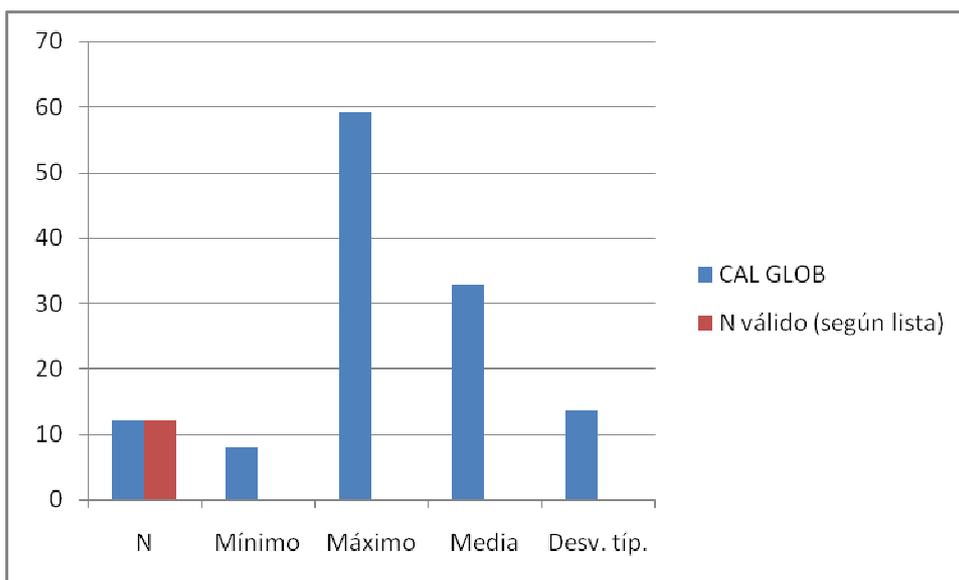
Grafica 2

Fuente: Médicos Familiares UMF 49

CALIFICACION GLOBAL

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
CAL GLOB	12	8	59	32.75	13.692
N válido (según lista)	12				

Tabla 3



Grafica 3

Fuente: Médicos familiares UMF 49

TURNO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MAT	6	50.0	50.0	50.0
	VESP	6	50.0	50.0	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Tabla 4

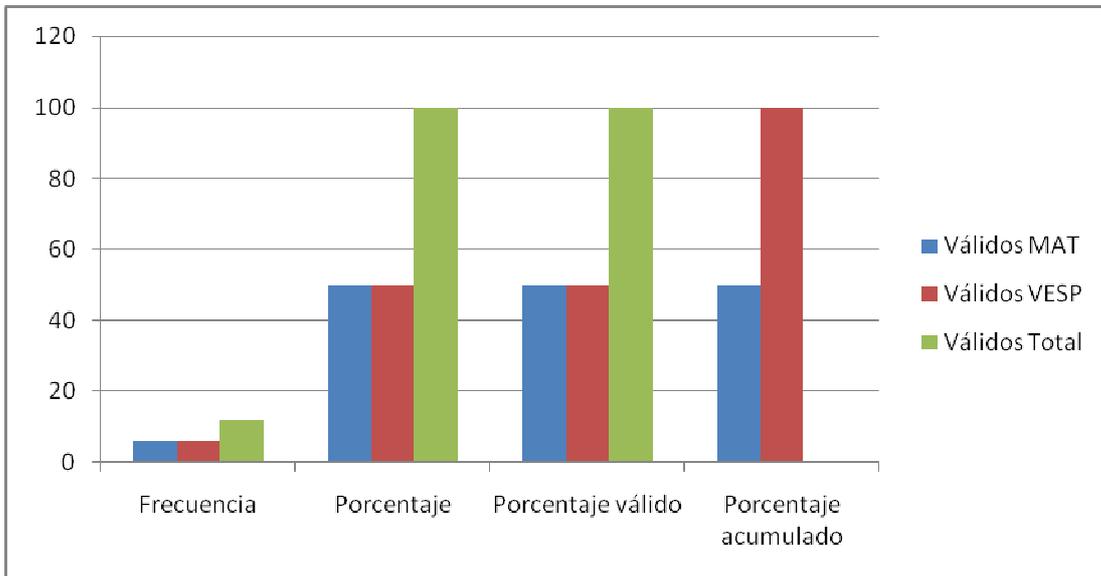


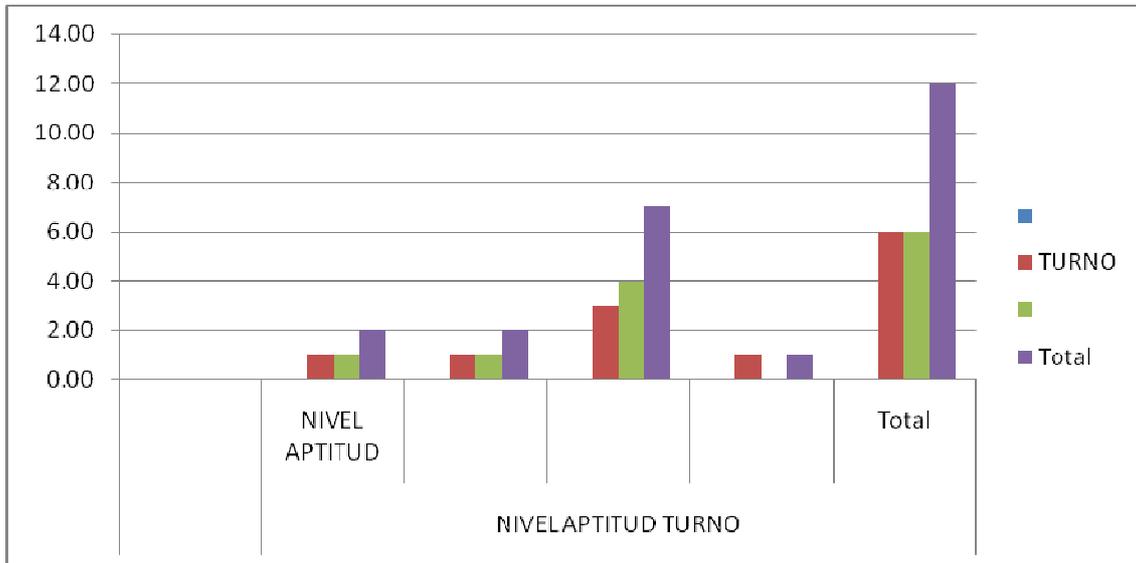
Grafico 4

Fuente Médicos Familiares UMF 49

GRADO APTITUD TURNO

		GRADO APTITUD				Total
		0-15 EFECTO AZAR	16-30 INCIPIENTE	31-45 INTERMEDIO	46-60 AVANZADO	
TURNO	MAT	1	1	3	1	6
	VESP	1	1	4	0	6
Total		2	2	7	1	12

Tabla 5

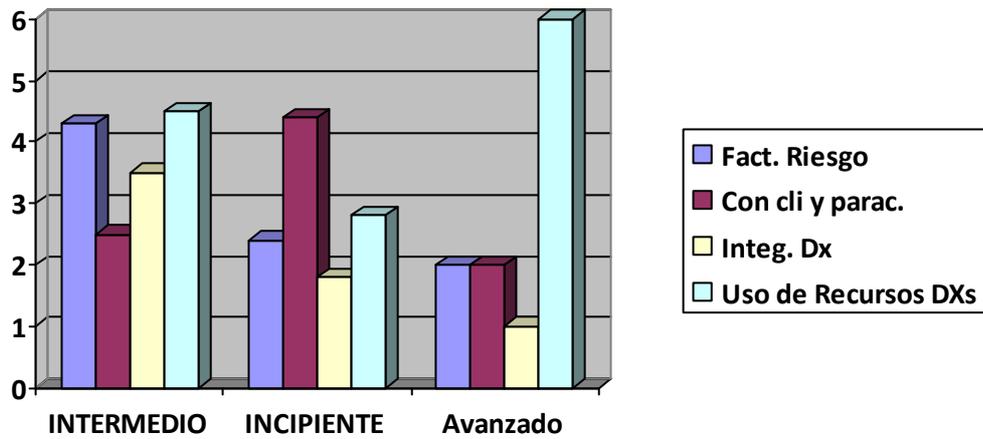


Grafica 5

Fuente Médicos Familiares UMF 49

	INTERMEDIO	INCIPIENTE	Avanzado
Fact. Riesgo	4,3	2,4	2
Con cli y parac.	2,5	4,4	2
Integ. Dx	3,5	1,8	1
Uso de Recursos DXs	4,5	2,8	6

Tabla 6



Grafica 6

DISCUSIÓN

Este estudio representa la aproximación hacia el primer nivel de atención médica en nuestro instituto siendo un aspecto fuerte de este estudio el instrumento construido para medir “aptitud clínica del médico familiar de la consulta externa en enfermedades crónico degenerativas” ya que fue avalado por conocedores del tema en cuanto a que reúne la diversidad de situaciones clínicas relevantes propias del primer nivel de atención.

Los resultados obtenidos en la evaluación de Aptitud Clínica en Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 49 revelan datos un tanto contradictorios a los resultados publicados al respecto, el mayor porcentaje en las calificaciones globales se sitúa en el nivel intermedio (58.3%) seguido por el nivel incipiente (16.7%) por arriba de igual manera del efecto del azar que le correspondió un (16.7 %), sin embargo en éste estudio un médico (8.3%), reporta en el rubro del avanzado, explicándose probablemente los resultados por el número de universo estudiado siendo nuestra muestra mucho más pequeña a las exploradas en otros estudios.

En cuanto a la evaluación por indicadores de aptitud explorados se observa en Reconocimientos de Factores de Riesgo niveles de aptitud similares a la calificación global, obteniéndose el mayor porcentaje en el nivel intermedio 91.7 %, seguido del nivel incipiente (33.3%), llamando la atención el porcentaje de 16.7% en nivel del azar en un indicador base en el primer nivel de atención.

Todos los instrumentos tienen limitaciones y las variaciones en las puntuaciones pueden deberse a inconsistencias en el instrumento. La adecuación empírica de los instrumentos es un atributo que debe cuidarse, esta adecuación está dada por su carácter problematizador –que permite reconstruir y recapitular ciertas características de la experiencia del que responde- que hace posible observar como ha sido la experiencia durante el período de formación, más o menos reflexiva, más o menos orientada a la elaboración del conocimiento y en segundo lugar, la participación de los

expertos en la validación de un instrumento-situación que no sucede en la práctica educativa cotidiana- confiere validez de contenido. Los instrumentos basados en casos clínicos reales permiten discriminar el tipo de experiencia clínica del médico en la decisión de lo útil, lo oportuno, lo adecuado y lo apropiado.

Con los resultados obtenidos se pueden apreciar indicadores que de manera indirecta y dada las condiciones del ambiente así como una situación real de la práctica en el primer nivel de atención médica marcada esta por la rutina donde prevalece actualmente un concepto de la medicina reduccionista, dependiente de la tecnología propiciando esto a que las habilidades clínicas se hayan estancando o deteriorado reflejado en cuanto a las alternativas de atención a los pacientes.

Es muy cierto que el médico se encuentra ante las exigencias de dos responsabilidades una es la silenciosa de nuestra conciencia la cual busca el bienestar del paciente y otra muy visible y conocida que consiste en el tener que obedecer normas impuestas, rígidas que le entorpecen sus actividades y su actuar.

Los alcances de este estudio sientan un precedente que no existía en el contexto de nuestra Unidad de Medicina Familiar Número 49. Un diagnóstico de Aptitud clínica da cierta relevancia que propone una educación participativa la cual propone una reflexión crítica para el proceso educativo. Este diagnóstico da la posibilidad de orientar las actividades educativas a la solución de problemas detectados.

CONCLUSIONES

La llegada del siglo XXI coincidió con un retroceso en los índices fundamentales, ahora conocemos bien los factores de riesgo asociados a las causas principales de mortalidad, pero la mayoría de la población no traslada ese conocimiento a sus hábitos de vida. Si la vejez constituyó un objetivo prioritario de la investigación sobre salud en el último cuarto del siglo XX parece cada vez más patente que la longevidad va a constituir tema central en el desarrollo de un nuevo paradigma biomédico en el primer cuarto del nuevo siglo.

Hace tiempo que la pirámide de población está reduciendo su punta se va ensanchando progresivamente se está determinado un incremento de la población mundial a costa de un alargamiento de la vida, consecuencia del descenso de la mortalidad, seguida por avances de la medicina. El médico debe dominar los conocimientos necesarios exigibles para ejercer la medicina con experiencia y capacidad y estar preparado para dominar los padecimientos que impone el envejecimiento de la población como los procesos crónicos degenerativos.

Recordando que el médico de familia, de acuerdo al perfil que adopte su práctica, debe poseer muchas destrezas. Debe tener capacidad resolutoria de problemas indiferenciados en el contexto de una relación personal continua con los individuos, las familias y su contexto social, así como destreza en la identificación de riesgos y detección temprana de las enfermedades. Debe poseer habilidades terapéuticas y debe saber gerenciar el manejo de los recursos.

El médico de familia debe convertirse en un experto en la evaluación de la evidencia para la toma de decisiones clínicas sobre la detección y el manejo de las enfermedades. A ello debe integrar el conocimiento que tiene sobre el paciente y su contexto y utilizar su propia experiencia y la relación que mantiene con el paciente y su familia en pos del mejor interés del primero.

Debe ser capaz de informar, de apoyar al paciente y a la familia y de asegurar la coordinación y la continuidad de la atención.

Los valores profesionales del médico familiar, que están vinculados a su compromiso con las personas, su compromiso social y ético, su compromiso con la mejora continua, con la propia especialidad y con la formación a largo plazo.

De este modo, se reubica la importancia de áreas como la comunicación médico-paciente, la metodología del razonamiento clínico, la bioética y la gestión de la atención (gestión clínica, trabajo en equipo, gestión y organización de la actividad, sistemas de información, gestión de la calidad y responsabilidad civil y médico-legal).

El nivel de aptitud clínica en el médico familiar de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 49 de Guadalajara, es intermedio en los indicadores de reconocimiento de factores de riesgo y indicadores clínicos y paraclínicos que son indicadores base para el primer nivel de atención. Se observa que es incipiente el conocimiento en uso global de recursos diagnósticos lo que indica que los esfuerzos están encaminados en alcanzar un adecuado control de la sintomatología llevando a un segundo plano los efectos secundarios de patologías de base.

Toda esta problemática contribuye a envíos tardíos a segundo nivel, de igual manera al aumento de invalidez. Los resultados de esta aproximación diagnóstica cumplen con los objetivos planteados primero con la construcción y validación del instrumento y segundo evaluando la aptitud clínica del médico Familiar, resultados que nos indican que la problemática de las complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas está asociada tanto a factores individuales como del servicio.

Por lo anterior es fundamental trabajar en la prevención de las complicaciones de enfermedades degenerativas, promoviendo estrategias que eleven la calidad de la atención médica otorgada al paciente, para así disminuir la aparición de complicaciones tardías. Es esencial fomentar las actividades de educación grupal participativa para reforzar los conocimientos

que se hayan adquirido de manera individual en relación a las enfermedades degenerativas y sus complicaciones.

Promover entre los médicos y pacientes el hábito de revisar y revisarse, será una estrategia fundamental que puede modificar el comportamiento de los factores asociados con este grave problema de salud.

Algo valioso a reflexionar en el presente estudio es que la experiencia parece no influir en el desarrollo de la aptitud clínica y la educación pasiva prevaleciente parece tener escasa influencia para que los médicos profundicen en la solución de problemas de salud frecuentes en su práctica.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE EVALUACION

Fecha de aplicación _____ Sede _____

Nombre _____

Lea cuidadosamente las siguientes instrucciones: Se le presentan una serie de casos clínicos de diversas patologías de la consulta externa de medicina familiar antes las mismas situaciones cada una de ellas se acompaña de un número variable de afirmaciones, las cuales pueden ser FALSAS o VERDADERAS.

Por favor anote en la línea que se encuentra a la izquierda de cada afirmación la letra **F** si la considera falsa, la letra **V** si la considera verdadera, y **NS** en el caso de que no este seguro si la afirmación es **falsa** o **verdadera**.

Recuerde que cada respuesta correcta Falsa o Verdadera le sumara un punto, cada respuesta incorrecta Falsa o Verdadera le restara un punto, si contesta NS ni le suma ni le resta puntos.

Todas las afirmaciones se refieren a los datos proporcionados en el caso clínico correspondiente, por lo que deberá leerlo cuidadosamente las veces que considere necesario antes de anotar sus respuestas.

TERMINOS EMPLEADOS:

Las palabras que a continuación se enuncian se emplean para frase a los tallos de las preguntas con el siguiente significado.

- **Identificación de factores de riesgo para agudización del cuadro:**
Antecedentes o condiciones actuales del paciente que hacen más probable su evolución desfavorable e influyen para que una patología se agudice o complique.
- **Compatible:** Alude al hecho de que la totalidad o parte de los elementos de un caso clínico concuerden con el cuadro propio de la entidad nosológica propuesta esta como diagnóstico.
- **A favor:** Presencia de un dato clínico o paraclínico que forma parte y es base importante en el diagnóstico.
- **Apropiado :** Hace referencia a ciertos procedimientos o medidas de diagnóstico que representan claramente el seguimiento más beneficioso (precisión diagnóstica, eficiencia terapéutica, etc.)
- **Inapropiado:** Hace referencia a ciertos procedimientos o medidas de diagnóstico que representan claramente perjuicio (molestias innecesarias, efectos nocivos etc.) en la situación clínica descrita.
- **Omitida:** Hace referencia a ciertos procedimientos necesarios en la situación clínica y que no fueron tomadas en cuenta por el médico.

POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS GRACIAS.

CASO CLINICO 1

Masculino de 68 años de edad el cual acude a consulta de control de diabetes Mellitus tipo 2 y Cardiopatía Mixta (hipertensiva e isquémica) se refiere con poliuria, polidipsia, polifagia, astenia y adinamia en el ultimo mes, y también nervioso por problemas familiares.

Se reporta glucemia de un día previo de 590 mgrs.

Actualmente recibe tratamiento con Glibenclamida 5mgrs 1x3, Metformina 1x3, Amiodarona 1x1, Isosorbíde 1x3, captopril media tableta al día, furosemide 1x2, parches de nitrito de glicerina, metoprolol 1x2, ASA media tableta al día.

Antecedentes personales patológico Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada hace 18 años, portador de marcapaso desde Octubre de 1995, Cardiopatía mixta, así como neumopatía obstructiva crónica secundaria a tabaquismo.

EXPLORACION FISICA:

T./A 120/ 85 FC. 82 x min. Peso: 97kgms. Talla:1.76 mts

Paciente cooperador obeso, ubicado en tiempo, espacio y persona adecuada coloración de piel y tegumentos, así como adecuada turgencia de piel, evita la mirada directa, mucosa oral húmeda

Ruidos cardiacos rítmicos no agregados, campos pulmonares hipoventilación basal bilateral, abdomen blando globoso a expensas de panículo adiposo, no liquido libre en cavidad, ruidos peristálticos normales, no masa palpables, extremidades pélvicas no edemas. Pies normal.

El medico al detectar descompensación metabólica deriva al paciente a servicio de urgencias para toma de destrostix así como para aplicación de esquema de insulina de acuerdo a resultado siendo este de 400 mgrs por lo que se le aplica 10 ui de insulina rápida, nueva toma de control a los 90 minutos y reporta este de 400mgs, se le aplican nuevamente 10 ui de insulina rápida, él paciente argumenta sentirse bien y solicita retirarse del servicio, en urgencias lo derivan nuevamente con su medico de consulta externa ,donde es recibido por la asistente medica quien le notifica al medico que el paciente ya se siente mejor y le dice que se puede retirar, y que no pierda su cita del siguiente mes

SON FACTORES DE RIESGO EN ESTE PACIENTE:

- 1. El resultado de glucemia central previa
- 2. Portador de marcapaso
- 3. Presentar polifagia

- 4. Las cifras de presión arterial de 120/ 85
- 5 .Estado emocional del paciente

SON DATOS COMPATIBLES CON TRASTORNO METABOLICO:

- 6. Presencia de polidipsia
- 7. Sentirse deprimido y cansado
- 8. Cursar con poliuria
- 9. Resultados de laboratorio de un día previo
- 10.La Neumopatía más Cardiopatía

LOS DATOS CLINICOS DEL PACIENTE ESTAN A FAVOR DE:

- 11. Síndrome de Hiperglucemia
- 12. Síndrome hiperosmolar hiperglucemico no cetocico
- 13. Hipertensión arterial
- 14. Diabetes Mellitus tipo 2
- 15. Depresión mayor

SON ACCIONES APROPIADAS QUE SE REALIZARON EN ESTE PACIENTE:

- 16. Aplicación de Insulina rápida subcutánea en 2 ocasiones solamente
- 17. Envío a urgencias de la UMF
- 18. El tiempo que permaneció en urgencias fue el necesario
- 19. Control con metformina y glibenclamida

SON ACCIONES INAPROPIADAS PARA ESTE PACIENTE:

- 20. Enviar a servicio de urgencias de la unidad
- 21. Derivarlo a la consulta externa hasta el mes siguiente
- 22. Ignorar su problema de nerviosismo
- 23. Dar de alta al paciente con las cifras del destrostix de 400 mgrs después de la segunda dosis de insulina.
- 24. No haberlo incorporado al equipo multidisciplinario de salud.

SON ACCIONES INAPROPIADAS QUE SE OMITIERON EN ESTE PACIENTE:

- 25. Toma de un Electrocardiograma
- 26. Aplicación de soluciones parenterales
- 27. Realización de exploración física buscando fuente de infección
- 28. Solicitar valoración por el servicio de medicina interna
- 29. Citarlo al día siguiente de acuerdo a evolución
- 30.-Considerar inicio de manejo con Insulina acción intermedia

CASO CLINICO 2

Masculino de 77 años de edad el cuál acude cita control de hipertensión arterial de 8 años de evolución, pensionado, habita con su esposa sus hijos ya están casados y no le pueden acompañar a consulta, si ocupa algo lo ayudan económicamente, pero casi nunca van a su casa, el mismo se refiere estable, se le colocó marcapaso por bloqueo auriculo-ventricular completo hace 5 años, sin revaloración en los 2 últimos años.

Antecedentes Personales Patológicos: Nefrectomía derecha por litiasis renal hace 7 años, drenaje de hematoma intracraneal hace 3 años Colescistectomía hace 20 años, ignora si se le transfundió.

Tratamiento farmacológico a base de:

Captopril 25 mgrs 1x3, Verapamilo 1 tab. al día, furosemide 1x1, Calcitriol 1x1, Paracetamol 1x3, Sulindaco 1x2, Complejo b 1x1.

Exploración física:

T/A. 160/100 FC.: 77 x min. PESO: 98 kgms Talla: 1.80 cms

Paciente obeso, no datos de compromiso respiratorio, ruidos cardiacos arrítmicos, campos pulmonares limpios. abdomen normal, extremidades normales sin edema.

El paciente presenta a su medico un EKG que se realizo un día previo para su control: encontrando arritmia con extrasístoles ventriculares. se deriva a urgencias de 2do nivel con los diagnóstico de:

1, Disfunción de marcapaso. 2.-Hipertensión Arterial descompensada 3.-Insuficiencia Renal Crónica.

Al día siguiente lleva contrarreferencia con diagnostico de Hipertensión Arterial descompensada, con cambio de tratamiento a Enalapril 1 tableta cada 8 hrs., con una T/A. ya de 110/70.

SON FACTORES DE RIESGO EN ESTE PACIENTE:

- __1.- Ser portador de marcapaso
- __2. -Presentar tensión arterial descompensada 160/100
- __3.- Antecedentes quirúrgicos referidos
- __4.- Arritmia cardiaca
- __5.- Acudir solo a consulta

QUE DATOS CLINICOS CONSIDERAS A FAVOR DE DISFUNCION DE MARCAPASO:

- 6.- Ruidos cardíacos arrítmicos.
- 7.- En el EKG presentar extrasístole ventricular
- 8.- El tiempo que lleva usando el marcapaso
- 9.- Presencia de Insuficiencia Renal Crónica.
- 10. Frecuencia cardíaca de 77 latidos por minuto.

SON ACCIONES APROPIADAS QUE SE REALIZARON EN ESTE PACIENTE :

- 11.-toma de EKG
- 12.- Envió a urgencias de 2do nivel
- 13.- Combinar la prescripción de verapamil y captopril
- 14. Otorgarle la contrarreferencia al paciente
- 15.- Enviarlo de inmediato en cuanto se valoro electrocardiograma

SON ACCIONES ADECUADAS QUE SE OMITIERON EN ESTE PACIENTE

- 16.- Haber enviado al servicio de urgencias de la UMF. a controlar la presión arterial
- 17.- Manejo en conjunto con trabajo social de la unidad
- 18.-Solicitar valoración por Cardiología de 2do nivel para chequeo.

CASO CLINICO 3

Femenina de 38 años de edad, la cual es obrera, casada 3 hijos ya independientes, acude a su cita de control de asma el cual lo padece desde su adolescencia, con múltiples tratamientos, y de regular a pobre respuesta a los mismos. Refiere que en esta ocasión curso con 2 episodios agudos que ameritaron fuera atendida en servicio de urgencias de la unidad, durante el mes, dándole incapacidad en las 2 ocasiones por el mismo servicio,

Actualmente con molestias en tórax, sensación de opresión. Tos constante seca, siendo su cuadro actual recaída de los 2 eventos previos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Colecistectomía hace 4 años, niegas trasfunciones, legrado uterino por aborto incompleto hace 6 años, cuadros repetitivos de faringitis, en 2 ocasiones con cuadros de urticaria.

EXPLORACION FISICA:

Peso: 58 Kg. Talla 155 cms, FC.: 80 x min. FR.: 20 x min. Temp.: 36.7

T/A: 110/70

Paciente delgada, no datos de dificultad respiratoria, bien hidratada, orofaringe: hiperemia+, no datos de secreción, Tórax: área cardiaca rítmica no agregados, campos pulmonares, con vibraciones ligeramente disminuidas, sibilancias basal derecha apenas perceptibles, no otros datos, a la inspiración profunda le causa tos con molestia a la digito-preción a nivel de parrilla costal, Abdomen.: sin datos a comentar de cambios de esfuerzo respiratorio alguno, tiempo de llenado capilar 3 segundos, uñas coloración normal, no edema de extremidades.

Se le otorga tratamiento para cuadro infeccioso agregado, así como dotación de control, consistiendo este en salbutamol y Montelukas se solicitó rx de tórax para su valoración el próximo mes se solicitan exámenes de laboratorio para protocolo si se requiriera de envió a 2do nivel.

SON FACTORES DE RIESGO PARA ESTA PACIENTE:

- 1.- Sensación de opresión en tórax
- 2.- Presencia de sibilancias
- 3.- Los días de evolución
- 4.- La faringe hiperémica
- 5.- El haber cursado estancias en urgencias.

SON DATOS CLINICOS Y PARA CLINICOS A FAVOR DEL DIAGNOSTICO DE ASMA.....¿QUE OTRO DATO CONSIDERA DE IMPORTANCIA ?

- 6.- Dolor acompañado de tos con exacerbaciones
- 7.- Cuadros de urticaria
- 8.- Reafirma el diagnostico el número de eventos por mes
- 9.- Dolor ala digito-precion.

SON ACCIONES APROPIADAS QUE SE REALIZARON EN ESTA PACIENTE:

- 10.- Haberla atendido por 2da ocasión en urgencias antes de que fuera valorada por su medico familiar.
- 11.- Haberse avocado solo a su problema de asma.
- 12.- Otorgarle su tratamiento mensual para estabilizarla.
- 13.- Haberle solicitado Rx de Tórax y exámenes de laboratorio.
- 14.- No haberle otorgado incapacidad, para que se reincorpore lo mas pronto posible y se corrija su problema.

SON ACCIONES INAPROPIADAS QUE SE REALIZARON EN ESTA PACIENTE:

- 15.- No haberle otorgado incapacidad, para que se reincorpore lo mas pronto posible y se corrija su problema.
- 16.- No haber derivado nuevamente a urgencias de la unidad.
- 17.- El limitarse a dotación de antihistamínicos
- 18.- No contar con el control por especialista requerido para el caso

SON ACCIONES ADECUADAS QUE SE OMITIERON EN ESTA PACIENTE:

- 19.- No haber solicitado previamente la interconsulta, permitiendo la presencia de continuidad de los cuadros de agudización.
- 20.- No insistir en la educación de la paciente para prevención de los cuadros agudos, así como de cuadros infecciosos prevenibles
- 21.- No haberla derivado a trabajo social, para conocer problemática de fondo que desencadene los ataques de asma.

CASO CLINICO 4

Femenina de 60 años de edad, labora como despuntadora en una pequeña fabrica, con una antigüedad de 20 años. Casada, familia en etapa de dispersión ya que solo le queda una hija soltera la cual padece algunas enfermedades y no trabaja, a quién atiende la madre cuando regresa del trabajo, y realiza las labores de casa. Su esposo; trabaja como velador lo que hace que en el día duerma.

La paciente acude por dolor de articulaciones de larga evolución, con hinchazón de manos y rigidez matutina, el dolor es más acentuado en los nudillos de los dedos, así como crepito de las rodillas, que se acentúa al estar mucho rato parada en su trabajo, se da tratamiento paracetamol o naproxen ya que eso refiere le calma sus molestias.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Dislipidemia de larga evolución sin tratamiento, Fractura de brazo derecho hace 15 años, tabaquismo durante su juventud no especifica más.

AGO G= 5 P=4 A=1 C=0 FUM. Hace 5 años.

EXPLORACION FISICA:

Peso: 79.5 Kg. Talla: 1.62cms Temp.: 37 FC: 72x min. FR: 21x min. T/A: 120/90

Tranquila, cooperadora, bien hidratada, obesa, campos pulmonares con buena ventilación, área cardiaca rítmica, abdomen: globoso a expensas de panículo adiposo, sin visceromegalias, extremidades: sin edema, en manos se aprecia deformidad de dedos índices ambas manos, con buen llenado capilar y sin datos de compromiso vascular aparentemente.

Se le otorga sus AINES así como se le entrega hoja de referencia a trabajo social para grupo de sodhi, se le orienta para manejo de estrés familiar cita abierta.

SON FACTORES DE RIESGO PARA ESTA PACIENTE:

- 1.- Obesidad
- 2.- Dolor de larga evolución de sus manos
- 3.- Menopausia más tabaquismo
- 4.- La actividad que realiza en su trabajo, posteriormente en su casa
- 5.- Edad de la paciente y datos clínicos

SON DATOS CLINICOS DE OSTEOARTRITIS? ¿SOLICITARIA PARA CLINICOS PARA APOYAR DIAGNOSTICO Y MANEJO?

___ 7.- Si por que es un proceso degenerativo del hueso que sucede en mayor frecuencia con mujeres posmenopáusicas.

___ 8.- Si por que no necesita apoyo de estudios de gabinete ya que responde bien a los AINES que se prescribe la misma

___ 9.- No se puede diagnosticar solo con Rx donde se corrobore la degeneración por osteofitos marginales, el posible estrechamiento del espacio articular, presencia de quistes subcondrales.

___ 10.- Solo se pudo diagnosticar con datos clínicos, rx, y laboratoriales

SON ACCIONES APROPIADAS QUE SE REALIZARON EN ESTA PACIENTE

___ 11.- Haberla derivado a trabajo social para integración a grupo de apoyo

___ 12.- Haber prescrito medicamento sin necesidad de estudios de gabinete inicialmente.

___ 13.- El interrogatorio médico hacerlo superficial.

SON ACCIONES INAPROPIADAS QUE SE REALIZARON EN ESTA PACIENTE:

___ 14.- Permitir que la paciente continúe con su mismo estilo de vida

___ 15.- Haber otorgado tratamiento con AINES.

___ 16.- No solicitar laboratoriales para ver su dislipidemia realmente

SON ACCIONES APROPIADAS QUE SE OMITIERON EN ESTA PACIENTE

___ 17.- Solicitar inicialmente estudios de laboratorio generales.

___ 18.- Integrar el diagnostico complementario de dislipidemia.

___ 19.- Explicar programa de ejercicio de fortalecimiento de articulaciones afectadas, en conjunto con manejo farmacológico

___ 20.- La influencia del estrés familiar para su enfermedad.

CASO CLINICO 5

Mujer de 40 años ama de casa la cual acude a consulta refiriendo gonartralgia bilateral así como artralgias en metatarso falangicas de 6 semanas de evolución para lo cual se automedica prednisona con mejoría parcial así como diclofenaco, posteriormente se agrega dolor e inflamación en 2da metacarpo-falangica bilateral, menciona acentuación de dolor al inicio de actividades por la mañana (poliartralgias) con rigidez aproximadamente de 2 hrs., acompañada de sensación de sequedad de la boca y ojos. Se realizo rx de rodillas y pies indicada por facultativo particular, se conoce portadora de D.M. II de 5 años de evolución ,manejada con metformina 500 mgs al DIA, glibenclamida 15 mgs al día, cuadros frecuentes de infecciones de vías respiratorias altas autotratada. A.H.F.: Madre con osteoartrosis y padre diabético, que padeció también artritis reumatoide.

EF... P= 89 Kg. T=1.60 cms T/A= 130 /80

Paciente conciente con fascies de dolor ,eritema conjuntival, mucosa oral seca cardio-pulmonar sin complicaciones, manos con nódulos de Heberden y Bouchard, rodilla derecha con signo de la ola positivo ,izquierda dolorosa ala plexo-extensión con flogosis crónica, extremidades sin edema, pulsos pedios normales ,metatarsofalangicas dolorosas.

Sus exámenes solicitados en cita previa muestran glucemia de 350 mg/dl, EGO: sin proteinuria ni datos de infección, BH normal.

Se indica aumento de metformina, dieta adecuada para el caso, reposo relativo, se le aplico dosis IM única de metilprednisolona 40 mgs y se solicita interconsulta a reumatología para revaloración.

Son datos compatibles con artropatía inflamatoria (enfermedad articular inflamatoria)

- 1 Rigidez matutina
- 2 Artralgias posterior a actividad física
- 3 Afectación de articulaciones de columna
- 4 Presencia de derrame articular
- 5 Presencia de nódulos de Heberden

Factores de riesgo en esta paciente:

- 6 Antecedente familiar de osteoartrosis
- 7 Infecciones frecuentes de vías respiratorias
- 8 Uso crónico de esteroides
- 9 Tos crónica

___ 10 Obesidad

Acciones apropiadas que se realizaron en este paciente:

___ 11 Aplicación de dosis IM de esteroide

___ 12 Envío a servicio de reumatología

___ 13 Control de glucemia

___ 14 Indicación de reposo articular

___ 15 Conteo de articulaciones afectadas

Acciones inapropiadas que se omitieron:

___ 16 Toma de reactivos en fase aguda

___ 17 Valoración de Rx de manos que la paciente llevaba

___ 18 Envío a grupo de apoyo para DMII

___ 19 Mencionar diagnóstico de artritis reumatoide incipiente.

A N E X O

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Diciemb re 2007	Enero 2008	Febrero 2008	Marzo 2008	Abril 2008	Mayo 2008	Junio 2008	Julio 2008	Agosto 2008		
Realización y entrega de proyecto de investigación	X										
Intervención educativa		X									
Aplicación de instrumento de medición			X								
Análisis de la investigación				X							
Recopilación de resultados y manejo estadístico					X						
Finalización y entrega del trabajo de investigación							X				

BIBLIOGRAFIA

- 1.- García MJA, Viniegra VL, Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención Rev. Med. IMSS 2005,43 (6):465-472
- 2.-García R,Pelayo y Gross, Larouse Ilustrado 1994,34.
- 3.- García VJ, Formación de médicos familiares y desarrollo de aptitud clínica Rev Med. IMSS 2005; 43 (2): 73
- 4.- Sabido SMC, Viniegra VL, competencia y desempeño en la evaluación del médico, editorial del Instituto Mexicano del Seguro Social, México 1999
- 5.- Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ; Atención Primaria,17;338:41-49
- 6.- Sánchez TE, Pérez CL, Navarro LME, Kumazagua IM y Cols. Dinámica familiar AM J DLS 7:48-52,1994
- 7.- Satír V, Prensa médica Mexicana, p. 86-88 México 1986.
- 8.- Vázquez-Garibay E, Sánchez TE, Navarro LME y cols, Boletín Médico de Hosp.- Infantil Mex:60:33-52,2003
- 9.- Larios MH, Trejo MJA, Cortes GT, Evaluación de la competencia clínica; Revista Médica IMSS 36:77-82,1998
- 10.- Prof. Edgar Lopategui C, Enfermedades crónicas, Revista Salud Médica 20:06-2000,Puerto Rico.
- 11.- Oviedo MMA, Espinoza LF, Olivares SR, Reyes MH, Trejo PJ, Guía clínica para diagnóstico tratamiento de hipertensión Rev. Med. IMSS 2003; 41 (supl.) : s15-s26
- 12.- Reporte del JNC 2003
- 13.-Colectivo de autores del programa y comisión Nacional Asesora para la hipertensión arterial del MINSAP, guía para la atención médica arterial programa nacional de prevención, diagnóstico evaluación y control de la Hipertensión Arterial . Republica de Cuba, Ministerio de Salud Publica , Octubre de 2004
- 14.- Barrón Ra, Torreblanca RF, Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente Hipertenso .Salud Publica México Vol. No.6 Cuernavaca, Nov-Dic 1998.
- 15.- Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento: 31 edición 09:306-310,1996

16.-.- Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento: 31 edición 22:890-894,1996

17.- Oviedo MMA Espinoza LF, Olivares SR, Reyes MH, Trejo PJ; Guía clínica para diagnóstico tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, rev. Med.. IMSS 2003; 41 (supl) :103-108

18.- Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. McPhee,Maxine A. Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento: 31 edición 7: 229-234

19.- Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, Diagnóstico clínico y tratamiento: 31 edición 18: 735-771

20.- Cabrera PCE, Gutiérrez RCL, Peralta HIC. Development and validation of an instrument to measure family physicians clinical aptitude in metabolic syndrome in Mexico. Salud Publica Mex. 2008;50:00-00.

21.-Cabrera PCE, Gutiérrez REA, González PF. Family physicians clinical aptitude for the nutritional management of type 2 diabetes mellitus in Guadalajara Mexico. The journal of nutrition health & aging. 2008;12:156-160.

22.-GUTIÉRREZ GSN, AGUILAR ME, VINIEGRA VL. Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. Rev Med IMSS 2001; 37: 201-210.

23.-ROTHMAN AI, BLACKMORE D, COHEN R, REZNIC R. The consistency and uncertainty in examiners' definitions of pass/fail performance on OSCE stations. Ev Health Prof 1996; 16: 322-332.

24.-CHAVEZ V, AGUILAR M. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de Medicina Familiar. Rev Med IMSS 2002; 40(6):477-481.

25.-GARFIAS GG, AGUILAR ME, VINIEGRA VL. Cómo explorar las aptitudes de los médicos residentes de traumatología y ortopedia en traumatismo craneo encefálico. Rev Med IMSS 1997; (35):233-237.