



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 243
VILLA VICTORIA, ESTADO DE MÉXICO

**“APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR PARA EL
MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR
CON INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS:
CONSTRUCCIÓN Y VALIDACION DE UN INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

M.C. MARIA TERESA HERNÁNDEZ HURTADO

DIRECTORA DE TESIS:

M.C. MARÍA ESTHER REYES RUZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR METODOLÓGICO:

M.C. SILVIA MARGARITA LANDGRAVE IBAÑEZ

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO 2010

NÚMERO DE REGISTRO: R-2009-1505-4





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

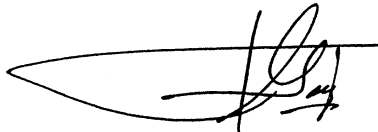
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

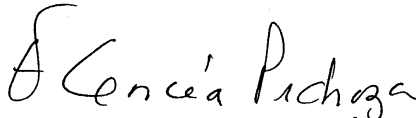
APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR PARA EL MANEJO
INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON
INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS:
CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN

PRESENTA:

DRA. MARÍA TERESA HERNÁNDEZ HURTADO.



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

UNAM



DR ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA.

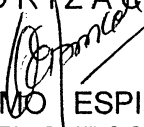
TOLUCA, EDO. DE MÉXICO 2010

APTITUD CLÍNICA DEL MEDICO FAMILIAR PARA EL MANEJO
INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCION
DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS:
CONSTRUCCION Y VALIDACION DE UN INSTRUMENTO DE
MEDICION

PRESENTA:

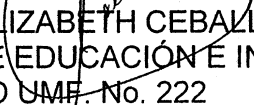
DRA. MARIA TERESA HERNANDEZ HURTADO.

AUTORIZACIONES:


DR. GUILLERMO ESPINOSA FUENTES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES, UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 222; TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.


DRA. MARIA ESTHER REYES RUIZ.
DIRECTORA TESIS


DRA. SILVIA MARGARITA LANDGRAVE IBAÑEZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR UNAM
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS


DRA. FLOR DE MARIA ELIZABETH CEBALLOS SALGADO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD UMF. No. 222

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO 2010

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS:

A MIS PADRES:

A QUIENES LES DEBO TODO
Y QUE APESAR DE NO ESTAR CONMIGO
PARA DISFRUTAR ESTE LOGRO....
EN DONDE ESTÁN LO FESTEJAN.
GRACIAS NIÑO.

A DIOS:

QUE ME DIÓ LA FORTALEZA
PARA CULMINAR ESTA META.

A MIS HIJOS:

ARTURO, ANGEL, DULCE, DULCE MARÍA
MI RAZÓN DE SER.

A MIS PROFESORES:

MIL GRACIAS A TODOS.
MEMO, GRACIAS.

A LAS DRAS. :

MARIA ESTHER REYES RUIZ
SILVIA MARGARITA LANDGRAVE,
GRACIAS, YA QUE SIN SU AYUDA
NO VERÍA CULMINADO NUESTRO
LOGRO.

A MI FAMILIA:

GRACIAS POR TODO SU APOYO.

A MIS COMPAÑEROS:

GRACIAS POR ESA MOTIVACIÓN.

MARIA TERESA

INDICE

	PÁGINA
Introducción	1
1. Marco teórico	2
1.1 La evaluación	2
1.2 Aptitud clínica	3
1.3 Construcción de instrumentos de medición de aptitud clínica	3
1.3.1 Fases de validación del instrumento	6
1.3.2 Calificación del instrumento	7
1.4 Infección de vías respiratorias agudas	7
1.4.1 Rinofaringitis	8
1.4.2 Otitis media aguda	9
1.4.3 Neumonía	10
1.4.4 Faringoamigdalitis	11
2. Planteamiento del Problema	13
2.1 Justificación	14
2.2 Objetivos	15
2.3 Material y Métodos	16
2.3.1 Diseño del estudio	16
2.3.2 Tipo de estudio	16
2.3.3 Población, Lugar y tiempo	16
2.3.4 Tamaño de la muestra	16
2.3.5 Tipo de Muestreo	16
2.4 Criterios de selección	17
2.5 Procedimientos para recolectar los datos	18
2.6 Análisis estadístico	19
2.7 Operacionalización de variables	21
2.8 Consideraciones éticas	22
3. Resultados	23
4. Discusión	24
5. Conclusiones	25
6. Bibliografía	26
Anexos	28

INTRODUCCION

La evaluación de la habilidad del médico familiar en el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas se ha centrado en exámenes tradicionales y comunes y que habitualmente consiste en valorar su memoria ante problemas clínicos ficticios en el mejor de los casos o enunciados relacionados exclusivamente al tema en cuestión alejado de la situaciones clínicas reales que diariamente enfrenta, lo cual no permite valorar el desarrollo de su aptitud clínica para la toma de decisiones en forma oportuna, adecuada y útil para la atención del paciente.

Aunado a lo anterior, la morbimortalidad de las infecciones respiratorias agudas en los menores de 10 años, representa un problema de salud pública, ya que ocupa el primer lugar como demanda de atención en primer nivel de atención nacional.

Al considerar los factores de riesgo que influyen para mantener su elevada incidencia como: la edad en etapas extremas de la vida, nivel socioeconómico bajo, creencias y costumbres de automedicación al tratar esta patología, zona endémica etc., todas ellas susceptibles de atender con enfoque de riesgo en un gran porcentaje, y así disminuir la repercusión directa en los costos económicos, psicosociales y biológicos en el individuo, su familia y la institución.

Es por ello necesario diseñar y validar instrumentos que permitan valorar la aptitud clínica del médico familiar. En donde se buscan aproximaciones confiables para garantizar en lo más posible la vinculación teórica práctica, a partir de casos clínicos reales problematizados, que sean representativos de los contenidos del tema a tratar en sus diferentes estadios de la Historia Natural de la Enfermedad.

1. MARCO TEORICO

1.1 LA EVALUACION

En su concepción más simple, evaluar es comparar una medida con un estándar o patrón y emitir un juicio valorativo basado en esa comparación. La evaluación ha sido y continuará siendo un gran desafío para los educadores en virtud de la diversidad de modificaciones que sufren los educandos como resultado de su exposición a numerosas experiencias de aprendizaje: por ello lo accesible a la observación es sólo la punta del "iceberg" de un complejo proceso subyacente. Aunado a lo anterior, la dificultad para evaluar algo tan complejo como el quehacer clínico, el cual pretende escudriñar todos sus componentes, sus expresiones, facetas y matices es una labor tan necesaria como difícil.

Por lo que, el verdadero desafío radica en como reunir indicios que aporten una visión penetrante y esclarecedora de los acontecimientos. No se trata pues, de recurrir a cualquier dato o testimonio irrelevante, insustancial, encubridor o endeble, es indispensable contar con aproximaciones de indicios profundos, significativos, reveladores y sólidos del que y el como ocurren las cosas en la atención que ofrece el medico familiar ante el padecer de los pacientes. Para que la evaluación pueda cumplir adecuadamente su papel formador en el proceso educativo, debe orientarse a identificar aquellos indicadores más representativos y significativos del proceso enseñanza-aprendizaje de que se trate

Lo cual no se logra al valorar el desempeño clínico, en donde el centro de atención son las acciones del medico familiar, es necesario describir detalladamente lo que hace, lo que dejó de hacer y, en el mejor de los casos, como lo hace. En este acercamiento no se aprecia las razones de su proceder, tampoco si sus decisiones son el resultado de ponderar juiciosamente alternativas pertinentes, o si percibe las posibles consecuencias. Ante tal limitación, se ha considerado registrar minuciosamente su proceder; es decir, hay que verlo actuar y observar su desempeño¹

Tal situación conlleva dificultades técnicas, humanas y bioéticas inmersas en un contexto sociocultural adverso que se intensifica en la práctica diaria, con serias dificultades para trascender lo aparente y superficial de los acontecimientos e indagar atributos más reveladores del médico que no son asequibles a la observación directa.

En esa búsqueda de alternativas mas apropiadas para la evaluación de las aptitudes clínicas del médico, se fueron quedando en el camino los medios mas comúnmente utilizados: los exámenes objetivos de opción múltiple que se basan en el recuerdo de información, también las diferentes modalidades de observación directa del desempeño, que si bien pueden aportar datos relevantes, resultan de escasa factibilidad (graves limitaciones para lograr las condiciones apropiadas de observación), crean artificios al estandarizar las situaciones clínicas que por definición son diversas, y entrañan dificultades considerables para contrarrestar los efectos de la subjetividad en los resultados de la evaluación⁽²⁾

Es por ello que surge la necesidad de crear instrumentos de medición válidos y confiables que permitan evaluar la aptitud clínica del médico familiar a través de casos clínicos reales que permitan valorar el criterio de los profesionales de la salud para tomar decisiones oportunas, adecuadas y útiles para el paciente⁽²⁾

1.2. APTITUD CLINICA:

La aptitud clínica ha sido definida por varios autores ^(1,3,4,7,12), desde diferentes enfoques. En el presente estudio la definición que aplica es: “el estudio ordenado de las diversas manifestaciones de enfermedad con el propósito de precisar un diagnóstico, aplicar un tratamiento, establecer un pronóstico e instituir medidas preventivas y de interconsulta con otros colegas para la atención apropiada de un paciente en particular”⁽⁶⁾.

Lo cual permite desarrollar un dominio del médico para identificar situaciones problemáticas, donde debe discriminar y optar entre alternativas de interpretación, de decisión o de acción, y diferenciar las acciones inapropiadas, extemporáneas, precipitadas, inútiles o perjudiciales que repercuten en el paciente. En todas estas situaciones clínicas reales pone en juego su propio criterio⁽⁹⁾.

Su desarrollo conlleva limitaciones en los ambientes rígidos y rutinarios en que se manifiesta la práctica clínica diaria en las instituciones de salud. Lo cual repercute en la existencia de poca motivación e interés por parte de los profesionales de la salud por asegurar su actualización y su preparación permanente, siendo uno de los motivos frecuentemente emitidos, que los lleva a no buscar alternativas de actualización, disminución del tiempo disponible para cada paciente, carga excesiva de pacientes en la jornada laboral. La superación profesional basada en la evaluación del nivel de competencia y desempeño y que complementa los intereses individuales con las necesidades institucionales y sociales, es la piedra angular que hace de la insatisfacción permanente del profesional de salud así como la búsqueda de la calidad de un servicio^{5,6}, así mismo la ausencia de estímulos económicos y de logro por las autoridades correspondientes; todo esto se ve reflejado en la calidad de la atención que el médico familiar brinda a la población.

1.3. CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS DE MEDICION DE APTITUD CLINICA

La Universidad de Harvard y McMaster han propuesto instrumentos de evaluación de competencia clínica como lo es el Examen Clínico Estructurado por objetivos (OSCE). Al evaluar variables cualitativas como las psicosociales (conducta, personalidad, inteligencia, aprendizaje, etc.); surgen problemas de medición un poco diferentes a los que se enfrentan al investigar variables cuantitativas (físicas, químicas o biológicas), ya que las cualitativas son subjetivas y este es el problema.

Desde hace 2 décadas Viniestra ⁽⁴⁾ y colaboradores han fortalecido una línea de investigación con enfoque epistemológico de “Crítica de la Experiencia” en donde se pretende escudriñar la manera en la cual el médico familiar toma decisiones basadas en su criterio, según su experiencia rutinaria e irreflexiva, lo cual en ocasiones suele ser perjudicial para el paciente.

Para conocer la utilidad de un instrumento de medición "psicosocial" es necesario responder al menos 2 preguntas: ¿Que tan confiable es? y ¿Hasta que punto es válido?

La confiabilidad en este caso, alude a la variabilidad del método ¿Cuál es el grado de precisión de la medición?, ¿Si midiéramos nuevamente al sujeto, hasta que punto habría concordancia entre las dos mediciones?, permitiendo dar uniformidad a su cometido. Esta cualidad es esencial en cualquier clase de mediciones. Se reconoce que en todas las mediciones de cualidades humanas hay cierto grado de error.

Dentro de la validez se distinguen tres tipos:

1.-Validez de contenido:

Para evaluar la validez de contenido de un instrumento de medición, deberá atenderse a esta pregunta: ¿con que fidelidad representa el contenido del instrumento al universo total del contenido que podría medirse?

Para alcanzar este tipo de validez la medición debe representar bien tanto los temas como los procesos cognoscitivos presentes en el universo de contenido.

2.-Validez predictiva o relacionada con un criterio:

Este tipo de validez denota la relación existente entre las puntuaciones de un instrumento de medición y una variable independiente externa (criterio), que mide directamente el comportamiento o las características en cuestión en del estudio, se mide con el criterio de los expertos.

3.- Validez de construcción o constructo:

Cuando los investigadores se formulan la pregunta ¿que es lo que esta prueba mide en realidad?, este tipo de validez se ocupa del grado en que una prueba mide un rasgo o una construcción particular, es esencial en las que sirvan para evaluar individuos con ciertas características y habilidades psicológicas. La validez de construcción denota el grado en que pueda interpretarse el rendimiento en una prueba en términos de construcción como las señaladas.

Con la palabra construcción (constructo) se indica algo que no es medible directamente, pero que explica efectos observables¹⁹

Refleja los principios de una teoría valida sobre el tópico que se pretende medir. Cuanto mejor se oriente el constructo a lo que se pretende medir, se podrán construir pruebas adecuadas. En este camino los medios de observación (instrumentos) sufrieron profundas mutaciones. El punto de partida fueron los exámenes de opción múltiple tipo de una de cinco, sustentados en el recuerdo de información que pronto se mostraron totalmente insuficientes para los propósitos de indagar a profundidad lo que aprenden los médicos durante su adiestramiento. Al poco tiempo se abandono la modalidad una opción de cinco y fue reemplazada por la de tres opciones: verdadero, falso y no se, que se mostró claramente superior en diferentes investigaciones. Gradualmente las preguntas que exploraban memoria fueron sustituidas por situaciones clínicas hasta llegar a la construcción de instrumentos basados en caso clínicos reales y es a partir de entonces (1990) cuando se propuso

el concepto de competencia clínica para especificar diferentes aptitudes que se ponen en juego al responder este tipo de instrumentos ⁽⁸⁾

Los indicadores de Aptitud Clínica propuestos son:

1. Reconocimiento de factores de riesgo: Antecedentes o condiciones del paciente o su familia, que sin formar parte del padecimiento se asocian con una evolución desfavorable.
2. Reconocimiento de indicios clínicos: Habilidades del médico para reconocer e integrar datos de interrogatorio y exploración física, con un fin diagnóstico.
3. Selección de pruebas diagnósticas: Habilidad del médico para identificar, solicitar e integrar datos de laboratorio y gabinete con fines diagnósticos.
4. Interpretación de pruebas diagnósticas: Solicitud juiciosa de pruebas diagnósticas tendientes a confirmar la impresión clínica ponderando su sensibilidad, especificidad y validez predictiva de acuerdo a su utilidad esperada. Correlacionar el resultado con los indicios clínicos de enfermedad.
5. Integración diagnóstica: Con el conocimiento de factores de riesgo, la clínica y los para clínicos, realizar un diagnóstico.
6. Uso de recursos terapéuticos: Prescribir, racionalizar y otorgar con conocimiento medidas farmacológicas y de rehabilitación; así como de cuidados posteriores al reconocer el diagnóstico.
7. Medidas preventivas: Identificar y manifestar al paciente, como evitar recaer en la enfermedad, como cuidar su enfermedad, para que no progrese a estadios avanzados.

Posterior a la identificación los enunciados que corresponden a cada indicador de la Aptitud Clínica, se problematizan mediante *palabras claves* tendientes a esclarecer en el médico familiar, la manera en que debe interpretar dicha pregunta, lo cual es para evitar que pueda ser contestada de memoria, por lo que, para su respuesta el médico familiar debe de analizar los datos del caso clínico cuantas veces sea necesario.

- Factor de riesgo: Son antecedentes o condiciones actuales del paciente o su familia, que sin formar parte del padecimiento actual se asocian con una evolución desfavorable del paciente.
- A favor: presencia de un dato clínico, de laboratorio y/o gabinete que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la enfermedad en cuestión.

- Útil: Se refiere a procedimientos, exámenes de laboratorio y/o gabinete que resultan necesarios en ciertos casos para confirmar un diagnóstico sospechado y fundamentar una acción terapéutica.
- Característico: se refiere a la presencia de un hecho e fenómeno cuya asociación con otro hecho o fenómeno esta ampliamente demostrada de manera tal que su ocurrencia debe hacer pensar en dicha asociación.
- Compatible: alude al hecho de que la totalidad o parte de los elementos de un caso clínico concuerdan con el cuadro propio de la entidad nosológica propuesta con el diagnostico.
- Apropiado: Hace referencia a ciertas medidas o recomendaciones terapéuticas, preventivas o de seguimiento que son las mas efectivas en la situación clínica descrita, con escasos efectos indeseables y claros beneficios potenciales.

A cada indicador de Aptitud Clínica le corresponde una palabra clave específica, cuya propuesta corresponde a:

- Reconocimiento de factores de riesgo: (Factor de riesgo)
- Reconocimiento de indicios clínicos: (A favor)
- Selección de pruebas diagnósticas: (Útil)
- Interpretación de pruebas diagnosticas (Característico)
- Integración diagnostica: (Compatible)
- Uso de recursos terapéuticos: (Apropiados)
- Medidas preventivas: (Oportunas)

1.3.1 FASE DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Posterior a la construcción del instrumento de la Aptitud Clínica, se seleccionó un grupo de expertos en el área clínica, quienes analizaron, de acuerdo a su experiencia, la estructura y lenguaje de cada pregunta con su respuesta para analizar la validez de contenido y criterio.

Dentro de las instrucciones para su aplicación a los expertos, se incluyeron los antecedentes sobre las características de este tipo de instrumento, la población a quien va dirigido. Asimismo, dieron su opinión sobre los contenidos en relación a su congruencia con el área de su competencia, sugerencias sobre su redacción, si corresponden estrictamente al resumen del caso y al nivel académico de los alumnos¹⁵.

En esta fase, los expertos responden los enunciados como falsos o verdaderos, según su criterio. La validez de cada enunciado se alcanza por rondas hasta alcanzar acuerdo mayoritario 4 de 5 o por consenso 5 de 5 según las respuestas de los expertos. Lo anterior se realiza con apego a la técnica de Delphos. Lo anterior se ve plasmado en el instrumento final, el cual contiene las sugerencias de los expertos.

Al tener el instrumento final se elaboró un instructivo para su aplicación a la población a la que va dirigido, el cual tendrá los siguientes requisitos:

- a) Las características de los resúmenes clínicos y el área que corresponde
- b) Las posibles respuestas de falso/verdadero y no sé y su ponderación
- c) La importancia de no dejar ningún reactivo sin contestar
- d) La definición de cada indicador de la aptitud clínica y su palabra clave.

1.3.2 CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

En este tipo de exámenes la respuesta correcta vale un punto, la incorrecta resta un punto, y no sé es igual a cero, de tal manera que la calificación se obtiene restando del número de respuestas correctas el número de respuestas incorrectas.

1.4 INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS:

De acuerdo a la norma oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño. Se define:

INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS, a la enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días.

1. INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES, a la enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio, de las cuerdas vocales hacia abajo, durante un periodo menor de 15 días.
2. INFECCION AGUDA DE LAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, a la enfermedad infecciosa que afecta al aparato respiratorio por arriba de las cuerdas vocales, durante un periodo menor de 15 días.

Se clasifican como:

- Resfriado común o rinofaringitis.
- Faringoamigadalis bacteriana.
- Otitis⁽¹⁶⁾
- Bronquitis.
- Neumonía

EPIDEMIOLOGIA.

Se estima que 3 de cada 4 consultas por enfermedades infecciosas corresponden a padecimientos respiratorios agudos. El 99% afecta a las vías aéreas superiores y solamente 1% las inferiores, como neumonía y bronconeumonía.

MORBILIDAD Y DEMANDA DE CONSULTA:

Además de su importancia como causa de mortalidad, las IRA también son la principal causa de enfermedad infantil, con una incidencia que se ubica entre 4 a 6 episodios por año en las zonas urbanas y de 5 a 8 en las zonas rurales.

En México la incidencia de estos padecimientos muestra una tendencia hacia el incremento a través del tiempo, lo que se aprecia en el número de casos registrados anualmente desde 1980 en el Sistema Nacional de Salud, mismos que se han elevado hasta en 900%. Tal elevación puede ser explicada por diversas situaciones, como son la mejoría de los registros e informes médicos, la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica específico para estos problemas, la mayor accesibilidad de la población a los servicios de salud (con lo que antes no se contaba) y la mayor demanda de consulta, al incrementarse la necesidad de atención para estas enfermedades.

Es muy relevante que del total de casos de infección respiratoria aguda que se presentan anualmente (cerca de 27 millones en 1995), un tercio del peso de esta enfermedad (36%) afecta a la población menor de 5 años y que en los lactantes menores de 1 año se duplique la incidencia.

México en 1994 la mortalidad ocupó el 12º lugar, lo que representa la quinta parte de Haití y 35 veces la de Canadá. Lo que indica que aún ocurren gran cantidad de muertes prematuras por enfermedades transmisibles; sin embargo, preciso reconocer que la esperanza de vida ha aumentado ya que tan sólo en los últimos 10 años, la mortalidad en menores de 5 años disminuyó 37% y en ese mismo período la muerte ocasionada por neumonía y diarrea infecciosa aguda descendió 65%.

1.4.1 RINOFARINGITIS.

DEFINICION: Infección respiratoria aguda que involucra mucosa nasal y faríngea.

También conocida como resfriado común o catarro común, se ha definido como una enfermedad respiratoria aguda de tipo epidémico, causada por un sinnúmero de virus, de los cuales se han descrito más de cien. Ocasiona síntomas y signos variados, dependiendo de la edad del individuo, así como el tipo y virulencia del agente infectante

Actualmente la rinofaringitis se considera la enfermedad mas frecuente de las vías respiratorias en los niños y constituye 50% del total de las IRA que les atacan. ⁽¹⁷⁾

ETIOLOGIA:

El 90% de los casos es de etiología viral, SIENDO LOS PRINCIPALES.

VIRUS:

RINOVIRUS (+ frecuente)

INFLUENZA A, B Y C

PARAINFLUENZA

CORONAVIRUS

ECHO

SINCICIAL RESPIRATORIO

ADENOVIRUS

REOVIRUS

HERPES SIMPLE⁽¹⁸⁾

CUADRO CLINICO:

Inicio con estornudo, sensación de cosquilleo nasal y faríngeo, posteriormente rinorrea hialina, dolor o ardor faríngeo, hiperemia conjuntival y epifora. Fiebre, malestar general (cefalea, mialgias, artralgias y anorexia). Duración del cuadro de 3 a 7 días (promedio 4).

DIAGNOSTICO CLINICO: No se requieren estudios de laboratorio, excepto en sospecha de complicaciones.

TRATAMIENTO SINTOMATICO.

Los antivirales existentes en el comercio no tienen utilidad clínica demostrada ⁽¹⁶⁾

1.4.2 OTITIS MEDIA AGUDA:

DEFINICION:

Es la inflamación e infección supurada aguda del tímpano y del oído medio, con una duración menor de tres semanas ⁽¹⁷⁾

La otitis media aguda se presenta más frecuentemente en varones y con mayor incidencia en invierno que en primavera. Algunos estudios epidemiológicos demuestran que 62% de los infantes, durante el primer años de vida tienen el antecedente de haber padecido cuando menos un ataque de otitis media aguda y al llegar a los tres años 46% ya han padecido tres o mas episodios. ⁽¹⁷⁾

ETIOLOGIA:

BACTERIANA:

- Streptococos neumonía.
- Haemophilus influenzae.
- streptococcus pyogenes.
- moraxella catarrhalis.
- staphylococcus aureus.
- enterobacterias (e. coli, klebsiella sp, proteus sp) *
- pseudomonas sp *
- mycoplasma pneumoniae.

(* En recién nacidos y formas crónicas).

VIRAL:

- sincicial respiratorio
- influenza
- adenovirus.

En 60% de los casos, los episodios de otitis media aguda son de etiología bacteriana, originados principalmente por Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae no tipificables y en menor escala por H. influenzae tipo b. En el otro 40% la etiología es mixta por virus y bacterias ⁽¹⁶⁾

CUADRO CLINICO

Manifestaciones generales: datos de infección respiratoria superior, fiebre, irritabilidad. La hipoacusia aparece en casi todos los pacientes y es de los síntomas iniciales. La historia natural de la enfermedad, en cuanto a fiebre y dolor del oído, muestra que en 48 a 72 hrs. el niño se recupera, pero esto no quiere decir que haya desaparecido el microorganismo. ⁽¹⁸⁾ Cuando se perfora la membrana timpánica se manifiesta con otorrea, la cual inicialmente es de tipo mucoso y posteriormente se torna purulenta.

Manifestaciones específicas: otalgia, otorrea (purulenta o serosa)

A la exploración: evidencia o no de otorrea, membrana timpánica congestiva y eritematosa, opaca abombada, con pérdida de movilidad (otoneumoscopia) hasta perforación y retracción.

DIAGNOSTICO CLINICO, Por medio de Otoneumoscopia, timpanometria.

El estudio bacteriológico se indica de manera ocasional y la muestra debe ser tomada mediante catéter de doble luz.

TRATAMIENTO:

--Antimicrobiano; Ampicilina o Amoxicilina 7-10 días en menores de 10 años.

En mayores de 10 años: Penicilina G procainica 400-800 000 UI/dosis c/12-24h

En alérgicos a penicilina: eritromicina 30-50 mg/kg c/ 6 h o TMT/SMX 7-20 mg/kg c/ 12h

En formas recurrentes: Eritromicina 30-50 mg/kg c/ 6 h o TMT/SMX, 7-20 mg/kg c/ 12h por la frecuente asociación con *Moraxella Catarrhalis*.

Vasoconstrictores nasales uso discutido ⁽¹⁹⁾.

1.4.3 NEUMONIA:

Las infecciones agudas del tracto respiratorio representan la infección humana más frecuente. Las del tracto respiratorio inferior, que se representa por la neumonía, continúan siendo la tercera causa de mortalidad infantil y la segunda de demanda de atención hospitalaria en la república mexicana.

DEFINICION:

Proceso inflamatorio del parénquima pulmonar producido por agentes microbiológicos.

ETIOLOGIA:

El agente etiológico entre los 6 meses y 10 años de edad *S. Pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*. *Virus influenzae*. De 10 años y adultos: *Mycoplasma pneumoniae*. ⁽²⁰⁾

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Aunque los signos y síntomas de las neumonías pueden variar de acuerdo con el germen causal, la edad del paciente y la gravedad de la enfermedad, existen datos clínicos comunes a todas ellas como son:

El síndrome infeccioso (fiebre, hiporexia y ataque al estado general) y el síndrome de insuficiencia respiratoria (tos, disnea, polipnea, aleteo nasal, politiros y cianosis). ⁽¹⁶⁾.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

Biometría hemática completa

Hemocultivos ⁽¹⁹⁾.

Rx de Tórax PA y lateral

TRATAMIENTO:

I.- General: aspiración de secreciones, fisioterapia pulmonar, ambiente húmedo, oxígeno en caso de hipoxia, aporte adecuado de líquidos y calorías.

II.- Específico: uso de antimicrobiano de acuerdo al agente causal. ⁽²⁰⁾.

1.4.4 FARINGOAMIGDALITIS:

Definición: Inflamación infecciosa o la irritación de las fauces: espacio anatómico que comprende: paladar blando, pilares, amígdalas palatinas y la pared posterior de la faringe. Constituyen 35% de las Infecciones Respiratorias agudas en niños.

Incidencia mayor en niños de 4-7 años con aumento entre los 12 y 14 años. ⁽¹⁷⁾

Constituyen 35% de las IRA en niños.

ETIOLOGÍA:

Streptococo B hemolítico del gpo. A. el 15-30% de los casos, el resto viral.

CUADRO CLÍNICO:

Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre de intensidad variable, síntomas generales como mialgias, artralgias, anorexia, cefalea y dolor faríngeo que puede ser tan intenso o impida la deglución. A la exploración física la faringe está hiperémica, edematosa, con exudado purulento, membranas o úlceras y generalmente hay crecimiento de ganglios linfáticos de las cadenas cervicales. Cuando hay formación de membranas debe sospecharse etiología estreptocócica; son de color blanco/gris

Faringoamigdalitis viral:

La mayoría de estos padecimientos originados por virus no producen inmunidad prolongada, tal es el caso de los coronavirus, adenovirus, virus parainfluenza, virus herpes simple y los coxsackie. Las faringitis virales tienden a aparecer después de una rinitis y en los niños es frecuente que se acompañen de tos

Para hacer el diagnóstico de las faringoamigdalitis virales es suficiente con el cuadro clínico y se sospecha de etiología bacteriana cuando la fiebre persiste por más de tres días ⁽¹⁸⁾.

Diagnóstico: Es clínico. Idealmente se debe hacer cultivo de exudado faríngeo cuando haya sospecha de etiología bacteriana, sin embargo, en la práctica es difícil hacerlo, por lo que se restringe a casos rebeldes al tratamiento, sospecha de fiebre reumática o glomerulonefritis difusa aguda, escarlatina, septicemia con puerta de entrada por faringe y difteria.

Tratamiento: En los casos de etiología viral es sintomático, dar aporte suficiente de líquidos y calorías y control de la fiebre. Cuando se sospeche o se tenga evidencia de etiología bacteriana se hace tratamiento específico con antimicrobianos cuya elección debe hacerse de acuerdo a las normas establecidas. Cuando no hay rinorrea o tos productiva, aún en ausencia de pus en faringe, un 20% de los casos

son por *Streptococcus* beta hemolítico y es conveniente dar tratamiento de erradicación con penicilina.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El tipo de evaluación que habitualmente se realiza en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) al equipo de la salud ya que es poco motivante o atractivo para él, ya no estimula el desarrollo de su aptitud clínica, y así atender a los pacientes en manera oportuna, adecuada y con enfoque de riesgo. Los medios mas comúnmente utilizados para evaluar la aptitud clínica se basan en exámenes de opción múltiple con casos clínicos ficticios y exámenes apegados a valorar el recuerdo de información.

Otras modalidades cómo la observación directa del desempeño, que si bien pueden aportar datos relevantes, su factibilidad es escasa ya que presentan graves limitaciones para lograr las condiciones apropiadas de observación durante su aplicación, al interactuar variables cognoscitivas y psicosociales inherentes al propio evaluador y las del evaluado^{1,2,4,7,12}

Siendo las infecciones respiratorias agudas uno de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención en todo el mundo y con mayor frecuencia durante la edad pediátrica. Aún cuando la mayoría de las infecciones respiratorias son autolimitadas, los errores diagnósticos y terapéuticos representan un problema por el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos, lo cual ha dado origen a resistencia bacteriana y desperdicio de medicamentos por la falta de apego al tratamiento una vez desaparecidos los síntomas²¹

Aunado a lo anterior, el medico familiar se encuentra inmerso en un ambiente laboral apegado a normas institucionales que propician la rutina y falta de interés para el manejo adecuado del paciente con infecciones respiratorias agudas

Por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la confiabilidad de un instrumento de evaluación para la aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas, en pacientes adscritos a la UMF 243 Villa Victoria durante el periodo comprendido 1º de sept. al 31 de octubre de 2009?

2.1 JUSTIFICACION:

Durante el año de 2007 la prevalencia de infecciones respiratorias agudas a nivel mundial fue del de 88.4%, a nivel Nacional se reportó cerca del 90.4% a nivel estatal fue de 86.2% durante el mismo año, en la UMF 243 se presentaron 1864.8 casos de infección de vías respiratorias agudas que corresponde a una prevalencia del 73%.

Aún cuando la mayoría de las infecciones respiratorias son autolimitadas, los errores diagnósticos y terapéuticos representan un problema por el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos, lo cual ha dado origen a resistencia bacteriana, y/o la presentación de efectos colaterales, desperdicio de medicamentos por la falta de apego al tratamiento una vez desaparecidos los síntomas²¹

Además de lo ya descrito se suma el poco interés del Médico Familiar para su desarrollo profesional y mejorar su aptitud clínica con el objetivo de brindar una atención de calidad a los pacientes con infección de vías respiratorias agudas. Todo lo cual repercute directamente en la elevación de costos económicos de la institución así como del individuo y la familia.

Es por ello que se requiere motivar el desarrollo personal y profesional del Médico Familiar para atender a los pacientes pediátricos con infección de vías respiratorias, pero también es necesario elaborar instrumentos de evaluación con casos clínicos reales que promuevan la toma de decisiones oportunas, adecuadas y útiles para el manejo del paciente en edad escolar con Infección de Vías aéreas Superiores, que propicien la crítica y autocrítica de su toma de decisiones desarrolladas a través de la experiencia adquirida durante su práctica clínica cotidiana, así como la motivación para indagar evidencias científicas para resolver los problemas a que se enfrenta diariamente. Este trabajo es factible ya que institucionalmente se cuenta con los recursos económicos y humanos.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Construir y validar un instrumento para evaluar la aptitud clínica del Médico Familiar en el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la validez de criterio del instrumento de evaluación de aptitud clínica del médico familiar.
2. Identificar la validez de contenido del instrumento de evaluación.
3. Establecer la validez de constructo del instrumento de medición.
4. Identificar el grado de confiabilidad del instrumento de evaluación de aptitud clínica del médico familiar.

2.3 MATERIAL Y METODOS:

2.3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, del tipo prueba diagnóstica

2.3.2 TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo

Prospectivo

Transversal

2.3.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Diez pacientes en edad escolar con infección respiratoria aguda adscritos a UMF 243 Villa Victoria del 1º de septiembre al 31 de octubre de 2009.

2.3.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Selección de cinco casos clínicos reales.

2.3.5 TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico por conveniencia

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Escolares entre 5 y 12 años de edad
2. Ambos sexos
3. Con diagnóstico de infección de vías respiratorias agudas: rinofaringitis, faringoamigdalitis bacteriana, otitis media, bronquitis aguda, neumonía
4. Fase aguda de la enfermedad

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

1. Que no acepten participar en el estudio
2. Comorbilidad con cáncer, insuficiencia renal crónica, desnutrición, Cardiopatía

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Resultados de gabinete incompletos
2. No acudir a la consulta subsecuente para integración de la exploración física

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLETAR LOS DATOS

Los pacientes que acudieron a consulta en la UMF 243 Villa Victoria durante los meses de septiembre - octubre de 2009 Se canalizaron al investigador, en total 2 pacientes por cada patología de infección de vías respiratorias agudas se anotaron en una lista según patología: rinofaringitis, faringoamigdalitis otitis, bronquitis, neumonía.

Posterior a la selección de los 5 casos clínicos reales, el investigador a través de entrevista directa con el paciente integró la Historia Clínica y Examen físico completos, que le permitieron la selección e interpretación de pruebas diagnósticas útiles para caracterizar el caso

Con los datos obtenidos, se elaboró un resumen claro y preciso del caso clínico, que contenía todos los elementos necesarios que le permitieron al respondiente una descripción clara de la situación clínica.

Ya seleccionados los casos se elaboraron los enunciados con los indicadores de aptitud clínica y se problematizan mediante la utilización de las palabras claves tendientes a esclarecer en el médico familiar de la manera en que tenía que interpretar dicha pregunta.

Posteriormente, se redactaron los ítems de cada indicador, en donde se evitó que pudieran ser contestados de memoria, por lo que, para su respuesta el médico familiar revisó los datos del caso clínico cuantas veces fue necesario.

La correlación entre Indicador y palabra clave, se hizo de la siguiente manera.

- Reconocimiento de factores de riesgo: (Factor de riesgo)
- Reconocimiento de indicios clínicos: (A favor)
- Selección de pruebas diagnósticas: (Útil)
- Interpretación de pruebas diagnósticas (Característico)
- Integración diagnóstica: (Compatibles)
- Uso de recursos terapéuticos: (Apropiados)
- Medidas preventivas: (Oportunas).

El número de enunciados estuvo en relación directa con el caso clínico, fueron los necesarios para profundizar en el manejo integral de cada caso clínico real.

Posteriormente se elaboró un instructivo que especificó la manera en que se respondió el instrumento.

2.6 ANALISIS ESTADISTICO

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE MEDICION:

1. **VALIDEZ DE CONTENIDO Y CRITERIO:** La validez de contenido se realizó mediante el criterio de expertos, los cuales se definieron tomando en consideración su formación y experiencia en el manejo de pacientes escolares con infección de vías respiratorias agudas; conocedores de las funciones y responsabilidades de los médicos familiares. A dichos expertos se les aplicó el instrumento para ser contestado en una primera ronda y se les solicitó que opinaran si los contenidos corresponden al área de competencia, se identifican estrictamente al resumen del caso y al nivel académico de los médicos familiares:

Los cinco expertos estuvieron formados por:

- Un Médico especialista en Pediatría
- Tres Médicos especialistas en Medicina Familiar.
- 1 Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.

Para la validación del instrumento de medición durante las rondas con expertos, se estructuró un instructivo que guió la forma de contestarlo. Posteriormente se analizaron todos los enunciados, identificando que fueran las mismas respuestas por consenso cinco de cinco o por acuerdo mayoritario cuatro de cinco, siendo estos enunciados los que tuvieron permanencia en el instrumento, y los que hayan tenido menos concordancia en la respuesta, se eliminarán del mismo.

Además según el criterio de los expertos, sugirieron corregir o eliminar los enunciados inadecuadamente elaborados. Se recabaron las respuestas en hoja de Excel.

Con los enunciados validados, se llevó a cabo una segunda ronda con los mismos expertos y se llevó a cabo nuevamente el procedimiento de selección. De ser necesario se llevaron a cabo mas rondas con los expertos.

Una vez que se seleccionaron los enunciados validados por los expertos, se buscó equilibrar los mismos: en un 50% de respuestas verdaderas y 50% de respuestas falsas, lo cual corresponde a un 100% de preguntas correctas.

2. **VALIDEZ DE CONSTRUCTO:** Una vez construido el instrumento se midió la validez de constructo a través del análisis intraprueba de Kuder de Richardson.

3. Para calcular las puntuaciones explicables al azar, utilizando la fórmula de Pérez- Padilla y Viniegra; con el número obtenido se restaron del total de los enunciados, con el producto se dividió entre el número de categorías de aptitud clínica, lo cual permitió establecer el intervalo entre cada una de ellas, las cuales serán: Muy incipiente, incipiente, regular, avanzada y muy avanzada, dependiendo del número de reactivos finales.

CONFIABILIDAD: La confiabilidad de un instrumento de medición es el grado de uniformidad con que cumple su cometido. Esta cualidad es esencial en cualquier clase de medición, se expresa en forma matemática como el cálculo más exacto de la proporción de la varianza total de la puntuación que corresponda a la varianza verdadera.

El presente instrumento se realizó con de la Prueba Alpha de Cronbach.

Posterior a su validación, se obtuvo un instrumento de medición final, el cual fue aplicado a Médicos familiares de primer nivel de atención médica, que aceptaron en forma voluntaria responderlo, tendiente a calcular su grado de consistencia interna.

Se solicitó a los Médicos que respondieran el instrumento, y como forma adicional, que valoraron el lenguaje utilizado y se identificó el tiempo que tardaron en contestar el instrumento, lo cual sirvió de apoyo para su adecuación operativa.

2.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
APTITUD CLINICA	Se refiere al estudio ordenado de las diversas manifestaciones de enfermedad con el propósito de precisar un diagnostico, aplicar un tratamiento, establecer un pronostico e instituir medidas preventivas y de interconsulta.	Calificación obtenida con el instrumento de medición	Ordinal -Muy alta -Alta -Intermedia -Baja -Muy baja -Esperada al azar	Cualitativa
VALIDEZ DE CONTENIDO.	Determina el grado en que los ítems son una muestra representativa de todo el contenido a medir.	Calificación obtenida por cada enunciado durante la ronda de expertos	Nominal SI: cuando es mayor de .4 NO: menor de 3	cualitativa
CONFIABILIDAD	Cualidad en cualquier medición, denota el grado de congruencia con que se realiza la medición	Calificación obtenida con el instrumento de medición	Confiable: Si > .5 No < .5	cualitativa

2.8 CONSIDERACIONES ETICAS

Se solicita la participación en el estudio en forma voluntaria basada en las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica, contempladas en:

1.- La declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea médica mundial Helsinki, Finlandia en Junio 1964; (40) en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (41) y según modificaciones establecidas en:

a) 29ª Asamblea médica mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975.

- Congreso M. 75 del Consejo de Europa Estrasburgo, en Ámsterdam, y Francia. (21-25 de Octubre de 1975).

b) 35ª Asamblea médica mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983.

c) 41ª Asamblea médica mundial, Hong Kong, Septiembre 1989.

d) 48ª Asamblea general, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996.

e) 52ª Asamblea general, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. (42)

**Nota de Clasificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM. Washington 2002.

* Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AAM, Tokio 2004.

2.- El acuerdo que al respecto emitió la Secretaria de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el martes 6 de enero de 1982, páginas 16 y 17 a las normas institucionales establecidas. (43)

Este trabajo de investigación no genera lesión al individuo en el área biopsicosocial, los datos obtenidos serán utilizados para el logro del objetivo de esta investigación por lo que será estrictamente confidencial. Previa autorización verbal del consentimiento informado del médico familiar.

3. RESULTADOS:

Para explorar la aptitud clínica del médico familiar en el manejo integral de pacientes con infección de Vías Respiratorias Agudas en pacientes en edad escolar. Se diseñó un instrumento de medición con 5 casos clínicos reales problematizados en las principales patologías: Resfriado Común, Sinusitis Aguda, otitis, neumonía y bronquitis aguda. Inicialmente se obtuvo un total de 273 ítems, con respuestas correctas en un 50% verdadera y 50% falsas.

Para determinar su validez de contenido y criterio, se requirió de una ronda de 5 expertos, los cuales fueron seleccionados por su formación académica: 1 Pediatra, 1 jefe de enseñanza e investigación y 3 médicos familiares. Alcanzando acuerdo mayoritario (4 de 5). En esta fase se eliminaron 33 ítems por no alcanzar dicho acuerdo. El instrumento final quedó conformado con 240 ítems, con respuestas correctas en un 50% verdadera y 50% falsas.

En relación a la distribución de los indicadores de aptitud clínica y su palabra clave, quedó como sigue:

INDICADOR	PALABRA CLAVE	NUMERO DE ITEMS
Reconocimiento de factores de riesgo	Factor de riesgo	75
Reconocimiento de indicios clínicos	A favor	31
Selección de pruebas diagnósticas	Útil	23
Integración diagnóstica	Compatible	38
Uso de recursos terapéuticos	Apropiado	33
Medidas preventivas	Oportuno	40

Para determinar su consistencia interna, el instrumento se aplicó a 20 médicos del primer nivel de atención, que laboran en una clínica de Medicina Familiar. Con una duración de 2 horas, no hubo incidentes o preguntas confusas. La mayor puntuación de acierto s fue de 207 y la menor 118, del total de 240 enunciados. Se obtuvo un resultado de 0.98, el cual se considera muy bueno.

Para el cálculo de las puntuaciones explicables al azar, se desarrollo la fórmula de Pérez-Padilla y Viniegra, con resultado de 30.4. Nadie respondió No sé.

Con este resultado, se determina la escala de aptitud clínica, la cual queda como sigue:

Escala Aptitud Clínica	Respuestas correctas
Muy avanzada	201-240
Avanzada	158-200
Intermedia	117-157
Incipiente	74 – 116
Muy incipiente	31 – 73
Puntuaciones explicables al azar	30

No se realizaron preguntas sociodemograficas en el instrumento, por lo que se considera un sesgo de recolección de información y eso se puede manifestar como una debilidad del cuestionario final, considerando que sería importante saber los años de ejercicio profesional de los médicos encuestados, por lo que se propone realizar un segundo trabajo considerando estas variables.

4 .DISCUSION

El instrumento desarrollado representa un acercamiento novedoso al proceso de evaluación de los médicos familiares en el primer nivel de atención, aunado a la prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños en edad escolar, al ser uno de los principales motivos de consulta, a nivel mundial y nacional. No obstante que son infecciones auto limitadas, los errores diagnósticos y terapéuticos representan un problema por el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos, lo cual ha dado origen a resistencia bacteriana y desperdicio de medicamentos por la falta de apego al tratamiento una vez desaparecidos los síntomas ⁽²¹⁾

Comparado con otros estudios en los que por igual se diseño y valido un instrumento de medición como el de López del Castillo- Sánchez D. el que se conformó por 202 enunciados, sólo una ronda de expertos con lo que finalmente resultaron 130 ítems eliminándose 72, la prueba de Kuder Richardson se obtuvo un resultado de 0.83 de confiabilidad.

En otro estudio realizado por García Mangas et al. En el que el instrumento se aplicó a 499 médicos, con 412 ítems, conformado por nueve indicadores de aptitud clínica, la confiabilidad fue de 0.94 y el cálculo de las puntuaciones explicables por azar alcanzó 60.

En otro estudio similar realizado por Gutiérrez Gutiérrez, et al. siendo al inicio 237 ítems y posterior a cuatro rondas de expertos finalizó con 187 ítems eliminándose 50 ítems y aplicado en tres ocasiones a poblaciones pilotos, obteniéndose una confiabilidad de 0.95, lo explicable por efectos del azar se ubicó en una mediana de calificación global de 37 puntos.

En el presente estudio para determinar su validez de contenido y criterio, se requirió de una ronda de 5 expertos, en esta fase se eliminaron 33 ítems, el instrumento final quedó conformado con 240 ítems, el instrumento se aplicó a 20 médicos del primer nivel de atención. Se obtuvo un resultado de 0.98 de confiabilidad el cual se considera muy bueno. Para el cálculo de las puntuaciones explicables al azar, se desarrollo la fórmula de Pérez-Padilla y Viniegra, con resultado de 30.4.

5. CONCLUSIONES:

El instrumento de evaluación de la Aptitud clínica del médico familiar en el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas es válido y confiable, para ser aplicado a Médicos del Primer Nivel de Atención. A pesar de la dificultad para evaluar algo tan complejo como, el quehacer clínico, el instrumento enfrenta al respondiente, a tomar decisiones ante un caso clínico real, lo cual pretende provocarlo y llevarlo a la reflexión de lo que “hace” y “como lo hace” en su práctica diaria. Y sea, desde ese momento, el detonante para indagar evidencias científicas que le permitan mejorar la atención que brinda a sus pacientes.

Dicha aproximación, permite la vinculación teórica práctica, al incluirse casos representativos de los diferentes estadios de la Historia Natural de la Enfermedad.

Dicha concepción, aleja la posibilidad de valorar el desempeño clínico del médico, en donde el centro de atención son las acciones del médico familiar, es necesario, continuar escudriñando las razones de su proceder, analizar si sus decisiones son el resultado de ponderar, juiciosamente, alternativas pertinentes o si percibe las posibles consecuencias de las mismas.

Es por ello, que surge la necesidad de continuar esta línea de investigación, diseñar instrumentos de medición validos y confiables que permitan evaluar la aptitud clínica del médico familiar , a través de casos clínicos reales, que permitan valorar el criterio de los profesionales de la salud para tomar decisiones oportunas, adecuadas y útiles para el padecer del paciente ⁽²⁾

6. BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Robles H. et al. Desarrollo y evaluación de la aptitud clínica en Médicos Familiares, entrevista a José Alberto García Mangas, Medico Coordinador de programas de evaluación. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, Soc. Iberoamericana de información científica. Rev. Méd. IMSS. 2004; 42(4) 309-304.
- 2.- Viniegra L. Evaluación de la competencia Clínica. Rev. Invest Clín 2000; 52(2):109-110.
- 3.- Dorado-Gaspar MP et al. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de Medicina Familiar. Arch. Med .Fam. 2006; 8(3):169-174.
- 4.-García Vega R. SCM. Evaluación del Desempeño de Médicos de Familia, Guía de evaluación, Rev." Arch. Méd. de Camagüey", 1997;36(4) 7-17.
- 5 López del Castillo SD. Impacto del Curso de aprendizaje en la clínica sobre la aptitud clínica del médico familiar en las Infecciones. Agudas superiores en niños menores de 5 años. Rev. Med. IMSS1997; 2(6); 132-141
- 6-Ruiz J. El comportamiento del Médico difícil, Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria, Rev. Educ. sup.; 2005. 24(3) 22-29
- 7.-Larios MH. Competencia profesional y competencia clínica, Seminario el ejercicio actual de la Medicina. Fac. Med. UNAM 2006.
- 8-Ary D. et al. Introducción a la investigación pedagógica, segunda edición, Mc Graw- Hill Falt. Mexico 2002. pp 202-235
- 9.- Viniegra L. La investigación en la educación: Papel de la teoría de la observación, IMSS, 2ª edición. México 2000. 251-271.
- 10 .-Viniegra LV, Algunas consideraciones comparativas entre los exámenes de opción múltiple tipo " una de cinco" y falso/verdadero/ no se*. Rev Invest Clin (Méx) 1979;31:413-420.
- 11.- Viniegra L V. Utilidad comparativa de dos tipos de exámenes empleados con fines selectivos. Rev Invest Clin (Méx) 1985; 37:253-256
- 12.-Viniegra L.V Conocimientos teóricos de metodología de investigación clínica de un grupo seleccionado de recién egresados de la carrera de Medicina. Rev Invest. Clin (Méx) 1985; 37:257-260.
- 13.-Viniegra L. Utilidad de los exámenes de selección múltiple en la evaluación del aprendizaje ocurrido durante un adiestramiento clínico intensivo. Rev Invest Clin (Méx 1979;31:407-412.
- 14.-Farfán SG. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar, Colegio Mexicano de Medicina Familiar A.C. PAC MF-1 Editorial Intersistemas:22-64

- 15.-Mendez Cervantes F. Manual de Procedimientos Médico-Quirúrgicas, CMN siglo XXI IMSS, Méndez editores, México. cuarta Edición, 1998 pp. 162-178.
- 16.-González Saldaña N. Et al, Infectología clínica pediátrica, editorial Trillas. México. Sexta edición Enero 1997 pp. 69-133.
- 17.-Games JL .Introducción a la Pediatría, Méndez Editores, México. Sexta edición. 1997. pp. 167-210.
- 18.-Alvarez H. L. Revista de enfermedades infecciosas en pediatría. 2005; (17):71. 119-131
- 19.-Sánchez Tarrago N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de vigilancia. Gaceta médica de México 1996: 1 (1) 17-24
20. -Rodríguez Tamayo R. Infecciones respiratórias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos. Reporte Técnico de vigilância. Manual de vigilância epidemiológica Nov. 2000. 5 (7) 119-124

Anexos

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA	
Lugar y Fecha	TOLUCA, MEX JUNIO 2009
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:	
APTITUD CLÍNICA DEL MEDICO FAMILIAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS: CONSTRUCCION Y VALIDACION DE UN INSTRUMENTO DE MEDICION	
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	
El objetivo del estudio es:	
CONSTRUIR Y VALIDAR INSTRUMENTO DE MEDICION DE LA APTITUD CLINICA DEL MEDICO FAMILIAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCION DE VIAS RESPIRATORIS AGUDAS.	
Se me ha explicado que mi participación consistirá en:	
Aceptación para integrar la Historia Clínica completa de mi hijo (a) y la realización de estudios paraclínicos para integrar el diagnostico correspondiente. Del cual se realizará un resumen que formara parte de un examen para médicos familiares.	
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
RIESGOS: NINGUNO, MOLESTIA: SOLO EN CONTESTAR LOS CASOS CLINICOS, BENEFICIOS: EL SABER QUE SE ELABORA UN INSTRUMENTO DE MEDICION.	
El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.	
Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.	
El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
Paciente. Nombre y firma _____	
Investigador principal: DRA. MARIA TERESA HERNANDEZ HURTADO MAT. 11731052 _____	
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 7222122608	
Testigos _____	
Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810 – 009 – 013	

Anexo 2

CRONOGRAMA DE GANTT ANEXO 2

TITULO: APTITUD CLINICA DEL MEDICO FAMILIAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS: CONSTRUCCION Y VALIDACION DE UN INSTRUMENTO DE MEDICION

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: MARIA TERESA HERNANDEZ HURTADO.

TIEMPO PROGRAMADO/ MESES 2008.										ACTIVIDAD	TIEMPO REAL/MESES 2009-2010											
JUL-SEPT 2008	O	N	D	E N/09	F	M	A	M			JUL-SEPT 08.	O	N	D	E N/09	F	M	A	M	J	J	D/E
											X											
X											X											
X											X											
X											X											
	X											X										
				X																X		
				X																X		
				X																X	X	
					X	X															X	X
								X													X	X
								X													X	X
								X													X	X
									X													X
									X													X
									X													X

Anexo 4

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 222

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA APTITUD CLÍNICA DEL MEDICO FAMILIAR EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS”

INSTRUCCIONES: A continuación encontrara casos clínicos sobre infecciones respiratorias agudas en pacientes pediátricos en edad escolar. Cada caso clínico esta dividido en varios enunciados. Los cuales están agrupados debajo de un encabezado.

Lea detenidamente cada caso y valore sus respuestas de acuerdo a las siguientes opciones:

(V) verdadero, (F) falso o (NS) no sé.

Verdadero: (V) Si se considera que el enunciado corresponde a lo que explícitamente se afirma o se niega Si es cierta con respecto a: un hallazgo en el paciente que apoya el diagnostico, un diagnostico que se fundamenta suficientemente en el cuadro clínico descrito, una medida benéfica para el paciente, un estudio indicado en el manejo del paciente, una complicación inminente o una medida que tiene preferencia sobre otras para la mejor evolución del paciente.

Falso (F): Si se considera que el enunciado no corresponde a lo que explícitamente se afirma o se niega, cuando la respuesta propuesta es equivocada en relación con un hallazgo en el paciente que no apoya un diagnostico, un diagnostico que no se fundamenta suficientemente en el cuadro clínico descrito, una medida que puede ser inconveniente para el paciente, un estudio no indicado en el manejo del paciente, una complicación poco probable o una medida que es secundaria con respecto a otras para mejorar la evolución del paciente.

No sé (NS): cuando no puede decidir si el enunciado es verdadero o falso.

Conteste la opción elegida en la hoja de respuestas

Una respuesta correcta le suma un punto, una respuesta incorrecta le resta un punto, una respuesta “no se” no le suma ni le resta, un enunciado no contestado le resta un punto.

Evite dejar respuestas sin contestar

Cada encabezado guía corresponde a un indicador de aptitud el cual posee una palabra clave, que esta subrayada y que orienta el sentido de la respuesta de los enunciados.

INDICADORES DE APTITUD CLÍNICA

- 1.- Reconocimiento de factores de riesgo: Antecedentes o condiciones del paciente o su familia, que sin formar parte del padecimiento se asocian con una evolución desfavorable.
- 2.- Reconocimiento de indicios clínicos: Habilidades del médico para reconocer e integrar datos de interrogatorio y exploración física, con un fin diagnóstico.
- 3.- Interpretación de pruebas diagnosticas.- Habilidad del médico para interpretar los datos de laboratorio y gabinete con fines diagnósticos.
- 4.- Selección de pruebas diagnosticas: Habilidad del médico para identificar, solicitar e integrar datos de laboratorio y gabinete con fines diagnósticos.
- 5.- Integración diagnóstica: Con el conocimiento de factores de riesgo, la clínica y los para clínicos, realizar un diagnóstico.
- 6.- Uso de recursos terapéuticos: Prescribir, racionalizar y otorgar con conocimiento medidas farmacológicas y de rehabilitación; así como de cuidados posteriores al reconocer el diagnóstico.
- 7.- Medidas preventivas: Identificar y manifestar al paciente, como evitar recaer en la enfermedad, como cuidar su enfermedad, para que no progrese a estadios avanzados.

Cada **palabra clave** tendrá en este examen **exclusivamente** el significado que a continuación se menciona:

- 1.-Factores de riesgo** Son antecedentes o condiciones actuales del paciente o su familia, que sin formar parte del padecimiento actual se asocian con una evolución desfavorable del paciente.
- 2.- A favor:** presencia de un dato clínico, de laboratorio y/o gabinete que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la enfermedad en cuestión
- 3.-Característico:** Presencia de un hecho o fenómeno ampliamente demostrado de manera tal que su ocurrencia debe hacer pensar en dicha situación
- 4.-Util:** Se refiere a procedimientos o exámenes de laboratorio o gabinete que resultan necesarios en ciertos casos para confirmar un diagnóstico sospechado y fundamentar una acción terapéutica.
- 5.-Compatible:** alude al hecho de que la totalidad o parte de los elementos de un caso clínico concuerdan con el cuadro propio de la entidad nosológica propuesta con el diagnostico.
- 6.- Apropiado:** Hace referencia a ciertas medidas o recomendaciones terapéuticas, preventivas o de seguimiento que son las más efectivas en la situación clínica descrita, con escasos efectos indeseables y claros beneficios potenciales.
- 7.-Oportuno:** Se refiere a recomendaciones preventivas o de cuidado para mejor condición de salud general del paciente.

CASO CLÍNICO 1.

Rubén de 11 años, sin antecedentes asmáticos ni alérgicos, procede de tercera gesta, con peso al nacer de 2100 g a las 34 semanas de gestación, con APGAR al nacer de 7-8, incubadora 1 semana, padres sanos, sin toxicomanías, el empleo de cervecería como repartidor con un ingreso mensual de 4 salarios mínimos, ella ama de casa. Cuenta con casa propia con todos los servicios. Condiciones de vivienda con humedad presente, ventilada 2 ventanas por habitación cursa 5° de primaria, sin problemas de aprovechamiento escolar, en un salón de clases pequeño, mal ventilado convive con otros 43 alumnos, se refiere varicela a los 7 años, sin complicaciones, inmunizaciones: al nacimiento BCG y Sabin 2,4 y 6 meses, Sabin y DPT; Triple viral, Hepatitis A, 2 dosis.

Características de la familia: Hermana de 7 años estudiante de 2° primaria, viven los cuatro en casa propia, su dinámica familiar se caracteriza, por una comunicación con mensajes dirigidos a la persona en cuestión, sin generalizaciones, se respetan como individuos diferentes y se toleran, las decisiones son tomadas en familia, con una buena respuesta a el duelo, en la muerte del abuelo paterno, integrante de la familia quien jugaba el rol de padre; así como al superar y aceptar la pérdida de empleo del padre, la madre trabajó un tiempo para contribuir al gasto familiar y actualmente se dedica al hogar, la madre cuida a Rubén al traerlo al médico, limpio y bien arropado, con un trato cariñoso, lo abraza, lo besa, Rubén es amable y saluda. Existe un diálogo entre padres e hijos y se les llama la atención cuando se portan mal sin recibir castigos. Salen los hijos a jugar con los amigos a un parque cercano con vigilancia de la madre. En Diciembre la familia sale de vacaciones a Querétaro, visitan familia mama

Padecimiento Actual: Evolución 3 días con malestar general: cefalea frontal pulsátil de predominio vespertino, astenia, adinamia, hiporexia, además de rinorrea hialina anterior, epífora, al segundo día se agrega odinofagia y disfagia. Hoy se mantiene la cefalea frontal, con remisiones y exacerbaciones, la rinorrea es amarillenta con escasos rasgos de sangre, la madre le inicia por su cuenta penicilina G procaínica 800 000 UI, además: agua, te y cítricos. Sin mejoría.

Exploración física: Peso 45 k talla. 1.50 m FC: 80/minuto, FR.24/minuto, temperatura.37°C. Consciente tranquilo, cooperador, buena coloración de tegumentos, facies no característica, afebril, conjuntivas hiperémicas, con escasa secreción purulenta, nariz central con secreción hialina, mucosa nasal edematosa, cornete superior con ligero edema, mucosa oral hidratada, 1^{er} molar superior derecho dañado en una de sus caras, orofaringe: hiperémica, pilar blando con pequeñas úlceras, amígdalas hiperémicas +/-+++, membrana timpánica aperlada, cuello sin adenopatías, campos pulmonares: limpios ventilados, amplexión y amplexación normales, ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, sin soplos.

Son **factores de riesgo** para infección de vías respiratorias de tipo viral, en este paciente:

- 1.- El número de alumnos en el salón de clases
- 2.- Su edad
- 3.- Las características ambientales de la vivienda.
- 4.- Las características del 1^{er}. Molar
- 5.- Antecedentes de atopías

Son **factores de riesgo** psicosociales para disfunción familiar en este paciente

- 6.- La ocupación actual del padre
- 7.- Su escolaridad
- 8.- Su edad
- 9.- Su nivel socioeconómico
- 10.- Su estructura familiar
- 11.- La manera en que se expresa el afecto
- 12.- El tipo de cuidados maternos
- 13.- Su recreación familiar
- 14.- Su tipo de comunicación
- 15.- La ausencia de crisis paranormativas
- 16.- El tipo de respuesta ante la pérdida del abuelo

Son **factores de riesgo** psicosociales para disfunción familiar en este paciente:

- 17.- El nivel de integración familiar
- 18.- La respuesta de la madre ante la pérdida del empleo del padre
- 19.- La etapa del ciclo vital
- 20.- El trabajo actual del padre
- 21.- El rol periférico del padre
- 22.- La autoridad que ejerce el abuelo

En este paciente, **son datos a favor** de Rinofaringitis viral:

- 23.- Las características de la secreción nasal
- 24.- El malestar al deglutir
- 25.- La dificultad al deglutir
- 26.- Las características de la mucosa nasal
- 27.- Las características de la mucosa conjuntival
- 28.- La persistencia de la cefalea.
- 29.- Los días de evolución.

Son **diagnósticos compatibles** en este paciente:

- 30.- Resfriado común
- 31.- Caries dental de 1er grado
- 32.- Desnutrición primer grado
- 33.- Familia nuclear simple
- 34.- Fase de consolidación
- 35.- Crisis paranormativa
- 36.- Con riesgo para disfunción familiar

Son **estudios útiles** en este paciente:

- 37.-Solicitar Tele de tórax
- 38.-Solicitar Cultivo de secreciones
- 39.-Solicitar cultivo faríngeo
- 40.-Solicitar antiestreptolisinas
- 41.- Aplicación de FACES III

Son **medidas terapéuticas adecuadas** en este paciente:

- 42.- Motivar en la madre la adherencia terapéutica
- 43.- Limitar la ingestión de agua
- 44.- Administrar gotas nasales de agua salina cada 8 horas
- 45.- Inspiración continúa de aire húmedo por medio de vaporizaciones
- 46.- Iniciar con paracetamol 100 mgs cada 8 horas por 3 días.
- 47.- Continuar con penicilina G procaínica 800 000 UI por 3 días.
- 48.- Disminuir ingesta de líquidos.
- 49.- Utilizar ungüento balsámico nasal
- 50.- Indicar curación con material restaurativo definitivo en el molar
- 51.- Continuar con actividad física durante los siguientes 3 días

Son **medidas preventivas útiles** en este paciente

- 52.- Consumo de 6 fresas
- 53.- Consumo de 3-4 naranjas
- 54.- Evitar protección naso bucal
- 55.- Aislamiento en casa
- 56.- Revaloración en 15 días
- 57.- Detección de placa bacteriana
- 58.- Valoración de pie plano transversal

CASO CLÍNICO 2.

Roberto de 7 años que acude con la madre. Es producto de la gesta 1 de término, madre con control prenatal, sin patología durante el embarazo, atendido en IMSS, obtenido por parto eutócico, lloro y respiró al nacer, APGAR: 8-9, peso al nacer 3200grs, talla 51cm, sin patologías al nacer, se le aplicaron vacunas al nacer BCG y Sabin 2,4 y 6 meses, Sabin y DPT; Triple viral, madre de 30 años, casada, escolaridad secundaria, empleada de oficina, Padre de 36 años empleado de embotelladora de refrescos, es técnico en contabilidad, sano no fuma ni toma. Roberto estudiante de 2º año de primaria, practica fútbol, casa habitación con agua potable, luz, drenaje, con 3 habitaciones para dormir las cuales cuentan con una ventana grande buena iluminación y ventilación convivencia con 1 perro y 1 gato fuera de la casa, alimentación basada en fruta 1 ración diariamente verdura 3 veces a la semana, carne 3 veces por semana leguminosas 1- 2 veces por semana, cereal diariamente así como leche, nivel aprovechamiento escolar regular con un promedio de 8. Cuadros de amigdalitis de 3-4 por año, varicela a la edad de 4 años

Características de la familia: Viven en la misma casa, los padres y hermana de 6 años estudia 1ero primaria, hermano de 4 años 2º preescolar.

El casamiento se decidió por embarazo no planeado ni deseado. Los padres se transmiten los mensajes a través de los hijos y en forma generalizada. La madre trabaja para cubrir las necesidades de alimentación y vestido de la familia, el padre se mantiene alejado de la toma de decisiones relacionadas con la crianza de los hijos. El cuidado de los hijos durante el día esta a cargo de una tía paterna que a su vez cuida a sus 2 hijos preescolares. La madre complace a los hijos en todo lo que le piden, de esa manera considera que les manifiesta su cariño.

Padecimiento actual: Inicia hace 3 días con malestar general: astenia, adinamia, hiporexia, rinorrea hialina anterior, al 2º día se agrega odinofagia, disfagia, cefalea frontal pulsátil de predominio vespertino, fiebre no cuantificada de predominio nocturno, control térmico con compresas de agua, sed intensa, el día de hoy se agrega tos seca, y disfonía, la madre otorgó líquidos abundantes.

Exploración física: Peso. 24 kg, talla 1.10mts, temperatura. 39.50c, FC 130xmin, FR 32xmin AV. OD 20/20 OI 20/20. Consciente, cooperador con rubicundez facial, conjuntiva hiperémica, epifora, nariz central con escasa secreción, boca: mucosas hidratadas, orofaringe hiperémica amígdalas hiperémicas++/+++ , hipertróficas++/+++ con exudado amarillo adherido, halitosis, adenopatías cervicales de consistencia firme, móviles no dolorosas, ambos conductos auditivos con membrana timpánica aperlada, campos pulmonares limpios bien ventilados, amplexión y amplexación normales, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad sin fenómenos agregados.

Son factores de riesgo para infección de vías respiratorias tipo bacteriano en este paciente:

59.- El número de habitantes en la vivienda

60.- Su edad

61.- Su estado nutricional

62.- El cuidado de los padres

Son factores de riesgo para disfunción familiar en este paciente

63.- La ocupación de los padres.

64.- Las expectativas de los padres durante su procreación

65.- La comunicación directa

66.- Las muestras de afecto.

67.- La falta de cuidado materno

68.- El rol central del padre

69.- El rol asignado a la madre

70.- Su etapa familiar

71.- Su fase familiar

72.- Su etapa del ciclo vital

Son datos a favor de amigdalitis de origen bacteriano en este paciente

73.- Las características térmicas

74.- Las características de las amígdalas

75.- La periodicidad con que se presenta anualmente.

- 76.- La infartación ganglionar cervical
- 77.- La secreción nasal
- 78.- El lagrimeo

Son estudios útiles en este paciente.

- 79.- Solicitar Baciloscopía
- 80.- Solicitar antiestreptolisina O
- 81.- Solicitar proteína C reactiva
- 82.- Solicitar prueba de Quickvue

Son diagnósticos compatibles en este paciente:

- 83.-Amigdalitis crónica
- 84.-Crisis paranormativa
- 85.-Sin riesgo de disfunción
- 86.- Familia extensa
- 87.- Comunicación Directa
- 88.- Desnutrición de segundo grado

Son medidas terapéuticas en este paciente:

- 89.-Penicilina benzatinica 600,000 intramuscular dosis única
- 90.- Amoxicilina 125 mgs cada 8 hrs por 10 días
- 91.- Paracetamol 240mg cada 6 hrs
- 92.- Dextrometorfan jarabe 5 mgs cada 4 hrs
- 93.- Clorfenamina simple 2mgs cada 6 hrs
- 94.- Colutorios con antisépticos locales
- 95.- Enjuague bucal con solución salina 3 veces al día.
- 96.- Inhalación de vapor de agua
- 97.- Aseo con agua salina de cornetes
- 98.- Referencia para psicoterapia de pareja

Son medidas preventivas en este paciente:

- 99.- Seguimiento al décimo día del tratamiento
- 100.- Orientar a la madre para automedicarlo en futuros procesos patológicos
- 101.- Vigilar adherencia terapéutica
- 102.- Mejorar ventilación del dormitorio
- 103.- Saludar de beso en mejilla
- 104.- Usar pañuelos de tela.
- 105.-Uso bucal de tabletas reveladoras
- 106.-Valoración de columna vertebral
- 107.-Vitamina C oral 45 mgs diarios 1 semana
- 108.- Aplicación de vacuna Fluzone 0.5 ml al término del tratamiento.

CASO CLÍNICO 3.

Cesar de 8 años producto de la gesta 1 de término, madre con control prenatal regular, sin patología durante el embarazo, atendido en IMSS, obtenido por parto eutócico, lloro y respiró al nacer, APGAR: 8-9, peso al nacer 3300grs , talla 51cm, sin patologías al nacer.

Cesar estudia 3º año de primaria, casa habitación propia, usan 2 habitaciones para dormir con 2 ventanas en cada habitación con buena iluminación y ventilación, hay agua potable, luz, drenaje, viven muy cerca de la laguna donde hace mucho frío, alimentación: carne 2 veces por semana, pollo 1 vez por semana, leche diariamente, huevo 2-3 veces por semana, fruta 1 ración diariamente, verdura diariamente, Vacunas al corriente: al nacimiento BCG Y Sabin, 2, 4 y 6 meses Sabin Y DPT, Triple vira, Hepatitis A, 2 dosis.

Solo cuadros gripales con los cambios de estación, último cuadro hace 1 mes

Características de la familia:

Padre de 34 años de edad empleado de cervecería, madre de 29 años dedicada al hogar, hermano de 9 meses, la dinámica familiar no es la más adecuada ya que la esposa sospecha que su esposo la engaña no se respetan ni se toleran, las decisiones son tomadas por la esposa. No existe una buena relación con la familia del esposo desde que se casaron ya que ella no fue aceptada como pareja de él, los

padres son muy cariñosos con sus hijos, los abrazan, besan, los cuidan y protegen, podría decirse que son sobre protectores, Cesar a donde salga siempre se acompaña de su padre o madre.

Padecimiento actual: Acude con la madre por referir desde hace 2 semanas con malestar general rinorrea hialina, tornándose posteriormente amarillo verdoso, cefalea frontal pulsátil vespertina con remisiones y exacerbaciones moco verdoso, sanguinolento, sensación de sequedad nasal, fetidez, halitosis, tos productiva diurna y nocturna, edema matutino de párpados, voz constipada (nasal) sin manejo médico.

Exploración física: Peso: 22kg, talla: 1.28mts, FC.84xmin, FR: 28xmin. temperatura: 37°C Consciente tranquilo cooperador, orientado en las tres esferas, con buena coloración de tegumentos, a la palpación dolor a la presión a nivel frontal, ojos simétricos pupilas isocóricas normorreflexicas nariz central, narinas y pared posterior de faringe con secreciones amarillo-verdosas, con costras, cornetes superiores con hipertrofia, halitosis, cuello cilíndrico adenopatías cervicales de consistencia firme dolorosas, ambos conductos auditivos con membrana timpánica aperlada, sin datos de infección, cardiopulmonar: ruidos cardiacos de buen tono e intensidad sin soplos, campos pulmonares limpios bien ventilados, amplexión y amplexación normales, abdomen blando depresible, peristalsis normal no visceromegalias no datos de irritación peritoneal, genitales de acuerdo a edad y sexo, extremidades simétricas pulsos presentes.

Son factores de riesgo para infección de senos paranasales en este paciente:

- 109.- Contacto con animales domésticos
- 110.- Rinofaringitis estacionales
- 111.- La edad
- 112.- El tipo de alimentación
- 113.- Su escolaridad
- 114.- Las inmunizaciones aplicadas hasta el momento.

Son datos a favor de infección de senos paranasales:

- 115.- Características de las secreciones
- 116.- La localización del dolor
- 117.- El tiempo de evolución.
- 118.- Las características de la voz.
- 119.- Las características del aliento
- 120.- Las variaciones térmicas

Son diagnósticos compatibles en este paciente:

- 121.- Sinusitis frontal aguda
- 122.- Rinitis alérgica
- 123.- Sinusitis crónica
- 124.- Cuerpo extraño en narina
- 125.- Crisis normativa familiar
- 126.- Familia en riesgo de disfunción
- 127.- Dinámica familiar anormal
- 128.- Familia con hijos escolares
- 129.- Etapa familiar final
- 130.- Crisis paranormativa

Son estudios útiles en este paciente:

- 131.-Solicitar Rx senos paranasales
- 132.-Solicitar cultivo de secreciones
- 133.-Solicitar TAC en este momento
- 134.- Rx de cráneo

Son medidas terapéuticas en este paciente:

- 135.- Amoxicilina + clavulinato 180mgs cada 8 hrs 14 a 21 días
- 136.- Referencia a segundo nivel para manejo quirúrgico
- 137.- Disminuir aporte de líquidos

Son medidas preventivas útiles en este paciente:

- 138.- Aplicación prueba de tamizaje de funcionalidad familiar (APGAR)
- 139.- Continuar contacto con mascotas
- 140.- Continuar con el número de convivientes por habitación
- 141.- 2 raciones de fruta rica en vitamina C
- 142.- Uso de protector nasobucal
- 143.- Vacuna contra influenza estacional
- 144.- Vacuna contra influenza A H1N1
- 145.- Uso adecuado de ropa según clima

CASO CLÍNICO 4.

Luis Enrique 9 años es originario de Jocotitlán y residente de Villa Victoria Estado de México. Es producto de la gesta dos de 32 semanas de gestación, atendido por cesárea sin complicaciones aparentes, con peso al nacimiento 2250grs. Talla 50 cm. Alimentado con leche maternizada los primeros 6 meses, por ser trabajadora, ablactación a los 5 meses, se sentó a los 6 meses, caminó y habló al año, control de esfínteres a los 2 años, con crecimiento normoevolutivo. Presenta cuadros gripales cuatro veces al año. Cuadro de vacunas completas. Cursa el tercero de primaria con promedio de 8.5 Viven en casa propia, ventilación 2 ventanas por habitación, conviven con un perro fuera de la casa, en cuanto a la higiene: baño cada tercer día, cambio de ropa cada tercer día, lavado de dientes una vez al día, se lavan las manos antes de comer y después de ir al baño, la alimentación: carne 2 veces por semana, pollo 1 vez por semana, fruta 4 veces por semana, verdura 3 veces por semana, leche diariamente.

Características de la familia. Vive con padre de 36 años, sano, obrero, ingiere bebidas alcohólicas cada quincena hasta la embriaguez, fuma de 5 a 8 cigarrillos al día. Madre de 36 años, sana, obrera, no fuma no ingiere bebidas alcohólicas y una hermana de 16 años que estudia auxiliar de enfermería. La dinámica familiar se caracteriza por una comunicación dirigida a la persona en cuestión, respeto, ambos hijos ayudan en los quehaceres de la casa, comen juntos, cada quince días disfrutan de día de campo, aunque ambos padres trabajan dedican tiempo a los hijos por las noches, revisan tareas y algunas veces a ayudan a resolverlas, con muestras de afecto con caricias y abrazos, la madre antes de salir a trabajar les da indicaciones para el día, prepara lunch, deja comida. La familia convive poco con vecinos y semanalmente con familiares cercanos.

Padecimiento actual. Luis Enrique acude con la madre quien comenta que inicia su padecimiento hace cinco días con escalofríos, rinorrea hialina, prurito faríngeo, tos seca por lo que acude con facultativo quién indica paracetamol 250 mgs. cada 6 hrs, ambroxol 5ml cada 8 hrs, sin respuesta a manejo establecido, 2 días después aparece fiebre de hasta 40.5 °C, somnolencia, taquipnea, tos seca, perruna y no productiva, emetizante

Exploración física: Peso 35 kgs, talla 1.28cm., temperatura. 39oC FC. 100 xmin, FR 36 xmin. Acude limpio, arropado, con cubrebocas y bufanda. Consciente, orientado en las tres esferas, con fascies de angustia, aleteo nasal, mucosa nasal con secreción verdosa costras, mucosa oral hidratada, boca con agregados de vesículas depequeñas de paredes finas sobre una base eritematosa localizadas en labio inferior de lado derecho, a la otoscopia con conductos auditivos permeables, membranas timpánicas íntegras, aperladas, faringe hiperemia ++/+++ , cuello con retracción xifoidea leve, adenopatías retroauriculares, fijas no dolorosas de 1 cm de diámetro tórax con diámetro anteroposterior aumentado, tiros intercostales bajos y disociación toraco- abdominal, matidez a la percusión, a la auscultación disminución del murmullo vesicular y estertores crepitantes transitorios con espiración prolongada, abdomen depresible, no organomegalias, peristalsis normal, extremidades simétricas con movimientos normales.

Estudios de gabinete: Tele de Tórax en donde se encontró: aumento en los diámetros AP y Lateral, abatimiento de hemidiafragmas, infiltrado fino reticular arborescente bilateral así como zonas de atrapamiento de aire.

Exámenes de laboratorio: BHC. Hemoglobina 13mg/dl, Hto. 39%, Leucos de 16,500, Linfocitos 20%, neutrófilos 75%, monocitos 2%, eosinofilos 2% Plaquetas 500,000

Son **factores de riesgo** para infección de vías respiratorias bajas en este paciente:

- 146.- La edad de la madre
- 147.- Las semanas de gestación
- 148.- El peso al nacer
- 149.- La ausencia de alimentación con leche materna en los primeros seis meses de vida
- 150.- La recurrencia de las Infecciones respiratorias superiores
- 151.- El tipo de convivencia con animales.
- 152.- La periodicidad del baño
- 153.- La periodicidad del cambio de ropa

Son **factores de riesgo** psicosocial para disfunción familiar en este paciente.

- 154.- La ocupación de los padres
- 155.- Los cuidados maternos
- 156.- El desarrollo psicomotor alcanzado durante el primer año de vida.
- 157.- El aprovechamiento escolar
- 158.- El tipo de comunicación de la familia
- 159.- Su edad
- 160.- La toxicomanía del padre
- 161.- El ciclo vital de la familia
- 162.- La crisis paranormativa actual
- 163.- El tipo de socialización
- 164.- El tipo de recreación

En este paciente, son datos **a favor** de Infección de Vías Respiratorias bajas.

- 165.- Tiempo de evolución
- 166.- Las características de la tos
- 167.- Características de las secreciones
- 168.- Los datos de dificultad respiratoria
- 179.- Las características de los ganglios
- 170.- La presencia de estertores
- 171.- La espiración prolongada

Son diagnósticos **compatibles** en este paciente.

- 172.- Neumonía bacteriana
- 173.- Herpes zoster
- 174.- Neumonía por Influenza A H1N1
- 175.- Familia nuclear numerosa
- 176.- Crisis normativa
- 177.- Crisis paranormativa
- 178.- Familia con riesgo para disfunción familiar
- 179.- Etapa procreativa

Son estudios **útiles** en este paciente.

- 180.- Solicitar hemocultivo
- 181.- Solicitar gasometría
- 182.- Solicitar PCR
- 183.- Solicitar la determinación de antígenos en moco nasal para detectar neumococo
- 184.- Solicitar Acido Úrico
- 185.- Solicitar Resonancia Magnética
- 186.- Solicitar prueba de Quickvue
- 187.- Prueba de látex en orina

Son medidas terapéuticas **apropiadas** en este paciente

- 188.- Oseltamivir 60 mg cada 12 hrs 7 días
- 189.- Penicilina Sódica Cristalina 600,000 UI IV cada 4 hrs. 5 días

- 190.- Solución Glucosada 250cc para 24 hrs
- 191.- Ambroxol 30 ml cada 8 hrs por 5 días
- 192.- Metamizol 350mg IV cada 8 hrs

- 193.- Micronebulizaciones cada 8 hrs con broncodilatador
- Son medidas **preventivas** en este paciente:
- 194.- Educación del cuidador primario sobre los manejos de infecciones respiratorias
- 195.- Reconocimiento oportuno de signos de alarma
- 196.- Uso oportuno de antibioticoterapia en infección de vías respiratorias
- 197.- Permanecer varias personas en un espacio cerrado
- 198.- Responsabilizar al padre sobre efectos del humo de tabaco en el padecimiento de su hijo.
- 199.- Evitar usar braseros en habitaciones cerradas.
- 200.- Incremento de proteínas de origen animal
- 201.- Aplicación de vacuna antineumocócica
- 202.- Incluir jugos enlatados

CASO CLÍNICO 5.

Verónica de 6 años de edad acude con la madre por referir malestar general. Es producto de la gesta 3, de término, parto eutócico, peso al nacer de 2650 grs, APGAR 8-9, alimentada con leche maternizada por referir producción escasa de leche materna, posteriormente a los 8 meses con leche de vaca, ablactación a los 3 meses. Cursa el 1er año de primaria, sin antecedentes de alergias, cuadros gripales estacionales 2 por mes. Alimentación: carne cada 15 días, fruta 1 o 2 veces por semana, leche cada tercer día, tortillas diariamente de 2 a 3, refrescos 1 vez a la semana. Madre con tabaquismo positivo desde hace 10 años, a base de 6-8 cigarrillos al día, dentro de la casa. Duermen 4 personas en 1 cuarto, el cual tiene 1 ventana.

Características de la familia: Viven en la casa de la abuela materna, quién es viuda, con 2 hermanos de 14 y 10 años, el padre murió hace 3 años por alcoholismo, la madre trabaja como empleada en ferretería, ganando el sueldo mínimo, la comunicación está dirigida a la persona en cuestión, el cuidado de los hijos está a cargo de la abuela materna, quién ejerce la autoridad sobre la familia al decidir la mayor parte de las situaciones, es autoritaria, pone las reglas, la hermana mayor protege a los 2 hermanos menores de los demás, en forma verbal y ocultando travesuras.

Padecimiento actual: Inicia hace 2 semanas con malestar general, rinorrea hialina, cefalea frontal universal vespertina, fiebre no cuantificada con remisiones y exacerbaciones, sin predominio de horario, no recibió atención médica, a la semana se agrega tos de predominio nocturno seca, desde hace 3 días productiva, emetizante la cual produce dolor torácico.

Exploración física: Peso 21 kg, talla.1.12mts, temperatura.37.6°C, FC.84xmin FR. 32xmin. Consciente tranquila con buena coloración de tegumentos, a la otoscopia con conductos auditivos permeables, membranas timpánicas íntegras, aperladas, nariz con secreción amarillo verdosa en fosas nasales, eritema faríngeo++/+++ en paladar blando, cuello adenopatías retroauriculares fijas dolorosas, campos pulmonares con estertores roncales, gruesos bilaterales diseminados, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, sin soplos. Extremidades simétricas y pulsos presentes.

Resultado de gabinete: Tele de tórax en la cual se encuentra: infiltrado intersticial fino.

Son **factores de riesgo** para infección de vías respiratorias bajas en esta paciente:

- 203.- El número de personas que duermen en una habitación
- 204.- Su edad
- 205.- Los antecedentes de atopias
- 206.- El número de cigarrillos que fuma la madre
- 207.- Su alimentación
- 208.- Su estado nutricional

Son **factores de riesgo** psicosociales para disfunción familiar en este paciente.

- 209.- El ser familia monoparental
- 210.- Núcleo desintegrado
- 211.- La etapa del ciclo vital
- 212.- El rol periférico de la madre
- 213.- La ausencia de crisis paranormativas

- 214.- La fase del ciclo vital
- 215.- La jerarquía de la abuela materna
- 216.- La centralidad de la madre
- En este paciente son datos **a favor** de Bronquitis aguda:
- 217.- El tiempo de evolución
- 218.- Las características de la tos
- 219.- Los datos encontrados en tórax
- 220.- El cuadro previo de rinofaringitis
- 221.- Las características de la faringe
- Son diagnósticos **compatibles** en este paciente:
- 222.- Bronquitis aguda
- 223.- Obesidad exógena
- 224.- Familia extensa ascendente
- 225.- Familia no pobre
- 226.- Fase de consolidación y apertura con hijos preescolares
- 227.- Crisis normativas
- 228.- Sin riesgo para disfunción familiar.
- Son estudios **útiles** en este paciente:
- 229.- Solicitar Cultivo de secreciones
- 230.- Solicitar prueba de Mantoux.
- Son medidas terapéuticas **adecuadas** en este paciente:
- 231.- Indicar clorfeniramina simple 2 mg cada 6 hrs
- 232.- Incrementar consumo de líquidos 2 litros al día
- 233.- Indicar Paracetamol 1 gr cada 6 hrs en caso de fiebre
- 234.- No guardar reposo
- Son medidas **preventivas útiles** en este paciente.
- 235.- Evitar la convivencia en sitios cerrados.
- 236.- Mejorar ventilación en habitaciones para dormir
- 237.- Disminuir consumo de fruta de temporada rica en vitamina C
- 238.- Evitar salir de una habitación cerrada al exterior.
- 239.- Protección con ropa invernal
- 240.- Contacto con humo de tabaco