



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28**

**EVALUACIÓN DE LA APTITUD CLÍNICA EN EL ABORDAJE DE CÁNCER  
CERVICOUTERINO EN MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF NO. 28**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**DRA. LAILA MENNAH HERNANDEZ  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 28**

**A S E S O R E S**

**DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCIA  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE UMF 28**

**DR. JUAN GARCÍA MORENO  
DIRECTOR DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD**

**DRA. ALVA ALEJANDRA SANTOS CARRILLO  
MÉDICO GINECOOBSTETRA DE HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 32**



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

## **AUTORIZACIÓN DE TESIS**

**EVALUACIÓN DE LA APTITUD CLÍNICA EN EL ABORDAJE DE CANCER  
CERVICOUTERINO EN MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF NO. 28**

---

**Dra. Gloria Mara Pimentel Redondo**

**Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"**

---

**Dra. Ivonne Analí Roy García**

**Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF No. 28**

**Directora de la Tesis**

---

**Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano**

**Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud**

**Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

**ASESORES DE TESIS**

---

**Asesor**

**Dra. Ivonne Analí Roy García**

**Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF No. 28**

**Directora de la Tesis**

---

**Asesor**

**Dr. Juan García Moreno**

**Director del Consejo de Salubridad**

---

**Asesor**

**Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo**

**Médico Ginecoobstetra del Hospital General de Zona No. 32**



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3701  
H. GRAL ZONA NUM 1-A, D.F. SUR

FECHA 29/05/2015

**DRA. IVONNE ANALI ROY GARCIA**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**EVALUACIÓN DE LA APTITUD CLÍNICA EN EL ABORDAJE DE CANCER CERVICOUTERINO EN MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF NO. 28**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
------------------

R-2015-3701-12
----------------

ATENTAMENTE

**DR.(A). SERGIO LOZADA ANDRADE**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3701

Imprimir

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

**EVALUACIÓN DE LA APTITUD CLÍNICA EN EL ABORDAJE DE CANCER  
CERVICOUTERINO EN MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF NO. 28**

**Propuesta de anteproyecto que realizará con motivo de tesis para obtener el título  
de la especialidad en Medicina Familiar.**

**PRESENTA:**

**Dra. Mennah Hernández Laila**

Médico Residente de 3° año de la especialidad de Medicina Familiar

**Matrícula:** 98376098

**Lugar de trabajo:** Consulta Externa

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera"

**Tel:** 5537140723

**Fax:** sin fax

**e-mail:** [mennah23@hotmail.com](mailto:mennah23@hotmail.com)

**ASESORES:**

**Dra. Ivonne Analí Roy García**

Médico familiar, profesor titular de la residencia de Medicina Familiar, UMF No. 28.

**Matrícula:** 99377372

**Lugar de trabajo:** Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera"

**Adscripción:** Delegación Sur, D.F. IMSS

**Tel:** 5522704760

**Fax:** sin fax

**e-mail:** [ivonne.roy@imss.gob.mx](mailto:ivonne.roy@imss.gob.mx)

**Dr. Juan García Moreno**

Médico Familiar, Director del Consejo de Salubridad.

**Matrícula:** No cuenta con matrícula de trabajador IMSS, personal jubilado.

**Lugar de trabajo:** Secretaria de Salud

**Adscripción:** Consejo de Salubridad

**Tel:** 5536598647

**Fax:** sin fax

**e-mail:** [juan.garciamoreno@yahoo.com.mx](mailto:juan.garciamoreno@yahoo.com.mx)

**Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo**

Médico Gineco-obstetra

**Matrícula:** 11453563

**Lugar de Trabajo:** Hospital General de Zona No. 32

**Adscripción:** Servicio de Ginecología y Obstetricia

**Tel:** 56051514, 5554073576

**Fax:** sin fax

**E mail:** [dra.santos.obgin@prodigy.net.mx](mailto:dra.santos.obgin@prodigy.net.mx)

## INDICE

<b>Resumen</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Marco Teórico</b> .....	<b>9</b>
1.1 Antecedentes.....	10
1.1.1 Perspectivas Educativas.....	10
1.2 Concepto de Aptitud .....	12
1.2.1 Aptitud Clínica.....	13
1.2.2 Instrumento de Evaluación de la Aptitud Clínica.....	13
1.3 Médicos en unidades de 1er nivel de atención del IMSS .....	14
1.3.1 Médico Familiar.....	15
1.4 Cáncer Cervicouterino.....	15
1.4.1 Definición de Cáncer Cervicouterino.....	15
1.4.2 Epidemiología del Cáncer Cervicouterino.....	15
1.4.3 Aptitud Clínica en Cáncer Cervicouterino.....	16
1.4.3.1 Reconocimiento de factores de riesgo.....	17
1.4.3.2 Reconocimiento de signos y síntomas de la enfermedad.....	17
1.4.3.3 Selección de pruebas diagnósticas.....	18
1.4.3.4 Interpretación de resultados de pruebas diagnósticas.....	19
1.4.3.5 Integración diagnóstica.....	22
1.4.3.6 Fomento a la salud.....	22
1.4.3.7 Referencia médica oportuna.....	23
1.4.3.8 Iatrogenia por comisión.....	24
1.4.3.9 Iatrogenia por omisión.....	24
<b>2. Planteamiento del problema</b> .....	<b>25</b>
<b>3. Justificación</b> .....	<b>27</b>
<b>4. Objetivo</b> .....	<b>29</b>
4.1 Objetivo general.....	29
4.2 Objetivos específicos.....	29
<b>5. Hipótesis</b> .....	<b>30</b>
5.1 Hipótesis de trabajo.....	30
5.2 Hipótesis nula.....	30
<b>6. Material y Métodos</b> <b>31</b>	
6.1 Población en estudio.....	31
6.2 Lugar de estudio.....	31
6.3 Periodo de estudio.....	31

6.4 Criterios de selección.....	31
6.4.1 Criterios de inclusión.....	31
6.4.2 Criterios de exclusión.....	31
6.4.3 Criterios de eliminación.....	31
6.5 Tipo de investigación.....	32
6.6 Diseño metodológico.....	32
6.6.1 Revisión de la evidencia científica.....	32
6.6.2 Diseño del instrumento de evaluación de la aptitud clínica.....	32
6.6.3 Validación del instrumento de evaluación de la aptitud clínica.....	33
6.7 Definición conceptual y operacional de las variables.....	34
6.7.1 Variable dependiente.....	34
6.7.2 Variables independientes.....	36
6.7.3 Covariables.....	37
6.8 Instrumento de recolección de datos.....	39
6.9 Método de recolección de datos.....	39
6.10 Maniobras para evitar y controlar sesgos.....	40
6.11 Diseño estadístico.....	40
<b>7. Consideraciones éticas</b>	<b>41</b>
<b>8. Logística</b>	<b>42</b>
8.1 Recursos humanos.....	42
8.2 Recursos materiales.....	42
8.3 Recursos financieros	42
<b>9. Resultados</b>	<b>43</b>
<b>10. Discusión</b>	<b>56</b>
<b>11. Conclusión</b>	<b>59</b>
<b>12. Referencias bibliográficas</b>	<b>61</b>
<b>13. Anexos</b>	<b>63</b>
13.1 Diseño de la investigación.....	63
13.2 Consentimiento informado.....	64
13.3 Bibliografía enviada en la ronda de expertos durante el proceso de validación	65
13.4 Instrumento de evaluación de la aptitud clínica del abordaje de cáncer cervicouterino....	66
13.5 Cronograma de actividades.....	77



## RESUMEN

### “EVALUACIÓN DE LA APTITUD CLÍNICA EN EL ABORDAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF NO. 28”

Mennah-Hernández Laila <sup>1</sup>, Roy-García Ivonne Analí <sup>2</sup>, García-Moreno Juan<sup>3</sup>, Santos-Carrillo Alva Alejandra<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Consulta Externa, UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, <sup>2</sup> Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, <sup>3</sup> Director Consejo de Salubridad General, <sup>4</sup> Ginecoobstetricia Hospital General de Zona 1A.

**Antecedentes:** El Cáncer Cervicouterino es una de las enfermedades neoplásicas frecuentes y mortales en mujeres; la experiencia ha demostrado que para modificar el perfil epidemiológico de esta enfermedad es necesario una detección y manejo oportuno; el Médico Familiar, siendo el primer contacto con el paciente en su práctica médica, interviene en decisiones determinantes, por lo tanto se requiere un médico con una aptitud clínica desarrollada para mejorar la calidad de la atención médica.

**Objetivo General:** Evaluar el grado de aptitud clínica de los médicos familiares en el abordaje del Cáncer Cervicouterino en la Unidad Médica Familiar No. 28.

**Material y método:** Se realizó un estudio transversal y comparativo; diseñándose un instrumento de evaluación a partir de casos clínicos problematizados; el cual fue validado por ronda de expertos; los intervalos de la escala de evaluación de la aptitud clínica se determinaron previo cálculo de las respuestas esperadas por azar a través de la fórmula de Pérez y Viniegra. Posteriormente se aplicó el instrumento de evaluación a médicos de la consulta externa de la Unidad Médica Familiar No. 28.

**Resultados:** Se incluyeron 39 médicos familiares, el grado de aptitud clínica obtenido fue incipiente (43.5%) y satisfactoria (2.5%), ningún participante tuvo una aptitud muy satisfactoria. Se tomaron en cuenta las medianas de los grupos de tiempo de experiencia clínica, formación académica y capacitación previa en Cáncer Cervicouterino; y la comparación por grupo se obtuvo mediante la prueba de U de Mann Whitney; donde se observa que entre la aptitud clínica y el tiempo de experiencia clínica existen puntajes mayores en médicos con menos de 10 años de práctica clínica (U de Mann Whitney  $p=0.047$ ); en los médicos con especialidad en medicina familiar existen puntajes mayores que aquellos sin especialidad (U de Mann Whitney  $p=0.043$ ); y la capacitación previa en Cáncer Cervicouterino, no mostró relación.

**Conclusión:** Los Médicos Familiares tienen una Aptitud Clínica incipiente en el abordaje de Cáncer Cervicouterino, el 17.9% tuvo una aptitud al azar, la experiencia clínica y la capacitación previa no se relacionan con el desarrollo de la aptitud clínica; es por ello la necesidad de ambientes educativos promotores de participación que les permita una práctica diaria sustentada en la reflexión y la crítica de la experiencia.

**Palabras clave:** Aptitud Clínica, Cáncer Cervicouterino, Médicos Familiares



## 1. MARCO TEORICO

### ANTECEDENTES

La formación en medicina y en consecuencia la aptitud y el desempeño de los médicos en nuestro país ha estado influenciada por epistemologías sociales, filosóficas y pedagógicas; entre las principales se encuentra el empirismo, racionalismo, constructivismo y cognoscitivismo; en donde el aprendizaje es descriptivo y está basado en el recuerdo de la información, es decir, memorización la cual es transitoria y fugaz; fenómeno no solo practicado en la educación básica, sino, se repite en todos los niveles, incluido en la enseñanza médica <sup>(1)</sup>.

El proceso educativo es el conjunto de actividades, relaciones humanas y situaciones educativas, que influye en la forma en que se construye el conocimiento e incide en la percepción que se tiene de sí mismo y en las conductas adoptadas en diferentes situaciones con la relación y producción de cambios que se manifiestan a lo largo del mismo <sup>(1)</sup>.

Leonardo Viniegra Velázquez, nos da un enfoque en el cual propone que lo académico es la forma de organización de las experiencias que propicia un aprendizaje más fructífero, es decir, la experiencia es vía de acceso a la elaboración del conocimiento <sup>(2)</sup>.

En lo que respecta a la experiencia, el autor hace énfasis entre la diferencia de experiencia vital y la reflexiva; la primera constituida por un conjunto de vínculos e interacciones influenciada por el sujeto y el medio cuyo significado afectivo es intenso, y la segunda es producto del cuestionamiento sobre la información, -independientemente de la fuente en que haya sido generada-, mediante el ejercicio de la reflexión con sus vertientes denominadas como crítica y autocrítica, y que finalmente lo adentra al autoconocimiento y el conocimiento del contexto. De esta manera, el conocimiento no se adquiere –como producto hecho o terminado-, sino que el individuo lo elabora, producto de reflexionar sobre su experiencia, incluida en ella la lectura crítica de fuentes de información, de la discusión de contenidos o teorías, de realizar investigación sobre los aspectos incentivantes en su diario quehacer y evidentemente de la autocrítica <sup>(2) (3)</sup>.

En el campo de la educación médica, sin embargo, hay disyunción entre la producción del conocimiento generado por la experiencia y la crítica, y la aplicación del mismo; por lo cual es primordial analizar la influencia de las principales perspectivas educativas: la tradicional pasivo-receptiva y la activa-participativa, centradas en el papel del alumno ante el conocimiento como espectador-consumidor o protagonista-elaborador respectivamente; para poder dimensionar la posibilidad de su repercusión en la aptitud que los médicos logran durante su formación <sup>(4) (5)</sup>.

## **Perspectivas educativas**

Dentro de la formación académica sigue prevaleciendo la tendencia tradicional de la enseñanza, en la que el alumno actúa como receptor de información teórica, y no se vincula el aspecto práctico; en general, gira en torno al cumplimiento de un programa académico dentro de un aula, donde se promueve la fidelidad al conocimiento establecido sin generar la crítica, de modo que la experiencia desprovista de reflexión no conduce al perfeccionamiento de habilidades clínicas y con ello repercute indiscutiblemente en la calidad de la atención médica otorgada <sup>(4)(6)</sup>.

Un enfoque educativo distinto, -seleccionado para el presente estudio- es la perspectiva participativa, basada en la reflexión y la crítica de la experiencia, generando nuevo conocimiento, lo que facilita profundizar el desarrollo de sus habilidades; promoviendo el desarrollo profesional continuo <sup>(6)(7)</sup>, siendo una de las principales estrategias para mejorar la práctica clínica mediante los siguientes procedimientos metodológicos:

1. Relación entre la teoría y la práctica: Implica la integración de ambas, es decir, un flujo bidireccional interrumpido entre la información y la acción. Toda acción médica tiene como sustento la información teórica guiada por las necesidades del paciente, generando crítica basada en la experiencia, enriqueciendo finalmente el conocimiento.
2. Discusión crítica: Se refiere a la confrontación de diversos puntos de vista acerca de un determinado asunto con base a la evidencia clínica, la información disponible que ha sido consultada y la experiencia propia que permitirá elegir la mejor alternativa al paciente. Sus objetivos son reconocer y discriminar la bibliografía consultada en base al diseño metodológico, dominando así la capacidad de criticar la calidad de la información, la búsqueda de discrepancias y confrontación de la información con la experiencia y con la esfera biopsicosocial de cada paciente.
3. Investigación médica: Permite generar nuevo conocimiento y difundirlo, evitando consumir la información que se consulta, a través de una medición rigurosa del acontecer cotidiano y la valoración apropiada de los recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos <sup>(4)</sup>.

Estas tres herramientas tienen la finalidad de capacitar al alumno para enfrentar nuevos desafíos que su futura práctica profesional le demande <sup>(4)</sup>.

Las perspectivas educativas son motivadas por el ambiente educativo en que se desenvuelve el médico, el cual está influido por la institución y la sociedad, donde prevalece el individualismo, la dependencia de la tecnología, prioritariamente sobre la atención a las necesidades humanas, la gran cantidad de reglas (algoritmos), que conducen a no pensar y al consumo de conocimiento más que al generado por la crítica, así como a la subordinación del saber cómo conocimiento establecido y el someter a otros (los alumnos por ejemplo), al saber del profesor <sup>(7)</sup>.

Si el médico no reflexiona lo valioso de la cultura médica y el papel fundamental de la clínica, en lo que es digno de preservar y lo que debe desechar; y sin la transformación favorable de los ambientes, existe el riesgo de que las habilidades clínicas se deterioren, propiciando una mala calidad en la atención médica, sin generar nuevas alternativas o propuestas que beneficien la salud del paciente <sup>(6)</sup>.

Al amparo de la crítica de la experiencia, se ha estudiado la aptitud como un concepto que engloba las capacidades involucradas en la resolución de problemas clínicos. De acuerdo con esta perspectiva educativa y lo que conlleva, se transforma el método de aprendizaje y cambia la evaluación de los contenidos teóricos, haciéndolo a través del quehacer médico mediante el dominio de cada una de las capacidades complejas, abordadas y estimadas mediante el método científico (hipotético-deductivo) y que sirve además para involucrar al médico a enfrentar nuevos retos y participe eficazmente con el equipo de salud del que forma parte <sup>(4)</sup>. Algunos de los aspectos más destacables de dichas capacidades complejas son:

1. La obtención confiable de los datos clínicos, en el interrogatorio y exploración física, ya que es donde se sustenta la práctica clínica.
2. Registrar de manera precisa y completa los datos clínicos, que resulta de gran utilidad en el expediente clínico como instrumento de seguimiento y fuente de investigación clínica.
3. La formulación de la hipótesis diagnóstica para integrar los datos clínicos y guiar el estudio diagnóstico, mediante una visión holística del paciente; ejercido por una estructura metodológica.
4. El uso racional de las pruebas diagnósticas bajo dos aspectos relevantes:
  - a. Empleadas para confirmar una impresión diagnóstica ya sustentada, es decir, verificar la hipótesis propuesta.
  - b. Uso de las pruebas diagnósticas basado en criterios de sensibilidad, especificidad, validez predictiva, etc.
5. Interpretar adecuadamente los resultados de las pruebas diagnósticas con una correlación clínica.
6. La toma de decisiones comprende la elección con oportunidad de algún recurso terapéutico o preventivo de acuerdo a su efectividad, menor morbilidad, mayor disponibilidad, menor costo o mayor facilidad de administración.
7. La ejecución eficiente de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que implica la destreza manual y la adecuada indicación.
8. La interpretación de los efectos del tratamiento, a través de indicadores clínicos y paraclínicos, si existe mejoría, empeoramiento o si no hay cambios, permitiendo la actualización y modificación de las decisiones previamente tomadas.

9. La jerarquización de los problemas clínicos del paciente, con un enfoque integral desde su esfera biopsicosocial. <sup>(4)</sup>.

### **CONCEPTO DE APTITUD**

Se entiende por aptitud aquella facultad o capacidad que tiene el individuo, que facilita el ejercicio de la crítica sobre diversos objetos, acciones, acontecimientos o hechos para la elaboración del conocimiento, dentro de las cuales se encuentran las relacionadas con la indagación (metodológicas) y la acción (prácticas) <sup>(8)</sup>.

Aquellas aptitudes que se refieren al ejercicio de la crítica sistémica de la experiencia, por medio de estrategias de cuestionamientos, indagación y construcción de objetos de conocimiento, son conocidas como metodológicas; que incluyen la crítica de ideas dominantes (lectura de escritos teóricos), nos lleva a la búsqueda y proposición de nuevas formas de pensar y percibir (realización de investigaciones teóricas), desarrolla puntos de vista propios (efecto de la investigación teórica), nos lleva a idear, construir y priorizar ciertos hechos que confrontamos con los de otros (lectura crítica de informes de investigación factual), nos conduce a producir nuevos hechos (valor metódico) para poner de manifiesto algunas de las implicaciones de las ideas a las que hemos llegado y desafiarlas (realización de investigaciones factuales) <sup>(8)</sup>.

Las aptitudes prácticas son estructuras mentales facilitadas para el despliegue de estrategias de acción que permiten influir en las personas con las que interactuamos, por medio de la crítica y autocrítica. Dentro de ellas se describen las siguientes:

1. Aptitud clínica: Es una forma de interacción con el paciente, basada en una situación problemática, en donde se requiere de un tiempo de experiencia reflexiva, implicando actitudes y vínculos afectivos correlativos con el paciente, el problema clínico que lo aqueja y en la situación en la que se encuentra, que da como resultado el ejercicio de las habilidades para la comunicación, la realización de maniobras específicas, uso juicioso y selectivo de auxiliares diagnósticos y uso individualizado de recursos terapéuticos.
2. Aptitud docente: Donde el punto de partida es apelar a la experiencia vital del alumno y la percepción de las circunstancias y situaciones en las que se encuentra <sup>(8)</sup>.

Dichas aptitudes no alcanzan un buen nivel de desarrollo si se ejercen disociadas, es decir que las prácticas requieren de una crítica metódica y sistemática para superarse <sup>(8)</sup>.

## **Aptitud Clínica**

La aptitud clínica -punto clave en esta investigación- surge como una línea de investigación emprendida por Leonardo Viniegra Velázquez, entendida como el mayor o menor dominio del médico en su capacidad para identificar situaciones clínicas problematizadas de complejidad variable, en las que pone en juego su criterio, donde debe discriminar y optar entre alternativas de interpretación, acción o decisión, diferenciar las apropiadas, oportunas y benéficas, de las inapropiadas, inútiles o perjudiciales en una patología de salud específica <sup>(9)</sup>.

Se compone de la habilidad del médico para reconocer indicios clínicos, factores de riesgo o pronósticos de la gravedad del padecimiento, selección e interpretación acertada de auxiliares de laboratorio y de gabinete, así como de la elaboración diagnóstica y opciones terapéuticas apropiadas. Implica dotarse de pertinencia progresiva que enriquezca la experiencia clínica y facilite influir favorablemente en las situaciones cambiantes de la medicina y del paciente que conduzcan a mejorar su calidad de vida <sup>(10) (11)</sup>.

Se explora a través de una estrategia de indagación estructurada, con base en lo que se llama problematización de las situaciones clínicas (casos clínicos reales); en virtud de esta problematización, los instrumentos de medición permiten reconstruir la experiencia de aprendizaje antecedente de quien responde. El que se utilicen casos clínicos reales le confiere relevancia, ya que tiene íntima relación con la práctica cotidiana del médico familiar <sup>(12)</sup>.

## **Instrumento de Evaluación de la Aptitud Clínica**

La evaluación, considerada como la culminación de los procesos educativos, ha sido siempre un reto, porque ningún método es suficiente para medir el aprendizaje en forma global, pero a través de ella y de los instrumentos elaborados se hacen patentes los alcances y limitaciones de la práctica educativa <sup>(13)</sup>.

Es el medio natural para que la crítica florezca, ya que permite ponderar aciertos, percatarse de errores, reconocer dificultades y, lo más importante, proponer alternativas en la búsqueda del perfeccionamiento del proceso educativo; debe partir de una perspectiva teórica y orientarse a la práctica médica; la crítica de la experiencia representa una alternativa ya que vincula la teoría y la práctica al centrar sus observaciones en lo que se hace y como se hace en el ejercicio profesional; debe de ser factible y asegurar que la logística sea pertinente; legítima, lo que significa cerciorarse que la evaluación beneficie a quienes participan y a aquellos a quienes los resultados pueden afectar; útil para que la información satisfaga necesidades prácticas de información para la población a quien va dirigida <sup>(13)</sup>.

El papel que desempeña la evaluación en el proceso de formación de los profesionales de la salud y de todos los profesionales tiene implicaciones muy profundas; por esta razón, los instrumentos de evaluación deben ocupar un lugar privilegiado <sup>(13)</sup>.

Es necesario que se desarrolle en el médico familiar la aptitud en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, dándole certeza a su servicio profesional para incrementar la confianza del paciente. En estudios realizados previamente se ha observado una aptitud clínica deficiente en varios puntos del quehacer del médico familiar, donde no se ha encontrado que ha mayor experiencia, mayor desarrollo de la aptitud clínica como se esperaría, que nos sugiere la poca actualización y falta de crítica de los médicos en el primer nivel de atención ya sea por iniciativa propia o falta de recursos; es aquí en donde se debe dar un mayor estímulo para poder captar con oportunidad los factores que ponen a las pacientes en un alto riesgo de contraer padecimientos curables y sobre todo prevenibles <sup>(13)</sup>.

### **MÉDICOS EN UNIDADES DE 1ER NIVEL DE ATENCION DEL IMSS**

El modelo de atención a la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es de carácter integral y por ello incluye la prevención, curación y rehabilitación; es aquí donde el Médico Familiar funge como protagonista, ya que se encuentra adscrito al servicio de la consulta externa en el primer nivel de atención, encargado de atender los problemas relacionados con el proceso de salud-enfermedad; y brindar atención médica primaria, continua e integral bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar, considerando su contexto biológico, psicológico y social <sup>(14)</sup> <sup>(15)</sup>.

Dentro del IMSS, a partir del año 2002 se implementaron los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), una estrategia que ordena y sistematiza la prestación de los servicios preventivos a través de cinco programas, los cuales se elaboraron con base en la magnitud, trascendencia, impacto y vulnerabilidad de los daños o factores de riesgos a prevenir:

- Salud del Niño (menores de 10 años)
- Salud del Adolescente (de 10 a 19 años)
- Salud de la Mujer (de 20 a 59 años)
- Salud del Hombre (de 20 a 59 años)
- Salud de Adulto Mayor (60 y más años)

Como resultado de esta estratificación se cambió el enfoque tradicional de los programas de salud dirigidos a prevención de enfermedades y riesgos específicos, a la protección de la salud de grupos poblacionales, y así se concentran las acciones para una mejor eficiencia. La Salud de la



Mujer, adquiere relevancia, cuando se sabe que son prevenibles la mayoría de los fallecimientos que ocurren dentro de este rango de edad, y desde una perspectiva general, representa el principal agente de la salud en la familia y en la sociedad <sup>(16)</sup>.

Es por ello que la formación del Médico Familiar tiene como propósito profundizar en los aspectos académico-formativos en las distintas áreas de la medicina, evitando la tradicional atención fragmentada que consideraba solo la enfermedad y no el bienestar del paciente y su ambiente <sup>(14)</sup>  
<sup>(15)</sup>.

### **Médico Familiar**

La práctica médica del médico familiar tiene tres funciones indispensables para el ejercicio profesional: la atención médica, el desarrollo de la investigación y las actividades educativas; todas ellas organizan el plan diseñado para la especialización médica <sup>(17)</sup>.

En la actualidad, el médico familiar se encuentra en un medio donde el conocimiento se transforma día a día, y la existencia de un vigoroso desarrollo de nuevas y muy definidas tecnologías, lo que trae como consecuencia plantearse renovar su formación académica con el fin de alcanzar el perfeccionamiento que le permita comprender, valorar y aplicar los progresos científicos y tecnológicos en beneficio de sus pacientes <sup>(17)</sup>.

## **CÁNCER CERVICOUTERINO**

### **Definición de Cáncer Cervicouterino**

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, éstas suceden en etapas de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) leve o moderada, y pueden evolucionar a carcinoma *in situ* (circunscrito a la superficie epitelial) y/o cáncer invasor (cuando la lesión atraviesa la membrana basal) <sup>(18)</sup>.

### **Epidemiología del Cáncer Cervicouterino**

Es un problema de salud pública, no únicamente por su alta incidencia y mortalidad a nivel mundial, sino porque es una enfermedad curable si se trata oportunamente. Cada año alrededor de 500,000 casos nuevos son diagnosticados en todo el mundo. Se estima que produce alrededor de 231,000 muertes por año, 80% de las cuales ocurre en países en vías de desarrollo <sup>(19)</sup>.

La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de alto riesgo para desarrollar CaCu, cada año se reportan 68,000 casos nuevos. Estudios comparativos de las tasas

de mortalidad por esta patología, señalan que las más altas corresponden a Chile y México, mientras que las más bajas ocurren en Cuba, Puerto Rico y Argentina <sup>(20)</sup>.

Actualmente el CaCu ocupa el segundo lugar como causa de muerte por cáncer en mujeres a nivel nacional. De acuerdo a registros del Sistema Nacional de Información de la Secretaría de Salud proporcionado por Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), se brinda atención médica aproximadamente a 9,000 casos de CaCu invasor y se registran 4,000 muertes anualmente <sup>(20)</sup>.

En México la mortalidad por CaCu ha mantenido una tendencia descendente los últimos 15 años, con una tasa de 25.3 defunciones por 100 mujeres de 25 y más años de edad en 1990 y de 14.6 defunciones en 2006, lo que representa un descenso del 45%. Sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país; la mayor mortalidad se concentra en estados con un menor índice de desarrollo humano y en zonas rurales. Durante 2009, el Distrito Federal, Chihuahua y Nayarit tuvieron las tasas más altas de morbilidad hospitalaria (48.28, 26.66 y 25.21 por cada 100 mil mujeres, respectivamente); mientras que en Guerrero, Tlaxcala y Estado de México se presentan las más bajas (5.22, 3.08 y 2.23, respectivamente); de estos se concentra en la población entre los 35 a 59 años, en primer lugar el grupo de edad de los 45 a 49 años (15.1%), seguido de las mujeres de 40 a 44 años (14%) y por último entre de 50 a 54 años (13.2%) <sup>(21)</sup>.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las acciones del programa de detección oportuna de CaCu iniciaron en 1960, el cual ha tenido problemas asociados con su reducida eficiencia y efectividad, sobre todo en el aspecto de baja cobertura, en especial en áreas rurales, asistencia tardía a la realización de la prueba, falta de calidad en la toma de las muestras de la evaluación del Papanicolaou, bajos índices de sensibilidad y especificidad, así como baja concordancia interobservador <sup>(22)</sup>.

El costo familiar e institucional que representa la atención del CaCu está determinada por la oportunidad de su detección y prevención, el cual se reduce cuanto más temprana es la intervención. Dada la estratificación por niveles de atención en el IMSS, la práctica clínica del Médico familiar en el segmento de la salud de la mujer en edad fértil tiene un papel fundamental indiscutible, en lo relacionado a la identificación de los factores de riesgo, acciones específicas de detección y referencia oportuna, y con ello mejorar la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, modificando así el perfil epidemiológico de CaCu <sup>(23)</sup>.

### **Aptitud Clínica en Cáncer Cervicouterino**

Se refiere al mayor o menor dominio del Médico Familiar para identificar una situación clínica problematizada en el abordaje de CaCu, poniendo en juego su criterio, donde debe discriminar y

optar entre las alternativas de interpretación, decisión o acción diagnóstico-terapéuticas; y diferenciar entre las apropiadas o beneficiosas, de aquellas inapropiadas o perjudiciales de acuerdo a cada paciente <sup>(24)</sup>.

Utilizando como apoyo sus conocimientos basados principalmente en la Norma Oficial Mexicana (Modificación a la NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino) y en la Guía de Práctica Clínica (Prevención y detección oportuna del Cáncer Cérvicouterino en el primer nivel de atención) logrando así un uso adecuado de los recursos <sup>(20)</sup>, el médico familiar debe tener la habilidad de reconocer los siguientes indicadores:

### ***I. Reconocimiento de Factores de Riesgo.***

Habilidad para identificar antecedentes o condiciones del paciente, que sin ser parte de la enfermedad, incrementan el riesgo de aparición de CaCu; dentro de los cuales se deben identificar los siguientes

- Mujeres de 25 a 64 años de edad
- Mujeres menores de 30 años sin antecedentes de control citológico
- Mujeres inmunocomprometidas
- Mujeres que utilizan anticonceptivos orales
- Infección cervicovaginal con el virus del papiloma humano
- Antecedente de pareja sexual masculina infectada por el virus del papiloma humano
- Antecedente de infección de transmisión sexual
- Múltiples parejas sexuales (del hombre y la mujer)
- Inicio de relaciones sexuales a temprana edad (antes de los 18 años)
- Pacientes con inmunodeficiencia adquirida
- Deficiencia de ácido fólico
- Desnutrición
- Tabaquismo
- Nunca haberse practicado el estudio citológico <sup>(18) (25)</sup>

### ***II. Reconocimiento de signos y síntomas de la enfermedad.***

Habilidad para reconocer indicios clínicos importantes obtenidos durante el interrogatorio y la exploración física. Dentro de los más relevantes, aunque inespecíficos, se observan:

- Sangrado intermenstrual
- Sangrado postcoital
- Sangrado postmenopáusico
- Apariencia anormal del cérvix (sospechosa de malignidad)
- Descarga vaginal

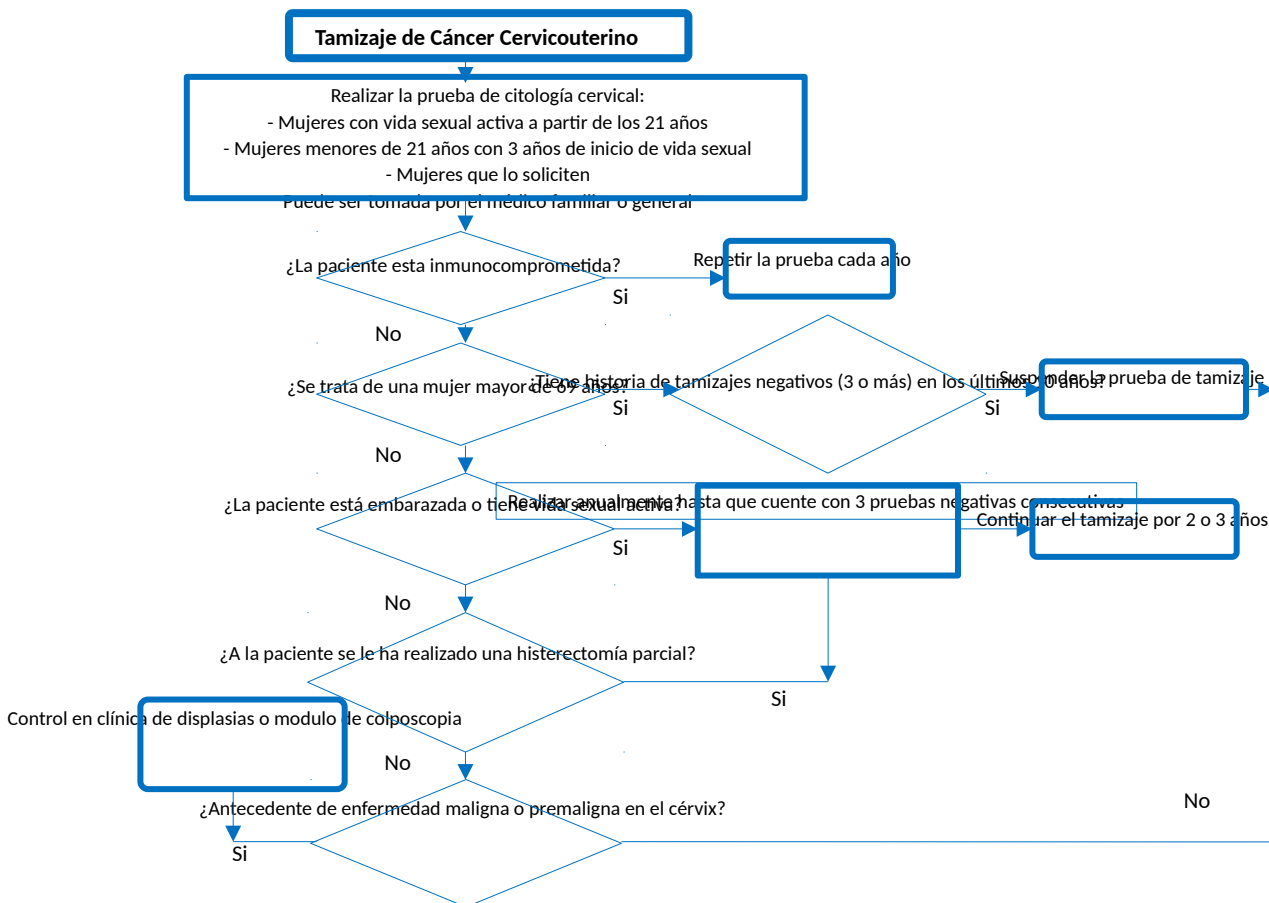
- Dolor pélvico <sup>(18)</sup>

### III. Selección de pruebas diagnósticas.

Indicación oportuna y adecuada de estudios de laboratorio o gabinete para complementar el diagnóstico de CaCu. La prueba de tamizaje de elección es la citología cervical convencional y se recomienda para:

- Mujeres con vida sexual activa a partir de los 21 años.
- Mujeres menores de 21 años con 3 años de inicio de vida sexual
- Mujeres que lo soliciten.

Las mujeres con dos resultados etiológicos negativos consecutivos, con diferencia de un año entre ellos, deben realizarse la prueba cada 3 años. El siguiente algoritmo nos indica la frecuencia de tamizaje de CaCu (algoritmo 1):



Algoritmo 1. Tamizaje de Cáncer Cervicouterino

La visualización directa con ácido acético está indicada cuando no se cuente con la infraestructura para realizar citología cervical y las pruebas biomoleculares como la captura de híbridos se pueden utilizar como complemento a la citología <sup>(18) (25) (26) (27)</sup>.

#### **IV. Interpretación de resultados de pruebas diagnósticas.**

Habilidad para interpretar de forma correcta los resultados de las pruebas indicadas para diagnosticar CaCu.

El resultado citológico se reportará de acuerdo con el *Sistema de Clasificación Bethesda*, como se indica a continuación (tabla 1):

**Tabla 1. Reporte citológico de acuerdo al Sistema de Clasificación Bethesda**

<b>I. Calidad de la muestra</b>	
A.- Adecuada	1.- Presencia de células de la zona de transformación 2.- Ausencia de células de la zona de transformación 3.- 50-75% de hemorragia, inflamación, necrosis y/o artificios
B.- Inadecuada	1.- Por artificios, inflamación, hemorragia y/o necrosis en más del 75% del extendido. 2.- Información clínica insuficiente. 3.- Laminillas rotas o mal identificadas, otros.

<b>II. Interpretación / Resultado</b>	
A. Negativo para lesión intraepitelial y/ maligno	1. Organismos: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Trichomona vaginalis</i></li> <li>b. Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con <i>Cándida sp.</i></li> <li>c. Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana</li> <li>d. Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con <i>Actinomyces sp.</i></li> <li>e. Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles por virus del herpes simple</li> </ul> 2. Cambios celulares reactivos asociados a: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Inflamación (incluye reparación atípica).</li> <li>b. Radioterapia</li> <li>c. Dispositivo intrauterino</li> <li>d. Células glandulares post histerectomía</li> <li>e. Atrofia</li> </ul>
B.- Anormalidades en	1.- Anormalidades en el epitelio plano (ASC)

epitelio plano/escamoso	<p>1.1 Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)</p> <p>1.2 Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)</p> <p>2.- Lesión intraepitelial de bajo grado (VPH, displasia leve, NIC I)</p> <p>3.- Lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa, carcinoma <i>in situ</i>, NIC2, NIC3)</p> <p>4.- Carcinoma epidermoide</p>
C.- Anormalidades en epitelio glandular	<p>1.- Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)</p> <p>2.- Células glandulares endometriales atípicas</p> <p>3.- Células glandulares atípicas</p> <p>4.- Adenocarcinoma <i>in situ</i></p> <p>5.- Adenocarcinoma</p>
D.- Otros	<p>1.- Presencia de células endometriales (no atípicas) en mujeres de 40 años o mayores.</p>

Las siglas en inglés y español de la terminología empleada (tabla 2), se muestran a continuación:

Tabla 2. Terminología en la Clasificación de CaCu	Siglas
Neoplasia intraepitelial cervical 1 – Displasia Leve	NIC - 1
Neoplasia intraepitelial cervical 2 – Displasia Moderada	NIC - 2
Neoplasia intraepitelial cervical 3 – Displasia Severa	NIC - 3
Células escamosas atípicas	
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	
Células escamosas atípicas no puede excluirse LEIAG	
Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (virus de papiloma humano (VPH) / Displasia leve / NIC 1)	LEIBG
Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (comprende: displasia moderada y severa, carcinoma in situ (CIS) / NIC 2 y 3) o con características sospechosas para invasión	LEIAG
Carcinoma in situ	CIS
Células glandulares atípicas	CGA
Adenocarcinoma in situ	AIS

Toda mujer debe ser informada de su resultado citológico en menos de cuatro semanas a partir de la fecha de la toma de la muestra. El diagnóstico presuncional de lesión intraepitelial se puede establecer por citología o colposcopia de cuello uterino y el de cáncer invasor por examen clínico, además de los anteriores. El diagnóstico definitivo se establece únicamente por examen histopatológico <sup>(14)</sup>.

El examen colposcópico (tabla 3), describirá las lesiones y el diagnóstico se notificará como sigue:

**Tabla 3. Notificación del examen colposcópico**

1. Sin alteraciones
2. Alteraciones inflamatorias inespecíficas
3. Lesión intraepitelial de bajo grado
4. Lesión intraepitelial de alto grado
5. Lesiones sugestivas de invasión
6. Cáncer invasor
7. Otros hallazgos (condilomas, queratosis, erosión, inflamación, atrofia, pólipo).

El resultado del estudio histopatológico (tabla 4), debe ser informado de la siguiente manera:

**Tabla 4. Reporte de estudio histopatológico**

A. Insuficiente o inadecuado para el diagnóstico	H. Adenocarcinoma endocervical <i>in situ</i>
B. Tejido de cérvix sin alteraciones histológicas significativas	I. Adenocarcinoma endocervical invasor
C. Cervicitis aguda o crónica	J. Adenocarcinoma endometrial invasor
D. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (VPH, NIC 1 o displasia leve)	K. Sarcoma
E. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC 2 o displasia moderada, NIC 3 o displasia grave y cáncer <i>in situ</i> )	L. Tumor maligno no especificado
F. Carcinoma epidermoide microinvasor	M. Otros (especificar)
G. Carcinoma epidermoide invasor	

#### **V. Integración diagnóstica.**

Capacidad para la integración de los datos clínicos del interrogatorio, examen físico y la interpretación de los resultados de las pruebas diagnósticas para el establecimiento del diagnóstico de probabilidad o certeza de CaCu.

#### **VI. Fomento a la salud.**

Medidas orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir oportunamente lesiones precursoras de CaCu. Dentro de las cuales se encuentran:

- Informar a la población acerca de la enfermedad, factores de riesgo, posibilidades de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

- Promover la participación de grupos para que actúen como informadores y promotores.
- Promover las acciones de detección oportuna y tratamiento.
- Orientar a las mujeres sobre educación sexual.
- Promover el uso de preservativo para las relaciones sexuales.
- Ofrecer información sobre factores de riesgo para el contagio de virus de papiloma humano y las acciones para evitar su propagación (vacunación) <sup>(14)</sup>.

### **Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)**

La vacunación constituye una de las medidas que ha producido beneficio, para la prevención de VPH en México. Es una vacuna recombinante tetravalente (Gardasil) que protege contra los VPH 6, 11, 16 y 18 o bivalente (Cervarix) que protege contra los VPH 16 y 18 <sup>(27)</sup>.

El 70 % de los casos de CaCu están relacionados a los tipos de VPH 16 y 18 y alrededor de las verrugas anogenitales se deben a los tipos 6 y 11.

En el siguiente cuadro resalta las características generales de la vacuna contra el virus del papiloma humano (tabla 5) dentro del IMSS:

**Tabla 5. Descripción de la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano**

Grupo de edad	Niñas de 9 años de edad
Vía de administración	Intramuscular / Región deltoidea de brazo derecho
Dosis	0.5ml / 3 dosis
Esquema	0 – 1 o 2 – 6 meses
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No suministrar en mujeres embarazadas y personas con hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna.</li> <li>- Fiebre mayor de 38.5oC</li> <li>- No en menores de 9 años de edad.</li> <li>- La vacunación de las personas con enfermedad aguda, moderada o severa debe aplazarse hasta que le paciente mejore (25).</li> </ul>

### **VII. Referencia médica oportuna**

Capacidad para el envío oportuno de un paciente para su atención de un nivel a otro con mayores recursos para el diagnóstico y tratamiento de CaCu dando continuidad en su atención.

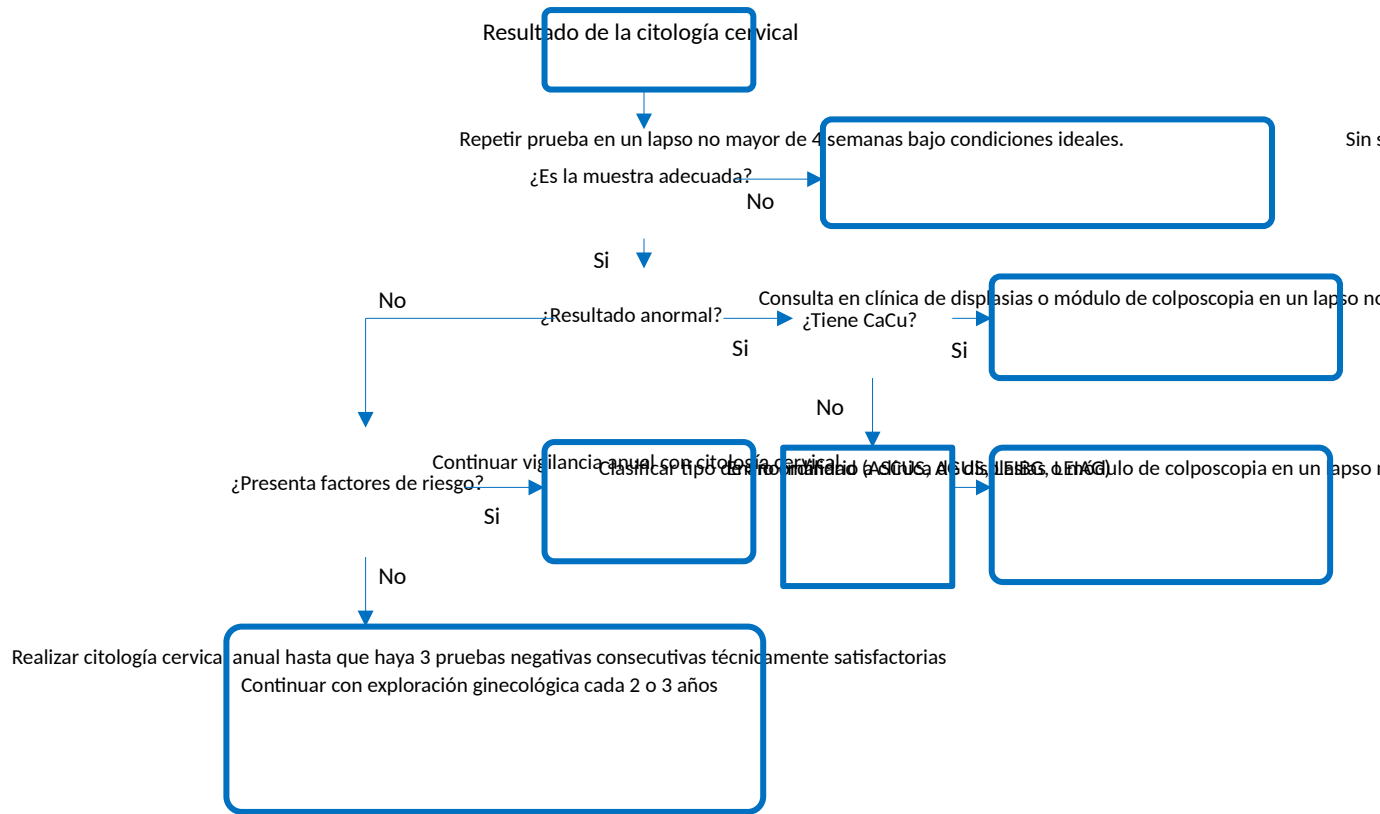
De acuerdo a lo anterior, hay que tener en cuenta los siguientes criterios de referencia a 2do nivel:

1. Todas las mujeres postmenopáusicas que presentan sangrado transvaginal para valoración ginecológica.



2. Si durante la exploración ginecológica y durante la toma de la citología cervical se sospecha de cáncer.
3. Cuando se presenten signos y síntomas de cáncer cervical
4. Ante la sospecha o confirmación de cáncer de cérvix asociado al embarazo.
5. Evaluación y seguimiento cuando la citología cervical reporte:
  - Células escamosas atípicas de significancia desconocida ASCUS
  - Células escamosas atípicas en quien una lesión de alto grado no puede ser excluida ASC-H
  - Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado LSIL
  - Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado HSIL
  - Algún tipo de célula cancerígena o de cualquier estirpe celular
6. Envío a complementación diagnóstica por biopsia en las situaciones en donde exista duda acerca de si puede haber cáncer.
7. Si la citología cervical reporta células escamosas de origen desconocido, lesión intraepitelial de bajo y alto grado, células glandulares atípicas o reporte de carcinoma in situ o invasor, deberán ser vistas en la clínica de displasias o módulo de colposcopia en un tiempo no mayor de 3 semanas y para lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LEIAG) y células glandulares atípicas (AGC) dentro de 6 semanas <sup>(18)</sup>.

El siguiente algoritmo nos indica las acciones que deben realizarse a partir del resultado de citología cervical (algoritmo 2):



Algoritmo 2. Acciones al realizarse con el resultado de citología cervical

### VIII. Iatrogenia por comisión

Realización de conductas innecesarias que resultan perjudiciales en una situación dada.

### IX. Iatrogenia por omisión

Abstención de conductas necesarias o indispensables que resulta perjudicial a una situación dada.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar que el Cáncer Cervicouterino es absolutamente prevenible y su tratamiento es relativamente fácil, cuando el diagnóstico es oportuno; sigue siendo una de las enfermedades neoplásicas frecuentes y mortales en las mujeres en edad reproductiva, con una alta incidencia presentando 529,828 casos nuevos y ocasionando la muerte de 274,000 mujeres cada año a nivel mundial.

Desde la perspectiva de la salud pública, están conscientes que los programas de control no han funcionado como se esperaba, la experiencia ha demostrado que la mejor opción para reducir su incidencia, morbilidad y mortalidad, es la detección y manejo oportuno, así como un seguimiento adecuado de las lesiones precursoras y malignas, es en este punto donde la contribución del Médico Familiar en el primer nivel de atención juega un papel esencial ya que su conocimiento acerca de la historia natural de la displasia cervical y del significado de los hallazgos citológicos es determinante para orientar la conducta terapéutica frente a resultados anormales en la citología cervical.

Por lo cual considero, que dentro de la práctica médica en el primer nivel de atención, es necesario evaluar el grado de aptitud clínica con la cual los médicos familiar identifican y afrontan problemas de salud cotidianos en su práctica clínica, ya que las formas y motivaciones para su desempeño y su aptitud para el abordaje de los problemas de salud, varían de acuerdo con las condiciones y ambiente de trabajo, el sentido de responsabilidad del individuo, la conciencia de sus debilidades y carencias, la experiencia profesional, las oportunidades educativas ofrecidas, entre otros factores.

En la especialidad de medicina familiar existen diversos instrumentos para evaluar la aptitud clínica en algunos problemas de salud a los que se enfrenta el Médico, pero no existe evidencia en la literatura de un instrumento eficaz para la evaluación de la aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino; y que es una de las principales áreas donde hay necesidad de actuar; de ahí la importancia de esta investigación; ya que la confiabilidad obtenida del instrumento permitirá proponerlo como una herramienta de capacitación y planear estrategias educativas de acuerdo a los alcances y limitaciones que se identifiquen y así modificar el perfil epidemiológico actual de esta enfermedad.

Por lo anterior, el presente estudio pretende conocer:

¿Cuál es el grado de Aptitud Clínica en el abordaje del Cancer Cervicouterino en Médicos Familiares de una unidad de primer nivel de atención?

¿Existe diferencia en la Aptitud Clínica para el abordaje de Cáncer Cervicouterino entre médicos con y sin curso de especialización en medicina familiar?

¿Existe relación entre la Aptitud Clínica en abordaje de Cáncer Cervicouterino y el tiempo de experiencia clínica?

¿Existe relación entre la Aptitud Clínica en abordaje de Cáncer Cervicouterino y la capacitación previa?

### 3. JUSTIFICACIÓN

El Cáncer Cervicouterino en México es la segunda neoplasia maligna más común en la población femenina y la primera causa de muerte en mujeres en edad reproductiva, a pesar de ser una enfermedad 100% prevenible.

El médico familiar, siendo el primer contacto con el paciente en su práctica médica; juega un papel esencial y determinante, ya que interviene tanto en la prevención primaria y secundaria; por lo cual debe conocer la historia natural de la enfermedad e identificar los factores de riesgo, así como tener la habilidad para interpretar los resultados de procedimientos de tamizaje para referir de manera oportuna; por lo cual se requiere de un médico con una aptitud clínica plenamente desarrollada en Cáncer Cervicouterino para modificar el perfil epidemiológico de esta enfermedad.

Otras investigaciones sobre la aptitud clínica —enfocada a problemas de salud distintos al CaCu— de médicos familiares en el IMSS, han aportado resultados no alentadores; y en la experiencia de la investigadora de este trabajo, en el desempeño de algunos médicos de primer nivel, prevalece una práctica inveterada, es decir, desprovista de reflexión y sin indagación; dependiente de la tecnología, por lo que las posibilidades de perfeccionamiento de dicha práctica y de las habilidades clínicas, es probable que no se logren o se vean limitadas. Todo esto como efecto del centralismo, burocratismo y autoritarismo propios de las instituciones de salud y de la educación médica, donde el manejo estandarizado es lo prevaleciente, lo que trae como consecuencia que los pacientes se miren igual y se traten de la misma manera debido a que el tratamiento se dirige a la enfermedad, saboteando la búsqueda de alternativas y mejores resultados.

Esta manera de ejercer la medicina se ve reflejada, en la práctica del programa de salud en mujeres en edad fértil, donde se ha observado que no se realizan las acciones de prevención de acuerdo a edad e identificación de factores de riesgos, y por lo tanto no son reportados los casos de CaCu con oportunidad para evitar complicaciones.

Para garantizar el éxito de un programa de prevención y detección oportuna es fundamental una aptitud clínica fortalecida en los médicos familiares que tienen el primer contacto con el paciente; por lo tanto es imprescindible conocer sus habilidades clínicas, eficiencia y juicio que han adquirido a través del ejercicio diario de su práctica clínica; ya que hasta el momento el perfil epidemiológico de esta enfermedad es alarmante a pesar de ser prevenible, aun contando con métodos diagnósticos de tamizaje.

Por lo cual surge la inquietud por conocer cuál es el grado de aptitud clínica con la cual los médicos identifican y afrontan este importante problema de salud; y con ello poder analizar las decisiones en determinadas situaciones y valorar su criterio en la solución de problemas, y así poder clarificar los alcances del proceso educativo, favoreciendo la efectividad, seguridad y calidad de la atención.

De acuerdo a los resultados obtenidos, es de vital importancia enfocarse en los puntos clave para minimizar las debilidades, reforzar y actualizar los conocimientos en el manejo de Cáncer Cervicouterino, mejorar las habilidades y así puntualizar las estrategias educativas promotoras de la participación desde la crítica de la experiencia que podrán ser implementadas, con la finalidad de mejorar la educación médica continua y por añadidura la calidad del servicio dentro del programa de salud en la mujer.

## **4. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el grado de aptitud clínica de los médicos familiares en el abordaje del Cáncer Cervicouterino en la UMF 28.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Diseñar y validar un instrumento para la medición del grado de la aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino en médicos familiares en el primer nivel de atención.
2. Comparar la diferencia en aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino entre médicos con y sin curso de especialización en Medicina Familiar de la UMF 28.
3. Determinar si existe relación entre la aptitud clínica en el abordaje del Cáncer Cervicouterino y los años de experiencia de la práctica médica en médicos familiares de la UMF 28.
4. Establecer si existe relación entre la aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino con capacitación previa o sin ella en médicos de la UMF 28.

## 5. HIPOTESIS

### HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. La aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino es incipiente en médicos de primer nivel de atención de la UMF No. 28
2. En médicos que realizaron el curso de especialización en medicina familiar es mayor el grado de aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino en comparación con aquellos médicos que no cuentan con el antecedente de la realización del curso de especialización en medicina familiar.
3. A mayor experiencia clínica en la práctica médica en médicos familiares (> a 10 años), mayor grado de aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino.
4. En médicos que tiene capacitación previa en Cáncer Cervicouterino es mayor el grado de aptitud clínica en su abordaje en comparación con aquellos que no cuentan con capacitación previa.

### HIPÓTESIS NULA

1. La aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino es muy satisfactoria en Médicos de primer nivel de atención de la UMF No. 28
2. No existe relación entre la aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino y la formación académica (entre médicos familiares con especialidad y médicos sin especialidad).
3. No existe relación entre la aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino y el tiempo de experiencia clínica en médicos familiares.
4. No existe relación entre la aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino y la capacitación previa.



## 6. MATERIAL Y METODOS

### POBLACIÓN DE ESTUDIO

Médicos que se encuentran asignados al servicio de consulta externa de Medicina Familiar, adscritos a la Unidad Médica Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”.

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional, se incluyeron de acuerdo al censo de médicos de base (66 médicos) que se encuentran asignados al servicio de consulta externa de Medicina Familiar, adscritos a la Unidad Médica Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” y que cumplieron con los criterios de inclusión.

**Censo de Médicos adscritos en la Unidad Médica Familiar No. 28**

Turno Laboral	Médicos con especialidad	Médicos sin especialidad	Total de Médicos
Matutino	30	4	34
Vespertino	30	2	32

### LUGAR DE ESTUDIO

Se realizó el estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” del IMSS del Distrito Federal.

### PERIODO DE ESTUDIO

Inició en el mes Julio de 2013 al mes de Julio de 2015.

### CRITERIOS DE SELECCIÓN

- a. **Inclusión:** Se incluyeron médicos con y sin especialidad en Medicina Familiar adscritos a la consulta externa de medicina familiar de la Unidad Médica Familiar No. 28 que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.
- b. **Exclusión:** Médicos adscritos a la consulta externa pero que sean especialistas en una disciplina diferente a medicina familiar, médicos de contratación eventual.
- c. **Eliminación:** Se eliminaron los instrumentos de evaluación contestados en menos del 90% y los médicos que no se encontraron presentes el día de la aplicación del instrumento (vacaciones o incapacidad).

### TIPO DE INVESTIGACION

El diseño de este estudio es transversal y comparativo.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

De acuerdo a los objetivos de esta investigación, se efectuó en las siguientes etapas:

### **Diseño y validación de un instrumento para la medición del grado de la aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino.**

#### **a) Revisión de la evidencia científica:**

Para fines de este estudio, se tomaron de referencia los documentos que para el instituto mexicano del seguro social son aplicables y son de observancia obligatoria para todo el personal de salud de los sectores público, social y privado; entre ellos, la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino, Guía de Práctica Clínica para la prevención y detección oportuna del cáncer cérvicouterino en el primer nivel de atención) y Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, para la prevención y control de enfermedades, aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

#### **b) Diseño del instrumento de evaluación de aptitud clínica**

El instrumento de evaluación, se diseñó a partir de casos clínicos los cuales fueron seleccionados de expedientes de la consulta externa de medicina familiar y del servicio de epidemiología, la búsqueda se realizó de manera intencional a fin de reunir las situaciones clínicas más representativas del problema a explorar. La información fue obtenida a través del expediente clínico electrónico, así como de la base de datos del servicio de epidemiología. Para complementar los casos clínicos también fue necesaria la revisión del expediente clínico y notas médicas del segundo y tercer nivel de atención.

Se eligieron cinco casos clínicos, los cuales eran más representativos de acuerdo a los propósitos de este estudio con los datos clínicos que permitieran explorar cada uno de los indicadores establecidos para el estudio, se trabajó con la descripción de cada caso, complementándola con breves afirmaciones que permiten el análisis, la integración y la reflexión del abordaje de la paciente con cáncer cervicouterino. Dichas afirmaciones tienen la posibilidad de ser falsas o verdaderas. De manera inicial se elaboran 140 afirmaciones o enunciados por caso.

#### **c) Validación del instrumento de evaluación de aptitud clínica**

Para la validez del instrumento se recurrió al juicio de expertos; tomando en cuenta que el contenido de los casos clínicos contiene aspectos elementales y profundidad, propios del área de ginecología que deben ser dominados también por los médicos familiares, se definió a los expertos de la siguiente manera:

- Estudios de posgrado en Ginecología y Obstetricia.
- Más de cinco años de experiencia institucional como especialistas en Ginecología.
- Actividad clínica continúa durante los últimos 3 años, en el segundo nivel de atención.

En total se contó con cinco expertos. En la primera fase de elaboración del instrumento se procedió a realizar una primera ronda para conocer el juicio de cinco expertos; a cada uno de ellos se le entregó el instrumento con una hoja frontal que contiene las instrucciones de respuesta, se les solicitó la respuesta correcta para cada una de las afirmaciones, así como su opinión sobre la pertinencia de contenido del instrumento, también se pidieron sus comentarios sobre los enunciados respecto a la dificultad para su comprensión, ambigüedad o poca relevancia; en la permitió validar de forma inicial 82 enunciados, con el 100% de acuerdo entre los cinco expertos, quedando pendientes por validar 58 enunciados.

Se trabajó posteriormente, durante la segunda, con las 58 afirmaciones restantes realizando las correcciones a partir de las observaciones de los expertos, eliminando 33 reactivos que se consideraban repetitivos.

Se realizó una tercera ronda con las 25 afirmaciones restantes, y de acuerdo con los jueces se consideraron pertinentes para integrar el instrumento con el mínimo de 80% de acuerdo entre ellos (4 ó 5 de 5 jueces).

El instrumento finalmente quedó constituido por 5 casos clínicos reales para el abordaje de la paciente con cáncer cervicouterino con un total de 102 enunciados, aproximadamente 20 por cada caso, que de acuerdo con los expertos se consideraron los 5 casos más representativos con una confiabilidad del instrumento de 0.72 mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

La escala de medición de la aptitud fue diseñada estimando las respuestas por azar con base a la fórmula propuesta por Pérez-Viniegra, a partir de la cual se determinaron los rangos de medición de la aptitud clínica como: muy satisfactoria, satisfactoria, parcialmente satisfactoria, incipiente y por azar; considerando un total de enunciados de 102, como se observa en la siguiente tabla:

<b>Aptitud Clínica</b>	<b>Ponderación</b>
<b>Muy satisfactoria</b>	83-102

<b>Satisfactoria</b>	61-82
<b>Parcialmente satisfactoria</b>	39-60
<b>Incipiente</b>	17-38
<b>Por azar</b>	-102-16

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

### Variable dependiente

#### Aptitud clínica en CaCu

- Definición conceptual: Es la capacidad del médico para resolver situaciones clínicas problematizadas en el abordaje de CaCu, en donde debe discriminar y optar entre las alternativas de interpretación, decisión o acción diagnóstico-terapéuticas; poniendo en juego su criterio.
- Definición operacional: Medida mediante el puntaje obtenido en el instrumento el cual consta de casos clínicos problematizados, que integra nueve indicadores , dentro de los que se encuentran: reconocimiento de factores de riesgo, reconocimiento de signos y síntomas, selección de pruebas diagnósticas, interpretación de resultados de pruebas diagnósticas, integración diagnóstica, fomento a la salud, referencia oportuna, iatrogenia por comisión y iatrogenia por omisión; que conforman el concepto de aptitud clínica en la práctica rutinaria, y de acuerdo a los puntajes obtenidos se obtuvieron las siguientes categorías: al azar, incipiente, parcialmente satisfactoria, satisfactoria y muy satisfactoria.
- Tipo de variable: Cuantitativa discreta
- Escala de medición: Intervalo
- Indicador: al azar, incipiente, parcialmente satisfactoria, satisfactoria, muy satisfactoria y por azar.

La operacionalización de la variable dependiente, se presenta en la siguiente tabla:

## OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE APTITUD CLÍNICA

CONCEPTO	DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL
APTITUD CLÍNICA	Propedéutica Clínica	Reconocimiento de factores de riesgo	Habilidad para identificar antecedentes o condiciones del paciente, que sin ser parte de la enfermedad, incrementan el riesgo de aparición de CaCu	Cuantitativa discreta	Intervalo	<b>Falso, verdadero y no sé</b>  <b>Acierto:</b> 1 punto  <b>Error:</b> Numero de aciertos menos 1  <b>No sé:</b> No suma ni resta puntos	<b>Índice:</b> Calificación obtenida al sumar los valores alcanzados en los ítems del instrumento de medición.  <b>Categorías:</b> Definidas según número de ítems menos las respuestas estimadas por azar.  <b>Aptitud:</b> - Al azar - Incipiente - Parcialmente satisfactoria - Satisfactoria - Muy satisfactoria
		Reconocimiento de signos y síntomas	Habilidad para reconocer indicios clínicos importantes obtenidos durante el interrogatorio y la exploración física.				
		Selección de pruebas diagnósticas	Indicación oportuna y adecuada de estudios de laboratorio o gabinete para el diagnóstico de CaCu.				
		Interpretación de resultados de pruebas diagnósticas	Habilidad para interpretar de forma correcta los resultados de las pruebas indicadas para diagnosticar CaCu.				
		Integración diagnóstica	Capacidad para la integración de los datos clínicos del interrogatorio, examen físico y la interpretación de los resultados de las pruebas diagnósticas para el establecimiento del diagnóstico de probabilidad o certeza de CaCu.				
	Medidas preventivas	Fomento a la Salud	Medidas orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir oportunamente lesiones precursoras de CaCu				
	Toma de decisiones favorables al estado de salud del paciente	Referencia médica oportuna	Capacidad para el envío oportuno de un paciente para su atención de un nivel a otro con mayores recursos para el diagnóstico y tratamiento de CaCu dando continuidad en su atención.				
	Toma de decisiones no favorables al estado de salud del paciente	latrogenia por comisión	Realización de conductas innecesarias que resultan perjudiciales en una situación dada.				
		latrogenia por omisión	Abstención de conductas necesarias o indispensables que resulta perjudicial a una situación dada.				

### VARIABLES INDEPENDIENTES

#### Tiempo de experiencia clínica

- Definición conceptual: Es el número de años de práctica clínica en la atención de pacientes en el primer nivel.

- Definición operacional: Dato obtenido a través de la información plasmada en la hoja de recolección de datos.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal, Dicotómica
- Indicador: + 10 años, - 10 años

Formación Académica (Curso de especialización en Medicina Familiar)

- Definición conceptual: Proceso educativo formal a través del cual los médicos generales adquieren conocimientos, habilidades y destrezas para tratar los principales problemas de salud de los individuos y sus familias en el primer nivel de atención.
- Definición operacional: A través del diploma otorgado por alguna institución de salud que cumplan el programa operativo de Medicina Familiar.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de Medición: Nominal, Dicotómica.
- Indicador: Médicos con Curso de Especialización en Medicina Familiar, Médicos sin Curso de Especialización en Medicina Familiar.

Capacitación previa en CaCu:

- Definición conceptual: Antecedente de capacitación en los últimos 5 años relacionados a la atención de CaCu.
- Definición operacional: Antecedente obtenido a través del instrumento de recolección de datos.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal, Dicotómica.
- Indicador: Con antecedente de capacitación en los últimos 5 años, Sin antecedente de capacitación en los últimos 5 años.

La operacionalización de las variables independiente, se muestran en la siguiente tabla:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTES					
VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL
Tiempo de experiencia	Es el número de años de práctica clínica en la atención de	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.-10 Años 2.+/=10	Hoja de datos

<b>clínica</b>	pacientes en el primer nivel.			Años	
<b>Formación académica</b>	Proceso educativo formal a través del cual los médicos generales adquieren conocimientos, habilidades y destrezas para tratar los principales problemas de salud de los individuos y sus familias en el primer nivel de atención.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.Médico Familiar 2.Médico No familiar	Hoja de datos
<b>Capacitación previa de CaCu</b>	Antecedente de capacitación en los últimos 5 años relacionados a la atención de CaCu.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.Si 2.No	Hoja de datos

## Covariables

### Edad:

- Definición conceptual: Es el número de años que ha vivido una persona, desde su nacimiento al día de realizar el estudio.
- Definición operacional: Dato obtenido a través del instrumento de recolección de datos, años cumplidos en años y fecha de nacimiento.
- Tipo de variable: Cuantitativa
- Escala de Medición: Razón.
- Indicador: Años cumplidos

### Sexo:

- Definición conceptual: Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino.
- Definición operacional: Dato obtenido a través del instrumento de recolección de datos.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal, Dicotómica.
- Indicador: Femenino, Masculino

### Estado Civil:

- Definición conceptual: Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.
- Definición operacional: Dato obtenido a través del instrumento de recolección de datos.

- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal, Dicotómica.
- Indicador: Soltero, Casado, Unión libre, Divorciado, Viudo

Turno laboral:

- Definición conceptual: Turno de adscripción del médico, ya sea turno matutino o vespertino.
- Definición operacional: Dato obtenido a través del instrumento de recolección de datos mediante el turno de adscripción laboral de contratación.
- Tipo de variable: Cualitativa
- Escala de medición: Nominal, Dicotómica.
- Indicador: Matutino, Vespertino

La operacionalización de las covariables, se muestran en la siguiente tabla:

OPERACIONALIZACIÓN DE COVARIABLES					
VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL
<b>Edad</b>	Es el número de años que ha vivido una persona, desde su nacimiento al día de realizar el estudio.	Cuantitativa Discreta	Razón	Años cumplidos	Hoja de datos
<b>Sexo</b>	Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.Femenino 2.Masculino	Hoja de datos
<b>Estado civil</b>	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión Libre 4. Divorciado 5. Viudo	Hoja de datos
<b>Turno laboral</b>	Turno de adscripción del médico.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Matutino 2. Vespertino	Hoja de datos

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Debido a que no existe un estándar de oro, se diseñó un instrumento para evaluar la aptitud clínica en el abordaje de CaCu. El instrumento consta de 5 casos clínicos reales, los cuales cuentan con



una serie de enunciados del tema de esta investigación, con un total de 102 reactivos, con respuestas de verdadero, falso o no sé. En el instrumento se evalúa la aptitud clínica a través de los siguientes indicadores:

<b>Indicador</b>	<b>Número de Reactivos</b>
<b>Reconocimiento de factores de riesgo</b>	25
<b>Reconocimiento de signos y síntomas</b>	10
<b>Selección de pruebas diagnosticas</b>	10
<b>Interpretación de pruebas diagnósticas</b>	16
<b>Integración diagnostica</b>	11
<b>Fomento a la salud</b>	11
<b>Referencia médica oportuna</b>	11
<b>latrogenia por comisión</b>	2
<b>latrogenia por omisión</b>	6
<b>Total</b>	<b>102</b>

De acuerdo a los puntajes obtenidos se obtuvieron las siguientes categorías de aptitud clínica: por azar, incipiente, parcialmente satisfactoria, satisfactoria, muy satisfactoria.

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Una vez que el protocolo fue autorizado por el Comité Local de Investigación, el estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera” ubicada en Gabriel Mancera número 800. Colonia Del Valle. Delegación Benito Juárez. México, Distrito Federal.

Al realizar el estudio, se tomaron en cuenta a los médicos adscritos a la consulta externa de medicina familiar la cual cuenta con una plantilla de 34 médicos en el turno matutino y 32 médicos en el turno vespertino.

Como autora de este estudio, y con ayuda de los asesores de tesis, se realizó la evaluación. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación del instrumento de medición al universo de médicos adscritos a la consulta externa de ambos turnos laborales y que cumplieron con los requisitos de inclusión de este estudio, previo consentimiento de participación voluntaria y manteniendo la confidencialidad de los datos.

El instrumento se llenó por el médico participante, ya que es de autoaplicación, y se verificó que el instrumento fuera respondido en más del 90%.

Posteriormente analizamos la información obtenida a través de los resultados, de tal manera que permitieron realizar conclusiones en base a los objetivos planteados.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGSOS**

El instrumento de evaluación se aplicó en un solo momento, dándose las mismas instrucciones a todos los médicos participantes y cada uno de ellos lo contestó de forma individual. Durante la evaluación surgieron dudas acerca del instrumento y se le dio asesoría sin incidir en la respuesta.

Los instrumentos que se llenaron de forma incompleta (menos del 90%) quedaron eliminados de este estudio.

## **DISEÑO ESTADÍSTICO**

El análisis de resultados se realizó con el programa estadístico SPSS V. 20; en el cual para las variables de aptitud clínica y edad al ser de tipo cuantitativo se realizaron en tablas de distribución de frecuencias, el cálculo de mediana, moda y como medida de dispersión se efectuó cálculo de desviación estándar; para las variables tiempo de experiencia clínica, formación académica, capacitación previa, sexo, estado civil y turno laboral al ser de tipo cualitativo con escala de medición nominal se realizaron tablas de distribución de frecuencias, porcentajes y proporciones.

Se utilizó la prueba U Mann Whitney para comparación de medianas de aptitud clínica y tiempo de experiencia clínica, formación académica y capacitación previa en CaCu.

## 7. CONSIDERACIONES ETICAS

En base a los lineamientos y principios generales del reglamento de la Ley de salud en Materia de Investigación, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, la presente investigación se considera como una INVESTIGACIÓN CON RIESGO MÍNIMO.

La presente investigación no desobedece:

### 1. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos, la investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables. Así como el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

### 2. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial.

Vincula al médico con la formula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y el código Internacional de Ética Médica afirma que: “El Médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”.

### 3. El reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación para la salud en México

De acuerdo al reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo I, artículo 17, fracción II: fue un estudio de riesgo mínimo.

Los resultados serán difundidos a los participantes y posterior al estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se realizaran una estrategia educativa promotora de investigación.

## 8. LOGÍSTICA

### RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

#### Recursos Humanos

- Investigador: Dra Laila Mennah Hernandez, Residente de Medicina Familiar de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”.
- Asesor: Dra. Ivonne Analí Roy García, Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar de UMF No. 28 “Gabriel Mancera”.
- Asesor: Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo, MCSS
- Asesor: Dr. Juan García Moreno, Director Consejo de Salubridad

#### Recursos Materiales

- Computadora
- Impresora
- Plumas
- Sistema operativo Windows 8, Office 2013 y programa estadístico SPSS V. 20.
- Unidad de almacenamiento (USB) para guardas la información
- Instrumento de evaluación
- Expedientes clínicos para realizar los casos clínicos
- Hoja de consentimiento informado
- Formatos para registro de información

#### Recursos Financieros

Autofinanciados por la investigadora.

## 9. RESULTADOS

La población de médicos adscritos a la consulta externa de la Unidad Médica Familiar No. 28 “Gabriel Macera” consta de 66 médicos, de los cuales 42 se incluyen en este estudio de forma voluntaria y firmando el consentimiento informado correspondiente; 8 médicos se negaron a participar en el estudio argumentando falta de interés, situaciones personales y falta de tiempo para contestar el instrumento; los 16 restantes no acudieron a la reunión de aplicación del instrumento desconociéndose motivos.

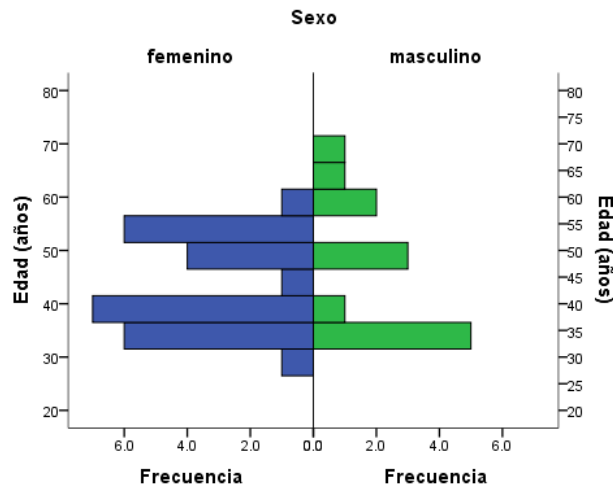
De nuestra población en estudio que representó el 62% (n=41) de los médicos, se eliminaron el 7% (n=2) porque su instrumento fue contestado en menos del 90%; por lo tanto nuestro análisis se basa en una muestra del 59% (n=39) médicos de la consulta externa; la siguiente tabla muestra la frecuencia de las características sociodemográficas de la población en estudio de acuerdo a la formación académica (ver tabla 1):

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en estudio

<b>Variables Sociodemográficas</b>		<b>Formación Académica</b>	
		<b>Médico Familiar (n=)</b>	<b>Médico No Familiar (n=)</b>
<b>Edad</b>	<i>Media</i>	42 años	56 años
	<i>Femenino</i>	23	3
<b>Sexo</b>	<i>Masculino</i>	10	3
	<i>Soltero</i>	17	1
<b>Estado civil</b>	<i>Casado</i>	12	4
	<i>Unión libre</i>	3	0
	<i>Divorciado</i>	1	1
<b>Turno laboral</b>	<i>Matutino</i>	18	3
	<i>Vespertino</i>	15	3
<b>Experiencia clínica</b>	<i>Menor a 10 años</i>	19	0
	<i>Mayor a 10 años</i>	14	6
<b>Capacitación previa en CaCu</b>	<i>Si</i>	5	1
	<i>No</i>	28	5

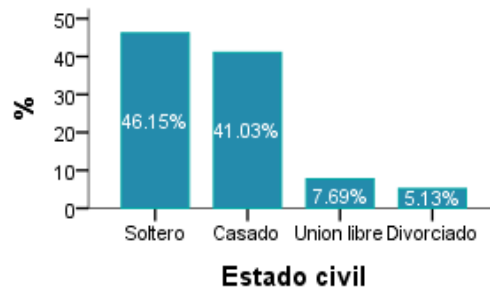
Respecto a la edad de los médicos participantes, la media es de 44 años con una desviación estándar de 10.6 años, la mediana es de 41 años, la moda es de 32 años, existiendo una distribución bimodal, el rango de encontrado fue entre 29 y 67 años de edad. En cuanto a la covariable de sexo se observa el 66.7% (n=26) del femenino y el 33.3% (n=13) del masculino (ver gráfica 1).

**Gráfica 1. Frecuencia de la edad y sexo de la población en estudio**

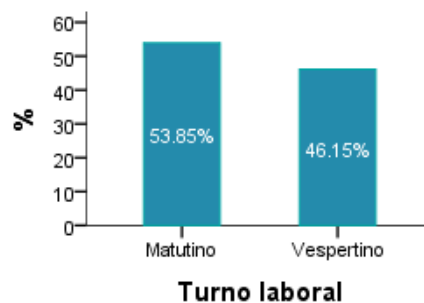


En el estado civil, se observa el 46.15% (n=18) de solteros, 41.03% (n=16) de casados, 7.69% (n=3) en unión libre y 5.13% (n=2) de divorciados (ver gráfica 2); y de acuerdo al turno laboral se encontró del turno matutino el 53.8% (n=21) y turno vespertino el 46.15% (n=18) (ver gráfica 3).

**Gráfica 2. Distribución del estado civil**



**Gráfica 3. Distribución de turno laboral**



Acerca de las variables independientes; en cuanto a la formación académica se integraron 2 grupos, de médicos familiares que corresponde a una frecuencia de 84.6% (n=33) y de médicos no familiares el 15.3% (n=6) de médicos no familiares; en relación al tiempo de experiencia clínica un

total de 48.7% (n=19) es menor a 10 años y el 51.3% (n=20) es mayor a 10 años; y de acuerdo a la capacitación previa en CaCu el 15.4% (n=6) si la tiene y 84.6% (n=33) no la tienen (ver tabla 2).

**Tabla 2. Ponderación de las variables independientes**

<b>Variables Independientes</b>		<b>Porcentajes</b>
		<b>%</b>
<b>Formación académica</b>	Médicos Familiares	84.6
	Médicos No Familiares	15.3
<b>Experiencia Clínica</b>	Menor a 10 años	48.7
	Mayor a 10 años	51.3
<b>Capacitación previa en CaCu</b>	Sí	15.4
	No	84.6

Se conformaron los grupos de formación académica y tiempo de experiencia clínica, en donde se observan los siguientes resultados (ver tabla 3):

**Tabla 3. Tiempo de experiencia clínica en relación con la formación académica**

<b>Experiencia Clínica</b>	<b>Formación Académica</b>		<b>Total (n=)</b>
	<b>Médico Familiar</b>	<b>Médico No Familiar</b>	
<b>Menor a 10 años</b>	19	0	<b>19</b>
<b>Mayor a 10 años</b>	14	6	<b>20</b>
<b>Total (n=)</b>	<b>33</b>	<b>6</b>	<b>39</b>

Se conformaron los grupos de formación académica y capacitación previa en CaCu, cuyos resultados se observan a continuación (ver tabla 4):

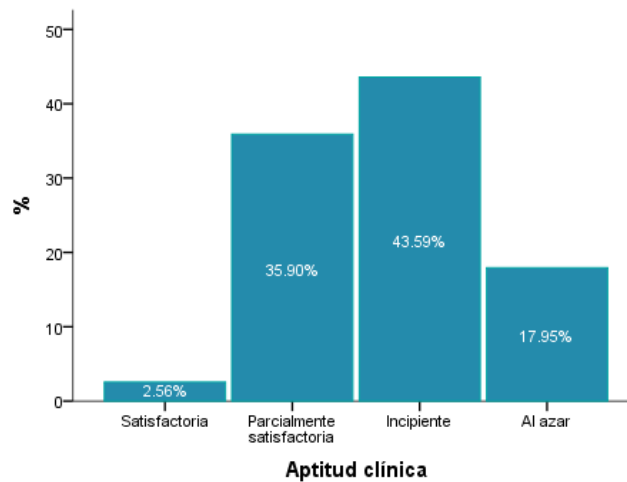
**Tabla 4. Capacitación previa en CaCu en relación con la formación académica**

<b>Capacitación previa en CaCu</b>	<b>Formación Académica</b>		<b>Total (n=)</b>
	<b>Médico Familiar</b>	<b>Médico No Familiar</b>	
<b>Si</b>	5	1	<b>6</b>

<b>No</b>	28	5	<b>33</b>
<b>Total (n=)</b>	<b>33</b>	<b>6</b>	<b>39</b>

La escala de medición de la aptitud clínica en CaCu fue diseñada estimando las respuestas por azar con base a la fórmula propuesta por Pérez-Viniegra, a partir de la cual se determinaron los rangos de medición de la aptitud clínica para este estudio. La aptitud clínica obtenida fue el 0% (n=0) muy satisfactoria, 2.6% (n=1) satisfactoria, 35.9% (n=14) parcialmente satisfactoria, 43.6% (n=17) incipiente y 17.9% (n=7) por azar (ver gráfica 4):

**Gráfica 4. Grado de aptitud clínica en CaCu en el grupo de estudio**



De acuerdo a los resultados de aptitud clínica en CaCu se obtuvo la siguiente medida de tendencia central (ver tabla 5):

**Tabla 5. Medida de tendencia central en aptitud clínica en CaCu**

<b>Mediana</b>	17-38 puntos
----------------	--------------

Con respecto a la aptitud clínica en relación al tiempo de experiencia clínica en médicos familiares y no familiares se describe a continuación (ver tabla 6):

**Tabla 6. Aptitud clínica en CaCu en relación al tiempo de experiencia clínica**

Aptitud Clínica	Experiencia Clínica	Total
-----------------	---------------------	-------



	Menor a 10 años %	Mayor a 10 años %	%
<b>Muy satisfactoria</b>	0	0	<b>0</b>
<b>Satisfactoria</b>	2.5	0	<b>2.5</b>
<b>Parcialmente satisfactoria</b>	20.5	15.4	<b>35.9</b>
<b>Incipiente</b>	23	20.5	<b>43.5</b>
<b>Al azar</b>	2.5	15.3	<b>17.9</b>
<b>Total %</b>	<b>48.7</b>	<b>51.3</b>	

Con los datos previos y debido a que las variables de tiempo de experiencia clínica y aptitud clínica (en puntaje total), no tienen una distribución normal (libre distribución); se procedió a realizar la prueba de contraste de la hipótesis, la *U* de Mann-Whitney, en la cual se observa que no existe relación entre la aptitud clínica y el tiempo de experiencia clínica, ya que es mayor en aquellos con experiencia menor a 10 años de práctica clínica (ver tabla 7):

Tabla 7. Prueba U de Mann-Whitney para las variables de aptitud clínica (puntaje total) y tiempo de experiencia clínica

Tiempo de experiencia clínica	n	Mediana	U Mann Whitney
< 10 años	19	38 puntos	p= 0.047
>10 años	20	25.5 puntos	

#### Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Puntaje total es la misma entre las categorías de Experiencia clínica.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	.047 <sup>1</sup>	Rechaza la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es .05.

<sup>1</sup>Se muestra la significación exacta para esta prueba.

Al comparar los resultados obtenidos en el grado de aptitud clínica en el abordaje en CaCu y la formación académica, se obtuvo lo siguiente (ver tabla 8):

Tabla 8. Aptitud clínica en CaCu en relación con la formación académica

Aptitud Clínica	Formación Académica	Total
-----------------	---------------------	-------

	<b>Médico Familiar</b> %	<b>Medico No Familiar</b> %	<b>%</b>
<b>Muy satisfactoria</b>	0	0	<b>0</b>
<b>Satisfactoria</b>	2.5	0	<b>2.5</b>
<b>Parcialmente satisfactoria</b>	35.9	0	<b>35.9</b>
<b>Incipiente</b>	33.3	10.2	<b>43.5</b>
<b>Al azar</b>	12.8	5.1	<b>17.9</b>
<b>Total %</b>	<b>84.6</b>	<b>15.3%</b>	

Se procedió a realizar la prueba de contraste de la hipótesis de  $U$  de Mann-Whitney (ver tabla 8), en la cual para todo valor de probabilidad igual o menor que 0.05 se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula; por tanto con nuestros valores aceptamos la hipótesis alterna que nos permite decir que con las ponderaciones obtenidas los Médicos familiares con especialidad son diferentes de los Médicos que no la tienen, observándose puntajes mayores en aquellos médicos con especialidad médica.

**Tabla 8. Prueba de Mann-Whitney para las variables aptitud clínica (puntaje total) y formación académica**

<b>Formación Académica</b>	<b>n</b>	<b>Mediana</b>	<b>U Mann Whitney</b>
<b>Médico Familiar</b>	33	37 puntos	p= 0.043
<b>Médico No Familiar</b>	6	20.5 puntos	

#### **Resumen de contrastes de hipótesis**

	<b>Hipótesis nula</b>	<b>Prueba</b>	<b>Sig.</b>	<b>Decisión</b>
1	La distribución de Puntaje total es la misma entre las categorías de Formación académica.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	.043 <sup>1</sup>	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es .05.

<sup>1</sup>Se muestra la significación exacta para esta prueba.

Se realizó una tabla cruzada para observar si influye tener capacitación previa sobre temas relacionados a CaCu y el grado de aptitud clínica (ver tabla 9):

**Tabla 9. Aptitud clínica en el abordaje de CaCu en relación con capacitación previa en CaCu**

Aptitud Clínica	Capacitación previa en CaCu		Total %
	Si %	No %	
Muy Satisfactoria	0	0	0
Satisfactoria	0	2.5	2.5
Parcialmente satisfactoria	2.5	33.3	35.9
Incipiente	7.7	35.9	43.5
Al azar	5.1	12.8	17.9
<b>Total %</b>	<b>15.3</b>	<b>84.6</b>	

Con las variables previamente analizadas se realizó la prueba de contraste de la hipótesis de  $U$  de Mann-Whitney, en donde la diferencia entre medianas de acuerdo al antecedente de capacitación, mostró que son variables independientes, -no hay relación- entre ambas variables (ver tabla 10):

Tabla 10. Prueba U de Mann-Whitney para las variables de aptitud clínica (puntaje total) y capacitación previa en CaCu

Capacitación previa en CaCu	n	Mediana	U Mann Whitney
Con capacitación previa	6	26 puntos	p= 0.391
Sin capacitación previa	33	34 puntos	

#### Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Puntaje total es la misma entre las categorías de Capacitación previa de cacu.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	.391 <sup>1</sup>	Conserve la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es .05.

<sup>1</sup>Se muestra la significación exacta para esta prueba.

Dentro de la operacionalización de la variable de aptitud clínica en CaCu se tomaron en cuenta las siguientes dimensiones: propedéutica clínica, medidas preventivas, toma de decisiones favorables al estado de salud del paciente y toma de decisiones no favorables al estado de salud del paciente, dentro de las cuales se incluyen los siguientes indicadores de análisis para el propósito de este

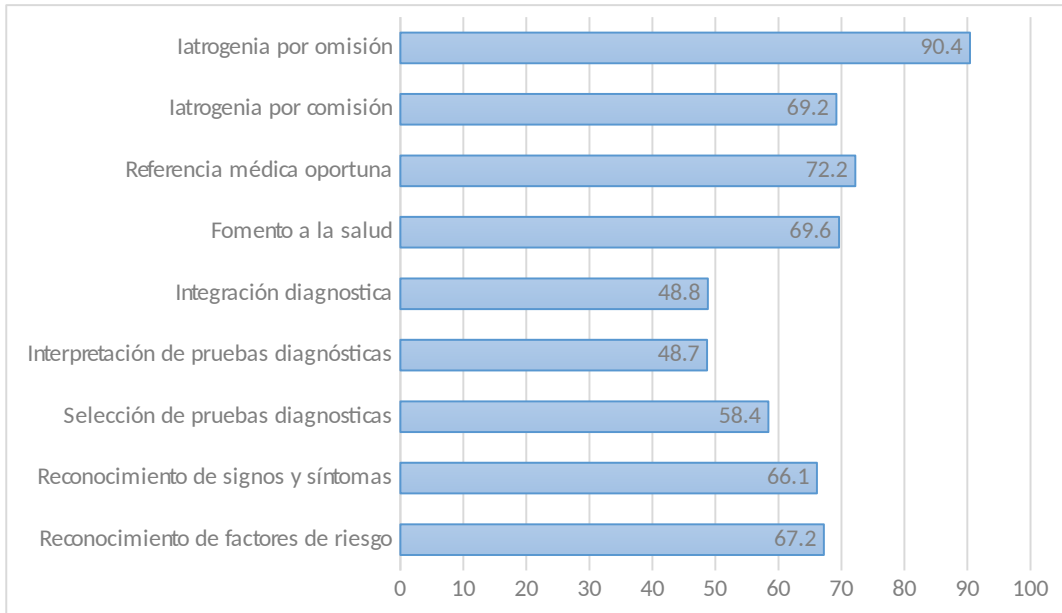
estudio, en la siguiente tabla se observa el promedio de aciertos obtenidos de los participantes (ver tabla 11):

**Tabla 11. Estructura del Instrumento de evaluación de aptitud clínica para el abordaje de Cáncer Cervicouterino con relación al promedio de reactivos contestados correctamente de acuerdo al indicador y a la dimensión**

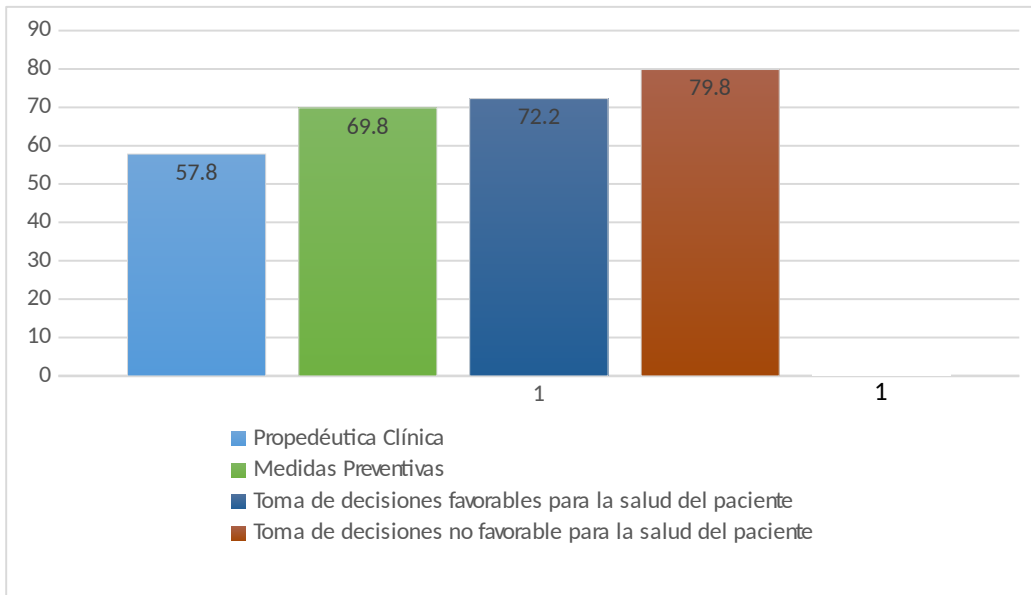
<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Aciertos %</b>	<b>Promedio de aciertos %</b>
<b>Propedéutica Clínica</b>	Reconocimiento de factores de riesgo	67.2	57.8
	Reconocimiento de signos y síntomas	66.1	
	Selección de pruebas diagnósticas	58.4	
	Interpretación de pruebas diagnósticas	48.7	
	Integración diagnóstica	48.8	
<b>Medidas Preventivas</b>	Fomento a la salud	69.6	69.8
<b>Toma de decisiones favorables para la salud del paciente</b>	Referencia médica oportuna	72.2	72.2
<b>Toma de decisiones no favorable para la salud del paciente</b>	latrogenia por comisión	69.2	79.8
	latrogenia por omisión	90.4	

De acuerdo a los 9 indicadores que conforman el instrumento de evaluación, se muestra la siguiente gráfica con el promedio de aciertos obtenidos (ver gráfica 5) y de acuerdo a las dimensiones analizadas se obtuvo la siguiente relación (ver gráfica 6):

**Gráfica 5. Promedio de aciertos por indicador**



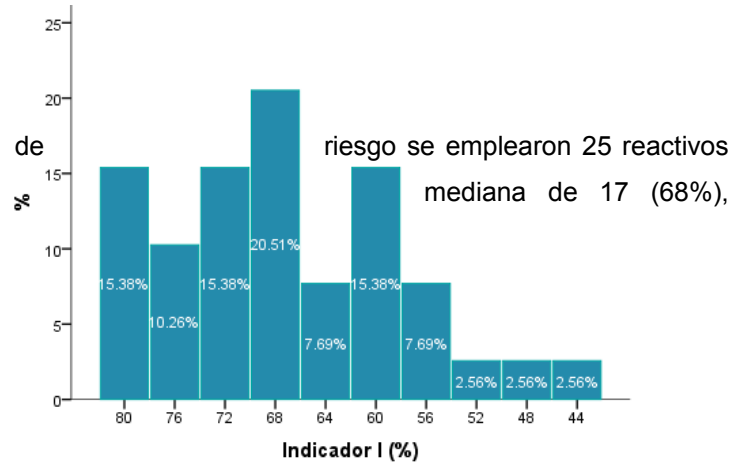
**Gráfica 6. Promedio de aciertos por dimensión**



Dentro de la dimensión de propedéutica clínica se identifican 5 indicadores, los cuales se observan a continuación:

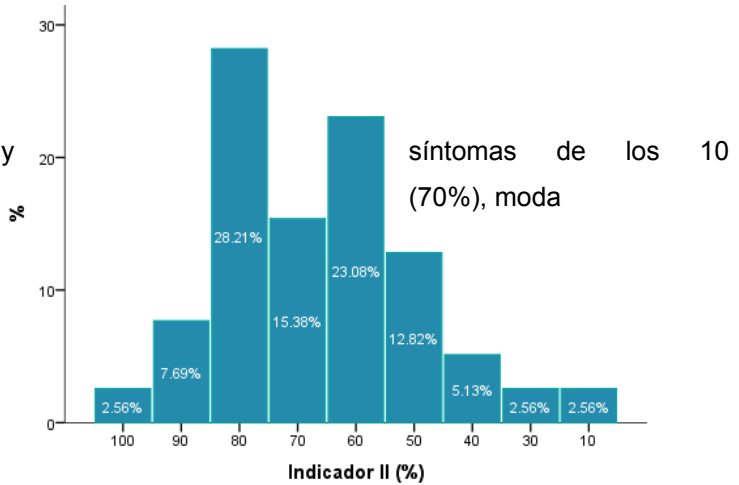
**Gráfica 7. Porcentaje de aciertos en el reconocimiento de Factores de riesgo**

En el reconocimiento de factores de riesgo se emplearon 25 reactivos (100%), donde se observa una mediana de 17 (68%) (ver grafica 7).



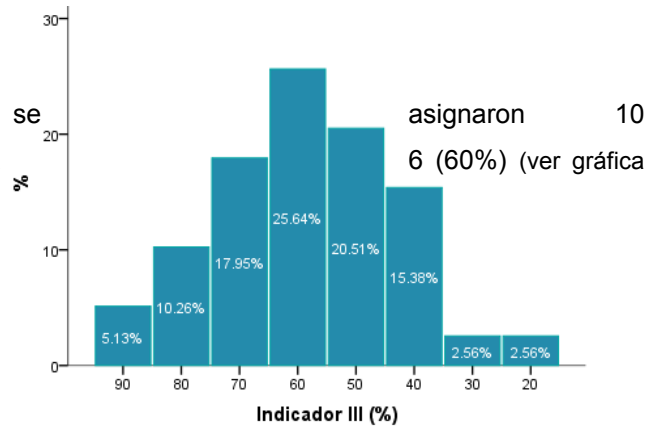
**Gráfica 8. Porcentaje de aciertos en el reconocimiento de Signos y Síntomas**

En el reconocimiento de signos y síntomas de los 10 reactivos (100%), la mediana 7 de 8 (80%) (ver gráfica 8).



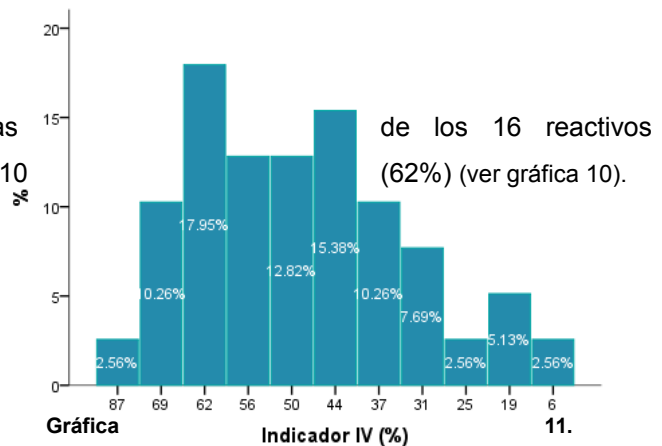
**Gráfica 9. Porcentaje de aciertos en la selección de pruebas Diagnósticas**

En la selección de pruebas diagnósticas se reactivos (100%), la mediana 6 (60%), moda 9).



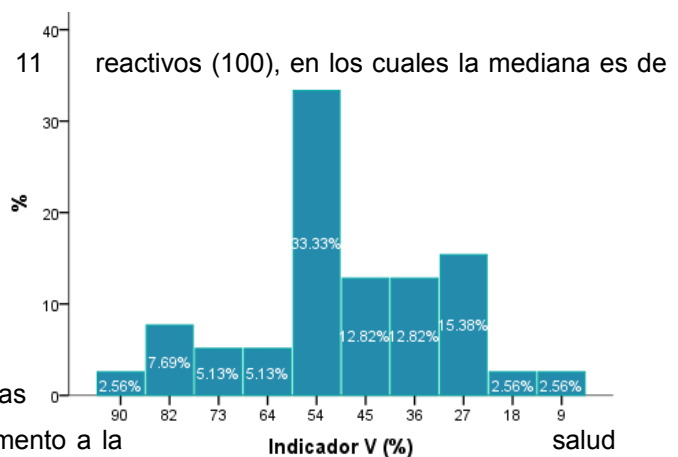
**Gráfica 10. Porcentaje de aciertos en la interpretación de pruebas diagnósticas**

En la interpretación de pruebas diagnósticas (100%), la mediana 8 (50%), moda de 10



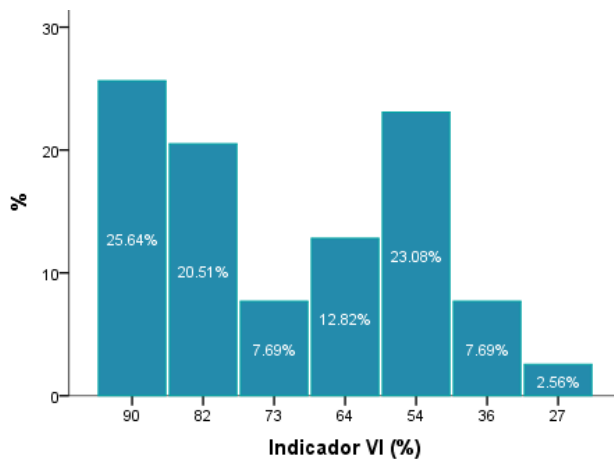
**Gráfica 11. Porcentaje de aciertos en integración diagnóstica**

En Integración diagnóstica se emplearon 11 reactivos (100), en los cuales la mediana es de 6 (54%), moda 6 (54%) (ver gráfica 11).



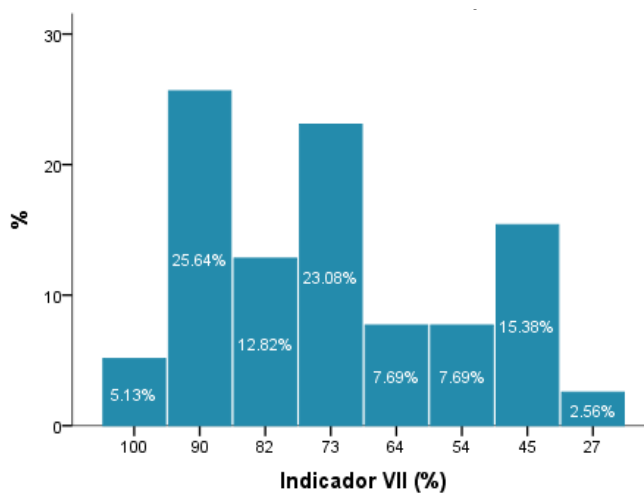
Dentro de la dimensión de medidas preventivas se observa el indicador de fomento a la salud donde se utilizaron 11 reactivos (100%), con una mediana de 8 (73%), moda 10 (90%) (ver grafica 12):

**Gráfica 12. Porcentaje de aciertos en fomento a la salud**



Dentro de la dimensión de toma de decisiones favorables para la salud el paciente se observa el indicador de referencia médica oportuna con un total de 11 reactivos (100) donde la mediana es de 8 (73%), moda 10 (90%) (ver gráfico 13):

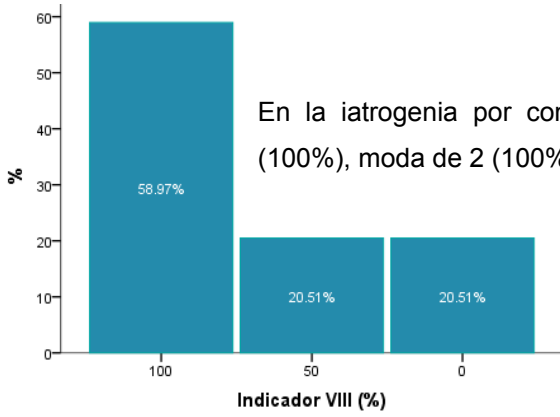
**Gráfica 13. Porcentaje de aciertos en referencia médica oportuna**



Dentro de la dimensión de toma de decisiones no favorables del estado de salud del paciente se identifican 2 indicadores, en donde se observa lo siguiente:

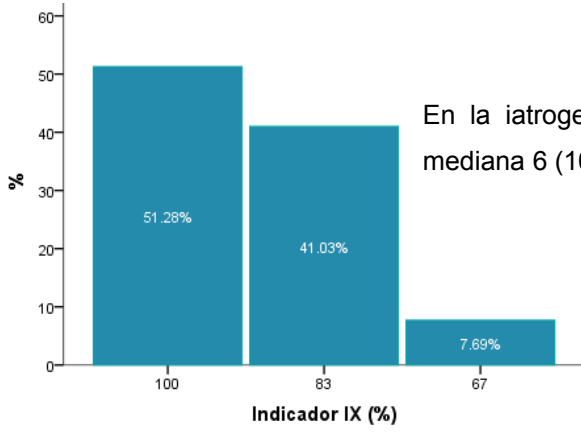
**Gráfica 14. Porcentaje de aciertos en iatrogenia por comisión**





En la iatrogenia por comisión de los 2 reactivos (100%), la mediana 2 (100%), moda de 2 (100%) (ver gráfica 14).

**Gráfica 15. Porcentaje de aciertos en iatrogenia por omisión**



En la iatrogenia por omisión de los 6 reactivos (100%), la mediana 6 (100%), moda de 6 (100%) (ver gráfica 15).

## 10. DISCUSIÓN

La evaluación del grado de aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino en médicos familiares del primer nivel de atención de la Unidad Médica Familiar No. 28 del IMSS, nos permite tener una visión con la cual los médicos identifican y afrontan este importante problema de salud.

El universo de trabajo de nuestra investigación fueron de 39 médicos, es decir, el 59% de los médicos de la consulta externa de la Unidad Médica Familiar No. 28; con una población heterogénea con respecto a la edad y de predominio del sexo femenino. Dentro de las variables de relevancia para los fines de esta investigación se analizaron las siguientes:

El tiempo de experiencia clínica, se refiere al número de años de práctica clínica en la atención de pacientes en el 1er nivel, donde se tomó en cuenta un tiempo menor a 10 años (48.7%) y mayor a 10 años (51.3%), no existiendo diferencia significativa entre ellos; la formación académica, se refiere al proceso educativo formal a través del cual los médicos generales adquieren conocimientos, habilidades y destrezas para tratar los principales problemas de salud de los individuos y sus familias en el primer nivel de atención, y para su estudio se formaron dos grupos: médicos con curso de especialización en medicina familiar (médico familiar) y médicos sin curso de especialización en medicina familiar (médico no familiar), se observa que el primer grupo representa la mayor parte de la población con un 84.6% y el segundo grupo con el 15.3%; y la capacitación previa en CaCu, es el antecedente de capacitación en los últimos 5 años relacionados a la atención de CaCu, y se dividió en dos grupos: con antecedente (15.4%) y sin antecedente (84.6%) de capacitación, donde existe una diferencia significativa a la esperada en el médico que desempeña funciones de médico familiar en el primer nivel de atención, en el cual se espera sea capacitado en forma continua en temas de importancia para la salud pública.

Durante los últimos años se ha evaluado el grado de aptitud clínica en los Médicos del IMSS, y se ha observado una aptitud clínica deficiente en diferentes áreas de la salud; por lo cual era de esperarse que el grado aptitud clínica en el abordaje de Cáncer Cervicouterino en los médicos familiares de la UMF No. 28 sea Incipiente (43.5%), confirmando la hipótesis de trabajo de esta investigación, un resultado desalentador y cuya coincidencia parece estar asociada a los ambientes de trabajo que proporcionan poca reflexión sobre el quehacer profesional, lo que ha conducido a una práctica rutinaria con orientación pasivo-receptiva no promotora de la confrontación de las experiencias previas.

La experiencia clínica, no parece tener efecto en el desarrollo de la aptitud clínica, ya que ésta es mayor en aquellos con experiencia clínica menor a 10 años; lo que traduce que el ejercicio

profesional del médico de la consulta externa en medicina familiar no es crítico ni reflexivo ante la toma de decisiones de salud en el paciente, lo que concuerda con otros estudios donde se observa un estancamiento en el desarrollo de habilidades clínicas -disociación teórico-práctica- influenciado principalmente por las condiciones en el ambiente de trabajo, entre las cuales se observan el número de pacientes por turno lo que conlleva un tiempo reducido de la consulta médica por paciente y las reglas establecidas en la institución, lo que provoca que el médico familiar realice referencias médicas de forma prematura sin poner en práctica el desarrollo de las capacidades complejas para la resolución de los problemas clínicos.

En relación a la formación académica, existe una diferencia significativa entre aquellos médicos con curso de especialización con mayores puntajes en comparación a los que no lo tienen; aun así es poco favorecedor a lo que se esperaría, ya que su aptitud clínica es parcialmente satisfactoria en el 35.9%, pero con respuestas al azar en el 12.8%, lo que nos lleva a reflexionar sobre el quehacer médico en el abordaje CaCu y hasta qué punto es el responsable -junto con la institución y el propio paciente- del perfil epidemiológico de esta enfermedad.

Las variables de aptitud clínica y la capacitación previa en CaCu son independientes, es decir, no hay relación entre ellas, de acuerdo a la prueba de contraste de la hipótesis de  $U$  de Mann-Whitney.

Una de las fortalezas de este estudio de investigación, es que el instrumento de evaluación fue elaborado con casos clínicos reales de la consulta externa y del servicio de epidemiología, lo que permitió enfrentar la experiencia clínica del médico con la práctica clínica diaria; en el cual se exploraron aspectos relevantes de la aptitud clínica a través de 9 indicadores con opciones de respuestas falso, verdadero y no sé, lo importante era medir las decisiones apropiadas y los errores más que la suma de los aciertos que solo nos hablan de la información retenida por la memoria; además la consistencia del instrumento fue satisfactoria para valorar sus resultados con la finalidad del mismo.

Dentro de la estructura del instrumento de evaluación en el abordaje de Cáncer Cervicouterino se manejaron las siguientes dimensiones: propedéutica clínica, medidas preventivas, toma de decisiones favorables y toma de decisiones desfavorables para la salud del paciente; donde se observa que la más afectada es la propedéutica clínica con el 57.8% y la más fortalecida es la toma no favorables para la salud del paciente con el 79.8%

Los indicadores que se tomaron en cuenta para el propósito de este estudio son el reconocimiento de los factores de riesgo, reconocimiento de signos y síntomas, selección de pruebas diagnósticas, interpretación de pruebas diagnósticas, integración diagnóstica, fomento a la salud, referencia

médica oportuna, iatrogenia por comisión y iatrogenia por omisión; en la cual se muestra debilidad en la interpretación de las pruebas diagnósticas (48.7%) así como la integración diagnóstica (48.8%) y fortaleza en iatrogenia por omisión (90.4%) y referencia médica oportuna (72.2%).

Los resultados nos llevan a reflexionar sobre el efecto del sistema educativo tradicional y el ambiente de trabajo dentro de la institución, donde no se reflexiona ya que su experiencia está basada en la rutina, lo que limita desarrollar aptitudes complejas a través de la crítica y autocrítica.

## 11. CONCLUSION

Los resultados de esta investigación concuerdan con estudios previos, en donde el desarrollo de la aptitud clínica del médico –en cualquier área médica- es desfavorable, lo que confirma que su práctica profesional es derivada de una educación tradicional desprovista de reflexión, sin crítica de la experiencia, lo que conduce a no generar conocimiento; esto nos lleva a poner énfasis en incorporar tanto programas académicos –para una continua actualización médica- y laborales orientadas a una participación educativa activa que lo lleve a profundizar el desarrollo de sus habilidades donde se integren la teoría y la práctica, se confronte la información consultada y la experiencia propia, así como generar y propagar el nuevo conocimiento que tenga como resultado de un desarrollo profesional continuo.

Las limitantes observadas para realizar este estudio fueron principalmente la falta de interés del médico por formar parte de investigación para ser sujetos de estudio o colaboración; el tiempo otorgado para la aplicación del instrumento influido por el de la consulta externa y alta demanda de pacientes que acaparan el turno del médico, esto llevo a que algunos no acudieran a la cita programada de aplicación; y finalmente el horario que fue al finalizar la jornada laboral que desencadenado por asuntos personales o solo fatiga del médico afecto los resultados de la investigación.

Medir el grado de aptitud clínica -problematización de situaciones clínicas reales, en donde se pone en juego el propio criterio- tiene relevancia para conocer de forma general el proceso del ejercicio clínico que se desarrolla en el consulta externa de medicina familiar dentro del IMSS; existen diversos instrumentos de evaluación -entre ellos el validado en esta investigación- sobre problemas de salud pública de importancia, y con su aplicación se confronta en forma reflexiva la experiencia del médico al juzgar las situaciones clínicas que se les presentan e identifican por medio de la autocrítica en qué áreas es necesario actuar.

Se proponen la aplicación de este instrumento de evaluación en el abordaje de CaCU en las Unidades Médicas Familiares para identificar el grado de aptitud clínica sobre este tema de importancia dentro del IMSS, y de acuerdo a los resultados poner atención en áreas de oportunidad de capacitación.

Después de identificar estas áreas de oportunidad se sugiere realizar programas de capacitación presencial con casos clínicos reales -como los utilizados en esta investigación- y propiciar la crítica de los mismos promoviendo la participación activa durante el proceso mediante el debate y confrontación de diferentes puntos de vista; poniendo énfasis en aquellas dimensiones e

indicadores clínicos en los cuales resultaron deficiente; con el objetivo de confrontarlos con la realidad, con una dinámica diferente a la habitual -cursos en línea o curso monográficos- que sirva como una herramienta que les permita una práctica clínica diaria sustentada en la crítica y reflexión.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

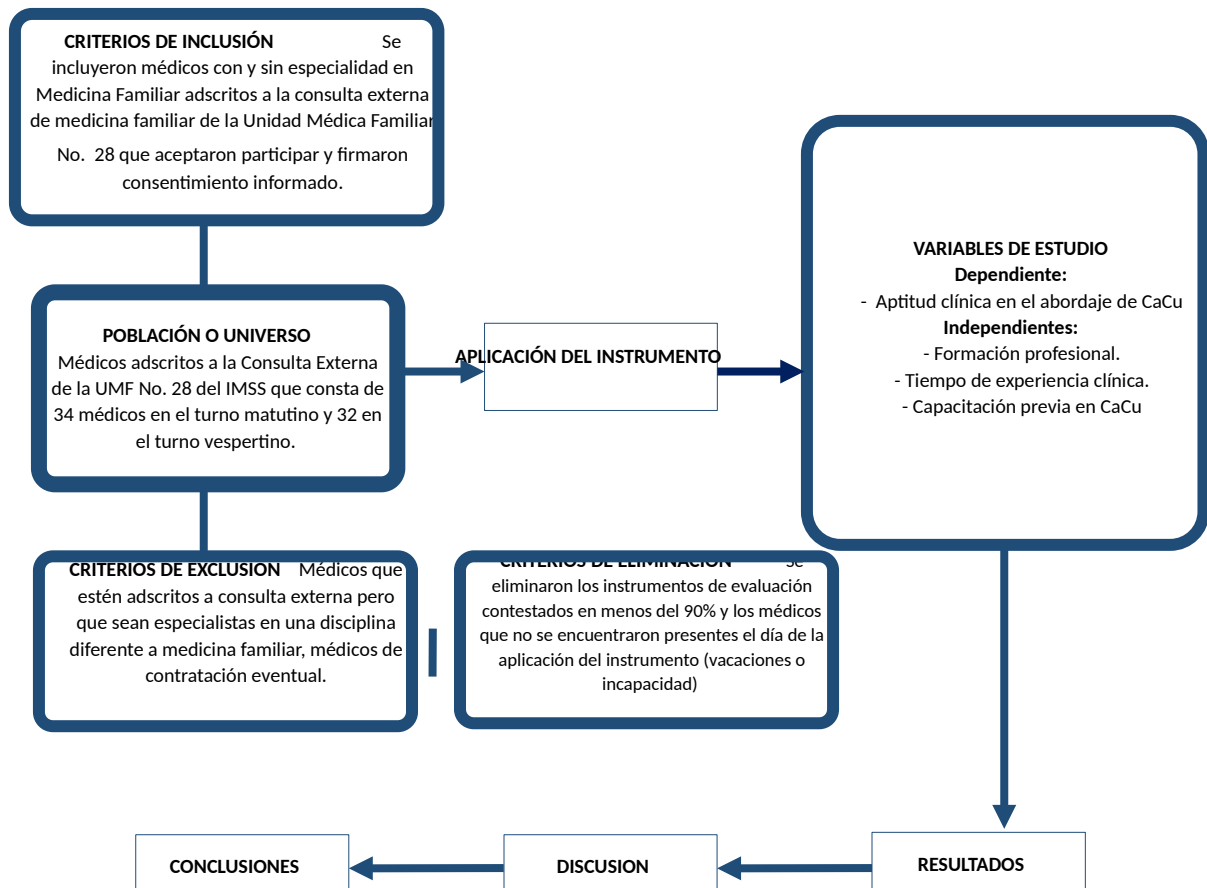
1. Adame Treviño JH y cols. Proceso educativo en la formación de médicos en rehabilitación. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 2008; 20 (2): 43-50
2. Viniestra-Velázquez L. La experiencia reflexiva y la educación. *Rev. Invest. Clin.* 2008; 60 (2): 133-156.
3. Viniestra-Velázquez L. La crítica y el conocimiento. *Rev. Invest. Clin.* 2001; 53 (2): 181-192.
4. Viniestra-Velázquez L. Los intereses académicos en la educación médica. *La Rev. Invest. Clin. Mex.* Julio-septiembre 1987; 39: 281-290.
5. Viniestra-Velázquez L. El desafío de la educación en el IMSS: cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional. *Rev. Med. IMSS* 2005; 43 (4): 305-321.
6. García-Mangas JA., Viniestra-Velázquez L., Arellano-Lopez J., García-Moreno J. Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2005; 43 (6): 465-472.
7. García-Mangas JA. Una estrategia de educación continua orientada al aprendizaje de la clínica. *Rev. Med Inst. Mex. Seguro Soc.* 2005; 43 (5): 443-448.
8. Viniestra-Velázquez L. La experiencia reflexiva y la educación. *Rev. Invest. Clin.* 2008; 60 (2): 133-156.
9. Pineda-Cárdenas FDJ., Pavía-Carrillo E., Mendoza-Cruz J., Contreras- Acosta E. Aptitud clínica del residente de medicina familiar en el tratamiento de pacientes hipertensos. Alcances de una estrategia participativa. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009; 14 (4): 155-60.
10. García-Mangas JA., Viniestra-Velázquez L. La formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud clínica. *Rev. Med. IMSS* 2004; 42 (4): 309-320.
11. Cortés-Flores R., Barrera-Monita J., Cobos-Aguilar H. Aptitud clínica en una muestra entre médicos y residentes de ginecoobstetricia ¿Existen diferencias? *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2005; 50 (4): 150-155.
12. Chávez Aguilar V., Aguilar Mejía E. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar. *Rev. Med. IMSS* 2002; 40 (6): 477-481.
13. García- Mangas JA., Viniestra-Velázquez L. La evaluación: el complemento necesario para la superación. *Retos de la educación médica en México.* Mayo-Agosto 2012; vol 1, núm. 2: 186-202.
14. Soberon G., Kumate J., Laguna J., compiladores. *Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro.* Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1989. vol. 2, tomo IV; 239-252.

15. García-Mangas JA., Viniegra-Velázquez L., Arellano-López J., García-Moreno J. Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2005; 43 (6): 465-472.
16. Onofre Muñoz-Hernández. Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS). Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (Supl 1): S1-S2
17. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/invest/medfamiliar.pdf>
18. Guía de Práctica Clínica (GPC). Prevención y detección oportuna del Cáncer Cervicouterino en el primer nivel de atención [en línea]. México: Secretaria de salud, diciembre de 2011. [consultado en junio de 2013]. ISBN 978-607-7790-29-7. Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
19. Hidalgo-Martínez AC. El cáncer cervicouterino, su impacto en México y por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. Rev. Biomed. Enero-Marzo 2006; 17(1):81-84.
20. Sánchez-Barriga JJ. Tendencias de mortalidad por cáncer cervicouterino en las siete regiones socioeconómicas y en las 32 entidades federativas de México en los años 2000-2008. Gaceta Médica de México. 2012; 148:42-51.
21. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo Nacional de Población Vivienda, 2000. México: INEGI 2011
22. Linaldi-Yepez F et AL. Indicadores de calidad en la detección oportuna de cáncer cervicouterino en unidades de primer nivel de atención. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (3): 243-252
23. Velasco-Murillo V. El cáncer cervicouterino, el médico familiar frente al problema. Rev. Med IMSS. 2001; 39 (6): 509-515.
24. Pérez-Cervantes BA., García-Hernández A., Del Ángel-Alfaro ME. Aptitud clínica de los médicos familiares en preeclampsia-eclampsia. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (Supl 3): 39-44.
25. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 [en línea]. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cervicouterino. Diario Oficial de la Federación (DOF). Jueves 31 de mayo 2007. [consultado en junio de 2013]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>
26. Kably-Ambe A., Ruiz-Moreno JA., Lazcano-Ponce E., Vargas-Hernández VM., Aguado-Pérez R., Alonso-De Ruiz P., et al. Consenso para la prevención de Cáncer Cervicouterino en México. Prevención secundaria (detección) del Cáncer cervicouterino. Ginecol Obstet Mex 2011; 79 (12): 808-815.
27. Kably-Ambe A., Ruiz-Moreno JA., Lazcano-Ponce E., Vargas-Hernández VM., Aguado-Pérez R., Alonso-De Ruiz P., et al. Consenso para la prevención de Cáncer Cervicouterino en México. Ginecol Obstet Mex 2011; 79 (12): 785-787.



## 13. ANEXOS

### DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



## CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>“EVALUACIÓN DE LA APTITUD CLÍNICA EN EL ABORDAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA UMF NO. 28”</b>						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera, 2015						
Número de registro:	R-2015-3701-12						
Justificación y objetivo del estudio:	El Cáncer Cervicouterino es una de las enfermedades neoplásicas frecuentes y mortales en mujeres en edad reproductiva; los programas de control no han funcionado como se esperaba; la experiencia ha demostrado que para modificar el perfil epidemiológico de esta enfermedad es necesario una detección y manejo oportuno; el Médico Familiar, siendo el primer contacto con el paciente en su práctica médica, interviene en decisiones determinantes, por lo tanto se requiere un médico con una aptitud clínica desarrollada para mejorar la calidad de la atención médica. Por lo cual es necesario evaluar el grado de aptitud clínica a través del cual los médicos identifican y afrontan este problema de salud que es una de las áreas donde existe la necesidad de actuar; y con la confiabilidad obtenida del instrumento permitirá proponer como una herramienta de capacitación y planear estrategias educativas de acuerdo a los alcances y limitaciones que se identifiquen. Se le pide participar en esta investigación para evaluar el grado de aptitud clínica que tiene sobre CaCu y así poder clarificar los alcances del proceso educativo, favoreciendo la efectividad, seguridad y calidad de la atención.						
Procedimiento:	Su participación en este proyecto de investigación consistirá en responder un instrumento de evaluación auto aplicable de 102 reactivos, posterior al análisis de 5 casos clínicos reales de pacientes atendidas en un primer nivel de atención para determinar el nivel de aptitud clínica en el abordaje de cáncer cervicouterino, su participación será voluntaria, el instrumento será anónimo, con un manejo de la información confidencial, dicho instrumento fue diseñado y validado rigurosamente, integrado por nueve indicadores que conforman el concepto de aptitud clínica en la práctica cotidiana. De acuerdo con los resultados de la determinación del nivel de aptitud clínica se diseñarán estrategias de capacitación enfocadas a mejorar cada uno de los indicadores que mostraron los puntajes más bajos.						
Posibles riesgos y molestias:	No se afectará su integridad física y su salud. Únicamente requeriremos de aproximadamente 30 minutos de su tiempo para responder 102 enunciados.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al finalizar el trabajo de investigación se le darán a conocer los resultados generales y las propuestas educativas que se contemplan para la actualización sobre CaCu de acuerdo a cada uno de los indicadores.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Contactar directamente a la investigadora, Dra. Laila Mennah Hernández, médico residente de Medicina Familiar.						
Participación o retiro:	En cualquier momento, sin tener repercusiones ni sanciones de ningún tipo.						
Privacidad y confidencialidad:	La información obtenida será totalmente confidencial, se guardará la privacidad y confidencialidad en todo momento, únicamente se trabajará con números de folio para el análisis estadístico de los datos.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Los beneficios que habrán de obtenerse de la ejecución del protocolo es permitir un diagnóstico situacional sobre el grado de aptitud clínica de los médicos familiares que permitirán la identificación de los indicadores que requieran mayor grado de énfasis a través de estrategias educativas participativas a cargo de personal capacitado.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	DRA. MENNAH HERNÁNDEZ LAILA, <a href="mailto:mennah23@hotmail.com">mennah23@hotmail.com</a> , 55 37140724.						
Colaboradores:	DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA, <a href="mailto:ivonne3316@yahoo.com.mx">ivonne3316@yahoo.com.mx</a> , 5522704760.						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>							

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**DRA. MENNAH HERNÁNDEZ LAILA**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Clave: ---

## BIBLIOGRAFÍA ENVIADA EN LA RONDA DE EXPERTOS DURANTE EL PROCESO DE VALIDACIÓN

1. Guía de Práctica Clínica (GPC). Prevención y detección oportuna del Cáncer Cervicouterino en el primer nivel de atención [en línea]. México: Secretaria de salud, diciembre de 2011. [consultado en junio de 2013]. ISBN 978-607-7790-29-7. Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
2. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 [en línea]. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cervicouterino. Diario Oficial de la Federación (DOF). Jueves 31 de mayo 2007. [consultado en junio de 2013]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa24.html>.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012 [en línea]. Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. Diario Oficial de la Federación (DOF) 28 de septiembre 2012. [consultado en marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/036ssa202.html>

## DEL ABORDAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO

<b>Adscripción U.M.F No. 28</b>	<b>Turno:</b> (Matutino) (Vespertino)	<b>Sexo:</b> (Hombre) (Mujer)
	<b>Edad:</b> _____ años	<b>Estado Civil:</b> _____
<b>Antigüedad</b> como médico familiar: _____ años		
Curso de especialización en Medicina Familiar ( SI ) ( NO )		
Año de egreso de especialización en Medicina Familiar: _____		
Se desempeña como Medico de 1er nivel de atención en otra institución ( Si ) ( No )		
Ha tomado alguna capacitación sobre CaCu en los últimos 5 años ( Si ) ( No )		
Escriba el tipo de capacitación (ej. monográfica, línea, diplomado): _____		

### INSTRUCCIONES PARA RESPONDER LOS CASOS CLINICOS

Lea cuidadosamente las instrucciones: A continuación encontrará una serie de casos clínicos, en los cuales se aborda el cáncer cervicouterino, marque según corresponda las aseveraciones que a cada caso clínico correspondan. Anote la respuesta para cada enunciado.

“F” Si considera que la aseveración es **FALSA**

“V” Si considera que la afirmación es **CIERTA**

“NS” En caso de que **DESCONOZCA** la respuesta correcta

Cada respuesta correcta le sumara un punto, cada respuesta incorrecta le restara un punto. Si no está totalmente seguro, puede optar por la respuesta “NS” que no suma ni resta puntos. La respuesta en blanco le resta un punto.

**Términos empleados en el Examen:** Las palabras que se enuncian a continuación se emplearan en este examen exclusivamente con el significado que se menciona.

- **FACTOR DE RIESGO:** Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que incremente la posibilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
- **A FAVOR:** Presencia de datos clínicos, obtenidos durante el interrogatorio y la exploración física que son base importante en el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino.
- **APROPIADO:** Indicación oportuna y adecuada de estudios de laboratorio o gabinete para el diagnóstico de Cáncer Cervicouterino.
- **CARACTERISTICO:** Interpretación de forma correcta los resultados de las pruebas para diagnosticar Cáncer Cervicouterino.
- **COMPATIBLE:** Integración los datos clínicos del interrogatorio, examen físico y la interpretación de los resultados de las pruebas diagnósticas para el establecimiento del diagnóstico de probabilidad o certeza de Cáncer Cervicouterino.

- **OPORTUNO:** Medidas orientadas a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir oportunamente lesiones precursoras de Cáncer Cervicouterino.
- **SEGUIMIENTO:** Es el envío oportuno de un paciente para su atención de un nivel a otro con mayores recursos para el diagnóstico y tratamiento de Cáncer Cervicouterino dando continuidad en su atención.
- **INNECESARIA:** Indicación de ciertos procedimientos o medidas de diagnóstico y/o tratamiento que resultan perjudiciales, con mayores riesgos que beneficios.
- **UTIL:** Hace referencia a ciertos procedimientos o medidas de diagnóstico y/o tratamiento que representan claramente más beneficios (precisión diagnóstica, eficacia terapéutica, etc) que perjuicios (molestias innecesarias, efectos nocivos) en el abordaje de la paciente con Cáncer Cervicouterino.

## **CASOS CLÍNICOS**

### **CASO CLÍNICO 1**

Marcelina de 51 años de edad, casada, escolaridad primaria, empleada doméstica. Antecedentes heredo-familiares: Madre/Padre con Hipertensión arterial sistémica, Hermana con Diabetes mellitus tipo 2. Antecedentes personales patológicos: Hipertensión arterial sistémica de 2 años de evolución en manejo con Losartán 50mg diarios e Hidroclorotiazida 25mg diarios. Tabaquismo positivo durante 30 años, suspendido hace 3 años. Antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarca: 13 años, Ritmo: 20x8, Inicio de vida sexual activa: 15 años, Numero de parejas sexuales: 3, Método de planificación familiar: Definitivo (salpingoclasia bilateral), negando consumo de hormonales, Gesta 4 Parto 3 Aborto 1, Enfermedades de transmisión sexual: Negadas. Menopausia: 47 años. Citología Cervical a los 40 años de edad con resultado: muestra adecuada, negativo para lesión intraepitelial y/o malignidad. Padecimiento actual: Inicia hace 2 años con proiohipermenorrea, dismenorrea y dispareunia, motivo por el cual acude a valoración. Signos Vitales TA120/70mmHg FC 70 lpm FR 20 rpm Peso 87kg Talla 1.51m. Exploración Física: Se omite la ginecológica, resto de exploración aparentemente sin alteraciones. Cuenta con los siguientes estudios realizados en las últimas 3 semanas: Ultrasonido de útero y anexos, que reporta: eco endometrial de 37-40mm con imágenes ovoides hipoeoicas de 4-27mm, útero de 11.9x7.1x6.3. Citología Cervical, que reporta: muestra adecuada, células endocervicales con displasia NIC III. Plan: Envío a ginecología.

**Son factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino identificados en el caso clínico: !**

F\_\_ 1. Antecedentes de Hipertensión Arterial Sistémica

V\_\_ 2. Antecedente de Tabaquismo positivo

V\_\_ 3. Número de parejas sexuales

F\_\_ 4. Edad de la menopausia

V\_\_ 5. Edad de inicio de vida sexual

**Son indicios clínicos a favor del diagnóstico de Cáncer Cervicouterino: II**

F\_\_ 6. Dispareunia

V\_\_ 7. Presencia de Sangrado postmenopáusico

**Datos *característicos* del reporte citológico reciente a interpretar de acuerdo al Sistema de Clasificación Bethesda: IV**

V\_\_ 8. Neoplasia intraepitelial cervical - Displasia severa

F\_\_ 9. Neoplasia intraepitelial cervical - Displasia moderada

F\_\_ 10. Muestra con presencia de inflamación, hemorragia y/o necrosis en más del 75% del extendido.

F\_\_ 11. Lesión intraepitelial de bajo grado

V\_\_ 12. Muestra con presencia de células de la zona de transformación y ausencia de células de la zona de transformación

**Son factores de riesgo, datos clínicos y paraclínicos *compatibles* con el diagnóstico presuntivo de Cáncer Cervicouterino en este caso clínico: V**

F\_\_ 13. Proiohipermenorrea, dismenorrea y dispareunia; Ultrasonido de útero y anexos, que reporta: eco endometrial de 37-40mm con imágenes ovoides hipoecoicas de 4-27mm, útero de 11.9x7.1x6.3 y Citología Cervical, que reporta: muestra adecuada, células endocervicales con displasia NIC III.

V\_\_ 14. Antecedente de edad de inicio de vida sexual y número de parejas sexuales; Sangrado postmenopáusico; Citología Cervical, que reporta: muestra adecuada, células endocervicales con displasia NIC III.

F\_\_ 15. Antecedente de edad de la menopausia, tabaquismo positivo y número de parejas sexuales; trastorno menstrual; Citología Cervical, que reporta: muestra adecuada, células endocervicales con displasia NIC III.

**Es el *seguimiento* adecuado por el médico familiar a partir del resultado de citología cervical en este caso: VI**

F\_\_ 16. Enviar a clínica de displasias en un plazo no mayor a 6 semanas

F\_\_ 17. Repetir de citología cervical y enviar a clínica de displasias o módulo de colposcopia.

V\_\_ 18. Enviar a clínica de displasias o módulo de colposcopia en un lapso no mayor a 3 semanas

**Representa una acción *útil* para integración diagnóstica presuntiva de Cáncer Cervicouterino que no se llevó a cabo durante la consulta: IX**

V\_\_ 19. Revisión médica integral con exploración ginecológica.

V\_\_ 20. Descripción detallada de la exploración clínica realizada

## **CASO CLINICO 2**

Lucia de 75 años de edad, viuda, analfabeta, ama de casa. Antecedentes heredo-familiares: Madre con Cáncer Gástrico, hermana con Cáncer de Mama. Antecedentes personales patológicos: Histerectomía subtotal abdominal secundaria a Miomatosis Uterina hace 25 años. Antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarca: 15 años, Ciclo menstrual: 28x4. Inicio de vida sexual activa: 17 años, Numero de parejas sexuales: 1, Método de planificación familiar: Ninguno, Uso de hormonales: Estrógenos conjugados de manera intermitente en los últimos 8 años, Gesta 7 Aborto 1 Parto 6, Enfermedades de transmisión sexual: Negadas, Citología Cervical y mastografía no realizadas. Padecimiento actual: Inicia hace 8 años con sangrado transvaginal escaso de manera intermitente, dolor hipogástrico tipo cólico leve, disuria leve, polaquiuria, incontinencia urinaria y prurito vulvar escaso en manejo con estrógenos conjugados y antibioticoterapia sin mejoría clínica, motivo por el cual acude a valoración. Signos vitales TA 110/70mmHg FC 60lmp FR 16rpm Peso 40kg Talla 1.62m. Exploración Física: Consciente, orientada, ligera palidez de piel y tegumentos. Cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen asignológico. Extremidades integras no edema, se omite exploración ginecológica. Acude con los siguientes paraclínicos: Citología Cervical con reporte de lesión escamosa intraepitelial de alto grado. Telerradiografía de tórax con botón aórtico prominente y calcificación moderada a ese nivel. TAC abdominal con engrosamiento de pliegues

gástricos, cambios compatibles con aterosclerosis en aorta e iliacas en forma leve, sin metástasis. Se decide envío a ginecología.

**Son factores de riesgo de CaCu identificados en este caso clínico: I**

F\_\_ 21. Antecedentes heredofamiliares de cáncer Gástrico y mamario

F\_\_ 22. Menarca tardía

V\_\_ 23. Desnutrición

F\_\_ 24. Menopausia temprana

V\_\_ 25. Sin antecedente de control citológico

**Son datos clínicos a favor del diagnóstico presuntivo de Cáncer Cervicouterino: II**

V\_\_ 26. Sangrado anormal

F\_\_ 27. Sintomatología urinaria, síntomas en region. Vulvar y dolor hipogástrico cólico

F\_\_ 28. Sintomatología urinaria, dolor hipogástrico cólico y sangrado transvaginal

**Datos característicos de los reportes de gabinete que sugieren Cáncer Cervicouterino: IV**

F\_\_ 29. Telerradiografía de tórax con reporte de botón aórtico prominente y calcificación moderada a ese nivel. Citología Cervical con reporte de lesión escamosa intraepitelial de alto grado. TAC abdominal con engrosamiento de pliegues gástricos, cambios compatibles con aterosclerosis en aorta e iliacas en forma leve sin metástasis.

V\_\_ 30. Citología Cervical con reporte de lesión escamosa intraepitelial de alto grado

F\_\_ 31. Citología Cervical con reporte de lesión escamosa intraepitelial de alto grado. TAC abdominal con engrosamiento de pliegues gástricos, cambios de aterosclerosis en aorta e iliacas en forma leve sin metástasis.

**Son datos clínicos y paraclínicos compatibles con el diagnóstico presuntivo de Cáncer Cervicouterino en este caso clínico: V**

V\_\_ 32. Sangrado transvaginal en mujer con menopausia quirúrgica y Citología Cervical con reporte de lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

F\_\_ 33. Sintomatología urinaria, síntomas em region. Vulvar, dolor hipogástrico cólico, sangrado transvaginal; Telerradiografía de tórax con reporte de botón aórtico prominente y calcificación moderada a ese nivel. Citología Cervical con reporte de lesión escamosa



intraepitelial de alto grado. TAC abdominal con engrosamiento de pliegues gástricos, cambios de aterosclerosis en aorta e iliacas en forma leve sin metástasis

F\_\_ 34. Prurito vulvar, dolor hipogástrico cólico y sangrado transvaginal; Citología Cervical con reporte de lesión escamosa intraepitelial de alto grado. TAC abdominal con engrosamiento de pliegues gástricos, cambios de aterosclerosis en aorta e iliacas en forma leve sin metástasis.

**Es el seguimiento adecuado por el médico familiar en este caso: VII**

F\_\_ 35. Repetir colposcopia y enviar a clínica de displasias

F\_\_ 36. Enviar a clínica de displasias en un plazo no mayor a 6 semanas

V\_\_ 37. Enviar a clínica de displasias o módulo de colposcopia en un lapso no mayor a 3 semanas

F\_\_ 38. Envío ordinario a clínica de displasia o módulo de colposcopia

F\_\_ 39. Realizar citología cervical para correlación diagnóstica.

**Son conductas médicas *innecesarias* en esta paciente: VIII**

V\_\_ 40. Uso de estrógenos conjugados orales

V\_\_ 41. Uso de estrógenos tópicos

**CASO CLÍNICO 3**

María Luisa de 50 años de edad, originaria de DF, casada, católica, escolaridad licenciatura. Antecedentes heredo-familiares: Madre con hipertensión arterial sistémica, prima con Cáncer de Mama. Antecedentes personales patológicos: Osteoartrosis en manejo con paracetamol y diclofenaco. Antecedentes Gineco-Obstetricos: Menarca: 15 años, Ciclo menstrual 28x3, Menopausia: 49 años, Inicio de vida sexual activa: 15 años, Numero de parejas sexuales: 3, Método de planificación familiar: Definitivo (salpingoclasia bilateral), previamente hormonal oral por 5 años, Gesta 2 Cesárea 2, Enfermedades de transmisión sexual: Infección por Virus de papiloma humano tipo 11. Mastografía a los 50 años con resultado: BIRADS II. Padecimiento actual: Acude para valoración de resultado de Citología Cervical y Ultrasonido pélvico. Refiere ha presentado dolor pélvico, sangrado postcoital en una ocasión, así como síndrome de colon irritable desde hace 11 meses. Signos vitales: TA 120/70mmHg FC 70lpm FR 20rpm Peso 74kg Talla 1.65. Exploración física: Útero en anteversión, de 7x5 cm y cérvix posterior de 3cm, no doloroso a la movilización;

anexos sin tumoración palpable, no sangrado evidente, colporeo amarillento abundante, fétido; resto sin alteraciones. Resultados de gabinete: Ultrasonido de Útero y anexos que reporta vejiga normal, útero con miometrio homogéneo, eco endometrial ecogénico de 12mm con imagen sugestiva de colección líquida ovalada de 9mm en eje mayor. Citología Cervical a los 50 años con resultado: muestra adecuada, adenocarcinoma endocervical. Se envía a clínica de displasias.

**Son factores de riesgo para CaCu presentes en esta paciente: I**

- 42. Múltiples parejas sexuales
- 43. Infección de transmisión sexual (VPH)
- 44. Familiar con antecedente de cáncer mamario
- 45. Edad de la paciente
- 46. Utilización de anticonceptivos orales

**Son datos clínicos a favor del diagnóstico presuntivo de Cáncer Cervicouterino: II**

- 47. Síndrome de colon irritable, sangrado postcoital y dolor pélvico
- 48. Dolor pélvico y sangrado postcoital
- 49. Dolor pélvico, sangrado postcoital y leucorrea

**Datos *característicos* del reporte citológico reciente a interpretar de acuerdo al Sistema de Clasificación Bethesda: IV**

- 50. Muestra con presencia de células de la zona de transformación y ausencia de células de la zona de transformación y menos del 50% de hemorragia, inflamación, necrosis y/o artificios
- 51. Anormalidades en el epitelio glandular
- 52. Anormalidades en epitelio plano/escamoso
- 53. Lesión intraepitelial de alto grado
- 54. Neoplasia intraepitelial cervical - Displasia severa

**Son factores de riesgo, datos clínicos y paraclínicos *compatibles* con el diagnóstico presuntivo de Cáncer Cervicouterino en este caso clínico: V**

V\_\_ 55. Múltiples parejas sexuales; Dolor pélvico y sangrado postcoital; Citología Cervical a los 50 años con resultado: muestra adecuada, adenocarcinoma endocervical.

F\_\_ 56. Antecedente de infección por virus de papiloma humano; Síndrome de colon irritable, dolor pélvico; exploración física normal; Ultrasonido de Útero y anexos que reporta vejiga normal, útero con miometrio homogéneo, eco endometrial ecogénico de 12mm con imagen sugestiva de colección líquida ovalada de 9mm en eje mayor. Citología Cervical a los 50 años con resultado: muestra adecuada, adenocarcinoma endocervical

F\_\_ 57. Antecedente de virus de papiloma humano; Citología Cervical con resultado: muestra adecuada, adenocarcinoma endocervical

**Es el seguimiento adecuado por el médico familiar en este caso: VII**

V\_\_ 58. Envío a clínica de displasias en un plazo no mayor a 3 semanas

F\_\_ 59. Envío ordinario a clínica de displasias

F\_\_ 60. Repetir citología cervical

**Son acciones útiles que debió realizar el médico familia durante la consulta: IX**

V\_\_ 61. Orientar sobre la enfermedad de Cáncer Cervicouterino.

#### **CASO CLÍNICO 4**

Adriana de 18 años de edad, soltera, escolaridad preparatoria, estudiante. Antecedentes heredo-familiares: Negados. Antecedentes personales patológicos: Negados. Antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarca: 11 años, Ritmo: 28x3, Inicio de vida sexual activa: 15 años, Numero de parejas sexuales: 4, Método de planificación familiar: Anticonceptivos orales desde hace 3 años, Gesta 0, Enfermedades de transmisión sexual: Negada. Padecimiento actual: Inicia hace 2 meses con dispareunia, disuria, leucorrea amarillenta, fétida manejada en varias ocasiones sin mejoría clínica, motivo por el cual acude a valoración médica. Signos vitales TA120/70mmHg FC70lpm FR20rpm Peso 87kg Talla 1.51m Exploración física: Consciente, orientada y cooperadora. Bien hidratada, ligera palidez de piel y tegumentos. Cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen asignológico. Extremidades integrales. Plan: Metronidazol 1 ovulo vía vaginal cada 24 horas por 10 días, Orientación sobre higiene general.

**Son factores de riesgo para CaCu presentes en la paciente: I**

V\_\_ 62. Uso de anticonceptivos orales

V\_\_ 63. Cervicovaginitis

V\_\_ 64. Inicio de vida sexual a edad temprana edad

V\_\_ 65. Múltiples parejas sexuales

F\_\_ 66. Edad

**Son indicios clínicos a favor con el diagnóstico presuntivo de Cáncer Cervicouterino: II**

V\_\_ 67. No presenta datos clínicos sugerentes

F\_\_ 68. Dispareunia, disuria, leucorrea amarillenta y fétida

**Estudio de gabinete *apropiado* en esta paciente, de acuerdo a sus antecedentes y su padecimiento actual: III**

V\_\_ 69. Citología cervical bajo condiciones ideales (sin sangrado y sin infección).

F\_\_ 70. Ultrasonido pélvico

F\_\_ 71. Prueba de ácido acético

F\_\_ 72. No amerita pruebas de gabinete de acuerdo a edad.

V\_\_ 73. Cultivo vaginal y posteriormente Citología Cervical

**Son datos *compatibles* con los que se cuenta para integrar el diagnóstico presuntivo de Cáncer Cervicouterino en este caso: V**

F\_\_ 74. Factores de riesgo presentes; sintomatología actual; no haberse realizado ninguna citología cervical.

F\_\_ 75. No hay datos compatibles para integrar diagnóstico presuntivo de CaCu.

**Son acciones de prevención *oportunas* a realizar en esta paciente: VI**

V\_\_ 76. Orientación sobre los factores de riesgo presentes para Cáncer Cervicouterino, informar sobre el VPH, promover el uso de preservativo y solicitar estudios de gabinete para detección de CaCu (citología cervical);

F\_\_ 77. Orientación sobre educación sexual, informar sobre el VPH, promover el uso de preservativo y solicitar estudios de gabinete para detección de CaCu (ultrasonografía de útero y ovarios), envío a medicina preventiva para aplicación de vacuna de VPH.

F\_\_ 78. Informar sobre cáncer cervicouterino, orientación sobre educación sexual, informar sobre el VPH, promover el uso de preservativo y realizar citología cervical a partir de los 21 años de edad.

**Son acciones *útiles* que no se llevaron a cabo durante la consulta en esta paciente: IX**

V\_\_ 79. Promoción del uso de preservativo y envía a medicina preventiva para realizar citología cervical cuando no haya infección y sangrado.

F\_\_ 80. No es necesario realizar exploración ginecológica.

V\_\_ 81. Tratamiento médico a la pareja sexual.

### **CASO CLÍNICO 5**

Sandra de 35 años de edad, soltera, escolaridad preparatoria, secretaria. Antecedentes heredo-familiares: Madre finada con CaCu. Antecedentes personales patológicos: Negados. Antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarca: 12 años, Ritmo: 28x4, Inicio de vida sexual activa: 24 años, Método de planificación familiar: Ninguno, G0, Número de parejas sexuales: 1. Padecimiento actual: Se refiere con astenia, adinamia y ansiosa por el fallecimiento reciente de su madre. TA120/70 FC70 FR20 Peso 55kg Talla 1.55m. Exploración física: Consciente, orientada. Buena coloración de piel y tegumentos. Cardiorrespiratorio y abdomen sin compromiso, extremidades integrales y funcionales, exploración ginecológica normal. Estudio de gabinete: Citología cervical: Muestra adecuada, cambios en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana. Plan: Laboratorios de control, envío al servicio de psicología, Metronidazol I ovulo vaginal cada 24 por 10 días.

**Son factores de riesgo para CaCu presentes en la paciente: I**

V\_\_ 82. Edad

F\_\_ 83. Menarca temprana

F\_\_ 84. Edad de inicio de vida sexual

F\_\_ 85. No antecedente de citología cervical

F\_\_ 86. No uso de método de planificación familiar

**Son procedimientos *apropiados* en esta paciente: III**

F\_\_ 87. Biometría hemática, química sanguínea y perfil de lípidos; Ultrasonido de útero y anexos.

F\_\_ 88. Laboratorios de control; citología cervical anual.

V\_\_ 89. Repetir Citología cervical en condiciones ideales (sin infección y sin sangrado).

F\_\_ 90. No amerita pruebas de gabinete.

F\_\_ 91. Prueba de ácido acético cada año.

**Datos *característicos* del reporte citológico reciente a interpretar de acuerdo al Sistema de Clasificación Bethesda: IV**

V\_\_ 92. Negativo para lesión intraepitelial o malignidad

F\_\_ 93. Negativo para lesión intraepitelial o malignidad con cambios celulares reactivos

F\_\_ 94. Muestra con el 75% de hemorragia, inflamación, necrosis y/o artificios

**Son acciones de prevención *oportunas* a realizar en la paciente: VI**

V\_\_ 95. Orientación sobre educación sexual y promoción del uso de preservativo en cada acto sexual.

V\_\_ 96. Informar sobre el VPH y sus factores de riesgo; explicar sobre el Cáncer cervicouterino y medidas diagnósticas oportunas.

F\_\_ 97. Enfocarse en el duelo que presenta y promover terapia en psicología.

F\_\_ 98. Informar sobre Cáncer cervicouterino

F\_\_ 99. Aplicación de forma institucional sobre la vacuna de VPH.

**Es el *seguimiento* adecuado por el médico familiar en este caso: VII**

F\_\_ 100. Envío ordinario a clínica de displasias por presentar factores de riesgo.

V\_\_ 101. Citología cervical anual, hasta 3 resultados negativos consecutivos con técnica satisfactoria y continuar exploración ginecológica cada 2 o 3 años.

F\_\_ 102. Repetir citología cervical al finalizar manejo de cervicovaginitis y posteriormente anual.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2013					2014											2015									
	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	
Elección del tema																										
Elección de asesor																										
Título del proyecto																										
Planteamiento del problema	x	x	x	x																						
Antecedentes																										
Justificación																										
Bibliografía																										
Cronograma de actividades				x	x	x	x																			
Objetivos																										
Hipótesis																										
Material y métodos																										
Tipo de estudio																										
Población, tiempo y lugar							x	x	x	x																
Diseño de investigación																										
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación																										
Variables																										
Definición conceptual																										
Definición operacional																										
Conceptualización de variables									x	x	x	x														
Instrumento de recolección de datos																										
Maniobras para controlar sesgos																										
Logística																										
Consideraciones éticas																										
Carta de consentimiento informado												x	x	x	x											
Anexos																										
Realización del instrumento y validación																										
Registro de Protocolo																										
Aplicación del Instrumento																							x			
Verificación y captura de datos																								x		
Análisis de Resultados																								x	x	
Presentación de resultados																									x	
Redacción de Tesis																										x