



HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**COMPETENCIA CLÍNICA DE LOS MÉDICOS REFERENTE
AL TAMIZAJE DE DIABETES GESTACIONAL ANTE LA
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 DEL IMSS
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

TESIS

PRESENTADA POR

Samuel Amed Torres Ramírez

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

Dr. Jesús Martín Galaviz De Anda

Aguascalientes, Ags. 30 Enero del 2017



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2017

CARTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101 HOSPITAL
GENERAL DE ZONA NUMERO 1, AGUASCALIENTES**

**DR CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E:**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR. SAMUEL AMED TORRES RAMÍREZ

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

**“COMPETENCIA CLÍNICA DE LOS MÉDICOS REFERENTE AL TAMIZAJE DE DIABETES
GESTACIONAL ANTE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”.**

Número de registro: **R-2016-101-19** del Comité Local de Investigación y Ética en investigación en salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Samuel Amed Torres Ramírez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE


DR. JESÚS MARTÍN GALAVIZ DE ANDA.



AGUASCALIENTES, AGS. ENERO 2017

DR. JORGE PRIETO MACÍAS.
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

P R E S E N T E:

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR. SAMUEL AMED TORRES RAMÍREZ.

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

“COMPETENCIA CLÍNICA DE LOS MÉDICOS REFERENTE AL TAMIZAJE DE DIABETES GESTACIONAL ANTE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”.

Número de registro: **R-2016-101-19** del Comité Local de Investigación en salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Samuel Amed Torres Ramírez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in black ink that reads 'Carlos Alberto Prado Aguilar'.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

SAMUEL AMED TORRES RAMÍREZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“COMPETENCIA CLÍNICA DE LOS MÉDICOS REFERENTE AL TAMIZAJE DE DIABETES GESTACIONAL ANTE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 24 de Enero de 2017.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AGRADECIMIENTO

A MI MADRE GISELA RAMÍREZ RAMÍREZ POR HABERSE ESFORZADO HOMBRO A HOMBRO CONMIGO PARA CUMPLIR ESTE SUEÑO.

A MI ASESOR METODOLÓGICO DR. JESÚS MARTÍN GALAVIZ DE ANDA POR SU APOYO EN ESTE PROYECTO Y A LO LARGO DE TODA MI CARRERA.

A MI AMOR DR. LUCIA VARGAS GUTIERREZ POR QUE SIN TU APOYO NO SERÍA POSIBLE ESTE TRABAJO.

A MIS COMPAÑEROS DE LA ESPECIALIDAD POR SU APOYO INCONDICIONAL.

DEDICATORIA

A MI PADRE ARTURO TORRES HERNÁNDEZ, GRACIAS POR SER MI EJEMPLO A SEGUIR Y GUIARME DESDE ARRIBA.

A MIS HERMANOS: CHRISTIAN, BETO, MICHELLE E ISRAEL, POR QUE ESTE LOGRO NO ES SOLO MÍO, TAMBIÉN DE USTEDES POR TODO EL APOYO QUE ME HAN DADO A LO LARGO DE TODOS ESTOS AÑOS.

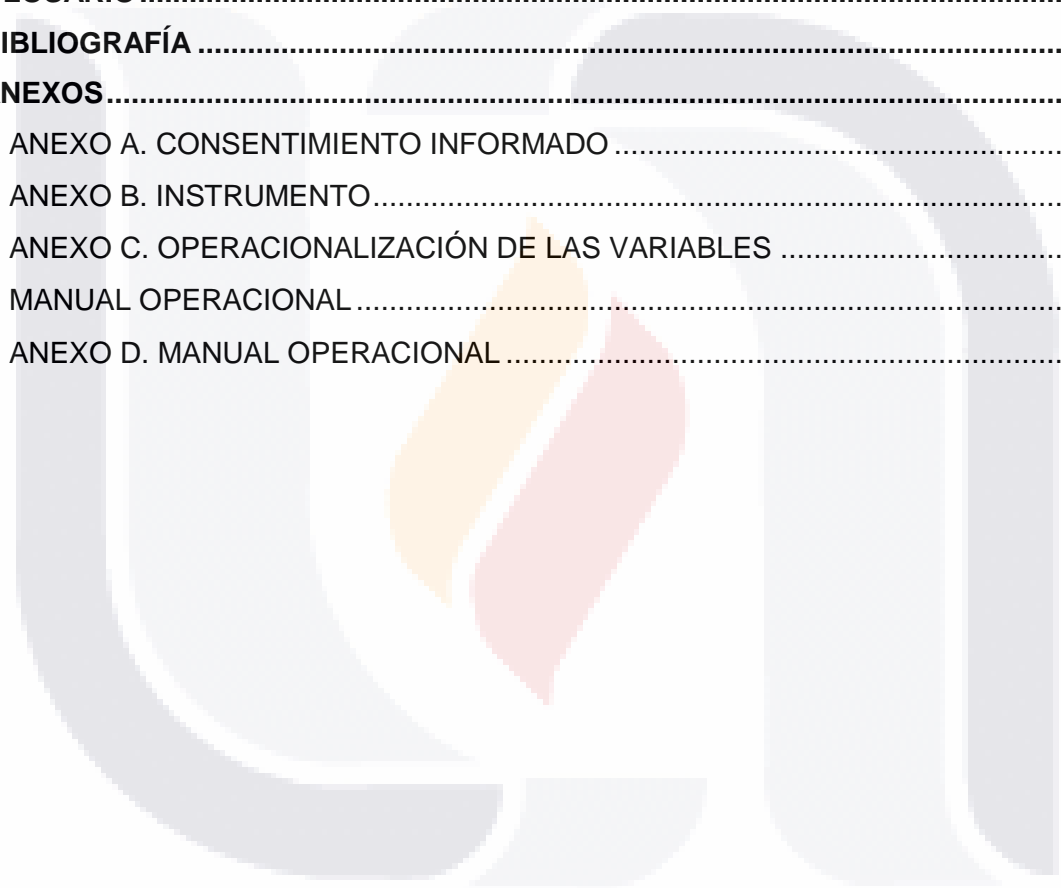
A MIS SOBRINOS: DIEGO, ARTURO, FATIMA, LALO, PAULO Y JESÚS. PARA QUE SEPAN QUE SI SE LO PROPONEN Y SE ESFUERZAN, PUEDEN CUMPLIR CUALQUIER SUEÑO QUE TENGAN.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	1
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE GRÁFICAS	4
ÍNDICE DE FIGURAS	4
RESÚMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	8
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	8
MODELOS Y TEORIAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES	11
DEFINICIÓN DE COMPETENCIA	11
COMPETENCIA CLÍNICA	11
ATRIBUTOS DE LA COMPETENCIA	12
ATRIBUTOS MULTIDIMENSIONALES	13
TEORÍA DEL CONOCIMIENTO	13
TAXONOMÍA DE BLOOM	15
PIRÁMIDE DE MILLER.....	16
MODELO DE CAP	17
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	19
MEDICINA FAMILIAR.....	20
MÉDICO FAMILIAR.....	20
PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR.....	22
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	23
DEFINICIÓN.....	23
DETECCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL	23
TAMIZ DE DIABETES GESTACIONAL	24
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	24
JUSTIFICACIÓN	26
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	27
PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD	27
PANORAMA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD.	28
DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA.....	29
DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA.....	30
DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA	31
ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.....	32
ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO.....	33
BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS	33
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.....	36
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	36
OBJETIVO GENERAL.....	37
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
METODOLOGÍA	37
TIPO DE ESTUDIO	37
POBLACIÓN DE ESTUDIO	37
UNIVERSO DE TRABAJO.....	37
UNIDAD DE ANÁLISIS.....	38
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	38
CRITERIOS NO INCLUSIÓN.....	38
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	38
TIPO DE MUESTRA.....	38
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	38
LOGÍSTICA.....	38
RECOLECCIÓN DE DATOS	39
VALIDEZ APARENTE	39
VALIDEZ DE CONTENIDO	39
PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	39
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	40
RESULTADOS	41

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	41
CONOCIMIENTO DEL MÉDICO	44
ACTITUD DEL MÉDICO	48
HABILIDAD DEL MÉDICO.....	50
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	55
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
GLOSARIO	58
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS.....	63
ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO	64
ANEXO B. INSTRUMENTO.....	65
ANEXO C. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	70
MANUAL OPERACIONAL.....	79
ANEXO D. MANUAL OPERACIONAL.....	79



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables socio-demográficas de los médicos. 44
 Tabla 2. Preguntas de conocimiento. 48
 Tabla 3. Preguntas de actitud..... 50
 Tabla 4. Preguntas de habilidad. 54

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRAFICA 1. Edad de los médicos. 41
 GRAFICA 2. Género de los médicos. 42
 GRAFICA 3. Estado Civil de los médicos. 42
 GRAFICA 4. Antigüedad de los médicos. 42
 GRAFICA 5. Categoría de los médicos. 43
 GRAFICA 6. Turno de los médicos. 43
 GRAFICA 7. Conocimiento del médico. 45
 GRAFICA 8. Porcentaje de aciertos por pregunta, en el área de conocimiento. 46
 GRAFICA 9. Porcentaje de errores por pregunta, en el área de conocimiento. 47
 GRAFICA 10. Actitud del médico. 48
 GRAFICA 11. Habilidad del médico. 51
 GRAFICA 12. Porcentaje de aciertos por pregunta, en el área de habilidad. 52
 GRAFICA 13. Porcentaje de errores por pregunta, en el área de habilidad. 53

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Piramide de Miller 16
 FIGURA 2. Tipos de carga en curva de tolerancia a la glucosa..... 25

RESÚMEN

INTRODUCCIÓN. En México la atención a la salud materna es una prioridad para los servicios de salud. La diabetes gestacional es de alta prevalencia en el país, su diagnóstico oportuno, permite un tratamiento integral, con lo cual se impacta de manera negativa hacia las posibles complicaciones. La competencia clínica del médico hacia el tamiz es fundamental para el tratamiento integral de las pacientes.

OBJETIVO. Identificar la competencia clínica del médico de primer contacto hacia el tamiz de diabetes gestacional en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizará un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se utiliza la técnica de cuestionario auto aplicado como instrumento de evaluación para medir la competencia clínica del médico ante la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo, referente al tamizaje de diabetes gestacional, que consta de un apartado de ficha de identificación y datos socio-demográficos, seguido de 35 ítems que miden 3 dimensiones las cuales son: Cognoscitivo: 13 ítems, Actitud: 10 ítems y Habilidad: 12 ítems. El muestreo es de tipo censal, haciendo un total de 40 médicos adscritos a la Unidad en ambos turnos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES. La competencia clínica del médico con respecto al nivel de conocimiento es de 62.96%, se coloca en un nivel BAJO. Actitud, promedio general de 87.79%, nivel ALTO. Habilidad, promedio general 64.47%, nivel BAJO. La competencia clínica en el tamizaje de diabetes gestacional es un elemento clave para la prevención detección oportuna de esta patología, los resultados dejan en evidencia a manera descriptiva el área en la que se requiere mayor fortalecimiento.

PALABRAS CLAVE: Tamiz de diabetes gestacional, competencia clínica, guía de práctica clínica.

ABSTRACT

INTRODUCTION. In Mexico, care for maternal health is a priority for health services. Gestational diabetes is of high prevalence in the country, its timely diagnosis allows a comprehensive treatment, which is negatively impacted by possible complications. The clinical competence of the physician towards the sieve is fundamental for the integral treatment of the patients.

OBJECTIVE. Identify the clinical competence of primary care physician to the screen for gestational diabetes in the Family Medicine Unit No. 1 IMSS Delegation Aguascalientes.

MATERIAL AND METHODS. An observational, descriptive, cross-sectional study will be performed. The self-administered questionnaire technique is used as an evaluation tool to measure the clinical competence of the physician relating the clinical practice guide for the diagnosis and treatment of diabetes in pregnancy, referring to the screening of gestational diabetes, which consists of a section of Identification card and sociodemographic data, followed by 35 items that measure 3 dimensions which are: Cognitive: 13 items, Attitude: 10 items and Ability: 12 items. The sampling is census type, making a total of 40 doctors attached to the Unit in both shifts.

RESULTS AND CONCLUSIONS. The clinical competence of the physician regarding the level of knowledge is 62.96%, it is placed at a LOW level. Attitude, overall average of 87.79%, HIGH. Skill, overall average 64.47%, LOW level. The clinical competence in the screening of gestational diabetes is a key element for the prevention of the early detection of this pathology, the results show in a descriptive way the area in which further strengthening is required.

KEYWORDS: Screening of gestational diabetes, clinical competence, clinical practice guideline.

INTRODUCCIÓN

El médico de primer contacto es el pilar de la atención médica en los servicios de salud de México. Para que el primer nivel de atención funcione de manera adecuada, es necesario que el médico preste sus servicios de una manera integral, con un elevado sentido humanístico y con la calidad requerida, para cubrir las necesidades en salud de su población.

Entendiendo a la competencia clínica como una actividad compleja que demanda varios aspectos y características para su adecuada aplicación, es una entidad tripartita que involucra no solo el conocimiento, sino también su oportuna aplicación para lo cual es necesaria una actitud activa y propositiva por parte del médico que la aplica.

La competencia clínica toma un papel fundamental en el quehacer del médico. Permite la adecuada aplicación del conocimiento del mismo para, obtener con esto, los mejores resultados posibles en su práctica diaria.

El aspecto preventivo en los temas de salud, es el enfoque necesario para evitar futuras complicaciones en cualquier condición nosológica de la población.

El control prenatal es fundamental para el desarrollo óptimo del binomio materno fetal, las acciones preventivas durante este periodo son la base de un manejo integral.

La diabetes gestacional es una entidad nosológica con repercusiones importantes en el binomio materno fetal, su diagnóstico temprano permite implementar acciones terapéuticas que disminuyan el impacto de su condición fisiopatológica.

Por lo anterior el contar con la competencia clínica adecuada para la oportuna aplicación del tamiz para diabetes gestacional, es característica ineludible para el médico de primer contacto. Esto permitirá disminuir las posibles complicaciones que esta patología ocasiona en la madre y su producto.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Casado Flore M.I. 2012. Publicó un estudio analizar el sistema de valoración del desempeño médico. Se realizaron 6450 observaciones asistenciales 2006-2010. Frecuencias de médicos por años de experiencia: 1 año (22 vs 26), 3 años (21 vs 26), 5 años (16 vs 26). Edad, sexo y media de observaciones homogéneas entre grupos, sin diferencias significativas. El perfil en formación especializada en el grupo de médicos de nueva incorporación frente a los antiguos fue mucho mayor: 1^{er} año (68,2 vs 11,5 %), 3^{er} año (61,9 vs 11,5 %) con $p < 0,05$. Se concluyó que el médico de emergencias tiene una experiencia entorno a los 4-5 años, tiene una calidad asistencial comparable a la de los médicos más experimentados. Es por ello, que para garantizar una asistencia de calidad en el paciente crítico en extra hospitalaria es necesario diseñar programas de especialistas en emergencias que garanticen la práctica tutelada previa a la incorporación laboral de al menos 3 años y medio, según los datos.⁽¹⁾

Cabrera C. et al. 2005. Realizaron un estudio observacional, transversal y comparativo donde la principal variable de estudio fue la aptitud clínica de los médico familiar, frente al caso clínico de un enfermo con diabetes tipo 2 con nefropatía inicial. Los niveles de aptitud se definieron a través de una escala ordinal y se relacionaron con el resto de variables utilizando la mediana, el estadígrafo de Kruskal Wallis, y la χ^2 . La mediana de la aptitud clínica fue de 73 con rango de 18 a 113, al relacionar entre las unidades de atención médica. Se concluye que 8% de los médicos familiares reúne la aptitud para el manejo de la nefropatía inicial del diabético 2.⁽²⁾

M.Pedregal González, et al. 2004. Realizan un estudio con el objetivo de describir la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECO) en tutores de residentes realizada en la comunidad autónoma de Andalucía. Realizaron la ECO 13 tutores. La edad media \pm desviación estándar de los participantes fue de $42,8 \pm 3,64$ años. La prueba tuvo un coeficiente de fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,73. Por lo que se refiere a los resultados por participantes, la media global fue de $73 \pm 6,2$. Al analizar los resultados para los diferentes componentes competenciales, los mejores resultados se obtuvieron en la atención a la familia, la comunicación y las habilidades técnicas. Concluyeron las pruebas de evaluación clínica objetiva y estructurada pueden ser útiles con el objetivo de orientar

la formación en los puntos débiles e incluso para en un futuro servir como instrumento para acreditar y re-acreditar a los tutores de residentes de medicina familiar y comunitaria.⁽³⁾

Toledo J. et al. 2002. Valoraron la competencia clínica de los residentes de primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar aplicando un examen clínico objetivo estructurado (ECO) para evaluar en forma simultánea las áreas cognoscitiva, afectiva y psicomotriz. Mediante un estudio descriptivo observacional. Previo diseño de listas de cotejo, validación de contenido por expertos, diseño de material de apoyo para la evaluación y prueba piloto, se aplicó un ECO con 10 temas o estaciones, ocho de ellas dinámicas y dos estáticas. El criterio para considerar un nivel de desempeño competente fue de 60 puntos de un máximo de 100, tanto en cada estación como en el promedio global. El análisis estadístico fue univariado, utilizando estadística descriptiva. El promedio global de las calificaciones en todas las estaciones fue inferior a 60. El promedio porcentual más alto fue 73 en la estación de control de niño sano. En las cinco estaciones con mejor puntuación, la dispersión fue menor que en las cinco estaciones con la puntuación más baja. En la estación de estudio de familia se obtuvo una puntuación baja.⁽⁴⁾

Ruiz E. y col. Objetivo. 2001. Publican un estudio el objetivo de construir un instrumento válido para evaluar la competencia clínica de los médicos de familia y establecer el estándar de la profesión, con una prueba de evaluación clínica objetiva y estructurada por parte del Comité de Prueba de la Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFic) con 27 situaciones clínicas representativas de la práctica de atención primaria, utilizando diversos instrumentos evaluativos, con una duración total de 5 horas y 30 minutos. Mediciones y resultados principales. En la primera edición de la prueba participaron 23 médicos, en la segunda edición participaron 46 médicos. La prueba tuvo un coeficiente global de fiabilidad, alfa de Cronbach, de 0,83 en su primera edición y 0,65 en su segunda. La puntuación media global de los participantes de la primera edición fue de 56,9 (DE, 19,2), siendo 100 la puntuación máxima obtenible y la de los participantes de la segunda edición, 62,1 (DE, 4,1). Concluyeron que la SCMFic se trata de una prueba fiable y válida para valorar la competencia de profesionales.⁽⁵⁾

García H. et al. 1999. Publican un estudio descriptivo, exploratorio y correlacional, en una muestra no probabilística de 165 médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Social en el Distrito Federal con el objetivo de identificar el nivel de competencia clínica de los médicos familiares en hipertensión arterial sistémica y explorar su relación con las variables relacionadas con las condiciones de trabajo y curso de especialización en medicina familiar. Se buscó caracterizar la competencia clínica en forma global y para cada uno de los cinco indicadores que la integran. También se midieron las variables: turno (matutino/vespertino), curso de especialización en medicina familiar (sí/no) y condiciones de trabajo (desde muy favorables hasta desfavorables). Se obtuvo en resultados un bajo nivel de competencia clínica en el manejo de hipertensión arterial sistémica tanto globalmente, como en cada uno de los indicadores que integraron el instrumento de medición. No se encontró relación significativa entre la competencia clínica y el turno ($p = 0.1$). Se insinuó un probable efecto positivo del curso de especialización con la competencia clínica ($p = 0.0123$), así como una estrecha relación entre la competencia clínica y condiciones de trabajo ($p = 0.005$). Se planteó la importancia de continuar avanzando en esta línea de investigación en varias áreas: el perfeccionamiento de los instrumentos de medición, el desarrollo de estrategias educativas tendientes a superar las deficiencias detectadas, y la identificación de factores que influyen, ya sea en forma positiva o negativa, en la competencia clínica de los médicos.⁽⁶⁾

Sabido S. et al. 1998. Evaluaron la competencia y desempeño clínico de médicos del primer nivel de atención en el diagnóstico y manejo de pacientes con diabetes tipo II. Realizaron su estudio en 4 unidades de medicina familiar del IMSS en el D.F. mediante dos instrumentos, uno para medir competencia clínica y el segundo para medir desempeño, ambos instrumentos fueron validados por expertos. Se aplicaron simultáneamente a 59 médicos de dos unidades. No hubo diferencia interunidades de competencia clínica: el 57 por ciento de los médicos tuvieron nivel bajo. En el desempeño hubo diferencias significativas entre las dos unidades a favor de la que tenía una menor carga de trabajo: el 56 por ciento de los médicos se clasificó con desempeño muy pobre. La correlación entre competencia y desempeño clínico fue bajo en ambas unidades (0.16 y 0.10).⁽⁷⁾

MODELOS Y TEORIAS QUE FUNDAMENTAN LAS VARIABLES

DEFINICIÓN DE COMPETENCIA

De acuerdo con la definición oficial de la Comisión Europea, competencia es la capacidad demostrada de utilizar conocimientos y destrezas. El conocimiento es el resultado de la asimilación de información que tiene lugar en el proceso de aprendizaje. La destreza es la habilidad para aplicar conocimientos y utilizar técnicas a fin de completar tareas y resolver problemas.

La competencia ha de identificar aquello que necesita cualquier persona para dar respuesta a los problemas que se enfrentará a lo largo de su vida. Por lo tanto, la competencia consistirá en la intervención eficaz en los diferentes ámbitos de la vida, mediante acciones en las que se movilizan, al mismo tiempo y de manera interrelacionada, componentes actitudinales, procedimentales y conceptuales. ⁽⁸⁾

COMPETENCIA CLÍNICA

Representa la capacidad de un profesional de utilizar su buen juicio así como también los conocimientos, habilidades, actitudes asociadas a la profesión para solucionar los problemas complejos que se presentan en el campo de su actividad profesional.

La definición de Kane (1992), “Es el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociado a la profesión, en todas las situaciones que se pueda confrontar en el ejercicio de la práctica profesional”.⁽⁹⁾

La importancia de la competencia clínica se pone de manifiesto en las expectativas que tiene la sociedad actual de los médicos:

-Un médico debería ser técnicamente competente en términos de conocimientos y habilidades y competente en su habilidad para comunicarse con los pacientes y con otros profesionales de la salud. Debería entender y contribuir a todas las metas de la atención de la salud: prevención, curación, rehabilitación y cuidados de apoyo; y debería reconocer que su principal contribución es aumentar la calidad de vida de sus pacientes.

-Debería estar informado de los conocimientos validados científicamente, de la efectividad de las nuevas terapéuticas o pruebas diagnósticas y usar solo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que han mostrado ser efectivos en situaciones clínicas apropiadas.

-Debería reconocer cuando la información requerida para las decisiones clínicas es incompleta y contribuir al desarrollo de nuevo conocimiento.⁽¹⁰⁾

Según Norman (1985) la competencia clínica es un conjunto de atributos multidimensionales y hace la categorización siguiente:

-Habilidades clínicas: la habilidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes e interpretar el significado de la información obtenida.

-Conocimientos y comprensión: la habilidad para recordar conocimiento relevante acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes.

-Atributos interpersonales: la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional del médico que son observables en las interacciones con pacientes.

-Solución de problemas y juicio clínico: la aplicación del conocimiento relevante, habilidades clínicas y atributos interpersonales para el diagnóstico, investigación y manejo de los problemas de un paciente dado.

-Habilidades técnicas: La habilidad para usar procedimientos y técnicas especiales en la investigación y manejo de pacientes.⁽¹¹⁾

ATRIBUTOS DE LA COMPETENCIA

La perspectiva actual de la evaluación de las competencias es resumida por Nadine Kaslow (2004), con las siguientes palabras: “óptimamente la evaluación de la competencia es un proceso multi-rasgo, multi-método y multi-informantes”

Multi-rasgo: se refiere la necesidad de evaluar todos los dominios de la competencia así como los conocimientos, habilidades, actitudes y valores asociados.

Multi-método: Son los conocimientos con métodos de observación directa de los comportamientos de interés en situaciones de muestras reales.

Multi-informante: De la evaluación plantea la utilidad de recoger la información, desde múltiples perspectivas de expertos, observadores, de uno mismo en la clínica.⁽¹²⁾

ATRIBUTOS MULTIDIMENSIONALES

Habilidades clínicas: Entendidas como la capacidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes e interpretar el significado de la información obtenida.

Conocimientos y comprensión: Como la capacidad para recordar conocimientos relevantes acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes.

Atributos interpersonales: Como la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional y personal médico que son observables en las interacciones con los pacientes.

Solución de problemas y juicio clínico: Como la aplicación del conocimiento relevante, habilidades clínicas y atributos interpersonales para el diagnóstico y manejo de los problemas de un paciente dado.

Habilidades técnicas: Como la capacidad para usar procedimientos técnicas especiales en el estudio y manejo de pacientes.⁽¹³⁾

TEORÍA DEL CONOCIMIENTO

La teoría del conocimiento, es el resultado de las investigaciones acerca de la relación que existe entre el sujeto y el objeto, es el estudio sobre la posibilidad, el origen y la esencia del conocimiento, es la identificación de los elementos interactuantes en el proceso de conocimiento, en donde éste se concibe como un proceso, inicialmente individual y secuencialmente social que inicia desde el origen de los seres humanos y concluye con el fin de éstos, por tanto el conocimiento es la base para la reflexión y ha sido objeto de reflexión para poder explicar sus orígenes, su esencia, su función y sus posibilidades y esa reflexión lleva a proponer teoría sobre el conocimiento.

A partir de los problemas que se plantea la teoría del conocimiento se han derivado diferentes corrientes, entre las más importantes:

Racionalismo (sostiene que el conocimiento tiene su origen en el pensamiento) argumenta que el pensamiento es la gracia que da la divinidad para que el ser humano, por medio de los sentidos y la razón, pueda conocer.

Empirismo, afirma que la única causa que da origen al conocimiento es la experiencia, entendida como la relación que tiene el individuo con su entorno.

El proceso se inicia con la percepción sensorial de los objetos y la reflexión sobre lo asimilado, consolida el conocimiento.

Intelectualismo parte de la idea de que tanto la razón como la experiencia son fuente del conocimiento en forma conjunta, a través del siguiente proceso: Se perciben imágenes sensibles de cosas concretas de la realidad, el entendimiento se activa a través de la razón, separando lo esencial del complejo percibido y sobre ello se emiten juicios, formando los conceptos básicos particulares que después de hacer una serie de operaciones se formularán en conceptos generales, los cuales son la base para la formulación de leyes lógicas del pensamiento.

Apriorismo sostiene lo mismo que el intelectualismo, que la razón y la experiencia, son la fuente de conocimiento, sólo que esta corriente considera que en la razón se encuentra la base del conocimiento antes que en la experiencia.

La filosofía de la ciencia, reflexiona sobre los métodos y el lenguaje científico, las teorías y los hechos, los conceptos y las leyes científicas, la predicción y la explicación, la racionalidad y el realismo, además se ocupa de las relaciones entre la ciencia, la tecnología y la sociedad, la contraposición entre paradigmas opuestos, el progreso científico y su influencia sobre el entorno, las comunidades y las instituciones científicas, la construcción de los hechos y de las representaciones científicas. ⁽¹⁴⁾

TAXONOMÍA DE BLOOM

Según Benjamín Bloom y colaboradores (1977), son tres los grandes dominios o las dimensiones que comprende la totalidad del desarrollo humano, más aún, cuando se pretende organizar la teoría y la praxis de la acción educativa. Tales dimensiones son:

- El dominio cognoscitivo (o cognitivo), como el asiento de la conducta racional y del desarrollo intelectual.
- El dominio afectivo, o el reino de lo axiológico y lo actitudinal.
- El dominio psicomotor, o la dimensión del desarrollo físico o corporal (Coordinación neuro-muscular) ⁽¹⁵⁾

Conocimiento capacidad de recordar o retener en la memoria un conjunto de hechos específicos y universales que es materia de aprendizaje en diversas asignaturas.

Comprensión se refiere a la capacidad del profesional para descifrar el significado de un mensaje y el poder transmitirlo con sus propias palabras; la comunicación puede darse en forma oral, escrita, mímica o gestual, o mediante otras señales extralingüísticas.

Aplicaciones el tercer nivel ascendente en el dominio cognoscitivo que comprende o incluye a los niveles precedentes en una concatenación dialéctica, pues implica la presencia orgánica de los niveles inferiores ya examinados que constituyen premisas.

Análisis la capacidad de analizar comprende la habilidad para descomponer el todo en sus partes constitutivas, tratando de descubrir las relaciones entre sus elementos así como su organización.

Síntesis en este nivel la destreza intelectual se orienta a un proceso simétricamente inverso al análisis, pues se trata de unir los diversos elementos del conjunto en un todo coherente y orgánico.

Evaluación es el nivel más alto del dominio cognoscitivo y está referido a la formación del pensamiento crítico- reflexivo, a la capacidad de autocrítica, y para ello se tiene que emplear criterios y pautas para valorar los diversos elementos constitutivos y la totalidad del objeto evaluado. Implica la combinación de los demás elementos anteriormente

considerados en los niveles precedentes; conocimientos, comprensión, aplicación, análisis y síntesis. ⁽¹⁵⁾

PIRÁMIDE DE MILLER

Hoy en día se ha vuelto bastante clara la noción de que la evaluación tradicional organizada en la combinación de constructos ya no es sustentable. En Educación, el modelo más conocido es el de conocimientos teóricos, habilidades y destrezas, actitudes. ⁽¹⁶⁾

En 1990 el psicólogo George Miller propuso un escenario para valorar la competencia clínica (fig. 1). En el nivel más bajo de la pirámide está el conocimiento (sabe), seguido de la competencia (sabe cómo), interpretación (muestra cómo) y de la acción (hace). La acción –en el vértice de la pirámide– es lo que ocurre en la práctica médica, y los métodos formativos siempre deben ir dirigidos hacia a este fin. ⁽¹⁷⁾

Figura 1. la pirámide de Miller y los métodos de evaluación. Mini CEX, *Mini Clinical Evaluation Exercise*; ECOE, Examen Clínico y Objetivo Estructurado.

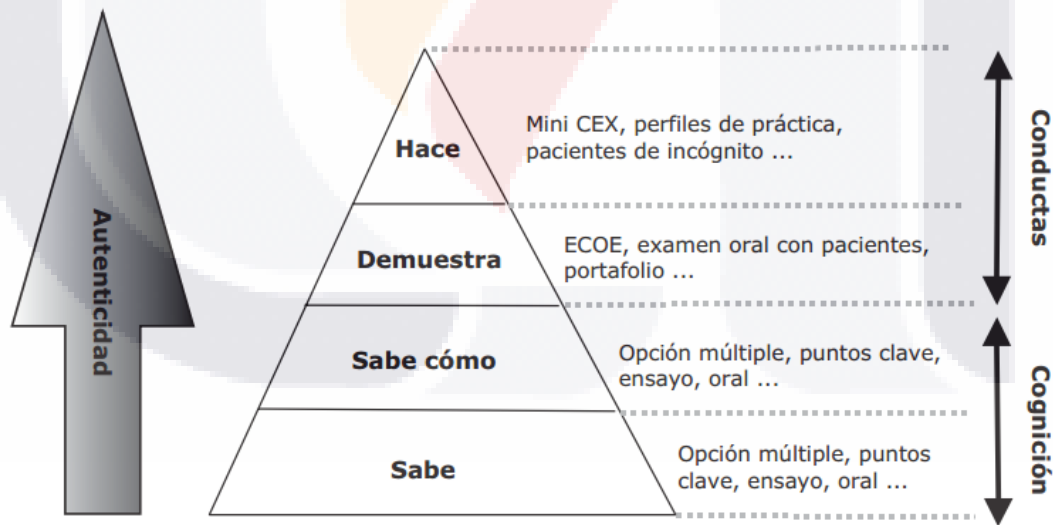


FIGURA 1. Piramide de Miller

Nivel I. Saber: valora sobre todo los conocimientos, tanto teóricos como prácticos. Basado en la memoria.

Nivel II. Saber cómo: comprende también cómo se interrelacionan los conocimientos y la manera de integrarlos ante una situación concreta.

Nivel III. Demostrar cómo: valora también habilidades, el cómo se aplican las competencias que poseen ante una situación similar a la realidad.

Nivel IV. Hacer: evalúa el desempeño real de la práctica profesional.

NIVEL DE “SABE” Y “SABE CÓMO”

En este nivel los exámenes son escritos. Este tipo de evaluaciones pueden ser clasificadas como de formato de respuesta o formato de estímulo, según dónde se ponga el énfasis del ítem.

NIVEL DE “DEMUESTRA CÓMO”

EXAMEN ORAL (EL CASO LARGO) Incluye una variedad de técnicas que estimulan al alumno a demostrar el razonamiento usado en la práctica profesional, en general como respuesta a las preguntas del docente.

NIVEL DE HACE: LA OBSERVACIÓN DIRECTA (EL Mini-CEX)

Intuitivamente, evaluar a los estudiantes observándolos en “acción” es atractivo. En los ambientes clínicos, los docentes evalúan el progreso de los alumnos observándolos con los pacientes, a menudo, resumiendo sus observaciones en una escala global al final de un período de formación.⁽¹⁸⁾

MODELO DE CAP

Una encuesta CAP significa Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Con objeto de poder desarrollar este tipo de encuesta, es importante establecer una hipótesis de partida y proporcionar definiciones para cada término.

C: El conocimiento representa un conjunto de cosas conocidas, de saber, de “ciencia”. También incluye la capacidad de representarse, la propia forma de percibir. El conocimiento a fondo de un comportamiento considerado beneficioso no implica una aplicación automática del mismo. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que es necesario realizar esfuerzos en materia de información y educación.

A: La actitud es una forma de ser, una postura. Se trata de tendencias, de “disposiciones a”. Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación. Permite explicar que, entre las posibles alternativas de un sujeto sometido a un estímulo, éste adopte una determinada práctica y no otra. Las actitudes no se pueden observar de manera directa como las prácticas; por consiguiente, conviene ser prudente a la hora de medirlas.

P: Las prácticas o comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo. Son el aspecto concreto, la acción. En el caso de prácticas vinculadas a la sanidad recogeremos información sobre el consumo de tabaco o de alcohol, el diagnóstico, la vacunación, la actividad deportiva, la sexualidad.

El objetivo de los métodos cuantitativos de recogida de datos es cuantificar y medir un fenómeno gracias al uso de cuestionarios y al tratamiento estadístico de las informaciones recogidas. Las encuestas por cuestionario son el principal método cuantitativo de recogida de datos. Consisten en interrogar, con ayuda de un cuestionario, a una muestra de individuos lo más representativa posible del conjunto de la población estudiada. Una de las ventajas de una encuesta CAP es permitir, en el transcurso de un solo sondeo, la recogida de una gran cantidad de datos que serán objeto de análisis estadísticos.

Una encuesta CAP permite:

Medir la amplitud de una situación conocida, confirmar o invalidar una hipótesis, proporcionar nuevas pistas sobre la existencia de una situación.

Reconocer los conocimientos, actitudes y prácticas en torno a determinados temas, destacar qué se conoce sobre diversos sujetos relacionados con la sanidad.

Constituir el valor de referencia que servirá en evaluaciones futuras y permitirá medir la eficacia de las actividades de educación sanitaria por la evolución de los comportamientos relacionados con la sanidad.

Pensar una estrategia de intervención con respecto a los aspectos específicos del contexto local y de los factores socioculturales que influyen en él con el objeto de planificar actividades mejor adaptadas a la población destinataria.⁽¹⁹⁾

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para lograr desarrollar los instrumentos para evaluar el alcance de los objetivos, se deben utilizar los instrumentos pertinentes a la competencia que se desea evaluar.⁽²⁰⁾

Nos interesan instrumentos de evaluación que se asemejen a la práctica real, que permitan reflejar o predecir lo más fielmente posible que comportamiento profesional tiene o va a tener la persona que se evalúa. Por ello es importante que abarquen no sólo conocimientos, sino también habilidades y actitudes.⁽²¹⁾

Las características indispensables de los instrumentos que se utilizan para medirla son: la confiabilidad, reproductibilidad o consistencia (se trata de una característica métrica del Test, de manera que vueltos a aplicar por observadores o en ocasiones diferentes, volverían a dar resultados iguales o similares). La validez o exactitud, (que deben medir aquello que quieren medir, es decir aquello que queremos obtener como resultado), el impacto educativo, la aceptabilidad por los distintos usuarios (toda prueba debe ser aceptada, no es aconsejable imponer los cambios en los procedimientos evaluativos. Tales cambios deben de nacer del consentimiento de los evaluados y los evaluadores) y los costos eventuales.⁽²⁰⁾

Objetividad (han de comportarse de manera homogénea y justa para que todo el mundo sea medido con igualdad de oportunidades). Universalidad (debe servir por igual a profesionales que trabajen en diferentes áreas o centros). Verosimilitud (han de tratar de reproducir la situación clínica lo más parecido posible a la realidad para permitir una credibilidad entre los participantes). Equilibrio (tienen que guardar una proporción ponderada de temas o áreas que se corresponde con el contenido del programa educativo).

Factibilidad (ha de ser posible realizarla organizativamente porque se dispone de recursos técnicos, humanos y económicos).⁽²²⁾

MEDICINA FAMILIAR

La medicina familiar surgió por la exigencia de atender imperiosas necesidades sociales y de salud de la población y restituir el derecho a la atención más integradora a la población. Surge o se deriva de la medicina general para constituirse con un cuerpo propio de conocimientos. Está orientada a la atención de personas y familias y no de molestias o enfermedades.

El médico familiar ejerce con una perspectiva integral de curso de vida que cuida la salud física, mental y emocional de las familias a su cargo. Es un experto en prevención, constituye el centro del proceso de atención y ayuda al individuo a transitar en un sistema de salud frecuentemente confuso y fragmentado. Su formación le permite contar con competencias profesionales en prácticamente todas las áreas de la medicina, pues debe diagnosticar y tratar de manera efectiva un sinnúmero de padecimientos agudos y es un recurso central en el manejo de los problemas crónicos para evitar o reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida de la población bajo su responsabilidad. Dimensiones fundamentales del ejercicio profesional del médico familiar son la atención de primer contacto, la atención centrada en la persona y su familia con perspectiva longitudinal del curso de vida, y la atención integral y holística; en suma, el médico familiar funge como líder del equipo de salud y coordinador de la atención médica que requieran la persona y su familia.

MÉDICO FAMILIAR

La definición oficial de la American Academy of Family Physicians es la siguiente:

“Se trata de la especialidad médica que proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento. El ámbito de la medicina familiar abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades.

La medicina de familia es la continuación y actualización del histórico médico de cabecera y se define únicamente en el contexto familiar.

Como implica su definición, incluye el manejo del paciente en la salud y en la enfermedad, una relación especial con el enfermo y con la familia y un enfoque integral del cuidado de la salud “.⁽²³⁾

La Medicina Familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia. Es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes:

Continuidad: se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

Acción anticipatoria: se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

Estudio de la familia: permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar.

PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR

-Actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Integra las ciencias biológicas, sociales y de la conducta; su campo de acción se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades.

-El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención médica primaria, la atención que otorga es integral y continua, lo cual se contrapone a la atención esporádica y fragmentada de otros especialistas, esta atención se lleva a cabo en el consultorio, en el hogar del paciente y en los propios servicios hospitalarios.

-A lo largo de su práctica reconoce la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud. Es el coordinador de los recursos disponibles en la comunidad, para la atención de los problemas de salud.

-Es por excelencia un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes, cada contacto con ellos es para él una oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud, sin que por ello se limite su capacidad para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan en su población.

-Busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él. Esta actitud permite fortalecer la relación médico-paciente evitando la despersonalización y la deshumanización de su práctica médica.

-El médico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona y el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Por lo que con frecuencia deben atender

signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico de múltiples padecimientos.

-El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso, maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, de nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo.⁽²⁴⁾

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

DEFINICIÓN

La diabetes mellitus gestacional es definida como la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después del embarazo. Diabetes pregestacional o preexistente se refiere a pacientes conocidas con diabetes tipo 1 o 2 que se embarazan.⁽²⁵⁾

American Diabetes Association (ADA) señala que esta patología complica aproximadamente un 7% de todos los embarazos, siendo su incidencia estimada del 17.8%. Las mujeres que desarrollan DMG tienen mayor riesgo de presentar DMG en embarazos posteriores y diabetes mellitus tipo 2 muchos años después del parto. A su vez los fetos expuestos a DMG tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico en el futuro.⁽²⁶⁾

DETECCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL

La ADA (American Diabetes Association) recomienda realizar el tamizaje de mujeres embarazadas con factores de riesgo para DMT2, en la primera visita prenatal utilizando los mismos criterios diagnósticos para población general, las mujeres que cumplan los criterios diagnósticos de diabetes deben considerarse diabéticas pregestacionales y no DMG.⁽²⁷⁾

Realizar tamiz con 50g a toda mujer embarazada a la semana 24 a 28 de gestación. En pacientes con varios factores de riesgo se realizará en cualquier momento del embarazo; si el resultado es negativo, se repetirá a la semana 24 a 28 de gestación. Se considerará

positiva con valores por arriba de 130mg/dl y diagnóstica con un valor mayor a 180 mg /dl. Se debe realizar curva de tolerancia a la glucosa en las 24 a 28 sdg en grupos de alto riesgo, en pacientes con diabetes gestacional en embarazo previo o en toda mujer con prueba de tamiz positiva.⁽²⁵⁾

Existen dos tipos de tamizaje: universal y selectivo. Usualmente se ha recomendado realizar pruebas de tamizaje de forma universal, o sea a todas las embarazadas entre la 24 - 28 semana de gestación. Pero en 1997 el IV International Workshop Conference, propuso un método selectivo, teniendo en cuenta que la probabilidad de tener diabetes gestacional es mínima en mujeres menores de 25 años de edad, con peso corporal normal, sin antecedentes de diabetes en familiares de primer grado, sin antecedentes obstétricos desfavorables y no pertenecientes a grupos étnicos que tienen elevada prevalencia de diabetes (hispanas, africanas, nativas americanas, indígenas australianas y nativas del sudeste asiático o las islas del Pacífico). De acuerdo con esos factores se definieron tres grupos de riesgo, de forma que en el grupo de bajo riesgo (sin factores) no sería preciso realizar tamizaje, en el de riesgo intermedio se continuaría con el tamizaje entre la 24 - 28 semanas y en el de riesgo alto se realizaría tamizaje tan pronto se estableciese el diagnóstico de embarazo.⁽²⁶⁾

TAMIZ DE DIABETES GESTACIONAL

Consiste en medir la glucemia una hora posterior a administrar 50 gr de glucosa vía oral, entendiéndose como positivo el punto de corte de 130mg/dl.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016. Dentro de los estudios de laboratorios que se deben de solicitar en la primera consulta de control prenatal, debe de incluirse tamiz de diabetes gestacional.⁽²⁵⁾

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Existen 4 formas de realizar el diagnóstico de Diabetes Gestacional.

1. Glucemia en ayuno mayor o igual a 126 mg/dL en dos ocasiones.
2. Glucemia casual mayor de 200 mg/dL
3. Prueba de tamiz con 50g con resultado mayor o igual a 180mg/dl

4. Curva de tolerancia a la glucosa con 100g o 75g. Se realiza el diagnóstico al tener alterados dos o más de los siguientes valores:

Tiempo	Tipo de carga de glucosa	
	100g de glucosa	75g de glucosa
Ayuno	≥ 95 mg/dL	≥ 95 mg/dL
1 hora	≥ 180	≥ 180
2 horas	≥ 155	≥ 155
3 horas	≥ 140	-----

FIGURA 2. Tipos de carga en curva de tolerancia a la glucosa

En caso de tener alterado un sólo valor se considerará intolerancia a la glucosa y estas pacientes tendrán el mismo seguimiento que las pacientes diabéticas.

No realizar CTG en pacientes con cifras de glucemia en ayuno mayores o igual a 126mg/dl, puesto que ya se realizó el diagnóstico de diabetes gestacional con esta cifra.⁽²⁵⁾

JUSTIFICACIÓN

En las dos últimas décadas se ha insistido en la necesidad de vincular la formación profesional con las necesidades de desempeño en el área laboral, de ahí que los modelos educativos basados en competencias laborales o profesionales se hayan difundido en las instituciones educativas a nivel mundial. Esta tendencia internacional también ha alcanzado a México sobre todo en el área técnica, educación media superior y también en la formación universitaria y desde luego en el ámbito de la educación médica, en el cual la competencia clínica juega un papel importante.

Las estrategias de mejora continua en el ámbito de recursos humanos de las instituciones de salud, requieren la identificación de áreas de oportunidad sobre las cuales se puede tomar acciones para el fortalecimiento de las mismas y con ello mejorar los servicios de salud ofrecidos.

Por lo anterior el identificar la competencia clínica en las diferentes áreas de competencia del médico es un escalón primordial dentro del proceso de mejora continua.

Siendo la diabetes gestacional, la principal complicación endocrinológica del embarazo, con repercusiones tanto en la madre como en su producto, el oportuno diagnóstico permite la implementación de acciones con el fin de reducir el impacto de esta entidad nosológica.

El tamiz de diabetes gestacional ha demostrado ser un auxiliar diagnóstico eficaz, de fácil acceso, poco invasivo y de bajo costo.

Por lo anterior el contar con una adecuada competencia clínica hacia el tamiz de diabetes gestacional en el embarazo permite el adecuado uso de esta herramienta diagnóstica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

En la Delegación Aguascalientes del Instituto Mexicano del Seguro Social el primer nivel de atención lo conforma el Médico Familiar que atiende cerca del 80% de los pacientes derechohabientes.

El primer nivel de atención lo conforman, 6 UMF urbanas, (UMF 1, UMF 7, UMF 8, UMF 9, UMF 10, UMF 11), 5 UMF rurales (UMF 2, UMF 3, UMF 4, UMF 5, UMF 6).

La Unidad de Medicina Familiar No 1 cuenta con los servicios de: medicina familiar, estomatología, salud en el trabajo, nutrición, trabajo social, medicina preventiva, optometría, diabetimss, planificación familiar y enfermera materno-infantil. Se cuenta con 20 consultorios que dan servicio en turno matutino y vespertino.

Los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar 1 son atendidos por 40 médicos, de los cuales 14 (35%) son hombres y 26 (65%) mujeres. Los médicos de la UMF 1 otorgan en promedio 960 consultas por día.⁽²⁷⁾

PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

El concepto de Competencia Profesional emergió en los años ochenta como elemento del debate que se vivía en los países industrializados sobre la necesidad de mejorar la relación del sistema educativo con el productivo, en orden a impulsar una adecuada formación.

Su desarrollo ha tenido lugar, progresivamente, durante la primera mitad de los noventa a partir de las distintas experiencias internacionales (Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, España).

Siguiendo esta estela, esa dinámica se ha abierto a los países emergentes y en vías de desarrollo, en particular los latinoamericanos. En un entorno económico globalizado, estos países están sintiendo con fuerza la necesidad de crear nuevos parámetros de formación;

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y partiendo de situaciones comparativas muy desfavorables, se encuentran especialmente estimulados para afrontar cambios que puedan suponer un salto cualitativo. México, Colombia, Chile, Argentina u Honduras, entre otros, aparecen como puntas de lanza de distintos procesos de modernización formativa vinculados a la Competencia Profesional.

En las dos últimas décadas se ha insistido en la necesidad de vincular la formación profesional con las necesidades de desempeño en el área laboral, de ahí que los modelos educativos basados en competencias laborales o profesionales se hayan difundido en las instituciones educativas a nivel mundial. Esta tendencia internacional también ha alcanzado a México sobre todo en el área técnica, educación media superior y también en la formación universitaria y desde luego en el ámbito de la educación médica.

En la Facultad de Medicina de la UNAM se está utilizando este método desde 1997 para evaluar el proceso formativo de los estudiantes de pregrado, posteriormente se ha aplicado en postgrado en algunas especialidades y desde 2002 en la fase práctica del Examen Profesional.⁽²⁸⁾

PANORAMA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD.

El IMSS cuenta en la ciudad de Aguascalientes en el primer nivel de atención con 11 unidades de Medicina familiar, las cuales están distribuidas seis en la capital del estado y cinco en las principales cabeceras municipales. Además de dos Hospitales Generales de Zona y una Unidad de Atención Médica Ambulatoria.

En las Unidades de Medicina familiar Urbana, existen 244 consultorios de primer nivel de atención, con horarios matutino, vespertino y nocturno, con jornadas habituales de 8 horas. El 57% cuenta con la especialidad en medicina familiar.

La unidad de medicina familiar No. 1 cuenta con 20 consultorios repartidos en dos turnos, matutino y vespertino, que labora de lunes a viernes, con un médico de primer contacto atendiendo un promedio de 24 consultas por turno.

Nivel normativo: Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida.

Nivel político: Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Programa de Acción Específico Salud Materna Y Perinatal 2013-2018.

Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el embarazo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.

DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), la diabetes mellitus (DM) es el tercer problema de salud pública más importante en el mundo, en donde la diabetes gestacional hace parte de uno de los cuatro grupos de esta patología; los otros grupos son la diabetes tipo 1 (DM1), la diabetes tipo 2 (DM2) y otros tipos específicos de diabetes.

Ya se ha investigado la competencia y desempeño clínico de médicos del primer nivel de atención en el diagnóstico y manejo de pacientes con diabetes.

La exploración de la aptitud clínica, se basó en la idea de que es la reflexión sobre la experiencia clínica la que puede hacer la diferencia en cuanto al grado de utilización de dicha aptitud y no solamente el grado académico alcanzado.

Se esperaba que el médico familiar, mostrara mayor aptitud partiendo del supuesto de que ha estado expuesto a un mayor grado de formación académica. Sin embargo estos hallazgos pueden explicarse por el hecho de que la formación de nuestros médicos, está basada en el recuerdo, lo que evidentemente dificulta la capacidad para la reflexión ante situaciones clínicas problemáticas a las que se enfrenta cotidianamente, ya que su quehacer es rutinario sin analizar al paciente como individuo.

En lo señalado por Gómez-López V.M y et al. Es preciso reconocer que aunque la aptitud clínica identificada se ubica en el rango de baja (49-73) en un porcentaje del 64 %, es superior a la obtenida por otros autores.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Evidentemente que los casos clínicos no agotaron la diversidad de aquellos que acuden a la consulta; más bien representan a los que más comúnmente se atienden en unidades de primer contacto.⁽²⁹⁾

En la tesis titulada “Evaluar la competencia del Médico FSMF Familiar en IRA en menores de 5 años de la UMF 11 en la delegación Aguascalientes” en evaluación del conocimiento se encontró que 47.6% correspondió al nivel medio y 52.4% al nivel alto. En la valoración de las habilidades, 9.5% correspondió al nivel medio, y 90.5% al nivel bajo. En cuanto a la actitud de los médicos 9.5% mostró una actitud positiva y 90.5% una actitud neutra.

En otro proyecto de tesis titulado “Competencia clínica por parte del médico de primer contacto hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna realizado en la UMF no. 7 Delegación IMSS Aguascalientes” se encontró con respecto al nivel de conocimiento es de 69%, se coloca en un nivel medio. Actitud, promedio general de 93%, nivel alto. Habilidad, promedio general 59%, nivel bajo.

En la Delegación IMSS Aguascalientes el problema se sitúa en un nivel observacional ya que no se tienen estudios de artículos sobre competencia clínica del médico de primer contacto hacia el tamiz de diabetes gestacional al realizar una búsqueda exhaustiva.

DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

En México se ha ido avanzando lentamente hacia un enfoque de educación por competencias en medicina. El objetivo es que el profesional sea capaz de resolver los problemas de salud que demanda la sociedad actual, y pueda adaptarse a la incertidumbre, al cambio y a los nuevos escenarios complejos.

En los últimos años, la evaluación de la competencia clínica ha adquirido mayor importancia y, a pesar de ser una actividad compleja, es una tarea indispensable y fundamental para retroalimentar el proceso educativo y constituye el mecanismo mediante el cual las instituciones y organizaciones pueden asegurar al público un adecuado desempeño de los médicos formados. Sin embargo, existen serios problemas en el proceso de evaluación de la competencia clínica de los médicos, tanto desde la perspectiva conceptual como desde los instrumentos disponibles para realizarla. La

mayoría de estos instrumentos evalúan una sola competencia o, en el mejor de los casos, dos.

Los instrumentos disponibles pueden dividirse en tres rubros: evaluaciones formales, estructuradas, circunscritas y ex vivo (exámenes escritos, orales o ECOE); exámenes formales, estructurados, circunscritos in situ (Mini Clinical Evaluation Exercise o mini-CEX); y evaluaciones informales, no estructuradas, sumativas, in situ (In-training Evaluation Report).

En general, la evaluación de la competencia clínica requiere la observación directa de las habilidades clínicas del alumno y el uso de instrumentos válidos y confiables que objetivasen el proceso.

Se entiende, según este contexto, que no existe una forma única para evaluar las competencias clínicas y que las formas de evaluación son complementarias, ya que ninguna evalúa de manera integral el proceso.

En México, la evaluación de la competencia clínica se ha realizado en el pregrado de la Facultad de Medicina de la UNAM a través del ECOE. Sin embargo, se han documentado sus limitaciones: los conocimientos y las destrezas del estudiante son examinados de manera fragmentada, algunas de las “estaciones” son artificiales y, además, el costo, el tiempo utilizado y el personal que participa en la elaboración y aplicación es mayor que en los exámenes tradicionales. En el posgrado de medicina, la competencia clínica del residente solamente puede determinarse mediante la observación y la evaluación que brinda a los enfermos durante su entrenamiento. Se ha encontrado una adecuada confiabilidad en la evaluación integral de la competencia clínica a través del examen profesional, o con el uso de exámenes escritos contruidos con casos reales en diversos posgrados.⁽³⁰⁾

DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

Se presentan 2.1 millones de embarazos cada año. Cerca de 250 mil tienen complicaciones.

Fallecen, anualmente en promedio 1,100 mujeres, es decir, cada 7 horas, una mujer fallece por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio.⁽³¹⁾

El embarazo lleva implícito el riesgo de desarrollar intolerancia a la glucosa (ITG) o diabetes mellitus gestacional (DMG).

Implica grados muy variables de glucosa en sangre y cambios muy importantes en la fisiopatología de la embarazada, así como diversas manifestaciones clínicas en la madre y repercusiones variables en el feto.

Pacientes con intolerancia a la glucosa durante el embarazo tienen un riesgo significativamente elevado de pre-eclampsia, cesárea, hipoglucemia neonatal e hiperbilirrubinemia, comparadas con mujeres con tolerancia a la glucosa normal.

Las mujeres diagnosticadas oportunamente con DMG o ITG en el embarazo que reciben tratamiento adecuado, reducen riesgos perinatales asociados en ellas y sus productos.⁽³²⁾

ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.

La prevalencia nacional de DM2 en México es de 7% previo diagnóstico, mientras que en el Estado de México la prevalencia es de 7.4% (6.9% en las mujeres y 8.1% hombres). La diabetes durante el embarazo es una complicación común y que va en aumento, por lo que el diagnóstico y manejo oportuno de la DMG debe ser prioridad en los programas de prevención de la salud.

La prevalencia de DM2 será de 15.4%,¹⁰ por lo que los servicios de salud resultarán insuficientes para tratar las complicaciones crónicas y agudas de estos pacientes, y el embarazo es una oportunidad de lograr intervenciones basadas en educación a la madre tanto con antecedente de DMG como con un tamiz de glucosa positivo, para fomentar un cambio en el estilo de vida favorable que además, probablemente se aplique a su círculo familiar, y se previene o al menos se retrasa la aparición de DM2 y sus complicaciones y co-morbilidades.

Pacientes tamizadas con ITG y/o DMG representa una situación de alta incidencia que se debe de considerar en las políticas de salud, ya que además de los riesgos a corto plazo, la detección oportuna mediante pruebas como el tamiz de glucosa o la CTOG nos permite aplicar estrategias de prevención de DM2 en esta población.⁽³²⁾

ARGUMENTOS CONVENIENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO.

No se tienen evidencias bibliográficas sobre la competencia del médico de primer contacto hacia el tamiz de diabetes gestacional en esta delegación.

El quinto objetivo del milenio propone reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna (RMM) entre 1990 y 2015.

Para México, la meta significa disminuir la razón de 49.9 en 2011 a 22.2. Además, en 2010, 91.1% de las muertes maternas contó con asistencia médica y 73.1% representó fallecimientos en unidades públicas de salud.

El diagnóstico oportuno de la diabetes gestacional permite un tratamiento integral de la misma, lo cual impacta de manera negativa hacia las posibles complicaciones. Sabemos que la diabetes gestacional puede complicar hasta un 19.6% de los embarazos en México. Por lo tanto con el objetivo de cumplir las metas del milenio, la prevención de las posibles complicaciones del embarazo es punto primordial para llevarlo a cabo.⁽³³⁾

BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS

Cabrera P. et al. 2015. Realizan un estudio con el objetivo de evaluar la competencia clínica de una muestra de médicos de atención primaria a la salud de la Ciudad de Guatemala, Guatemala, para la atención del climaterio. Estudio transversal en un universo de 12 unidades médicas de atención primaria. Se diseñó y validó un instrumento que evalúa la competencia clínica en cinco dimensiones: identificación de factores de riesgo, identificación de datos clínicos, interpretación de pruebas diagnósticas, integración diagnóstica y utilización de recursos terapéuticos; que clasifica el nivel de competencia en seis estratos: definido por el azar, muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto; con una

fiabilidad de 94% según prueba de Kuder-Richardson. Se obtuvieron estadísticas descriptivas e inferenciales no paramétricas. La competencia clínica de los médicos de atención primaria del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es inadecuada. Se requieren estudios de intervención. ⁽³⁴⁾

Cabrera P, et al. 2008. Realizan un estudio transversal, descriptivo, con el objetivo de identificar el nivel de aptitud clínica del médico familiar para el tratamiento de la paciente con diabetes gestacional en 85 médicos familiares de la zona metropolitana de Guadalajara. La aptitud clínica se evaluó en relación con las variables: especialidad, género, tipo de contratación, antigüedad laboral, turno y unidad de adscripción. Se diseñó, validó y utilizó un instrumento específico para evaluar cuatro indicadores de la aptitud clínica: 1) identificación de factores de riesgo de diabetes mellitus gestacional, 2) integración diagnóstica, 3) utilización de recursos terapéuticos y 4) utilización de recursos paraclínicos. El coeficiente de confiabilidad del instrumento de medición (fórmula 21 de Kuder-Richardson) fue de 0.92 para la calificación global. Concluyen que la aptitud clínica del médico de primer contacto en relación con la diabetes gestacional es baja. ⁽³⁵⁾

Cabrera P. et al. 2008. Objetivo. Publican un estudio observacional, prospectivo y comparativo con el propósito de medir la aptitud clínica de los médicos familiares de una muestra representativa de seis Unidades de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Guadalajara, Jalisco, México, en el diagnóstico y tratamiento del síndrome metabólico. Se diseñó y validó un instrumento estructurado con un coeficiente de confianza (Kuder-Richardson) de 0.95, aplicado a una muestra representativa de 90 médicos familiares entre 2003 y 2004. Se utilizaron los tests de Mann-Whitney U y Kruskal-Wallis para comparar dos o más grupos, y el test de Pérez-Viniegra se utilizó para definir los niveles de desarrollo de aptitud. En los resultados no se observaron diferencias significativas en el desarrollo de aptitud entre las seis UMF. El bajo nivel general de aptitud clínica refleja las limitaciones para identificar y manejar el síndrome metabólico por parte de los médicos familiares. ⁽³⁶⁾

Trujillo G. et al. Publican el estudio titulado Competencia clínica en diabetes mellitus; en el año 2002. Estudio longitudinal, comparativo con el objetivo de evaluar la competencia clínica en diabetes mellitus que tienen los médicos antes y después del internado de

pregrado, y elaborar un instrumento válido y confiable para tal propósito. Se llevó a cabo en tres hospitales generales del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de México. Hubo diferencias estadísticamente significativas a favor de la medición posinternado en la mediana global, en las medianas de cada sede y sólo en el indicador IV de competencia clínica relacionado con el tratamiento de la diabetes mellitus. Los resultados sugieren que los alumnos que concluyen el internado tienen mejor competencia clínica, no obstante que las diferencias desde el punto de vista educativo son de escasa magnitud.⁽³⁷⁾

Rodríguez G. et al. 2011. Publican un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de aptitud clínica sobre dengue en médicos internos de pregrado y factores asociados. Se realizó un estudio transversal comparativo en 57 médicos internos de pregrado. Se validó un instrumento compuesto de cinco casos clínicos reales, que evaluaron los siguientes indicadores: factores de riesgo, signos y síntomas, recursos diagnósticos, recursos terapéuticos, vigilancia epidemiológica y fisiopatología. La comparación de la aptitud clínica se realizó por zonas de servicio médico y por instituciones de salud. La consistencia del instrumento fue de 0.81 (Kuder-Richardson). La mediana de aptitud clínica global fue de 46 (11 a 76). El indicador más alto fue el de reconocimiento de factores de riesgo y el más bajo el de fisiopatología. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre las dos zonas de servicios médicos ($p = 0.02$) pero no entre instituciones ($p = 0.1$). El promedio escolar se relacionó con la aptitud clínica global ($p = 0.002$), pero no el número de pacientes atendidos ($p = 0.4$) Se concluyó que el nivel de aptitud clínica demuestra una experiencia incipiente en la atención de pacientes con dengue y es mayor en una zona de servicios médicos.⁽³⁸⁾

Muro L. et al. 2009. Publican un estudio transversal, con el objetivo de determinar el nivel de aptitud clínica de médicos familiares para prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones tardías de la diabetes mellitus. Se realizó en 189 médicos de base con especialidad y categoría en medicina familiar, en el que se compararon años de antigüedad laboral, zonas de la delegación, tipo de clínica de adscripción e indicadores. Se concluyó que la mayoría de los médicos (73.5 %) se ubicó en niveles de aptitud leve y medianamente desarrollada. Las diferencias encontradas obedecieron al tipo de educación que predomina.⁽³⁹⁾

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

El sistema de salud en México requiere de una constante evaluación que permita identificar fortalezas y debilidades y aplicar las acciones necesarias para elevar la calidad en los servicios otorgados.

Dentro de los procesos de mejora que deben ser implementados en cualquier sistema de atención, se debe partir de un diagnóstico inicial que permita obtener un panorama general del estado actual de todos sus componentes.

El resultado de este proyecto permitirá tener un panorama de la competencia clínica del médico de primer contacto hacia el tamiz de diabetes gestacional.

Con esto, se identificarán áreas de oportunidad para mejorar la calidad de atención en primer nivel de atención.

El tener el diagnóstico inicial permite diseñar e implementar acciones para fortalecer las áreas de oportunidad identificadas de una manera dirigida, lo cual permite optimizar recursos en materia de educación médica continúa.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿CUÁL ES LA COMPETENCIA CLÍNICA DE LOS MÉDICOS REFERENTE AL TAMIZAJE DE DIABETES GESTACIONAL ANTE LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBRAZO EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 DEL IMSS DELEGACION AGUASCALIENTES?

OBJETIVO GENERAL

Identificar la competencia clínica del médico hacia el tamiz de diabetes gestacional ante la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS delegación Aguascalientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características socio demográficas de los médicos en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, Delegación Aguascalientes.
- Identificar la competencia clínica en el área cognitiva que el médico tiene hacia el tamiz de diabetes gestacional en la UMF No. 1 en la Delegación Aguascalientes.
- Identificar la competencia clínica en nivel de actitud que el médico tiene hacia el tamiz de diabetes gestacional en la UMF No. 1 en la Delegación Aguascalientes.
- Identificar la competencia clínica en nivel de habilidades que el médico tiene hacia el tamiz de diabetes gestacional en la UMF No. 1 en la Delegación Aguascalientes.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizara un estudio observacional, descriptivo y transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Médicos de la UMF No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los médicos de la UMF No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes, que estén trabajando dentro de la jornada matutina y vespertina.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Médicos de la UMF No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro social que contestarán el cuestionario.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los médicos de primer contacto de la UMF No. 1, turno matutino y vespertino.
Que acepten contestar el cuestionario, bajo la aprobación del consentimiento informado.
Que otorguen consulta en el primer nivel de atención.

CRITERIOS NO INCLUSIÓN

Aquellos médicos que no aceptan participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Quienes no contesten el 80% del total de la encuesta aplicada.

TIPO DE MUESTRA

Se utilizará un tipo de muestreo censal, en donde se incluyen a todos los médicos de la unidad en ambos turnos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomó todo el universo de médicos que laboran en la UMF No. 1, haciendo un total de 40

LOGÍSTICA

Se realizará un registro de las características sociodemográficas de la población de estudio. Posteriormente en base a la guía práctica se tomó una serie de preguntas para evaluar el nivel de competencia de médicos de primer contacto hacia tamiz gestacional en la UMF No.1, de ambos turnos. Formándose 4 secciones; 6 preguntas para registrar las características sociodemográficas del médico, 35 ítems, de los cuales 13 fueron para

el área cognitiva o conocimiento, 10 para el área de la habilidad y 12 para el área de actitud.

El eje de conocimiento y de habilidad se medirá mediante respuestas dicotómicas, de tipo falso y verdadero, el eje de actitud será observado mediante una escala cualitativa tipo Likert (completamente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, desacuerdo, completamente desacuerdo).

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleará la técnica de cuestionario auto aplicado para medir la competencia del Médico de primer contacto hacia el tamiz gestacional el cual será entregado personalmente en cada uno de los consultorios en ambos turnos, la recolección de éste se realizará el mismo día para no interferir con su jornada laboral.

VALIDEZ APARENTE

La validez aparente se llevó a cabo mediante el proceso de pilotaje en 36 médicos, con el objetivo de que los ítems en el cuestionario fueran claros y entendibles.

VALIDEZ DE CONTENIDO

La validez de contenido se llevo a cabo con un grupo de 5 expertos, todos médicos con especialidad en ginecología y obstetricia, a los cuales se les otorgó el instrumento de manera independiente para analizar cada ítem que fuera adecuado para la dimensión que se quiere medir.

PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Se utilizarán medidas de estadística descriptiva como tasas y frecuencias a cada variable, así como medidas de tendencia central, moda y mediana y medidas de dispersión como la desviación estándar. Se utilizará el programa SPSS V21.

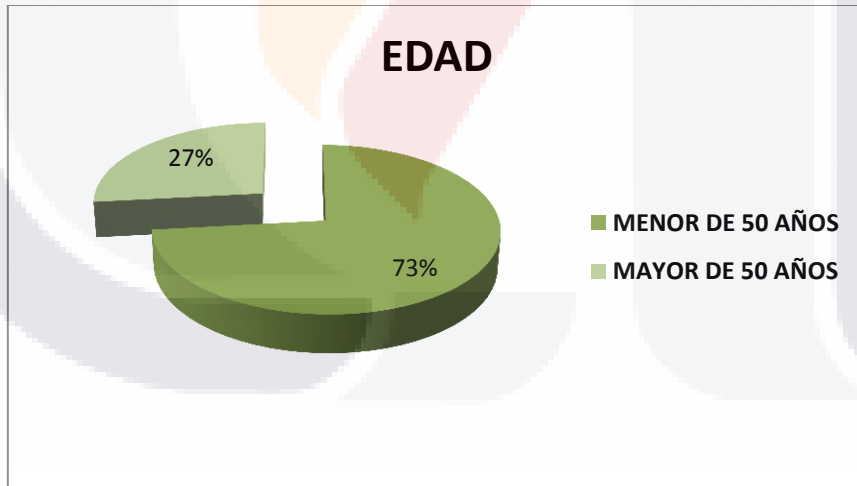
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES								
	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017
Elección del tema	X							
Acopio de bibliografía	X	X						
Revisión de literatura		X						
Diseño del protocolo			X					
Antecedentes			X					
Justificación				X				
Introducción				X				
Hipótesis				X				
Revisión del protocolo				X	X	X		
Registro del protocolo ante comité local de Investigación						X		
Acopio de Información							X	
Captura y tabulación de datos							X	
Análisis de resultados							X	
Autorización							X	
Elaboración de tesis								X

RESULTADOS

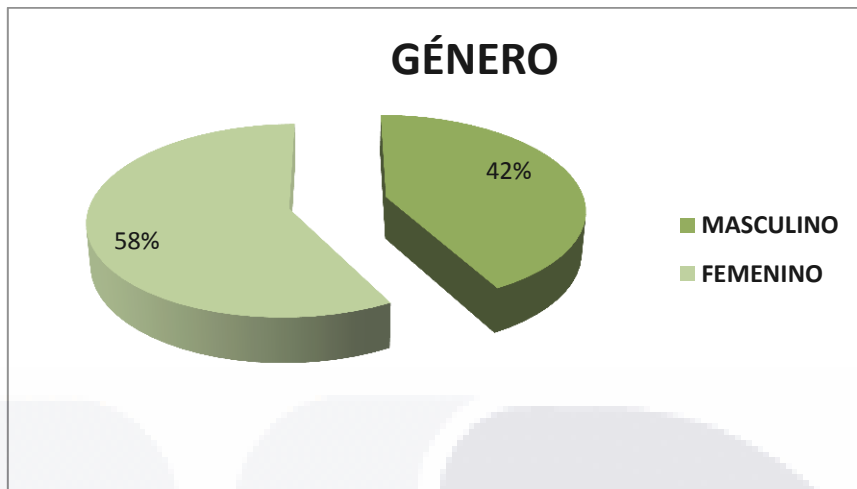
A continuación se describen los resultados de las variables socio-demográficas, las tres dimensiones que midieron la competencia clínica de los médicos ante la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo referente al tamizaje de diabetes gestacional en la unidad de medicina familiar número 1 del IMSS delegación Aguascalientes; exponiendo tres esferas, conocimiento, actitud y habilidad.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

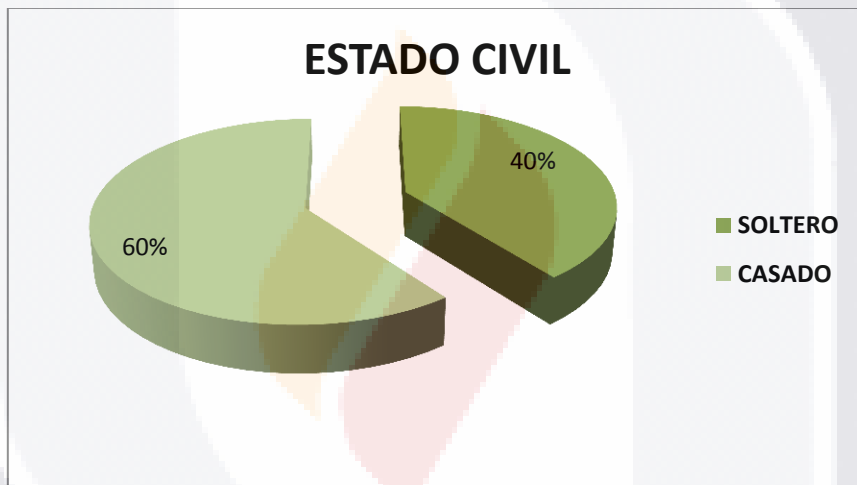
Con respecto a la edad, se categorizó de acuerdo con ser mayor o menor de 50 años, y se obtuvo que de los 38 médicos encuestados, el 73.3% fueron menores de 50 años, mientras que el restante 26.7% fueron mayores. **(Gráfica 1, Tabla 1)**; el 57.9% correspondió a mujeres y el 42.1% a hombres **(Gráfica 2, Tabla 1)**; con respecto al estado civil, el 39.5% soltero y el restante 60.5% fueron casados **(Gráfica 3, Tabla 1)**, en los años trabajando para el instituto se obtuvo que el 65.8% contó con menos de 15 años y el restante 34.2% con más de 15 años. **(Gráfica 4, Tabla 1)**.



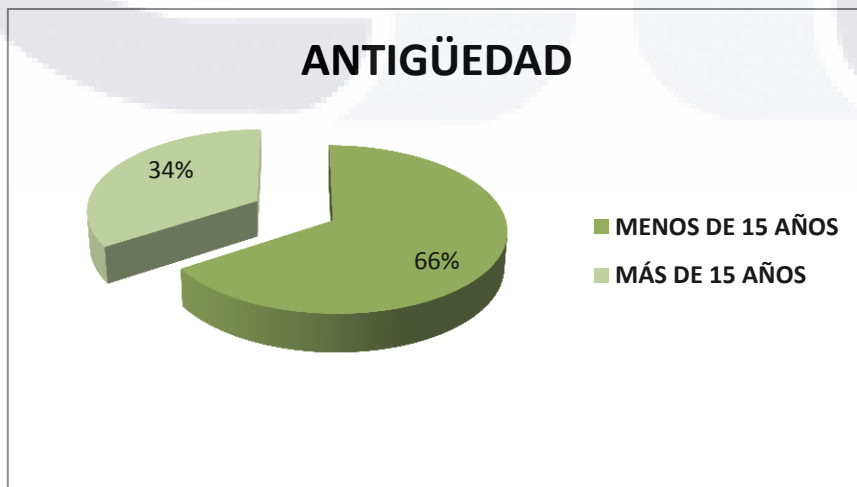
GRAFICA 1. Edad de los médicos.



GRAFICA 2. Género de los médicos.

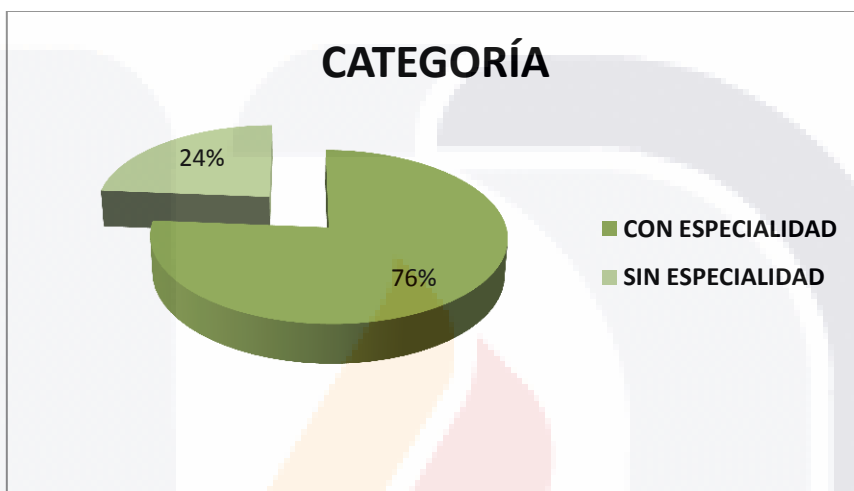


GRAFICA 3. Estado Civil de los médicos.

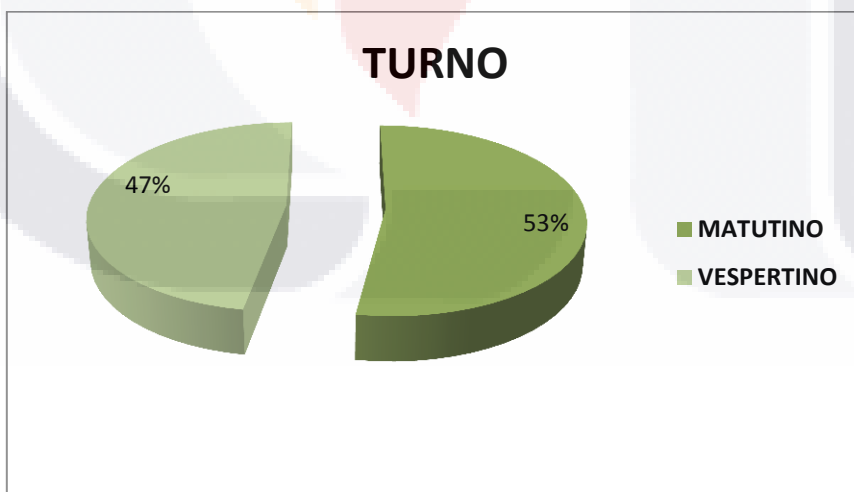


GRAFICA 4. Antigüedad de los médicos.

Con respecto a la categoría se obtuvo que el 76.3% de los médicos encuestados cuenta con especialidad, el restante 23.7% son médicos generales. **(Gráfica 5, Tabla 1)**, finalmente en relación al turno, la muestra encuestada de 38 médicos se distribuyeron 52.6% para el turno matutino y 47.4% para el turno vespertino. **(Gráfica 6, Tabla 1)**.



GRAFICA 5. Categoría de los médicos.



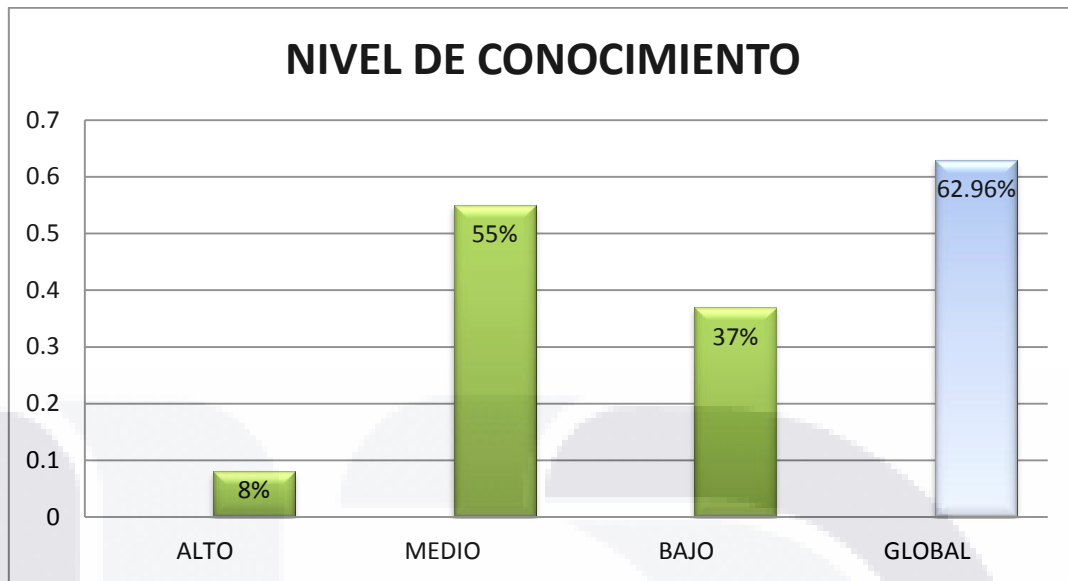
GRAFICA 6. Turno de los médicos.

Variables Socio-demográficas			
Ítem	Respuestas	Recuento	%
Edad	Menor de 50 años	29	73.3%
	Mayor de 50 años	9	26.7%
Género	Masculino	16	42.1%
	Femenino	22	57.9%
Estado civil	Soltero	15	39.5%
	Casado	23	60.5%
Años laborando en la institución	Menos de 15 años	25	65.8%
	Más de 15 años	13	34.2%
Categoría	Medico con especialidad	29	76.3%
	Medico sin especialidad	9	23.7%
Turno	Matutino	20	52.6%
	Vespertino	18	47.4%

Tabla 1. Variables socio-demográficas de los médicos.

CONOCIMIENTO DEL MÉDICO

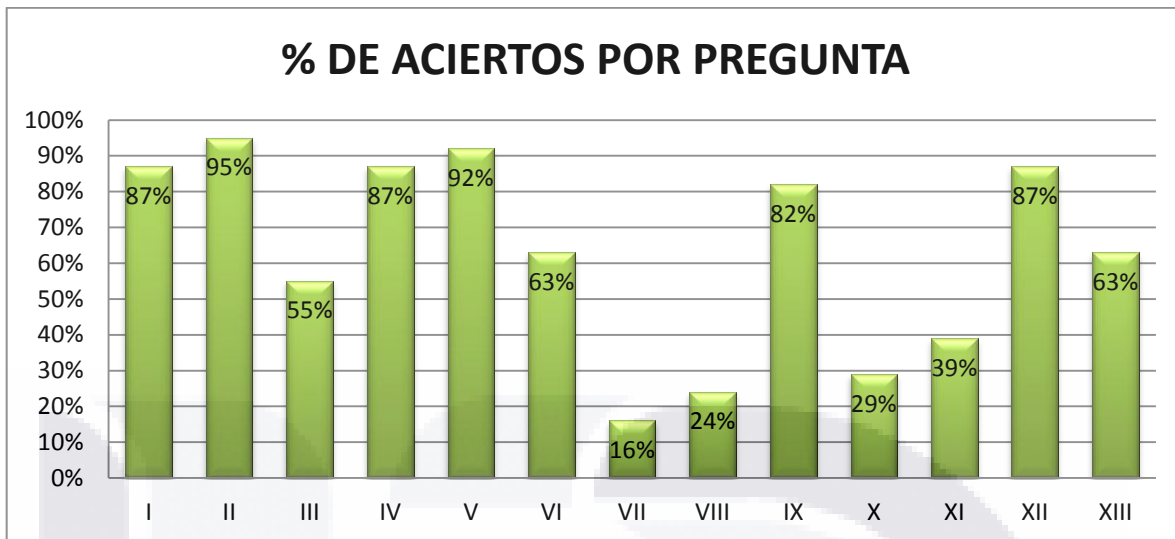
Con respecto a los médicos en promedio se encontró un nivel de conocimientos BAJO ya que se obtuvo en general un 62.96% de aciertos, el 55% de los médicos se colocó en un nivel MEDIO, seguidos por el 37% en un nivel de conocimientos BAJO y 8% se colocó en un nivel ALTO. (Gráfica 7).



GRAFICA 7. Conocimiento del médico.

En las preguntas destinadas para el área de conocimiento se encontró un mayor porcentaje de aciertos en la pregunta número 2, con un 95%, calificando la aseveración como verdadera. (La diabetes pregestacional o preexistente se refiere a pacientes conocidas con diabetes tipo 1 o 2 que se embarazan).

En segundo lugar la pregunta número 5, con un 92%, calificando la aseveración como verdadera. (la mujer mexicana pertenece a un grupo étnico de riesgo para diabetes mellitus. en tercer lugar dos preguntas con el mismo porcentaje de aciertos, las preguntas 1 y 4 con 87%, contestando verdadero a las dos aseveraciones; (La diabetes mellitus gestacional es definida como la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después del embarazo) y (Las mujeres que desarrollan diabetes gestacional tienen alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2). Gráfica 8, tabla2.



GRAFICA 8. Porcentaje de aciertos por pregunta, en el área de conocimiento.

En contraste, la pregunta con mayor porcentaje de error fue el ítem número 7 con 84%, calificando la aseveración como verdadera. (Mujer mexicana de menos de 25 años, con peso normal IMC menor de 25 kg/m² antes del embarazo, sin antecedente familiares de diabetes, sin historia de malos resultados obstétricos, es considerada como bajo riesgo para diabetes gestacional); esto debido a que la aseveración es falsa, el simple hecho de ser mujer mexicana la excluye del grupo de bajo riesgo para desarrollar la enfermedad.

En segundo lugar la pregunta número 8 con 76%, calificando la aseveración como verdadera. (Paciente con antecedente de producto macrosómico ≥ 4 kg al nacer, se considera de riesgo moderado para diabetes gestacional); la aseveración es falsa, debido a que ese antecedente le confiere alto riesgo para desarrollar la enfermedad.

En tercer lugar la pregunta número 10 con 71%, calificando la aseveración como verdadera. (El tamiz de diabetes gestacional incluye un monitoreo basal en ayuno y 2 horas posterior a la carga de glucosa); la aseveración es falsa, la determinación de glucosa se realiza posterior a una hora de la carga. Grafica 9, tabla2.



GRAFICA 9. Porcentaje de errores por pregunta, en el área de conocimiento.

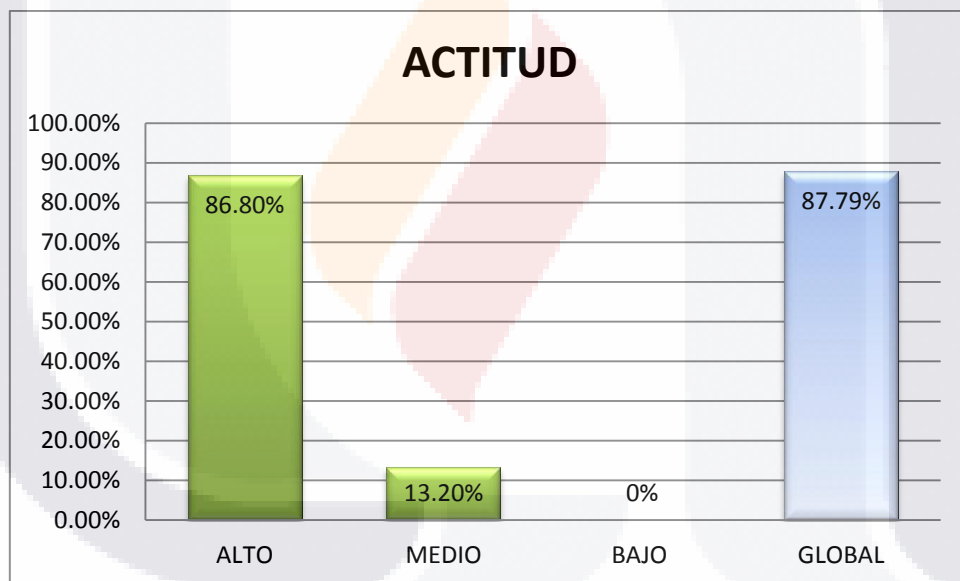
CONOCIMIENTO			
Ítem	Respuestas	#	%
La diabetes mellitus gestacional es definida como la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después del embarazo.	Incorrecto	5	13%
	Correcto	33	87%
La diabetes pregestacional o preexistente se refiere a pacientes conocidas con diabetes tipo 1 o 2 que se embarazan.	Incorrecto	2	5%
	Correcto	36	95%
La prevalencia de diabetes gestacional a nivel mundial es de 15%.	Incorrecto	17	45%
	Correcto	21	55%
Las mujeres que desarrollan diabetes gestacional tienen alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.	Incorrecto	5	13%
	Correcto	33	87%
La mujer mexicana pertenece a un grupo étnico de riesgo para Diabetes Mellitus	Incorrecto	3	8%
	Correcto	35	92%
Edad menor a 25 años al momento de embarazo es factor de riesgo de diabetes gestacional.	Incorrecto	14	37%
	Correcto	24	63%
Mujer mexicana de menos de 25 años con peso normal (IMC menor a 25 kg/m ²)	Incorrecto	32	84%
	Correcto	6	16%
Paciente con antecedente de productos macrosómico (≥ 4 kg al nacer) se considera de riesgo moderado para diabetes gestacional.	Incorrecto	29	76%
	Correcto	9	24%
El Tamiz de diabetes gestacional se realiza con 50gr de glucosa.	Incorrecto	7	18%
	Correcto	31	82%
El tamiz de diabetes incluye un monitoreo basal en ayuno y 2 horas posterior a la carga de glucosa.	Incorrecto	27	71%
	Correcto	11	29%
Se considera positivo un tamiz con resultado de glucemia postcarga ≥ 135 mg/dl.	Incorrecto	23	61%

	Correcto	15	39%
Se considera diagnóstico de diabetes gestacional un resultado de glucemia de 180mg/dl una hora después de carga de 50 gr de glucosa.	Incorrecto	5	13%
	Correcto	33	87%
Una glucemia en ayuno de 120mg/dl, contraindica realización de tamiz para diabetes gestacional.	Incorrecto	14	37%
	Correcto	24	63%

Tabla 2. Preguntas de conocimiento.

ACTITUD DEL MÉDICO

Se observo que el 86.8% de los médicos cuentan con un nivel de actitud alto, solamente el 13.2% de los médicos alcanzaron un nivel medio de actitud, ningún médico cuenta con un nivel de actitud medio. El promedio global de actitud es de 87.79% obteniendo un nivel global de actitud ALTO. Gráfica 10.



GRAFICA 10. Actitud del médico.

El ítem número 5 fue el que obtuvo el mayor índice de respuestas completamente de acuerdo. (Me preocupa saber que la detección oportuna de diabetes gestacional evita complicaciones en el binomio materno fetal). Seguido del ítem número 8 (Me preocupo por interpretar adecuadamente el tamiz de diabetes gestacional). Y el ítem número 7 (Me intereso por detectar factores de riesgo para diabetes gestacional). Tabla 3.

En contraste los ítems que se orientaron hacia el desacuerdo fueron las preguntas número 3 (Siento que cuento con habilidades y aptitudes suficientes para diagnosticar pacientes con diabetes gestacional).

El número 4 (Me interesa saber el grado de satisfacción que tienen mis pacientes con el tamizaje de diabetes gestacional); y la pregunta número 10 (Frecuentemente tengo pacientes con factores de riesgo para diabetes gestacional y siento que necesito herramientas que me ayuden para la toma de decisiones). Tabla 3.

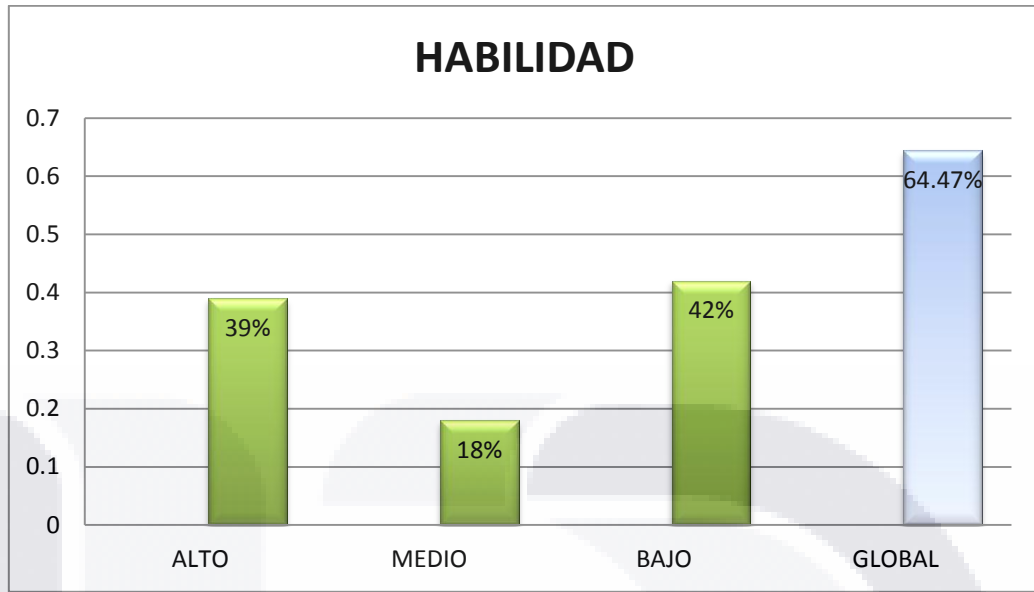
ACTITUD												
Ítem	Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Completamente de acuerdo		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Me interesa conocer cómo se sienten mis pacientes que padecen diabetes gestacional.	0	0%	0	0%	0	0%	12	31.58%	26	68.42%	38	100%
Siento que necesito conocimientos, habilidades y aptitudes para diagnosticar pacientes con diabetes gestacional	0	0%	0	0%	1	2.63%	21	55.26%	16	42.11%	38	100%
Siento que cuento con habilidades y aptitudes suficientes para diagnosticar pacientes con diabetes gestacional	1	2.63%	3	7.89%	1	2.63%	23	60.53%	10	26.32%	38	100%
Me interesa saber el grado de satisfacción que tienen mis pacientes con el tamizaje de diabetes gestacional.	1	2.63%	1	2.63%	5	13.16%	16	42.11%	15	39.47%	38	100%
Me preocupa saber que la detección oportuna de diabetes gestacional evita complicaciones en el binomio materno fetal.	0	0%	1	2.63%	0	0%	13	34.21%	24	63.16%	38	100%

Me preocupo por solicitar tamiz de diabetes gestacional a todas las pacientes que atiendo en control prenatal.	0	0%	2	5.26%	1	2.63%	16	42.11%	19	50%	38	100%
Me intereso por detectar factores de riesgo para diabetes gestacional.	0	0%	1	2.63%	1	2.63%	13	34.21%	23	60.53%	38	100%
Me preocupo por interpretar adecuadamente el tamiz de diabetes gestacional.	0	0%	0	0%	1	2.63%	15	39.47%	22	57.89%	38	100%
Me agrada atender pacientes en control prenatal y solicitar pruebas de tamizaje para diabetes gestacional.	1	2.63%	0	0%	2	5.26%	13	34.21%	22	57.89%	38	100%
Frecuentemente tengo pacientes con factores de riesgo para diabetes gestacional y siento que necesito herramientas que me ayuden para la toma de decisiones.	0	0%	3	7.89%	4	10.53%	13	34.21%	18	47.37%	38	100%

Tabla 3. Preguntas de actitud.

HABILIDAD DEL MÉDICO

Con respecto a los médicos en promedio se encontró un nivel de conocimientos BAJO ya que se obtuvo en general un 64.47% de aciertos, el 42% de los médicos se colocó en un nivel BAJO, seguidos por el 39% en un nivel de conocimientos ALTO y 18% se colocó en un nivel MEDIO. Gráfica 11. Tabla 4.

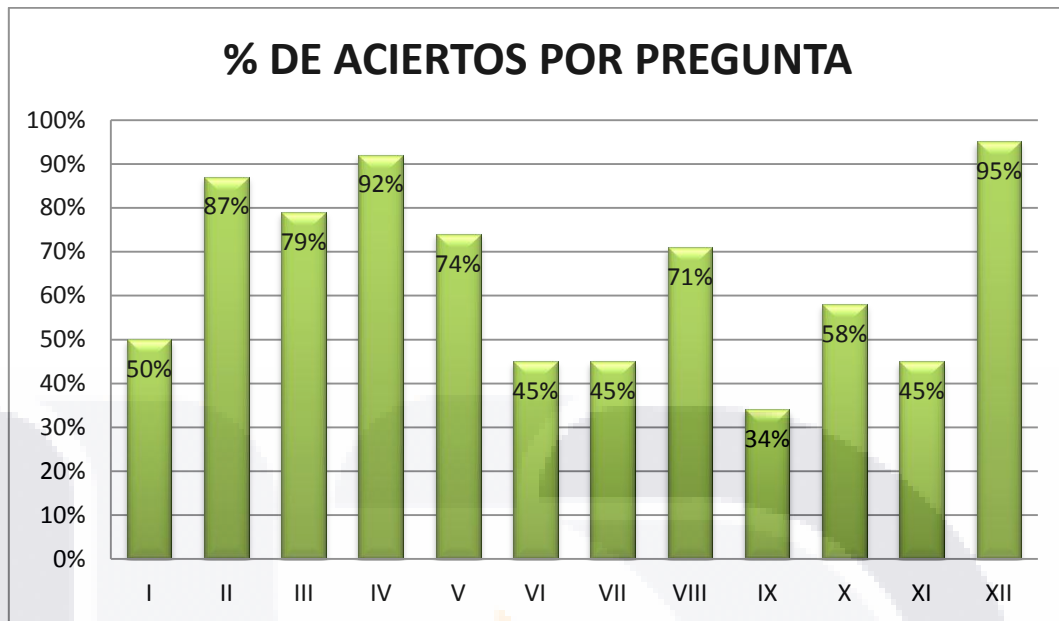


GRAFICA 11. Habilidad del médico.

En las preguntas destinadas para medir la habilidad del médico, se encontró que la pregunta con mayor porcentaje de aciertos fue la número 12, con 95%, contestando la aseveración como verdadera. (Se debe explicar a la paciente el procedimiento de tamiz de diabetes gestacional y la importancia de solicitarlo).

En segundo lugar la pregunta número 4, con 92% de aciertos, contestando la aseveración como falsa. (El antecedente de apendicetomía implica mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional).

En tercer lugar la pregunta número 2, con 87% de aciertos, contestando falso a la aseveración. (El inicio de vida sexual activa a los 13 años es factor de riesgo para diabetes gestacional. Grafica 12. Tabla 4



GRAFICA 12. Porcentaje de aciertos por pregunta, en el área de habilidad.

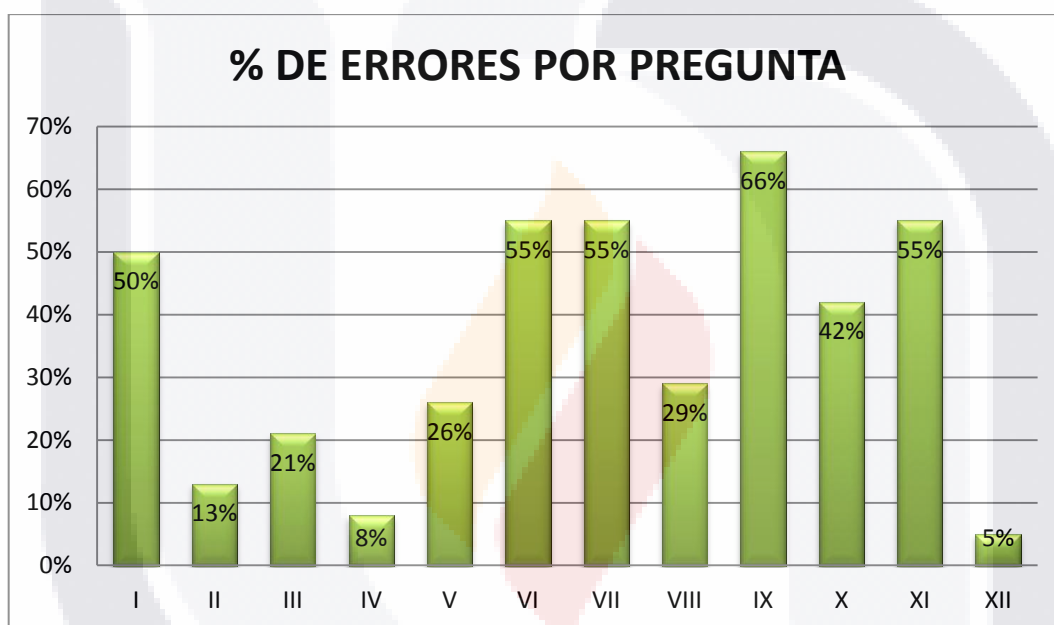
En contraste, la pregunta con mayor número de respuestas incorrectas fue la número 9, con 66% de error, contestando verdadero a la aseveración. (Se debe solicitar a la paciente tamiz de glucosa con carga de 75 gramos por ser paciente con obesidad grado I). Independientemente del grado de obesidad de la paciente, el tamiz de diabetes gestacional se indica con 50 gramos de glucosa.

En segundo lugar, están empatadas 3 preguntas con 55% de error, la número 6,7 y 11. Contestando verdadera en la pregunta 6, para la aseveración. (Se debe esperar a la semana 24 para solicitar prueba de tamiz para diabetes gestacional). Para la paciente del caso clínico planteado, por ser de alto riesgo, debe solicitarse tamiz desde la primera consulta.

Contestando falso en la pregunta 7, a la aseveración. (Se debe solicitar prueba de tamiz para diabetes gestacional desde la primera consulta). Esta aseveración es correcta por los factores de riesgo planteados en la paciente del caso clínico.

Contestando falso en la pregunta 11, para la aseveración. (Se considera tamiz positivo con valores post-carga mayor o igual a 130 mg/dl. Esta aseveración es falsa, el punto de corte son 140 mg/dl.

En tercer lugar con un porcentaje de 42% de error, la pregunta número 10, contestando verdadero a la aseveración. (Si el resultado de tamiz de glucosa es de 187 mg/dl se debe solicitar una curva de tolerancia a la glucosa. Con ese valor de tamiz se hace diagnóstico de diabetes gestacional y no se debe solicitar prueba de tolerancia a la glucosa. Gráfica 13. Tabla4.



GRAFICA 13. Porcentaje de errores por pregunta, en el área de habilidad.

HABILIDAD			
Ítem	Respuestas	Recuento	%
Al ser una paciente de 24 años se considera de bajo riesgo para diabetes gestacional.	Incorrecto	19	50%
	Correcto	19	50%
El inicio de vida sexual activa a los 13 años es factor de riesgo para diabetes gestacional	Incorrecto	5	13%
	Correcto	33	87%
Por los antecedentes familiares de diabetes se considera a la paciente de alto riesgo para diabetes gestacional.	Incorrecto	8	21%
	Correcto	30	79%
El antecedente de Apendicectomía implica mayor riesgo de	Incorrecto	3	8%

desarrollar diabetes gestacional.	Correcto	35	92%
El índice de masa corporal de la paciente la clasifica como de alto riesgo para diabetes gestacional.	Incorrecto	10	26%
	Correcto	28	74%
Se debe esperar a la semana 24 para solicitar prueba de tamiz para diabetes gestacional.	Incorrecto	21	55%
	Correcto	17	45%
Se debe solicitar prueba de tamiz para diabetes gestacional desde la primera consulta	Incorrecto	21	55%
	Correcto	17	45%
Se debe de solicitar prueba de hemoglobina glucosilada y de acuerdo al resultado valorar prueba de tamiz para diabetes gestacional.	Incorrecto	11	29%
	Correcto	27	71%
Se debe solicitar a la paciente tamiz de glucosa con carga de 75 gramos por ser paciente con obesidad grado I.	Incorrecto	25	66%
	Correcto	13	34%
Si el resultado de tamiz de glucosa es de 187mg/dl se debe solicitar una curva de tolerancia a la glucosa.	Incorrecto	16	42%
	Correcto	22	58%
Se considera tamiz positivo con valores pos carga de ≥ 130 mg/dl.	Incorrecto	21	55%
	Correcto	17	45%
Se debe explicar a la paciente en procedimiento de tamiz de diabetes gestacional y la importancia de solicitarlo.	Incorrecto	2	5%
	Correcto	36	95%

Tabla 4. Preguntas de habilidad.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio se logra caracterizar las dimensiones de la competencia clínica del médico ante la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo referente al tamizaje de diabetes gestacional, obteniéndose así que el área cognitiva se encuentra en un nivel bajo.

En relación a las actitudes, en promedio clasifican con un nivel ALTO ya que la mayoría de los puntajes son positivos, llama la atención que la mayoría de los médicos percibe que no cuenta con habilidades y aptitudes suficientes para diagnosticar pacientes con diabetes gestacional. La mejor actitud se observa en el interés por evitar complicaciones en el binomio materno fetal.

Con respecto a las habilidades para aplicar la GPC, los médicos clasifican en un nivel BAJO debido a que en general no se toman decisiones adecuadas tomando en cuenta un caso clínico planteado, desde los aspectos de antecedentes patológicos, interpretación de estudio de tamiz y estudios complementarios para el mismo.

Desde el modelo de Bloom (1977), las tres dimensiones que componen principalmente la conducta racional son los conocimientos como primer nivel o base intelectual, las actitudes como parte de la dimensión afectiva que involucran un análisis y un juicio de valor y el dominio conductual que involucra un desarrollo psicomotor y la coordinación neuro-muscular. Estos elementos llevan un orden jerárquico y explican integralmente la conducta racional, por lo que la falta en una de estas en los primeros niveles, necesariamente generaran deficiencias en el siguiente nivel. Este aspecto no lo podemos saber en este estudio debido a que su diseño no lo permite, sin embargo, deja ver cuáles son las áreas de mayor necesidad con respecto a la GPC por parte del médico en términos de conocimientos, habilidades y actitudes.

Este problema lo han investigado previamente otros investigadores, como Cabrera⁽³⁴⁾. En un estudio para evaluar la competencia clínica de médicos en atención primaria a la salud, encontrando que la competencia clínica es inadecuada. Aunque no especifica las

dimensiones a tomar en cuenta por separado. Cabrera en otro año midió el nivel de aptitud clínica del médico familiar para el tratamiento de la paciente con diabetes gestacional encontrando que la aptitud es baja. ⁽³⁵⁾. Trujillo investigo la competencia clínica en diabetes mellitus en los médicos antes y después del internado observando que el internado mejorar significativamente la competencia clínica del médico ⁽³⁷⁾. La información encontrada en este trabajo coincide con trabajos relacionados con el mismo problema.

Este estudio resulta útil porque aporta que en el primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, los médicos presentan dificultades en el área de conocimiento y habilidad a pesar de tener adecuada actitud con respecto a la guía de práctica clínica, con lo anterior propongo que se haga énfasis en realizar adiestramiento con diferentes técnicas educativas como cursos a distancia, cursos asistenciales, talleres para conocer las guías y ponerlas en práctica, que finalmente repercute en la mejora de la calidad de los servicios en salud.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permiten responder los objetivos específicos planteados, se evidencian áreas de oportunidad para la mejora continua en la capacitación del médico, con la finalidad de mejorar la correcta aplicación e interpretación del tamiz de diabetes gestacional en nuestra población.

A pesar que el nivel de actitud del médico se encuentra en nivel alto, con las deficiencias encontradas en conocimiento y habilidad, la competencia clínica con la que se cuenta para este rubro en específico no es la adecuada.

Si bien la actitud del médico es primordial para llevar a cabo una atención médica adecuada, sin el nivel adecuado de conocimiento y habilidad, esto no puede llevarse a cabo.

El hecho de que el médico muestre interés por adquirir habilidades y herramientas para utilizar de manera eficaz y eficiente el tamiz para diabetes gestacional, permitirá que un reforzamiento posterior de las áreas de oportunidad identificadas, se traduzca en aprendizaje significativo y de esta manera reflejarse en una mejora en la atención médica.

RECOMENDACIONES

Para estudios posteriores se recomienda elaborar un diseño de investigación que permita valorar la correlación para tener mayor evidencia sobre las causas que llevan a los médicos a no adherirse a las recomendaciones de la guía de práctica clínica, así como evaluar variables como aspectos externos ya que aún con el conocimiento y la actitud adecuados, los profesionales todavía enfrentan barreras que limitan su habilidad para seguir las recomendaciones por factores relacionados con el paciente, con la propia guía, u otros factores del entorno. Estos factores a su vez pueden hacer emerger barreras del ámbito de las actitudes, desencadenando una visión negativa sobre la utilidad de la guía (falta de expectativa sobre los resultados), sobre la factibilidad de aplicar sus recomendaciones, o en un sentido más amplio, pueden disminuir la motivación del profesional para modificar su conducta.

El llevar el proceso de investigación en este tema a un estado del arte superior, donde se puedan valorar diferentes estrategias educativas que refuercen las áreas de oportunidad identificadas.

Posteriormente la implementación de una estrategia que integre los resultados de un nivel analítico para aumentar el nivel de competencia por parte de los médicos de primer nivel.

GLOSARIO

COMPETENCIA: Es el dominio del conocimiento básico necesario, para el logro del conocimiento integral con los tres saberes (poder saber, poder hacer, poder sentir) la habilidad y la actitud en utilizarlo para ofrecer una atención integral en patología mamaria benigna conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que presenta el médico de primer contacto para la atención integral de la patología mamaria benigna en el dominio del conocimiento básico necesario, la habilidad y la actitud en utilizarlo para ofrecer una asistencia médica eficaz.

CONOCIMIENTO: Es un conjunto de datos, hechos y verdades de información almacenada a través de experiencia o de aprendizaje o a través de introspección. Significa la posición de un modelo de la realidad en la mente.

ACTITUD: Es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objetivo social definido, que predispone a una acción coherente con la cognición y afectos relativos a dicho objeto. La actitud está constituida por un triple componente. Cognitivo (las creencias, el conocimiento de los objetos, las experiencias previas que se almacenan en la memoria).

HABILIDAD: Es el grado de competencia de un sujeto concreto frente a un objetivo determinado. Es la destreza para ejecutar una cosa o capacidad y disposición para negociar o conseguir objetivos a través de unos hechos en relación con las personas, individual o en grupo.

BIBLIOGRAFÍA

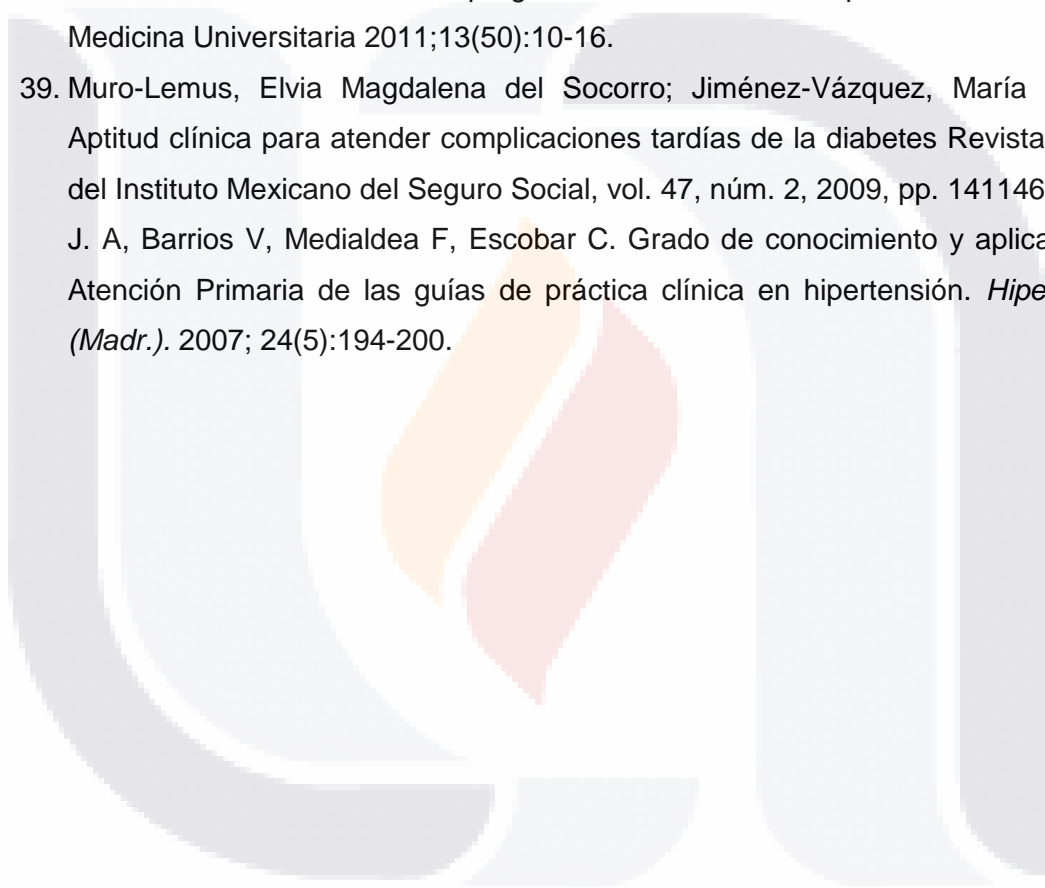
1. Casado F. La calidad asistencial y la competencia médica en la práctica clínica de emergencias, evaluada a través de un sistema de valoración del desempeño. *Emergencias*; 2012: 24.
2. Cabrera C. et al. Valoración global de la aptitud clínica de médicos familiares en el manejo de la diabetes mellitus con nefropatía inicial. *Revista de Investigación Clínica/ Vol. 57, Núm. 5. 2005. pp 685-690.*
3. Pedregal González M, et al. Evaluación de la competencia clínica de tutores de residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria* 2004;34(2):68-74.
4. Toledo J. et al. Evaluación de la competencia clínica en el posgrado de medicina familiar mediante el Examen Clínico Objetivo Estructurado. *Atención Primaria. 2002. Vol. 30, Núm. 7. Pp 435-441.*
5. E. Ruiz i Gil et al. Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia de Catalunya. *Atención Primaria. 2001: 28 (2): 105-109.*
6. García Hernández Altagracia, Viniegra Velázquez Leonardo. Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica. *Rev Invest Clin* 1999; 51(2): 93-98.
7. Sabido S. et al. Competencia y desempeño clínico en diabetes. *Revista de Investigación Clínica/ Vol. 50, Núm. 3. 1998. pp 211-216.*
8. Zabala A. Arnau L. *Como aprender y enseñar competencias. 4ed. ISBN 97884-7827-500-7 Editorial Graó. 2008*
9. Brailovsky CA. Educación médica, evaluación de las competencias clínicas. Pág. 103-122
10. De Serdio Romero E. ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. *Medicina de Familia (And)* 2002; 3(2):127-132.
11. Morreale M. *Developing Clinical Competence: A Workbook for the Ota. Slack Inc. 2014; 7-18*
12. Gutiérrez Martínez O. Educación y Entrenamiento Basados en el Concepto de Competencia: Implicaciones para la Acreditación de los Programas de Psicología. *Revista Mexicana de Psicología. 2005; 22(Número especial):255-272*

13. Larios MH, Trejo MJ, Gaviño AS, Cortés GT. Evaluación de la competencia clínica en el área de Ginecología y Obstetricia en pregrado. *Ginec Obstet Mex.* 2002; 70: 558-565
14. Cárdenas J. M. Algunas consideraciones sobre la epistemología. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 1999; 7(1-4): 81-82
15. Bustos R. P. Niveles de aprendizaje cognitivo programados y evaluados por los docentes de las Escuelas Académicas Profesionales de Obstetricia de las Universidades de Perú. 1997.
16. Durante E. Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires;* 2006 26: (2).
17. Olivé A. DE LA PIRÁMIDE DE KEOPS A LA PIRÁMIDE DE MILLER. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2005;6:131-2
18. Durante E. Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires;* 2006 26: (2).
19. Sybille Gumucio. et al. RECOGIDA DE DATOS METODOS CUANTITATIVOS, EJEMPLO DE ENCUESTAS CAP (CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS). Francia 2011. *Médecins du Monde.* Pp 4-13.
20. Brailovsky C.A, Grand M.P. Using evidence to improve evaluation: A comprehensive psychometric assessment of a SP- based OSCE licesing examination. *Advances in HealthSciencesEducation.* 2000; 5: 207-219.
21. Serdio R.E, ECOE: Evaluación clínica objetiva estructurada. Competencias y su evaluación. *Medicina de Familia (And)* 2002; 1: 49-52.
22. Donald G, Langsley M. Medical Competence and Performance Assessment. *JAMA* 1991; 266: 977-980.
23. <http://medicinafamiliar.univalle.edu.co/definicion.html>[Revisado JUL 2016]
24. Narro Robles J; Medicina Familiar, En: "La salud en México, testimonios 1998".Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. Soberón G. Kumate J. Laguna J. (Compiladores). Vol. 2, Tomo IV, México, Ed. Fondo de Cultura Económica 1989:239-252.
25. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el embarazo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
26. Márquez-Vega Jhonmer, Monterrosa-Castro Álvaro, Romero-Pérez Ivette Marina, Arteta-Acosta Cindy. DIABETES GESTACIONAL: ESTADO ACTUAL EN EL

- TAMIZAJE Y EL DIAGNÓSTICO. REVISTA CIENCIAS BIOMÉDICAS. 2011; 2 (2): 297- 304
27. ARIMAC. Red Local.
 28. Larios Mendoza H. Competencia profesional y competencia clínica. http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/oct_01_ponencia.html
 29. Gómez López V.M y et al. Diabetes Mellitus: Aptitud clínica del médico de atención primaria. Educación Médica 2006; 9(1): 35-39.
 30. Sepúlveda-Vildósola AC, Gaspar-López N, Reyes-Lagunes LI, González-Cabello HJ. Confiabilidad y validez de un instrumento de evaluación de la competencia clínica integral de médicos residentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(1):30-9.
 31. Base de datos de muerte materna/ Grupo AI- DeM APV. <http://www.calidad.salud.gob.mx> [consultado 15/08/2016].
 32. Diagnóstico temprano de diabetes gestacional Pamela M Nava Díaz, José Meneses Calderón, Carlos Gabriel Briones Vega, Manuel Díaz de León Ponce, Jesús Carlos Briones Garduño. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y terapia Intensiva. Vol. XXIV, Núm. 3 / Jul.-Sep. 2010 pp 110-113 American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2011. Diabetes Care.2011;33(suppl.1):S11-S61.
 33. Rouvier M., González- Block M., et al. Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna. Salud Pública de México (México) 2013; 55 (2): 185-192.
 34. Competencia clínica para la atención del climaterio en médicos de atención primaria a la salud de Ciudad de Guatemala, Guatemala. Cabrera-Pivaral, C. E., González-Pérez, G. J., Vega-López, M. G., Recinos-Girón, J. J., Zavala-González, M. A. 2015 Vol. 11 No. 2:5 doi: 10.3823/1247
 35. Carlos Enrique Cabrera Pivaral, Elizabeth Rivera Clara, Luz María Adriana Balderas Peña, Mayari Cabrera Centeno, Carlos Alonso Reynoso. Aptitud clínica del médico familiar ante pacientes con diabetes gestacional. Ginecol Obstet Mex 2008;76(2):97-106.
 36. Cabrera-Pivaral CE, Gutiérrez-Ruvalcaba CL, Peralta-Heredia IC, Alonso-Reynoso C. Development and validation of an instrument to measure family physicians'

clinical aptitude in metabolic syndrome in Mexico. *Salud Publica Mex* 2008;50:457-462.

37. Francisco David Trujillo Galván, Roberto González Cobos, Catalina Munguía Miranda. Competencia clínica en diabetes mellitus. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (6): 467-472468.
38. Leoncio Miguel Rodríguez-Guzmán, Armando Molina-de la O, Aarón Galán Cobos, Roberto Rodríguez-García, Arturo Aguilar-Ye, Beatriz Pérez-Ovando. Aptitud clínica del médico interno de pregrado en la atención de pacientes con dengue. *Medicina Universitaria* 2011;13(50):10-16.
39. Muro-Lemus, Elvia Magdalena del Socorro; Jiménez-Vázquez, María Marcela. Aptitud clínica para atender complicaciones tardías de la diabetes *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 47, núm. 2, 2009, pp. 141-146. División J. A, Barrios V, Medialdea F, Escobar C. Grado de conocimiento y aplicación en Atención Primaria de las guías de práctica clínica en hipertensión. *Hipertensión (Madr.)*. 2007; 24(5):194-200.







INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
 Y POLÍTICAS DE SALUD
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“COMPETENCIA CLÍNICA DE LOS MEDICOS REFERENTE AL TAMIZAJE DE LA DIABETES GESTACIONAL ANTE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Ags. _____
Número de registro:	R-2016-101-19
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo del estudio es: Determinar la competencia del médico referente al tamizaje de diabetes gestacional ante la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo en la Unidad de Medicina familiar no 1 del IMSS delegación Aguascalientes. Se diseño el presente estudio para identificar áreas de oportunidad dentro de la competencia clínica del médico.
Procedimientos:	Se utilizará la técnica de cuestionario auto aplicado como instrumento de evaluación para medir la competencia clínica del médico.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos en la participación en el protocolo de investigación, la molestia es el tiempo invertido para contestar el cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	De manera directa contribuir hacia la identificación de áreas de oportunidad dentro de la competencia clínica. De manera indirecta mejorar la competencia clínica del médico.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El informe de resultados será proporcionado personalmente a todo participante que así lo manifieste, de igual manera será presentada como trabajo de tesis.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi situación laboral en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este cuestionario y que los datos relacionados con el estudio serán estrictamente confidenciales.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica.
Beneficios al término del estudio:	Conocer competencia clínica del médico hacia el tamiz de diabetes gestacional.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Jesús Martín Galaviz De Anda. Adscrito A Hgz No 2 IMSS Delegación Aguascalientes. Correo martinalgaviz@yahoo.com Tel 449-950-0175.
Colaboradores:	Investigador Tesista Dr. Samuel Amed Torres Ramírez. Adscrito a UMF No 1 IMSS Delegación Aguascalientes. Correo amed_s@hotmail.com Tel 449-107-98-89.
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: comision.etica@imss.gob.mx	

 Nombre y firma del sujeto
 Testigo 1

 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
 Testigo 2

 Nombre, dirección, relación y firma

 Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO B. INSTRUMENTO

AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ESTUDIO “COMPETENCIA CLINICA DE LOS MEDICOS ANTE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES E EL EMBARAZO REFERENTE AL TAMIZAJE DE DIABETES GESTACIONAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.”.

INTRODUCCIONES: Marque con una X el espacio correspondiente sin utilizar la columna para codificar.

Características Generales:

Codificar

- 1. ¿Qué edad tiene?
- a) Menor de 50 años
- b) Mayor de 50 años

- 2. Sexo:
- a) Masculino
- b) Femenino

- 3. ¿Cuál es su estado civil?
- a) Soltero (divorciado, viudo)
- b) Casado

- 4. ¿Cuántos años tiene laborando en la institución?
- a) Menos de 15 años
- b) Mas de 15 años

- 5. ¿Cuál es su categoría?
- a) Médico con especialidad
- b) Médico sin especialidad

6. ¿Cuál es su turno laboral? _____

___a) Matutino

___b) Vespertino

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**CUESTIONARIO PARA DETERMINAR EL CONOCIMIENTO DEL MÉDICO ANTE LA
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA
DIABETES EN EL EMBARAZO REFERENTE AL TAMIZAJE DE DIABETES
GESTACIONAL**

INSTRUCCIONES: Escriba en el espacio subrayado una **V** si considera que la aseveración es verdadera y una **F** si considera que es falsa.

1.- ___ La diabetes gestacional es definida como la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después del embarazo.

2.- ___ La diabetes pregestacional o preexistente se refiere a pacientes conocidas con diabetes tipo 1 o 2 que se embarazan.

3.- ___ La prevalencia de diabetes gestacional a nivel mundial es de 15%.

4.- ___ Las mujeres que desarrollan diabetes gestacional tienen alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

5.- ___ La mujer mexicana pertenece a un grupo étnico de riesgo para Diabetes Mellitus.

6.- ___ Edad menor a 25 años al momento de embarazo es factor de riesgo de diabetes gestacional.

7.- ___ Mujer mexicana de menos de 25 años con peso normal (IMC menor a 25 kg/m²) antes del embarazo, sin antecedentes familiares de diabetes, sin historia de malos resultados obstétricos, es considerada como de bajo riesgo para diabetes gestacional.

8.- ___ Paciente con antecedente de productos macrosómico (≥ 4 kg al nacer) se considera de riesgo moderado para diabetes gestacional.

9.- ___ El Tamiz de diabetes gestacional se realiza con 50gr de glucosa.

10.- ___ El tamiz de diabetes incluye un monitoreo basal en ayuno y 2 horas posterior a la carga de glucosa.

- 11.- ___ Se considera positivo un tamiz con resultado de glucemia postcarga ≥ 135 mg/dl.
- 12.- ___ Se considera diagnóstico de diabetes gestacional un resultado de glucemia de 180mg/dl una hora después de carga de 50 gr de glucosa.
- 13.- ___ Una glucemia en ayuno de 120mg/dl, contraindica realización de tamiz para diabetes gestacional.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

CUESTIONARIO PARA CONOCER LA ACTITUD DEL MEDICO ANTE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO REFERENTE AL TAMIZAJE DE DIABETES GESTACIONAL

INSTRUCCIONES: Marque con una X el grado de acuerdo o desacuerdo en los reactivos de la columna correspondiente, no utilice la columna de codificación.

	REACTIVOS	COMPLETAMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	CODIFICACION
1	Me interesa conocer cómo se sienten mis pacientes que padecen diabetes gestacional.						
2	Siento que necesito conocimientos ,habilidades y aptitudes para diagnosticar pacientes con diabetes gestacional						
3	Siento que cuento con habilidades y aptitudes suficientes para diagnosticar pacientes con diabetes gestacional						
4	Me interesa saber el grado de satisfacción que tienen mis pacientes con el tamizaje de diabetes gestacional.						
5	Me preocupa saber que la detección oportuna de diabetes gestacional evita complicaciones en el binomio materno fetal.						
6	Me preocupo por solicitar tamiz de diabetes gestacional a todas las pacientes que atiendo en control prenatal.						
7	Me intereso por detectar factores de riesgo para diabetes gestacional.						

8	Me preocupo por interpretar adecuadamente el tamiz de diabetes gestacional.						
9	Me agrada atender pacientes en control prenatal y solicitar pruebas de tamizaje para diabetes gestacional.						
10	Frecuentemente tengo pacientes con factores de riesgo para diabetes gestacional y siento que necesito herramientas que me ayuden para la toma de decisiones.						

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

CASO CLÍNICO PARA CONOCER EL ÁREA DE HABILIDADES DEL MÉDICO ANTE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO REFERENTE AL TAMIZAJE DE DIABETES GESTACIONAL.

Mujer de 24 años acude a consulta para inicia control prenatal, acude con ultrasonido que evidencia embarazo intrauterino de 9 semanas de gestación. Se refiere asintomática, niega perdidas transvaginales.

AHF: Abuela materna y madre con diabetes mellitus tipo 2. Resto preguntado y negado.

APP: Apendicectomía a los 23 años, alérgica a sulfas. Obesidad diagnosticada desde los 13 años.

AGO: Menarca a los 12 años, ciclos menstruales irregulares. Inicio de vida sexual activa a los 13 años 2 parejas sexuales, aparentemente sanos. Fecha de última regla hace 3 meses. Primigesta. Nunca ha utilizado métodos de planificación familiar.

SV Peso 79 kg Talla 155 cm IMC 32.88 TA 120/70 mm/Hg FC 75x`FR 18x`Temp 35.2°C

A la exploración se encuentra paciente consciente, adecuada coloración e hidratación, pares craneales íntegros, pupilas isocóricas y nomoreflécticas, sin datos de focalización neurológica, orofaringe normal, piezas dentales sin alteraciones, cuello sin nodulaciones aparentes, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, sin fenómenos

exudativos asociados, precordio rítmico sin agregados, abdomen blando, depresible, globoso a expensas de panículo adiposo con fondo uterino por debajo de la sínfisis del pubis, extremidades integras sin edema.

INSTRUCCIONES: Conteste en el espacio vacío de la izquierda con F si considera que la aseveración es falsa o con V si es verdadera, según considere respecto al caso clínico que se presenta.

1. ____ Al ser una paciente de 24 años se considera de bajo riesgo para diabetes gestacional.
2. ____ El inicio de vida sexual activa a los 13 años es factor de riesgo para diabetes gestacional.
3. ____ Por los antecedentes familiares de diabetes se considera a la paciente de alto riesgo para diabetes gestacional.
4. ____ El antecedentes de Apendicectomía implica mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
5. ____ El índice de masa corporal de la paciente la clasifica como de alto riesgo para diabetes gestacional.
6. ____ Se debe esperar a la semana 24 para solicitar prueba de tamiz para diabetes gestacional.
7. ____ Se debe solicitar prueba de tamiz para diabetes gestacional desde la primera consulta.
8. ____ Se debe de solicitar prueba de hemoglobina glucosilada y de acuerdo al resultado valorar prueba de tamiz para diabetes gestacional.
9. ____ Se debe solicitar a la paciente tamiz de glucosa con carga de 75 gramos por ser paciente con obesidad grado I.
10. ____ Si el resultado de tamiz de glucosa es de 187mg/dl se debe solicitar una curva de tolerancia a la glucosa.
11. ____ Se considera tamiz positivo con valores postcarga de ≥ 130 mg/dl.

12. ____ Se debe explicar a la paciente en procedimiento de tamiz de diabetes gestacional y la importancia de solicitarlo.

ANEXO C. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Edad: Tiempo en año que ha vivido una persona desde su nacimiento.</p>	Características sociodemográficas.	-Menor a 50 años -Mayor a 50 años	1	Cualitativa Ordinal Dicotómica
<p>Sexo Condición orgánica que distingue hombre de mujer.</p>	Características sociodemográficas.	-Masculino -Femenino	2	Cualitativa Nominal Dicotómica
<p>Estado civil Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos civiles maritales con otra persona.</p>	Características sociodemográficas	-Soltero (se incluye divorciado, viudo) -Casado	3	Cualitativa Nominal Dicotómica
<p>Años laborados: Antigüedad laboral al momento del cuestionario</p>	Características sociodemográficas	-Menos de 15 años -Más de 15 años	4	Cualitativa Ordinal Dicotómica
<p>Categoría: Grado del médico en el instituto</p>	Características sociodemográficas	-Médico con especialidad -Médico sin especialidad	5	Cualitativa Nominal Dicotómica
<p>Turno: Periodo en el cual desarrolla una actividad o se desempeña un cargo</p>	Características sociodemográficas	-Matutino -Vespertino	6	Cualitativa Nominal Dicotómica

OBJETIVO	DEFINICION	DIMENSIONES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	ITEMS	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	INDICE
Identificar la competencia clínica en el área cognitiva que el médico tiene hacia el tamiz de diabetes gestacional en la UMF No. 1 en la Delegación Aguascalientes.	<p>Teoría motivacional de Miller Competencia</p> <p>Es el dominio del conocimiento básico necesario, para el logro del conocimiento integral con los tres saberes (poder saber, poder hacer, poder sentir) la habilidad y la actitud. Conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que presenta el médico familiar para la atención integral en el dominio del conocimiento</p>	<p>Conocimiento o Poder (saber) saber</p> <p>construcción abstracta legitimado académicamente</p>	<p>Es un conjunto de datos, hechos y verdades de información almacenada a través de experiencia o de aprendizaje o a través de introspección. Significa la posición de un modelo de la realidad en la mente.</p>	Nominal	Dicotómica	<p>La diabetes mellitus gestacional es definida como la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después del embarazo.</p> <p>La diabetes pregestacional o preexistente se refiere a pacientes conocidas con diabetes tipo 1 o 2 que se embarazan.</p> <p>La prevalencia de diabetes gestacional a nivel mundial es de 15%.</p> <p>Las mujeres que desarrollan diabetes gestacional tienen alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.</p> <p>La mujer mexicana pertenece a un grupo</p>	<p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p>	<p>VERDADERO</p> <p>VERDADERO</p> <p>FALSO</p> <p>VERDADERO</p> <p>VERDADERO</p>	<p>Nivel de competencia en el conocimiento:</p> <p>ALTO: Si el resultado de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es entre 80 y 100%</p> <p>MEDIO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es entre 60 y 79%</p> <p>BAJO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es menor a 59%</p>

	<p>básico necesario, la habilidad y la actitud en utilizarlo para ofrecer una asistencia médica eficaz.</p>				<p>étnico de riesgo para Diabetes Mellitus.</p> <p>Edad menor a 25 años al momento de embarazo es factor de riesgo de diabetes gestacional.</p> <p>Mujer mexicana de menos de 25 años con peso normal (IMC menor a 25 kg/m²) antes del embarazo, sin antecedentes familiares de diabetes, sin historia de malos resultados obstétricos, es considerada como de bajo riesgo para diabetes gestacional.</p> <p>Paciente con antecedente de productos macrosómico ($\geq 4\text{kg}$ al nacer) se considera de riesgo moderado para diabetes gestacional.</p> <p>El Tamiz de diabetes gestacional se realiza con 50gr de glucosa.</p>	<p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p>	<p>FALSO</p> <p>FALSO</p> <p>FALSO</p> <p>VERDADERO</p>	
--	---	--	--	--	--	---	---	--

						<p>El tamiz de diabetes incluye un monitoreo basal en ayuno y 2 horas posterior a la carga de glucosa.</p> <p>Se considera positivo un tamiz con resultado de glucemia postcarga \geq 135mg/dl.</p> <p>Se considera diagnóstico de diabetes gestacional un resultado de glucemia de 180mg/dl una hora después de carga de 50 gr de glucosa.</p> <p>Una glucemia en ayuno de 120mg/dl, contraindica realización de tamiz para diabetes gestacional.</p>	<p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas</p>	<p>FALSO</p> <p>VERDADERO</p> <p>VERDADERO</p> <p>FALSO</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--	---	--

							con respuesta negativa (F)		
Identificar la competencia clínica en nivel de actitud que el médico tiene hacia el tamiz de diabetes gestacional en la UMF No. 1 en la Delegación Aguascalientes.		Actitud Poder (saber) Sentir re significación de la experiencia para orientar la acción.	Es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objetivo social definido, que predispone a una acción coherente con la cognición y afectos relativos a dicho objeto. La actitud está constituida	Ordinal	Likert	Me interesa conocer cómo se sienten mis pacientes que padecen diabetes gestacional. Siento que necesito conocimientos, habilidades y actitudes para diagnosticar pacientes con diabetes gestacional. Siento que cuento con habilidades y aptitudes suficientes para diagnosticar pacientes con diabetes gestacional Me interesa saber el grado de satisfacción que tienen mis pacientes con el tamizaje de diabetes gestacional Me preocupa saber que la detección oportuna de diabetes gestacional evita complicaciones en el binomio materno fetal. Me preocupo por solicitar tamiz de diabetes gestacional a todas las pacientes que atiendo en control prenatal. Me intereso por detectar	5.Completamente de acuerdo 4.-De acuerdo 3.-No se mi postura al respecto 2.-En desacuerdo 1.Completamente en desacuerdo	Nivel de competencia en Actitud : ALTO: Si el resultado de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es entre 80 y 100% MEDIO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es entre 60 y 79% BAJO: Si el	

			<p>por un triple componente. Cognitivo (las creencias, el conocimiento de los objetos, las experiencias previas que se almacenan en la memoria)</p>		<p>factores de riesgo para diabetes gestacional.</p> <p>Me preocupo por interpretar adecuadamente el tamiz de diabetes gestacional</p> <p>Me agrada atender pacientes en control prenatal y solicitar pruebas de tamizaje para diabetes gestacional</p> <p>Frecuentemente tengo pacientes con factores de riesgo para diabetes gestacional y siento que necesito herramientas que me ayuden para la toma de decisiones</p>			<p>resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es menor a 59%</p>
--	--	--	---	--	--	--	--	--

<p>Identificar la competencia clínica en nivel de habilidades que el médico tiene hacia el tamiz de diabetes gestacional en la UMF No. 1 en la Delegación Aguascalientes</p>		<p>Habilidad Poder (saber) Hacer saberes experienciales aplicables y demostrables</p>	<p>Es el grado de competencia de un sujeto concreto frente a un objetivo determinado. Es la destreza para ejecutar una cosa o capacidad y disposición para negociar o conseguir objetivos a través de unos hechos en relación con las personas, individual o en grupo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Dicotómica</p>	<p>Al ser una paciente de 24 años se considera de bajo riesgo para diabetes gestacional. El inicio de vida sexual activa a los 13 años es factor de riesgo para diabetes gestacional. Por los antecedentes familiares de diabetes se considera a la paciente de alto riesgo para diabetes gestacional. El antecedente de Apendicectomía implica mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional. El índice de masa corporal de la paciente la clasifica como de alto riesgo para diabetes gestacional. Se debe esperar a la semana 24 para solicitar prueba de tamiz para diabetes gestacional.</p>	<p>Preguntas con respuesta negativa (F) Preguntas con respuesta negativa (F) Preguntas con respuesta positiva (V) Preguntas con respuesta negativa (F) Preguntas con respuesta positiva (V)</p>	<p>FALSO FALSO VERDADERO FALSO VERDADERO FALSO</p>	<p>Nivel de competencia en Habilidades ALTO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es entre 80 y 100% REGULAR: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es entre 60 y 79% BAJO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas</p>
--	--	--	---	----------------	-------------------	---	---	---	---

					<p>Se debe solicitar prueba de tamiz para diabetes gestacional desde la primer consulta.</p> <p>Se debe de solicitar prueba de hemoglobina glucosilada y de acuerdo al resultado valorar prueba de tamiz para diabetes gestacional.</p> <p>Se debe solicitar a la paciente tamiz de glucosa con carga de 75 gramos por ser paciente con obesidad grado I.</p> <p>Si el resultado de tamiz de glucosa es de 187mg/dl se debe solicitar una curva de tolerancia a la glucosa.</p> <p>Se considera tamiz positivo con valores post carga de ≥ 130mg/dl.</p> <p>Se debe explicar a la paciente en procedimiento de tamiz</p>	<p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p>	<p>VERDADERO</p> <p>FALSO</p> <p>FALSO</p> <p>FALSO</p> <p>VERDADERO</p> <p>VERDADERO</p>	<p>correctamente sobre el total ideal es menor a 59%</p> <p>Nivel de competencia global</p> <p>ALTO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente en las tres dimensiones sobre el total ideal es entre 80 y 100%</p> <p>MEDIO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente en las tres dimensiones sobre el total ideal es entre 60 y 79%</p> <p>BAJO: Si el</p>
--	--	--	--	--	--	---	---	--

						de diabetes gestacional y la importancia de solicitarlo.	<p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p>		<p>resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente en las tres dimensiones sobre el total ideal es menor a 59%</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

MANUAL OPERACIONAL

COMPETENCIA CLINICA DE LOS MEDICOS REFERENTE AL TAMIZAJE DE DIABETES GESTACIONAL ANTE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

La competencia clínica es un constructo complejo, multifacético, multivariado y multidimensional en relación con una situación multidisciplinaria en el campo de la medicina, se define como la capacidad de hacer una cosa o la capacidad de cumplir una tarea, abarca las áreas de conocimiento, actitud y habilidad.

Por lo anterior se requiere de un instrumento que incluya estos tres elementos.

De esta manera surge el interés por realizar el presente estudio para determinar, la competencia clínica que el médico de primer contacto tiene sobre el tamizaje de diabetes gestacional ante la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo.

En el IMSS del estado de Aguascalientes no se han realizado estudios que determinen las competencias de los médicos de primer contacto referente al tamizaje de diabetes gestacional ante la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo.

Criterios de inclusión:

- Médicos de primer contacto que laboren en la UMF 1 del IMSS, Delegación Aguascalientes, asignados a consultorio en los turnos matutino y vespertino.
- Médicos que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

2.-Se localizará al médico en su área de trabajo, se le dará una carta de consentimiento informado, se le explicará que se le entregará un cuestionario, el cual es auto administrado, consta en una primera parte, de la ficha de identificación, una segunda

parte, una valoración enfocada en la valoración del área cognoscitiva, la tercer parte valorará actitud y la cuarta parte para determinar la competencia clínica de los médicos referente al tamizaje de diabetes gestacional ante la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo.

3.-El cuestionario consta de 35 preguntas y la duración será de 30 minutos aproximadamente, la información que se maneja en esta entrevista será confidencial y no le afectará en su actividad laboral.

4.- Se le comunicará al entrevistado que en el momento en que él no quiera contestar una pregunta, o no quiera continuar con la entrevista se puede retirar.

Sección I CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE LOS MÉDICOS.

En esta sección la información se obtendrá por medio de los datos obtenidos del cuestionario.

Características demográficas.

En las características demográficas se obtendrán de una entrevista con el médico, incluyendo a los médicos que reúnan los siguientes criterios:

- Médicos que laboren en la UMF 1, Delegación Aguascalientes
- Médicos que se encuentren laborando en ese momento en la institución y que quieran participar de manera voluntaria.

I.1.- Datos personales

I.1.a.- ¿Qué edad tiene?

- Menor de 50 años
- Mayor de 50 años

I.1.b.- ¿Cuál es su género?

- Masculino
- Femenino

I.1.c.- ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero (divorciado, viudo)

Casado

I.1.d.- ¿Cuántos años tiene laborando en la institución?

Menos de 15 años

Más de 15 años

I.1.e.- ¿Cuál es su categoría?

Médico con especialidad

Médico sin especialidad

I.1.f. ¿Cuál es su turno laboral?

Matutino

Vespertino

Sección II. CONOCIMIENTO

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR EL ÁREA COGNITIVA DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO REFERENTE AL TAMIZAJE DE DIABETES GESTACIONAL ANTE LA GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO

Esta sección se hizo con la finalidad de determinar el conocimiento que tiene el médico referente al tamizaje de diabetes mellitus gestacional.

Se le indicará al entrevistado las opciones que tiene para contestar, con un cuestionario con dos opciones de respuesta de tipo FALSO Y VERDADERO.

La respuesta del entrevistado será escribir la letra F o V de acuerdo si la aseveración es falsa o verdadero, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyecto codificará de la siguiente manera:

De acuerdo a la respuesta del entrevistado, puede ser correcta o incorrecta y se codificará de la siguiente manera:

1. Correcta

2. Incorrecta

Ejemplo de la estructura de las preguntas para evaluar conocimiento.

La diabetes gestacional solo se presenta en mujeres.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el médico tiene el conocimiento para saber que la diabetes gestacional solo se presenta en mujeres. La aseveración “la diabetes gestacional solo se presenta en mujeres” es verdadera, por lo que en el espacio de respuesta deberá aparecer un letra V para considerarla como pregunta correcta y si aparece una letra F se estará considerando la aseveración como falsa, por lo que la pregunta será calificada como incorrecta.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.

1 La diabetes mellitus gestacional es definida como la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después del embarazo

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico conoce la definición de diabetes mellitus gestacional

La aseveración es verdadera.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.

2 La diabetes pre gestacional o preexistente se refiere a pacientes conocidas con diabetes tipo 1 o 2 que se embarazan.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el médico conoce la definición de diabetes pregestacional o preexistente.

Codificación: La aseveración es verdadera, si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.

3 La prevalencia de diabetes gestacional a nivel mundial es de 15%.

Explicación

En esta pregunta se pretende saber si el médico conoce la prevalencia de diabetes gestacional a nivel mundial.

La aseveración es falsa, la prevalencia de diabetes gestacional a nivel mundial es de 7%.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

4 Las mujeres que desarrollan diabetes gestacional tienen alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

Explicación

Con esta cuestión se pretende saber si el médico conoce el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en las pacientes que cursaron con diabetes gestacional.

Codificación: La aseveración es verdadera, si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.

5 La mujer mexicana pertenece a un grupo étnico de riesgo para Diabetes Mellitus.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar si el médico sabe que la mujer mexicana pertenece a un grupo étnico de riesgo para diabetes gestacional.

Codificación: La aseveración es verdadera, si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.

6 Edad menor a 25 años al momento de embarazo es factor de riesgo de diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico conoce la edad de corte a la que una paciente es considerada como de riesgo para diabetes gestacional

La aseveración es falsa, el tener edad menor a 25 años se considerado sin factor de riesgo para diabetes gestacional.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

7 Mujer mexicana de menos de 25 años con peso normal (IMC menor a 25 kg/m2) antes del embarazo, sin antecedentes familiares de diabetes, sin historia de malos resultados obstétricos, es considerada como de bajo riesgo para diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico conoce que de acuerdo a la etnia la mujer mexicana es considerada como de riesgo alto para diabetes gestacional

La aseveración es falsa, por ser mujer mexicana se considera como de riesgo alto para diabetes gestacional.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

8 Paciente con antecedente de productos macrosómicos ($\geq 4\text{kg}$ al nacer) se considera de riesgo moderado para diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico conoce que el antecedente de productos macrosómicos confiere alto riesgo para diabetes gestacional.

La aseveración es falsa, productos de $\geq 4\text{kg}$ al nacer confieren alto riesgo para desarrollar diabetes gestacional.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

9 El Tamiz de diabetes gestacional se realiza con 50gr de glucosa.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico conoce que cantidad de glucosa se utiliza para realizar el tamiz de diabetes gestacional.

Codificación: La aseveración es verdadera, si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.

10 El tamiz de diabetes incluye un monitoreo basal en ayuno y 2 horas posterior a la carga de glucosa.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber el conocimiento del médico conoce como se realiza el tamiz de diabetes gestacional.

La aseveración es falsa, no se necesita ayuno para realizar la prueba y la determinación de glucemia post-carga es después de 1 hora.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

11 Se considera positivo un tamiz con resultado de glucemia post carga \geq 135mg/dl.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico tiene el conocimiento la interpretación de un tamiz de diabetes gestacional.

Codificación: La aseveración es verdadera, a partir de 130mg/dl se considera tamiz positivo. Si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.

12 Se considera diagnóstico de diabetes gestacional un resultado de glucemia de 180mg/dl una hora después de carga de 50 gr de glucosa.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico conoce la interpretación del tamiz de diabetes gestacional.

Codificación: La aseveración es verdadera. Si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.

13 Una glucemia en ayuno de 120mg/dl, contraindica realización de tamiz para diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico conoce las contraindicaciones para indicar tamiz de diabetes gestacional.

La aseveración es falsa, glicemia en ayuno de 120 mg/dl, no contraindica la realización de un tamiz de diabetes gestacional.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

Sección III. ACTITUD

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR EL ÁREA DE ACTITUD DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO REFERENTE AL TAMIZAJE DE DIABETES GESTACIONAL ANTE LA GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO

Esta sección tiene la finalidad de conocer la actitud de los médicos de primer contacto primer contacto referente al tamizaje de diabetes gestacional.

Se le indicara al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentaran las hojas con la escala de Likert, con las siguientes opciones: Completamente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, desacuerdo y completamente en desacuerdo.

La respuesta del entrevistado será marcada con una **X**, de acuerdo a los reactivos de la columna correspondiente, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyecto codificara de la siguiente manera:

Si la pregunta es positiva.

- 5. Completamente de acuerdo
- 4. De acuerdo
- 3. Indiferente
- 2. Desacuerdo
- 1. Completamente en desacuerdo

Si la pregunta es negativa

- 5. Completamente en desacuerdo
- 4. Desacuerdo
- 3. Indiferente
- 2. De acuerdo
- 1. Completamente de acuerdo

1 Me interesa conocer cómo se sienten mis pacientes que padecen diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico de primer contacto con respecto a la empatía que muestra hacia las pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una **X** y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERENTE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

2 Siento que necesito conocimientos, habilidades y actitudes para diagnosticar pacientes con diabetes gestacional

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico acerca de la necesidad de adquirir herramientas suficientes para diagnosticar pacientes con diabetes gestacional.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una **X** y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo

- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

3 Siento que cuento con habilidades y aptitudes suficientes para diagnosticar pacientes con diabetes gestacional

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber la actitud del médico hacia las herramientas con las que cuenta para diagnosticar pacientes con diabetes gestacional.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una **X** y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

4 Me interesa saber el grado de satisfacción que tienen mis pacientes con el tamizaje de diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el médico se encuentra motivado a conocer el grado de satisfacción de las pacientes con diabetes gestacional.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una **X** y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

5 Me preocupa saber que la detección oportuna de diabetes gestacional evita complicaciones en el binomio materno fetal.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico de primer contacto para evitar complicaciones en el binomio materno fetal al realizar detección oportuna de diabetes gestacional.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una **X** y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

6 Me preocupo por solicitar tamiz de diabetes gestacional a todas las pacientes que atiende en control prenatal.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico de primer contacto se encuentra motivado para solicitar tamiz de diabetes gestacional a pacientes en control prenatal.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una **X** y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

7 Me intereso por detectar factores de riesgo para diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el médico se encuentra motivado para detectar factores de riesgo para diabetes gestacional

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una **X** y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

8 Me preocupo por interpretar adecuadamente el tamiz de diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber la actitud del médico para interpretar adecuadamente el tamiz de diabetes gestacional.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una **X** y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

9 Me agrada atender pacientes en control prenatal y solicitar pruebas de tamizaje para diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico se encuentra motivado para atender pacientes en control prenatal y solicitar tamiz de diabetes gestacional.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una **X** y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

12 Frecuentemente tengo pacientes con factores de riesgo para diabetes gestacional y siento que necesito herramientas que me ayuden para la toma de decisiones.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico acerca de las herramientas que tiene para normar una conducta con pacientes con factores de riesgo para diabetes gestacional.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará marcada con una **X** y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERENTE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

Sección IV. HABILIDADES

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LA HABILIDAD DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO REFERENTE AL TAMIZAJE DE DIABETES GESTACIONAL ANTE LA GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO

Esta sección se hizo con la finalidad de determinar la habilidad que tiene el médico referente al tamizaje de diabetes mellitus gestacional utilizando un caso clínico.

Se le indicará al entrevistado las opciones que tiene para contestar, con un cuestionario con dos opciones de respuesta de tipo FALSO Y VERDADERO.

La respuesta del entrevistado será escribir la letra F o V de acuerdo si la aseveración es falsa o verdadero, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyecto codificará de la siguiente manera:

De acuerdo a la respuesta del entrevistado, puede ser correcta o incorrecta y se codificará de la siguiente manera:

1. Correcta
Incorrecta

CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años acude a consulta para iniciar control prenatal, acude con ultrasonido que evidencia embarazo intrauterino de 9 semanas de gestación. Se refiere asintomática, niega pérdidas transvaginales.

AHF: Abuela materna y madre con diabetes mellitus tipo 2. Resto preguntado y negado.

APP: Apendicectomía a los 23 años, alérgica a sulfas. Obesidad diagnosticada desde los 13 años.

AGO: Menarca a los 12 años, ciclos menstruales irregulares. Inicio de vida sexual activa a los 13 años 2 parejas sexuales, aparentemente sanos. Fecha de última regla hace 3 meses. Primigesta, nunca ha utilizado métodos de planificación familiar.

SV Peso 79 kg Talla 155 cm IMC 32.88 TA 120/70 mm/Hg FC 75x`FR 18x`Temp 35.2°C

A la exploración se encuentra paciente consciente, adecuada coloración e hidratación, pares craneales íntegros, pupilas isocóricas y nomoreflécticas, sin datos de focalización neurológica, orofaringe normal, piezas dentales sin alteraciones, cuello sin nodulaciones aparentes, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, sin fenómenos exudativos asociados, precordio rítmico sin agregados, abdomen blando, depresible, globoso a expensas de panículo adiposo con fondo uterino por debajo de la sínfisis del pubis, extremidades íntegras sin edema.

De este caso clínico se derivan las siguientes aseveraciones.

<p>1 Al ser una paciente de 24 años se considera de bajo riesgo para diabetes gestacional.</p>

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico para identificar factores de riesgo para diabetes gestacional.

La aseveración es falsa, independientemente de la edad de la paciente se deben de tomar en cuenta sus antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus, los cuales le confieren alto riesgo de diabetes gestacional; además de la obesidad de la paciente.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

2 El inicio de vida sexual activa a los 13 años es factor de riesgo para diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico para identificar factores de riesgo para diabetes gestacional.

La aseveración es falsa, el inicio de vida sexual a los 13 años no es factor de riesgo para diabetes gestacional.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

3 Por los antecedentes familiares de diabetes se considera a la paciente de alto riesgo para diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico para identificar factores de riesgo para diabetes gestacional.

La aseveración es verdadera.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.

4 El antecedente de apendicectomía implica mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico para identificar factores de riesgo para diabetes gestacional.

La aseveración es falsa, el antecedente de Apendicectomía no confiere riesgo para desarrollar diabetes gestacional.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

5 El índice de masa corporal de la paciente la clasifica como de alto riesgo para diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico para identificar factores de riesgo para diabetes gestacional.

La aseveración es verdadera.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.

6 Se debe esperar a la semana 24 para solicitar prueba de tamiz para diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico para solicitar de manera oportuna el tamiz de diabetes gestacional.

La aseveración es falsa, por ser una paciente de alto riesgo para diabetes gestacional se debe solicitar tamiz desde la primer consulta.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

7 Se debe solicitar prueba de tamiz para diabetes gestacional desde la primera consulta.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico para solicitar de manera oportuna el tamiz de diabetes gestacional.

La aseveración es verdadera.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.

8 Se debe de solicitar prueba de hemoglobina glucosilada y de acuerdo al resultado valorar prueba de tamiz para diabetes gestacional.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico para solicitar oportunamente el tamiz de diabetes gestacional.

La aseveración es falsa, no es necesario un resultado de hemoglobina glucosilada para solicitar tamiz de diabetes gestacional.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

9 Se debe solicitar a la paciente tamiz de glucosa con carga de 75 gramos por ser paciente con obesidad grado I.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico para solicitar oportunamente el tamiz de diabetes gestacional y las características del mismo.

La aseveración es falsa, el hecho de ser paciente con obesidad grado I, no se debe de modificar el tamiz de diabetes gestacional, este debe ser siempre con carga de glucosa de 50 gr.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

10 Si el resultado de tamiz de glucosa es de 187mg/dl se debe solicitar una curva de tolerancia a la glucosa.

Explicación

En esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico para interpretar el resultado de tamiz de diabetes gestacional.

La aseveración es falsa, al tener un resultado de tamiz $\geq 180\text{mg/dl}$, se interpreta como diagnóstico de diabetes gestacional.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 2. Si contesta F se codificará con 1.

11 Se considera tamiz positivo con valores postcarga de $\geq 130\text{mg/dl}$.

Explicación

En esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico para interpretar el resultado de tamiz de diabetes gestacional.

La aseveración es verdadera.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.

12 Se debe explicar a la paciente el procedimiento de tamiz de diabetes gestacional y la importancia de solicitarlo.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico para identificar la necesidad de explicar a la paciente el procedimiento de tamiz para diabetes gestacional.

La aseveración es verdadera.

Codificación: Si el médico contesta V se codificará con 1. Si contesta F se codificará con 2.