



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS

**CONOCIMIENTO DEL MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NO 10 SOBRE EL
DIAGNÓSTICO, MANEJO Y REFERENCIA DEL ESGUINCE
CERVICAL, DE ACUERDO A LA GUÍA DE PRÁCTICA
CLÍNICA SS-008-08**

PRESENTADA

MA YOSEBETH PINZÓN CASTRO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORA

DRA. ERIKA LORENA VEGA SILVA

AGUASCALIENTES, AGS., DICIEMBRE 2019.



AGUASCALIENTES, AGS. DICIEMBRE 2019.

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO 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 No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes: **DRA. MA YOSEBETH PINZÓN CASTRO**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“CONOCIMIENTO DEL MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 10 SOBRE EL DIAGNÓSTICO, MANEJO Y REFERENCIA DEL ESGUINCE CERVICAL, DE ACUERDO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SS-008-08”

Número de Registro: **R-2018-101-022** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

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

La **Dra. Ma Yosebeth Pinzon Castro** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a 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

DRA. ERIKA LORENA VEGA SILVA



Aguascalientes, Aguascalientes, Diciembre 2019

**DR. JORGE PRIETO MACIAS
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 No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. MA YOSEBETH PINZÓN CASTRO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“CONOCIMIENTO DEL MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 10 SOBRE EL DIAGNÓSTICO, MANEJO Y REFERENCIA DEL ESGUINCE CERVICAL, DE ACUERDO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SS-008-08”

Número de Registro: **R-2018-101-022** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

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

La **Dra. Ma Yosebeth Pinzón Castro** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social; por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que Usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad.

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

ATENTAMENTE:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos Alberto Prado'.

**DR CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

MA YOSEBETH PINZÓN CASTRO
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:

“CONOCIMIENTO DEL MÉDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10 SOBRE EL DIAGNÓSTICO, MANEJO Y REFERENCIA DEL ESGUINCE CERVICAL, DE ACUERDO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SS-008-08.”

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., a 10 de Diciembre de 2018.

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

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS.

A mi esposo Ramsés por su apoyo incondicional y comprensión, por ayudarme a ser mejor persona cada día, permitirme realizar mis metas, cumplir mis sueños y por ser mi motivación...TE AMO.

A mis hijos Emilio y Joaquín por sacrificar su tiempo para cumplir mi propósito, su apoyo y comprensión; cuando me decían “mami verdad que es para que estemos mejor, lo haces por nosotros, te vamos ayudar”, son mi inspiración y junto con su papá mi más grande motivación para seguir adelante y no rendirme. Me levantaron de mis momentos de mayor penumbra ;), ustedes saben lo mucho que LOS AMO.

A mi hermana Sandra Yesenia por el apoyo constante e incondicional en la salud y enfermedad; por ser ejemplo, pilar y apoyo en cada etapa y proceso que pasamos en mí formación. Haciendo tuyos cada uno de mis logros, con cariño y orgullo, como te lo dije no me alcanzará la vida para agradecerte, sin tu ayuda yo no estaría aquí literal.

A mi papá, suegra, cuñada, y familia, por estar siempre pendiente, viendo que necesitamos mis hijos y yo, por ser parte de este proceso, y siempre estar incondicionalmente; igualmente les digo no me alcanzará la vida para agradecerles tanto que hicieron por mí y mi familia.

A la Doctora Erika Lorena Vega Silva y Doctora Evelyn Larriaga Benavente por su apreciable apoyo, enseñanza y tutela, ustedes saben que siempre fueron más allá, son ejemplo de Liderazgo, no solo guían sino acompañan en este camino que es la residencia, mi más sincero agradecimiento y admiración.

DEDICATORIAS.

A mi esposo e hijos por sacrificar mucho de su tiempo, espacio, educación etc. Para yo poder realizarme en esta profesión que tanto me ha dejado. LOS AMO, SON MI MAYOR INSPIRACIÓN, MOTIVACIÓN Y FORTALEZA PARA NUNCA RENDIRME.



INDICE GENERAL

Contenido

Indice general.....	1
Índice de tablas.....	4
Índice de ilustraciones y gráficas.....	5
Resumen.....	8
Abstract.....	9
I Introducción.....	10
II Marco teórico	11
II.1 Antecedentes científicos	11
II.2 Modelos y teorías que sustentan las variables y características de las mismas.	14
II.2.A Conocimiento.....	14
II.2.B Médico familiar.....	23
II.2.C Esguince cervical.....	24
II.2.D Conocimiento del medico familiar sobre esguince cervical	28
III Justificación.....	29
IV Planteamiento del problema	31
IV.1 Características sociodemográficas de la población en estudio.	31
IV.2 Panorama del estado de salud	32
IV.3 Panorama del sistema de salud.....	33
IV.3.A OMS, salud en las americas, organización panamericana de la salud. Ed 2017.....	33
IV.3.B Sistemas y servicios de salud en mexico.....	34
IV.3.C Guía de practica clinica atencion del paciente con esguince cervical en el primer nivel de atencion. Ss-008-08.....	35
IV.3.D Guía de practica clinica abordaje del dolor de cuello en la población adulta en el primer nivel de atencion médica	36
IV.3.E La fuerza de tareas de quebec	36
IV.4 Naturaleza del problema	37
IV.5 Distribución del problema.....	38
IV.6 Gravedad del problema (magnitud y trascendencia).....	40

IV.7 Factores que pueden influir para que el problema se presente.....	42
IV.8 Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente	43
IV.9 Informacion que se espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizará para solucionar el problema.....	44
V Pregunta de investigación.....	45
VI Objetivos.....	45
VII. Material y metodos.....	46
VII.1. Diseño de estudio.....	46
VII.2. Población de estudio	46
VII.3. Muestreo	46
VII.3.A. Tamaño de muestra.....	47
VII.4 Criterios de selección.....	47
VII.4.A. <i>Criterios de inclusión</i>	47
VII.4.B. <i>Criterios de exclusión</i>	47
VII.4.C. <i>Criterios de eliminación.</i>	47
VII.5. Plan de recolección de datos.....	48
VII. 6. Descripción del estudio.....	48
VII.7. Técnica de recolección de datos e instrumento de medición.	49
VII.7.A. <i>Descripcion del instrumento de recolección de datos.</i>	49
VII.8. Desarrollo de instrumento.....	50
VII.8.A. <i>Criterios de baremación</i>	51
VII.8.B <i>Validez del instrumento:</i>	52
VIII. Plan de analisis estadistico.	57
IX. Recursos e infraestructura.	57
IX. 1 Recursos humanos.....	57
IX.2 Recursos físicos	57
IX.3 Recursos materiales.....	58
X. Financiamiento	58
XI. Factibilidad.....	59
XII. Aspectos eticos.....	59
XIII. Cronograma de actividades.	60
XIV. Resultados	61
XIV.1. Ficha tecnica.....	61

XIV.2 Sección I. Resultados datos sociodemográficos (datos generales).	62
XIV.3. Sección II. Conocimiento sobre atención del paciente con esguince cervical.	65
XIV.3.A. Conocimiento sobre conceptos generales y detección oportuna del esguince cervical.....	65
XIV.3.B. Nivel de conocimiento sobre clasificación.	66
XIV.3.C. Conocimiento sobre diagnostico.	67
XIV.3.D. Conocimiento sobre manejo.....	67
XIV.3.E. Conocimiento sobre referencia oportuna.....	68
XIV.3.F. Conocimiento sobre reducción de complicaciones y reintegración oportuna.....	68
XIV.3.G. <i>Conocimiento sobre diagnostico global</i>	69
XIV.3.H. Conocimiento sobre referencia y reducción de complicaciones.....	69
XIV. 3.I. Conococimiento del medico familiar sobre diagnostico, manejo y referencia del paciente con esguince cervical de acuerdo a la gpc ssa-008-08.	70
XIV.3.J. Comparacion del nivel de conocimiento del mf sobre diagnostico, manejo y referencia de esguince cervical de acuerdo a la gpc ssa-008-08.	72
XV. Discusión.....	72
Conclusiones.....	77
Referencias.....	78
Anexos	83

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1 Clasificación QTF (Spitzer, 1995).....26

Tabla 2 Fases del tratamiento (SSA, 2014).....27

Tabla 3 Incapacidad esguince cervical según actividad (SSA, 2014).....27

Tabla 4 Matriz de transformación del componente (spss.20 2018).....53

Tabla 5 Matriz de componente rotado (spss 20. 2018).....54

Tabla 6 Comunalidades (spss.20 2018).....54

Tabla 7 Comparación de variables. (spss 20. Cuestionario conocimiento del mf sobre atención del esguince cervical 2018).71



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y GRÁFICAS.

Ilustración 1 piramide de miller (hechacarría, 2010)20

Ilustración 2 modelo sencillo de evaluación según miller (hechacarría, 2010)22

Ilustración 3 gráfica 1. Distribución de los médicos por grupo de edad. (spss 20. Instrumento de evaluación conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018) 62

Ilustración 4 gráfica 2 distribución de médicos por género (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018)..... 62

Ilustración 5 gráfica 3 distribución de médicos por estado civil. (spss 20. Cuestionario Conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018). 63

Ilustración 6 gráfica 4 distribución de médicos según su turno laboral. (spss 20. Cuestionario Conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018). 63

Ilustración 7 gráfica 5 distribución de médicos por área de consulta (spss 20. Cuestionario Conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018). 64

Ilustración 8 gráfica 6 distribución de médicos por antigüedad laboral. (spss 20. Cuestionario Conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018). 64

Ilustración 9 gráfica 7 distribución de médicos por certificación en la especialidad de mf. (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018)..... 64

Ilustración 10 gráfica 8 distribución de médicos según tipo de contrato. (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018). 65

Ilustración 11 gráfica 9 distribución de médicos según conocen la gpc ssa-008-08. (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018). 65

Ilustración 12 gráfica 10 nivel de conocimiento del mf de la umf 10 sobre conceptos enerales y detección oportuna del esguince cervical. (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018). 66

Ilustración 13 gráfica 11 nivel de conocimiento del mf sobre clasificación de esguince cervical. (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018). 66

Ilustración 14 gráfica 12 nivel de conocimiento del mf sobre diagnóstico de esguince cervical. (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018) 67

Ilustración 15 gráfica 13 nivel de conocimiento de mf sobre manejo de esguince cervical. (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018). 67

Ilustración 16 gráfica 14 nivel de conocimiento de mf sobre referencia oportuna de esguince cervical. (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018). 68

Ilustración 17 gráfica 15 nivel de conocimiento de mf sobre reducción de complicaciones y reintegración oportuna. (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018)..... 68

Ilustración 18 gráfica 15 nivel de conocimiento de mf sobre diagnóstico total esguince cervical. (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018). 69

Ilustración 19 nivel de conocimiento del mf sobre referencia oportuna y reducción de complicaciones. (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018)..... 70

Ilustración 20 comparativo entre dominios (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018) 70

Ilustración 21 gráfica 17 nivel de conocimiento de mf de la umf 10 sobre diagnóstico, manejo y referencia oportuna del paciente con esguince cervical de acuerdo a la gpc ss. (spss 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018). 71

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRONIMOS

SIGLAS	DESCRIPCIÓN.
MBE.	Medicina basada en evidencia.
WAD.	<i>Whiplash Associated Disorders.</i>
QTF.	<i>Québec Task Force.</i>
UMF.	Unidad de medicina familiar
GPC.	Guía de práctica clínica.
IMSS.	Instituto Mexicano del Seguro Social
OMS.	Organización Mundial de la Salud.
TM	Turno Matutino
TV	Turno Vespertino
TN	Turno Nocturno
JA	Jornada Acumulada
MF	Médico Familiar

RESUMEN.

En el IMSS, durante el 2017, se diagnosticaron 313 981, siendo la tercera causa de incapacidad laboral. Los MF desempeñan un papel clave en el diagnóstico de lesiones; monitorean complicaciones médicas y ayudan a la reintegración al trabajo a través de intervenciones tempranas apropiadas.

OBJETIVO: Medir el nivel de conocimiento de los MF de la UMF No 10 sobre diagnóstico, manejo y referencia de acuerdo a la GPC SS-008-08.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio transversal, descriptivo, con muestreo tipo censal, se trabajó con 60 MF adscritos a la UMF No. 10. Se diseñó un instrumento de evaluación, el cual cuenta con datos sociodemográficos, seguido de 60 ítems.

RESULTADOS: La edad promedio fue de 31 y 40 años. 60% fueron mujeres. 52.7% estaban casados. 43.6% laboraban en el TM, 83.6% laboraban en consulta externa, con una antigüedad promedio 11 a 20 años 38.2%, el 89.1% tienen base, 63.6% estaban certificados, el 78.2% referían conocer la GPC. El conocimiento del MF fue regular en un 67% el mayor índice de respuesta correctas se presentó en el dominio manejo, en donde se obtuvo un nivel de conocimiento regular con un promedio de 76.9, el dominio diagnóstico fue el más bajo con un promedio de 69.43.

CONCLUSIONES: El nivel de conocimiento de los médicos familiares sobre diagnóstico, manejo y referencia del paciente con esguince cervical fue regular. Estos resultados nos indican la necesidad de capacitación sobre el diagnóstico, manejo y referencia oportuna del paciente con esguince cervical para los médicos de la UMF No. 10.

ABSTRACT.

INTRODUCTION: The cervical sprain is a worldwide problem, reaching epidemic numbers. In the Mexican Institute of Social Security, during 2017, a total of 313 981 cervical sprains were diagnosed, being the third cause of work disability. Family doctors see two-thirds of patients who have experienced a whiplash syndrome and play a key role in diagnosing injuries; monitor medical complications that can impede recovery and assist in return-to-work evaluations this through appropriate early interventions. **OBJECTIVE:** To measure the level of knowledge of family physicians of family medicine unit No. 10 on diagnosis, management and referral according to clinical practice guideline SS-008-08. **MATERIAL AND METHODS.** Cross-sectional, observational, descriptive study, with sampling of probabilistic type of census type, we worked with 60 family doctors assigned to the family medicine unit No. 10 of the state of Aguascalientes. An assessment instrument was designed to measure the knowledge of the family physician, which has sociodemographic data, followed by 60 items. The statistical analysis will be carried out in the SPSS V 20 program. **RESULTS:** Of the 60 doctors, the average age was between 31 and 40 years old (41.8%). 60% were female. 52.7% were married. 43.6% worked in the morning shift and 43.6% in the afternoon shift, 7.3% in the night shift and 5.5% were in the accumulated shift, of which the consultation area was 83.6% in the outpatient department, they had a seniority of 11 to 20 years 38.2%, 89.1% were family doctors who are based as contract type, 63.6% were certified, 78.2% referred to know the EMB. The knowledge of the MF on diagnosis, management and referral of the patient with cervical sprain was regular in 67%. The highest rate of correct response was presented in the management domain of the patient with cervical sprain, where a level of regular knowledge was obtained with a average of 76.9, the level of knowledge of the family physician on referral and reduction of complications was regular with an average of 75, while in the diagnostic domain it was the lowest with an average of 69.43. **CONCLUSIONS:** The level of knowledge of family physicians on diagnosis, management and referral of the patient with cervical sprain was regular. These results indicate the need for training on the diagnosis, management and timely referral of the patient with cervical sprain for the doctors of the number 10 FMU.

I INTRODUCCIÓN.

El esguince cervical es el resultado de una lesión combinada entre extensión/flexión de los tejidos blandos de la columna cervical, común en accidentes de tráfico; sin embargo, puede ser ocasionado por otros factores; como traumatismos, o lesiones generales durante la práctica deportiva o al realizar saltos o sufrir caídas.¹

La incidencia de casos reportados a nivel mundial alcanza 35% y en algunas regiones como Columbia Británica, en Canadá, llega hasta 60%. Se calcula en más de un millón de casos anualmente en Estados Unidos de América.¹ En el Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el 2017, se diagnosticaron un total de 313 981 esguinces cervicales, de los cuales 47 549 fueron calificados como riesgo de trabajo.² Lo anterior demuestra el impacto que tiene el esguince cervical en los costos de la atención médica, en las incapacidades y ausencias laborales y en las actividades de la vida diaria.³

Los médicos familiares ven dos tercios de los pacientes que han experimentado un síndrome de latigazo cervical y desempeñan un papel clave en el diagnóstico de lesiones; monitorean complicaciones médicas, manejan factores psicosociales que pueden impedir la recuperación y ayudan en las evaluaciones de regreso al trabajo esto a través de intervenciones tempranas apropiadas, para evitar que los pacientes de “alto riesgo” se alejen de las vías de cronicidad y discapacidad.⁴

El conocimiento de las guías por parte de los profesionales de la salud mejora el apego a las mismas y puede conducir a mejores resultados en los pacientes y a una reducción en los costos relacionados con la atención médica de una lesión.⁵ Hoy la reconversión de la medicina familiar representa uno de los principales retos para el Instituto, motivo por el cual es de suma importancia su estudio; de ahí la importancia en buscar una uniformidad en el conocimiento básico de esta patología, es decir, el más apegado a la guía de práctica clínica.

II MARCO TEÓRICO

Posterior a una búsqueda sistematizada en la base de datos de PUBMED, EBSCO, CONRYCIT, portal regional de la BVS, OVID con las siguientes palabras clave: conocimiento, guía de práctica clínica, accidente de tráfico, encuesta (cuestionario), esguince cervical, síndrome de latigazo cervical, *injuries in the neck, whiplash syndrome, knowledge, cervical sprain, cervical strains, first level, clinical practice guide.*

II.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

FERRARI Y COLS (2004) Realizaron un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta a médicos generales, médicos de familia y quiropráctico sobre el conocimiento respecto al manejo de pacientes con latigazo cervical agudo. El propósito de este estudio fue estudiar el conocimiento del manejo del latigazo cervical para practicantes de medicina general, médicos de familia y quiroprácticos en Edmonton Alberta Canadá. En donde concluyen que los médicos tienen conocimiento que son consistentes con la evidencia actual con respecto a los enfoques más útiles para el latigazo cervical agudo, aunque es más probable que los quiroprácticos apoyen los métodos de terapia pasiva.⁶

REBBECK Y COLS (2006). Realizan un estudio descriptivo transversal en donde evalúan el conocimiento de implementación para guías de latigazo cervical. El conocimiento del médico tratante sobre las pautas, el cual se midió mediante un cuestionario personalizado. El conocimiento del médico tratante y el costo de la atención se midieron mediante la auditoría de las notas del paciente. Obtienen como resultado que no hubo diferencia significativa entre los grupos para ninguno de los resultados del paciente en ningún momento. Concluyendo que los médicos que tenían mayor conocimiento, su práctica eran más consistente con las pautas, los resultados de los pacientes y el costo de la atención no se vieron afectados.⁷

HADLEY JA. Y COLS (2007). Realizan un estudio descriptivo transversal llamado necesidades de aprendizaje para guiar la enseñanza de la medicina basada en evidencia:

conocimiento entre los aprendices de diversas especialidades en donde tienen como resultado que existe un déficit percibido en el conocimiento de la medicina basada en evidencia de los doctores de posgrado y en las habilidades de evaluación crítica. Las necesidades de aprendizaje varían según el sexo, el lugar de la calificación médica básica, el tiempo transcurrido desde la graduación, la experiencia previa en investigación y la especialidad. El desarrollo curricular de capacitación de la medicina basada en evidencia debe tener en cuenta los hallazgos de nuestro estudio de evaluación de necesidades.⁸

MULLEN. E Y COLS. (2014) Realizan un estudio llamado conocimiento basado en la evidencia en el contexto de la práctica social. Esta revisión identifica los dominios de conocimiento clave pertinentes a la conceptualización de sistemas trans-disciplinarios de la práctica basada en la evidencia y los métodos prometedores de investigación de efectividad comparativa pertenecientes a esos dominios. Se propone una conceptualización integradora de la práctica basada en la evidencia que incluye vínculos con revisiones sistemáticas y guías de práctica.⁹

TZE SIONG NG Y COLS. (2014) Desarrollan el estudio descriptivo tipo transversal en donde realizan una encuesta a médicos musculo-esqueléticos que practican en Singapur el cual indaga sobre el conocimiento y las actitudes hacia el síndrome de latigazo. El conocimiento en el manejo para las viñetas de los pacientes fue en general consistentes con las guías de práctica. Una mayor proporción de médicos en Queensland esperaban discapacidades permanentes para la viñeta del paciente que representa cronicidad (Queensland: 55% Singapur: 28%. Hasta el 99% de los médicos de ambas muestras sabe que el estímulo de la actividad física, la efectividad del ejercicio y la fisioterapia multimodal para síndrome de latigazo cervical es efectiva. Proporciones significativamente más altas de médicos con sede en Singapur piensan en el pedido de radiografías para síndrome de latigazo cervical agudo y también piensan en un origen psicógeno de síndrome de latigazo cervical crónico. La mayoría de los conocimientos entre médicos en Queensland y Singapur fueron similares, pero hubo diferencias específicas. Los conocimientos de los médicos sobre latigazo cervical en Queensland y Singapur no reflejaban claramente la diferencia en la prevalencia del dolor musculo-esquelético crónico en Queensland y Singapur.¹⁰

AL SHEHRI AA Y COLS. (2015) desarrollo un estudio transversal descriptivo en donde median el conocimiento, la actitud y la práctica con respecto a la medicina basada en la evidencia (MBE) entre los médicos de hospitales en la región de Qassim en Arabia Saudita. La mayoría de los encuestados tenía una actitud positiva hacia MBE y acogió con satisfacción el concepto. Un total de 83% de los encuestados afirmaron que usaban MBE en su práctica diaria y el 93.5% estuvo de acuerdo en que la práctica de la MBE mejora la atención del paciente. Hubo un nivel moderado de conocimiento sobre la extracción de información de las revistas y las bases de datos de evidencia clínica. Aunque los encuestados conocían y demostraron estar familiarizados con el proceso del conocimiento procedimientos de extracción para determinar la mejor atención, hasta un 40% no los utilizó. Los encuestados tenían una comprensión general deficiente de los términos técnicos utilizados en la medicina basada en evidencia. La actitud de la mayoría de los médicos profesionales en este estudio es favorable hacia la medicina basada en evidencia, pero esto no se correlacionó con el conocimiento y la conciencia. Se recomienda encarecidamente la inclusión de cursos de capacitación médica en conceptos de MBE, términos técnicos y prácticas aplicadas.¹¹

BRIJNATH Y COLS (2016). Desarrollan un cuestionario para evaluar el conocimiento de síndrome de latigazo y trastorno pos-estrés, confianza en el diagnóstico y manejo, frecuencia de referencia, barreras a la derivación y actitudes hacia una mayor educación y capacitación en médicos familiares de toda Australia. Observándose en general, los médicos de familiares tienen un buen conocimiento de nivel de síndrome de latigazo cervical y trastorno de estrés pos traumático. Las lagunas clave en el conocimiento incluyeron indicadores de imágenes para síndrome de latigazo cervical e indicadores para referencia psicológica para el trastorno de estrés pos traumático. Los médicos de familia que eran hombres, con más años de experiencia, que trabajan en el área urbana y con un mayor nivel de conocimiento del síndrome de latigazo cervical tenían más confianza en el diagnóstico y la gestión de este síndrome. Solo el nivel de conocimiento de trastorno de estrés pos traumático de los médicos de familia predijo la confianza en el diagnóstico y la gestión del trastorno de estrés postraumático. Los médicos de familia se referían más comúnmente a fisioterapeutas y, por lo general, a proveedores de rehabilitación vocacional. Las barreras a la derivación incluían los costos de bolsillo incurridos por los pacientes y los largos tiempos de espera. La mayoría de los médicos de familia se sintieron

positivos con respecto a la educación adicional sobre el manejo de lesiones por accidentes de tránsito.⁴

RAEISSADAT SA. (2017) Realizan un estudio transversal en Reino Unido llamado obstáculos que enfrenta la medicina basada en evidencia en medicina física y rehabilitación: desde la opinión y el conocimiento hasta la práctica. En el cual encuentran que, aunque existe un número significativo de médicos que están familiarizados con la practicidad de la medicina basada en evidencia, todavía no tienen el suficiente conocimiento y por ende sus aplicaciones.¹²

MINOZZI S Y COLS. (2018). En Italia realizan una entrevistas semiestructuradas para evaluar el conocimiento de los trabajadores de la salud hacia la medicina basada en evidencia y las directrices. En donde concluyen que a pesar de las iniciativas para legislar hacia la responsabilidad civil y la seguridad de la atención que deberían aumentar el uso de las pautas, encontraron un conocimiento general deficiente de los conceptos de Medicina basada en evidencia y el método de producción de guías, aunque las actitudes de los que respondieron fueron positivas, las barreras para el uso son predominantes y se consideran más como un obstáculo que como un estímulo.¹³

II.2 MODELOS Y TEORÍAS QUE SUSTENTAN LAS VARIABLES Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MISMAS.

II.2.A CONOCIMIENTO.

II.2.A.1 DEFINICIÓN.

El conocimiento consta de verdades y creencias, perspectivas y conceptos, juicios y expectativas, metodologías y saber cómo; lo poseen los seres humanos, agentes y otras entidades activas, se usa para recibir información (datos, noticias y conocimientos), reconocerla, identificarla, analizarla, interpretarla y evaluarla; sintetizarla y decidir; planificar, implementar, monitorizar y adaptar; es decir, actuar más o menos

inteligentemente. En otros términos, el conocimiento se usa para determinar que significa una situación específica y cómo manejarla.¹⁴

El término conocimiento se ha definido desde los tiempos de Platón, bajo tres criterios fundamentales: lo verdadero, lo creíble y lo justificable, por lo cual se define como la maestría por una persona a través de la experiencia o la educación, el entendimiento teórico o práctico, sobre una materia. La adquisición de conocimientos incluye procesos cognitivos complejos de percepción, aprendizaje, comunicación, asociación y razonamiento. La epistemología (del griego *episteme*, conocimiento, ciencia), es decir, teoría del conocimiento que se encarga de la naturaleza y los alcances de este, tratando de responder las cuestiones ¿Qué es el conocimiento?, ¿Cómo sabemos que sabemos?, ¿cómo adquirimos el conocimiento?, ¿Cómo ese conocimiento nos permite adoptar decisiones sabias y adecuadas? La conocida *frenesís* de Aristóteles.¹⁵

II.2.A.II TEORÍAS DEL CONOCIMIENTO.

La teoría de la ciencia se divide en formal y material. Le llaman a la primera lógica, a la última teoría del conocimiento.¹⁶ La expresión “teoría del conocimiento” la introdujo por primera vez Ernest Reinhold en 1832, y fue recogido por Edwar Zeller en 1862, utilizándose desde entonces de forma corriente.¹⁶

Las teorías para explicarlas son múltiples: Realismo, Empirismo, Idealismo, Materialismo... Pero los modelos que los cumplen ven el hecho cognoscitivo inclinado hacia uno u otro problema; por eso la tendencia actual es ver el conocimiento bajo una teoría más abarcadora, la teoría de la comprensión (Hermenéutica).^{17 18}

1 El Racionalismo. Esta escuela epistemológica sostiene que el conocimiento tiene su origen en la razón, afirma que un conocimiento sólo es realmente tal, cuando posee necesidad lógica y validez universal. Se afirma que existen de forma innata, es decir que nacemos con ciertos contenidos, estructuras que son comunes en todos los hombres.

2 El Empirismo. Sostiene que la única causa del conocimiento humano es la experiencia, bajo tal supuesto el espíritu humano, por naturaleza, está desprovisto de todo conocimiento, por lo tanto, no existe ningún tipo de conocimiento innato.

3 La Fenomenología. La fenomenología parece replantear los principios del empirismo dándoles nueva vida y significado, el conocimiento no es producto de la simple experimentación ni es el resultado de las impresiones sensoriales, el conocimiento es el

resultado de la vivencia, de la participación en el objeto de estudio, ya el observador no será un ente pasivo, dedicado a la simple medición y recolección de datos, ahora es parte del objeto de estudio y la vivencia de éste es parte del proceso de comprensión del fenómeno.

4 La Hermenéutica. También conocida como el arte de la interpretación o arte del comprender, del entender. Es descrita desde la óptica del acceso al conocimiento a través del “estudio” de las construcciones discursivas de un autor, una ciencia, una cultura, etc., con el propósito de comprender su significado (sentido), en tal sentido, la hermenéutica sostiene la no existencia de un saber objetivo, transparente ni desinteresado sobre el mundo.^{16 19}

Ahora bien, para que se dé el proceso de conocer, rigurosamente debe existir una relación en la cual coexisten cuatro elementos, el sujeto que conoce, el objeto de conocimiento, la operación misma de conocer y el resultado obtenido que no es más que la información recabada acerca del objeto. En otras palabras el sujeto se pone en contacto con el objeto y se obtiene una información acerca del mismo y al verificar que existe coherencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, es entonces cuando se dice que se está en posesión de un conocimiento.²⁰ El hecho de que tanto el sujeto como el objeto son influidos en el proceso de conocimiento.¹⁸

Desde el punto de vista de gestión del conocimiento y la visión epistemológica de éste estudio, es necesario plantear que el acercamiento al conocimiento es desde un marco fenomenológico y hermenéutico, ya que las relaciones se desarrollan entre el sujeto, el objeto; su interpretación y comprensión.

II.2.A.III GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.

La gestión del conocimiento consiste, en poner a disposición de una organización, de un modo ordenado, práctico y eficaz, además de los conocimientos explicitados, la totalidad de los conocimientos particulares, que puedan ser útiles para el más inteligente y mejor funcionamiento de la misma, y el máximo desarrollo.¹⁴

Por tanto, considerando las distinciones recientemente planteadas, “la gestión de conocimiento en este estudio pretende conseguir la información precisa para la persona apropiada en el instante oportuno, proporcionando herramientas para el análisis de esa información y la capacidad de responder a las ideas que se obtienen a partir de esa

información.²¹ El conocimiento es un recurso valioso, en este sentido se apuntan una serie de razones que destacan la importancia de este activo y las implicaciones que tiene su naturaleza y gestión para este estudio.

1 El conocimiento implica una distribución de recursos heterogénea y sostenible lo que se deriva de su naturaleza compleja e idiosincrática. Así, el desarrollo de una estrategia basada en el conocimiento valioso de la organización es probable que permita una ventaja competitiva sostenible, en nuestro caso al obtener el nivel de conocimiento del médico familiar sobre el esguince cervical, podrá permitir hacer una distribución de los recursos humanos, ya sea los de muy buen nivel capacitar a los demás, o ubicarlos en áreas específicas para su uso.

2 El conocimiento cambia la naturaleza de las decisiones de inversión en recursos. Una empresa debe ser capaz de identificar el conocimiento actual dentro y fuera de la empresa y decidir sobre proyectos de desarrollo de conocimiento. Esto al identificar los puntos álgidos del conocimiento en el esguince cervical nos permitirá implementar estrategias específicas hacia esos puntos.

3 El conocimiento cambia la naturaleza del trabajo y de la propiedad y esto hace que se desarrollen nuevas relaciones de trabajo. Así, por ejemplo, las empresas atraen a trabajadores que pueden ofrecer interesantes proyectos de desarrollo de conocimiento.

4 El conocimiento enfatiza el contexto social haciendo necesario compartir experiencias y conocimientos con otros trabajadores.²² Aquí el conocimiento pretende ser compartido, existe evidencia de que los médicos parte de su aprendizaje está vinculado con lo que otros compañeros conocen, pasando de uno otro su conocimiento, el problema es que hay que identificar quien tiene el conocimiento adecuado para transmitirlo.

Por esto es de suma importancia el estudio del conocimiento ya que nos permitirá tomar, cambiar y enfatizar decisiones futuras en cuanto a la aplicación del mismo.

II.2.A.III.1 EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN MEDICINA.

El médico debe ser educado y evaluado como clínico, como científico, como humanista, y como docente. Como puede apreciarse, la evaluación en medicina no es un tema menor y cumple funciones personales, institucionales, curriculares y sociales. Por ejemplo, sus resultados generan información útil a los médicos para sustentar la toma de decisiones, como reforzar o cambiar sus métodos y hábitos de estudio, orientar su estudio

independiente y, si es necesario, programar medidas de recuperación; por lo cual, la evaluación, particularmente la de carácter formativo, es un instrumento muy valioso que impulsa el interés en el desarrollo personal. Las instituciones, a través de la evaluación, determinan el grado de avance del aprendizaje, el dominio de una disciplina y el logro de las competencias establecidas; información que les permite validar la pertinencia de una promoción, la obtención de un grado y la autorización para el ejercicio de la medicina (evaluación sumativa); asimismo, información que es, o debe ser, fundamento de cambios curriculares. La evaluación del conocimiento constituye la principal garantía a la sociedad de la competencia profesional de los médicos.²³

A partir de los diferentes conceptos que se tienen de la evaluación, nosotros podemos conceptualizarla como el proceso reflexivo y sistemático empleado para determinar el mérito o valor de un objeto, con base en la recopilación y análisis de información para realimentar y emitir juicios que orienten la toma de decisiones con fines de mejora continua.²⁴ Esta última es la que se utilizara en este estudio, por la importancia e impacto para la aplicación de los resultados que obtendremos en este estudio.

II.2.A.III.2 TEORÍAS PARA LA EVALUACIÓN.

El conocimiento y su adquisición tienen diferentes niveles, por lo cual para el diseño de evaluaciones resulta útil tener en cuenta la taxonomía de Bloom y la Pirámide de la competencia de Miller.²⁴

II.2.A.III.2.a TAXONOMÍA DE BLOOM

La taxonomía de Bloom hace referencia específicamente a niveles de conocimiento, y puede ser utilizada en cualquier área. Esta clasificación indica qué tanto conoce sobre un tema la persona identificando cómo puede utilizar la información sobre ese tema en particular; los niveles van de menor a mayor complejidad, según las siguientes categorías: conocer, comprender, aplicar, analizar, sintetizar y evaluar.²⁴

1 Conocimiento. Se refiere a la capacidad de recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, esquemas, estructuras o marcos de referencia sin elaboración de ninguna especie, puesto que cualquier cambio ya implica un proceso de nivel superior. Requiere que el sujeto repita algún dato, teoría o principio en su forma original.

2 Comprensión. Se refiere a la capacidad de comprender o aprender; en donde el estudiante sabe qué se le está comunicando y hace uso de los materiales o ideas que se le presentan, sin tener que relacionarlos con otros materiales o percibir la totalidad de sus implicaciones. El material requiere de un proceso de transferencia y generalización, lo que demanda una mayor capacidad de pensamiento abstracto. Requiere que el sujeto explique las relaciones entre los datos o los principios que rigen las clasificaciones, dimensiones o arreglos en una determinada materia, conocimiento de los criterios fundamentales que rigen la evaluación de hechos o principios, y conocimientos de la metodología, principios y generalizaciones.

3 Aplicación. Se guía por los mismos principios de la comprensión y la única diferencia perceptible es la cantidad de elementos novedosos en la tarea por realizar. Requiere el uso de abstracciones en situaciones particulares y concretas. Pueden presentarse en forma de ideas generales, reglas de procedimiento o métodos generalizados y pueden ser también principios, ideas y teorías que deben recordarse de memoria y aplicarse. Solución de problemas en situaciones particulares y concretas.

4 Análisis. Consiste en descomponer un problema dado en sus partes y descubrir las relaciones existentes entre ellas. En general, la eventual solución se desprende de las relaciones que se descubren entre los elementos constituyentes. Implica el fraccionamiento de una comunicación en sus elementos constitutivos de tal modo, que aparezca claramente la jerarquía relativa de las ideas y se exprese explícitamente la relación existente entre éstas.

5 Síntesis. Es el proceso de trabajar con fragmentos, partes, elementos, organizarlos, ordenarlos y combinarlos para formar un todo, un esquema o estructura que antes no estaba presente de manera clara.

6 Evaluación. Se refiere a la capacidad para evaluar; se mide a través de los procesos de análisis y síntesis. Requiere formular juicios sobre el valor de materiales y métodos, de acuerdo con determinados propósitos.^{24 25}

II.2.A.III.2.b PIRAMIDE DE MILLER

En el ámbito de la educación médica el esquema más difundido y utilizado es el ideado por Miller en 1990. Al final de su carrera, Miller invirtió sus últimos años en el reto aún vigente de la evaluación de la competencia profesional. Conceptualizó cuatro niveles de

competencia profesional que plasmó en forma de pirámide, y que ha pasado a conocerse más comúnmente como "pirámide de Miller".²⁶

Por otra parte, la pirámide de Miller identifica las facetas o niveles de la competencia clínica, y permite, adicionalmente, el análisis de la validez de los procesos de evaluación articulado con estos niveles.¹⁵

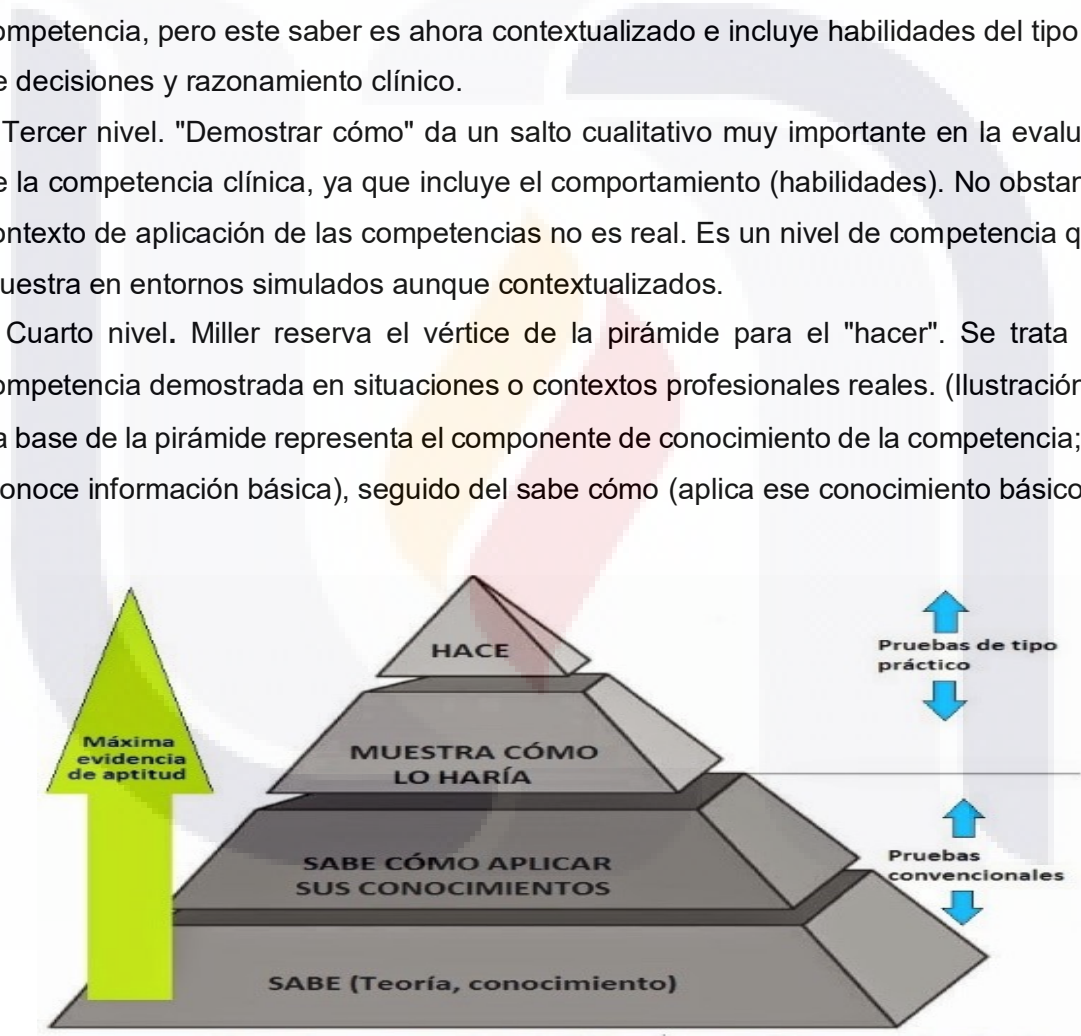
1 Primer nivel. Miller adjudica la base de la pirámide a los conocimientos en abstracto y la denomina "saber".

2 Segundo nivel. "Saber cómo", también hace referencia a la parte cognitiva de la competencia, pero este saber es ahora contextualizado e incluye habilidades del tipo toma de decisiones y razonamiento clínico.

3 Tercer nivel. "Demostrar cómo" da un salto cualitativo muy importante en la evaluación de la competencia clínica, ya que incluye el comportamiento (habilidades). No obstante, el contexto de aplicación de las competencias no es real. Es un nivel de competencia que se muestra en entornos simulados aunque contextualizados.

4 Cuarto nivel. Miller reserva el vértice de la pirámide para el "hacer". Se trata de la competencia demostrada en situaciones o contextos profesionales reales. (Ilustración 1).²⁶

La base de la pirámide representa el componente de conocimiento de la competencia; *sabe* (conoce información básica), seguido del *sabe cómo* (aplica ese conocimiento básico).^{25 25}



Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990
 Ilustración 1 Pirámide de miller (Hechacarría, 2010)

¿Para qué?: Una vez se ha definido el objeto de evaluación se debe clarificar el propósito. Existen diferentes objetivos de la evaluación para los distintos objetos seleccionados. Dado que esta tesis se centra en la evaluación del conocimiento profesional se citan algunas posibilidades.

Propósitos de la evaluación del aprendizaje: asegurar que se cubren las necesidades de aprendizaje, identificar puntos débiles, aprobar programas o estrategias de aprendizaje, proporcionar retroalimentación a la organización, seleccionar los mejores candidatos, etc.²⁶ La evaluación puede ser formativa o sumativa. Se dice que una evaluación tiene finalidades formativas cuando su objetivo fundamental consiste en proporcionar a los estudiantes retroalimentación sobre su aprendizaje y facilitar la reflexión sobre su progreso. Una evaluación tiene finalidades sumativas cuando los resultados son la base para la toma de decisiones sobre el nivel de competencia profesional (aprobado/suspendido, obtención de un título, obtención de una acreditación, etc.). No obstante, un sistema de evaluación sumativo puede contener un componente formativo cuando también se proporciona retroalimentación al profesional sobre sus fortalezas y sus debilidades. El cuál es nuestro caso, y objetivo de este estudio.^{24 25}

En este estudio utilizaremos, la taxonomía ya que, como se mencionó anteriormente esta clasificación indica qué tanto conoce sobre un tema la persona identificando cómo puede utilizar la información sobre ese tema en particular; los niveles van de menor a mayor complejidad, será una evaluación de tipo tanto sumativo como formativo, ya que al aplicar el cuestionario se tendrá la oportunidad de brindar retroalimentación al profesional, sobre sus fortalezas y sus debilidades en el conocimiento del esguince cervical.

II.2.A.III.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Una vez se han respondido las preguntas ¿qué? y ¿para qué?, se puede pasar al ¿cómo?, a la selección de los instrumentos. La selección de las estrategias o métodos de evaluación puede ser alineado con los objetivos según la pirámide de Miller.²⁴

Sabe y sabe cómo: Ambos aspectos pueden ser evaluados a través de exámenes escritos, con preguntas de selección múltiple, de correspondencia, de correspondencia extendida, de falso y verdadero, ensayos, respuestas cortas y simulación escrita; también, a través de exámenes orales donde se evalúen los conocimientos, el análisis y la aplicación, teniendo como base el contexto clínico.

Muestra cómo y hace: Pueden ser evaluados a través de pruebas de desempeño con paciente simulado, en laboratorio de destrezas, examen clínico objetivo y estructurado, gran caso clínico, mini examen clínico, portafolio, observación directa, rúbricas y evaluación de 360°.²⁴

La pirámide de Miller Modelo sencillo de evaluación de



Ilustración 2 Modelo sencillo de evaluación según miller (Hechacarría, 2010)

II.2.A.III.3.a CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE UN SISTEMA DE EVALUACIÓN

La evaluación debe tener una serie de atributos para que se la considere adecuada; debe ser válida, reproducible (confiable) y factible, e impactar de manera positiva el aprendizaje.²⁴

1 Validez. La validez es el grado en que un instrumento mide lo que se quiere medir. Aunque parezca una obviedad resulta extremadamente importante asegurar la coherencia entre lo que se quiere evaluar y el procedimiento seleccionado para ello. Hay diferentes tipos de validez, pero las tres categorías principales son: validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo. La validez de contenido da información sobre en qué medida el instrumento mide el área de conocimiento que se pretende evaluar. La validez de criterio se refiere a la comparación de la medida con un valor conocido. La validez de constructo informa de en qué medida el instrumento mide un constructo que no es fácilmente observable.²⁶

2 Confiabilidad. La confiabilidad de una evaluación, o reproducibilidad, indica el grado de consistencia de ese proceso de medición, como una correlación teórica de puntajes de evaluaciones repetidas, estrechamente relacionado con el concepto de muestreo.²⁵

3 Transparencia. La transparencia en un sistema de evaluación tiene relación con el conocimiento por parte de todas las partes implicadas de las "reglas del juego" (tipo de prueba, criterios de evaluación, etc.).

4 Aceptación. La aceptación es el grado en que los candidatos aceptan la evaluación porque la consideran adecuada. A mayor validez y fiabilidad contrastadas y documentadas, mayor aceptación por parte de los candidatos.

5 Factibilidad. En la selección de un instrumento es de capital importancia comprobar que será posible (factible) utilizarlo. Esto implica calcular el coste de la evaluación en términos de recursos (humanos y materiales) y de tiempo. El coste debe incluir la puesta en marcha y los cursos necesarios para el desarrollo e implementación.

6 Impacto educativo. En el diseño de los sistemas de evaluación a menudo no se considera el impacto que puede tener sobre el estudiante. Sin embargo, hace tiempo que se ha observado que los procesos de evaluación dirigen el aprendizaje.²⁶

Norcross concluyen que el futuro de un sistema comprehensivo de evaluación de los médicos depende del desarrollo y estandarización de instrumentos, técnicas y procedimientos para la evaluación del conocimiento, competencia y la actuación profesional, incluyendo medidas de la práctica, de programas de evaluación de colaboración en red, del control de costes, y del desarrollo continuo de medidas correctoras que se correspondan con los hallazgos en la evaluación.^{24 26}

II.2.B. MÉDICO FAMILIAR.

II.2.B.1 DEFINICIÓN DE MÉDICO FAMILIAR

La medicina familiar implica una especialidad horizontal en amplitud de predominio clínico que comparte el conocimiento y las destrezas de otras especialidades, integrando las ciencias biomédicas, conductuales y sociales (biopsicosocial o integral). El médico familiar debe ser capaz de resolver entre 90 y 95% de los problemas de salud, solucionando problemas continuos e integrales del individuo, su familia y su comunidad, abarcando todas las edades, sexos, sistemas o enfermedades, con particular énfasis en la medicina humanística, la relación médico-paciente-familia, los aspectos educativos, preventivos clínicos, la medicina integrada y la medicina costo-efectiva.^{27 28}

El especialista en medicina familiar es el profesional de la medicina responsable de otorgar atención médica, integral y continua al individuo y su familia, por lo que debe poseer un alto conocimiento clínico, docente, administrativo y de investigación, así como establecer vínculos de responsabilidad compartida con el equipo de salud al abordar el proceso salud-

enfermedad; es quien deriva con oportunidad y adecuadamente a los pacientes que lo ameritan y actúa con humanismo y apego a la ética profesional, bajo una sólida conciencia social e institucional.²⁹

El Primer nivel de atención: es el responsable directo de la atención integral y continúa de todos los miembros de la familia, tanto en estado de salud como de enfermedad.²⁹ Es un pilar fundamental de la salud, resaltando así el peso que la medicina de familia tiene sobre la prevención y la atención oportuna de los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia. Hoy la reconversión de la medicina familiar representa uno de los principales retos para el Instituto, motivo por el cual es de suma importancia su estudio.³⁰

II.2.C ESGUINCE CERVICAL

II.2.C.I DEFINICIÓN

El esguince cervical típicamente se refiere al dolor agudo originado del daño de tejidos blandos del cuello, incluyendo músculos, tendones y ligamentos. Dos tercios de los pacientes que sufren un esguince cervical son derivados de lo que conocemos como latigazo.⁴ El latigazo cervical fue definido por la *Whiplash Associated Disorders (WAD)* como un mecanismo de lesión de aceleración-desaceleración que transmite su energía al cuello. Puede ser el resultado de colisiones en accidentes de vehículos por impacto posterior o lateral, pero puede producirse también en accidentes de inmersión en el agua o en otros tipos de accidentes.¹ El impacto produce una lesión de los huesos o de los tejidos blandos cervicales (lesión por latigazo) y se expresa en una variedad de manifestaciones sintomáticas.^{5 31}

II.2.C.II EPIDEMIOLOGÍA

Las lesiones cervicales representan 30% de todas las lesiones de la columna vertebral. Las etiologías más frecuente son los accidentes automovilísticos, las caídas y las lesiones deportivas. Aproximadamente 20% de las personas involucradas en un accidente automovilístico o de tránsito refiere síntomas en la región cervical y 25% de esta proporción presenta dolor crónico de la región. 3³²

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

A nivel internacional las lesiones de este tipo oscilan entre 16-200 casos por 100,000 habitantes.³³ Por otro lado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), durante el 2017, se presentaron un total de 562 849 riesgos de trabajo, clasificados como accidente de trabajo 410 266, accidentes de trayecto 138 424 y enfermedades de trabajo 14 159; se diagnosticaron un total de 313 981 esguinces cervicales, de los cuales 107 773 correspondieron al sexo masculino y 206 208 al femenino. De este total de casos 47 549 fueron calificados como riesgo de trabajo, 20 193 en hombres y 27 356 en mujeres, lo que corresponde a un 15 % del total de casos, de estos en Aguascalientes se diagnosticaron un total de 980, 443 en hombres y 537 en mujeres. Las lesiones según región anatómica y grupo de edad, de un total de 410 266 las lesiones en cabeza y cuello (excluye lesión en ojo y sus anexos) como accidente de trabajo se presentaron en un total de 47 777, ocurriendo la mayor parte en la edad entre 20 y 34 años; de estas el tipo de lesión más común son las luxaciones, esguinces y desgarros con 10 997 en hombres y 9285 en mujeres de estos un 86% requiere incapacidad laboral, sin embargo otros tantos que no son trabajadores sino familiares también presentaron incapacidad física.²

II.2.C.III CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico que va a presentar el paciente es muy variado, pero todos suelen atender a unas características comunes como son:

- 1 Limitación en la movilidad del cuello: producida en la mayoría de los casos por la contractura muscular junto con el dolor propio de la lesión de los tejidos blandos. El movimiento de la columna cervical normal para la edad del paciente suele estar restringido.
- 2 Dolor cervical: El dolor de la columna cervical es la queja más frecuente. Al principio no suele ser muy localizado, pero se incrementa con cualquier movimiento. No tiene por qué estar localizado concretamente en la región cervical, sino que puede señalarse en el occipital o en la parte superior de hombros. Aparece generalmente entre las 6 y las 72 horas del accidente y puede irradiar hacia la región inter escapular, clavícula, tórax y región subescapular.
- 3 Contractura muscular: muchas veces en la fase aguda, dicha contractura, impide el edema, apareciendo éste tras el relajamiento nocturno con el consiguiente empeoramiento de la sintomatología

Con menor frecuencia se presentan síntomas como: Estados vertiginosos, lesiones vasculares, tinnitus, síntomas de la articulación temporo-mandibular, síndrome de stress postraumático, síntomas psicológicos: en forma de distrés emocional, con ansiedad y fobia a conducción incluso la depresión, síndrome pos-contusión cerebral, dolor lumbar, zumbidos de oídos, sensación de mareo, visión borrosa, diplopía, disfagia, disfonía, cuadros de paraplejia o tetraplejia, cefaleas: en general diarias; respetan el descanso nocturno y persisten meses después del accidente.^{1 4 5 34}

Primeramente, hay que reconocer, que el cuadro clínico integrado por la molestia del cuello no es lo único que integra las lesiones cervicales. Ya que se presentan síntomas como nerviosismo, irritabilidad, alteración del sueño, fatiga, alteraciones de la visión, síntomas asociados a la depresión, dolor de cabeza, dolor de cuello, vértigo y dolor de las extremidades superiores.

II.2.C.IV CLASIFICACIÓN

Hoy en día podemos encontrar diversas clasificaciones de esta patología, aunque la más empleada y reconocida internacionalmente es la otorgada por *Québec Task Force* (QTF), quien en 1995 publicó un monográfico en el que se establecían los diferentes grados de esta lesión. Clasificándolos en 5 grados distintos.¹

CLASIFICACIÓN QUÉBEC TASK FORCE (QTF)		
Grado 0	No hay afección del cuello	Sin signos
Grado I	Dolor, rigidez o tensión, molestias cervicales.	Sin signos físicos positivos en la exploración
Grado II	Dolor de cuello, sensación de rigidez, molestias cervicales y signos musculo esqueléticos	Esto incluye disminución del rango de movimiento y sensibilidad en el lugar. (disminución del recorrido articular y puntos dolorosos)
Grado III	Dolor, sensación de rigidez, molestia cervical acompañado de signos neurológicos.	Disminución del rango de movimiento y sensibilidad. (rotación disminuida y déficit de fuerza y sensibilidad)
Grado IV	Dolor, rigidez, molestia en el cuello acompañado de fractura o luxación	Fractura o luxación.

Tabla 1 Clasificación QTF (Spitzer, 1995)

II.2.C.V TRATAMIENTO

Similar a otros padecimientos, se han establecido guías de abordaje y tratamiento para el esguince cervical que varían entre sí. Esto está dado por el país o asociación que la genera, adicionalmente los mecanismos de lesión que sean considerados.⁴

En caso particular de México, se elaboró una guía de práctica clínica para el esguince cervical denominada SS-008-08, cuya última actualización fue hecha en el 2014.

El tratamiento señalado en la guía lo divide en 4 fases.¹ (Tabla 2).

TRATAMIENTO POR FASES		
FASE	TIEMPO DE EVOLUCION	ABORDAJE
Fase I	Del inicio a los 4 días	Se debe reducir el dolor y la carga
Fase II	De los 4 días a 3 semanas	Se incrementa la actividad del paciente y el manejo de cargas se hace de manera gradual
Fase III	De 3 a 6 semanas	Se continuará incrementando la actividad física y el aumento de carga
Fase IV	De 6 semanas a 3 meses	Si la recuperación se ha retrasado se debe continuar incrementando la actividad física y manejo de cargas, hasta alcanzar la capacidad máxima funcional

Tabla 2 Fases del tratamiento (SSA, 2014)

Adicionalmente la guía SS-008-08 también indica el tratamiento farmacológico a emplear en el grado I o II, con el uso de AINES como naproxeno, diclofenaco, piroxicam; entre otras indicaciones como brindar información al paciente acerca de su padecimiento, indicar ejercicios activos comedidos para mantener la movilidad del cuello, el uso de frio las primeras 72 horas seguidas de calor las siguientes 72 horas, recomendaciones posturales, incrementar en forma progresiva actividad física y manejo de cargas, así como evitar el uso de collarín en esguince Grado I, evitar también el uso de almohadas cervicales, inyecciones intratecales o uso de esteroides, el reposo absoluto y cirugía (excepto en complicaciones grado IV).¹

II.2.C.VI INCAPACIDAD

La tabla de incapacidades basado en el tipo de actividad.¹

TIEMPO DE REINTEGRACIÓN EN RELACIÓN A LA ACTIVIDAD LABORAL DEL PACIENTE			
Tipo de actividad laboral	Mínimo	Óptimo	Máximo
Sedentario	1	1	7
Ligero	1	3	7
Moderado	3	7	14
Pesado	3	21	28
Muy pesado	3	28	42

Tabla 3 incapacidad Esguince cervical según actividad (SSA, 2014)

II.2.C.VII PRONÓSTICO Y CRITERIOS DE REFERENCIA

Factores que condicionan pronóstico desfavorable: sexo femenino, adolescentes, mayores de 65 años de edad, problemas laborales, esguince cervical previo, depresión, o ansiedad. Se envía a segundo nivel paciente con: Esguince grado I y II con pobre respuesta al tratamiento prescrito, daño neurológico (III), inestabilidad de columna (IV), pérdida de la conciencia, comorbilidad.³⁵

II.2.D. CONOCIMIENTO DEL MEDICO FAMILIAR SOBRE ESGUINCE CERVICAL

Como se comentó previamente, se han desarrollado diversas guías para el abordaje y tratamiento de los esguinces cervicales; las cuales tienen como objetivo principal servir de herramienta para los médicos de primer contacto. Esto se ha sustentado en estudios que han demostrado que la adherencia del abordaje medico a las guías en trastornos musculo esqueléticos conduce a mejores resultados y reducción de costos en la atención del paciente.^{34 36} Sin embargo, se ha identificado al conocimiento y las actitudes de los médicos ante las guías como las principales barreras en la adopción de las mismas. Por lo que la asimilación de las guías clínicas es un desafío continuo. Ha sido confirmado en estudios que han mostrado que los médicos familiares o de primer nivel de atención poseen los conocimientos de las guías de tratamiento para problemas musculo esqueléticos; sin embargo, la disposición para complementar dichas guías era bastante limitada.³⁵

Parte de estos problemas pueda residir en lo que los médicos consideran fuentes de información confiables; ya que estudios acerca del tema han demostrado que los médicos familiares tienden mayor confianza en los libros de texto y lo que señalan sus colegas en congresos o similares. Lo que deja a las guías y artículos con un impacto menor en su

conocimiento.³⁷ Lo que conlleva a la formación de una brecha entre la evidencia y la práctica en el tratamiento de enfermedades musculoesqueléticas.³⁸ Cabe señalar que el conocimiento sobre diversas patologías en los médicos de primer nivel no siempre es homogéneo como lo observado en afecciones musculoesqueléticas.

Estudios validan que al tener un adecuado conocimiento de las pautas para el manejo del esguince cervical el profesional de la salud tiene un mejor apego a las mismas, aunque algunos estudios refieren que no hay impacto en cuanto al pronóstico del paciente y costos, otros en cambio validan que las estrategias mejor costo efectivas para el manejo y pronóstico del paciente con esguince cervical son las que tienen que ver con el conocimiento y educación de los profesionales de la salud, en específico los médicos, influyendo en los costos y días de incapacidad.^{3 7 39} Debido a que el abordaje acorde a las guías de práctica clínica es uno de los principales retos para el médico de primer contacto.⁴⁰ Se han realizado estudios en distintos países como Canadá y Escocia, e incluyendo diversas áreas de la medicina encontrando que el conocimiento del médico de primer contacto es la principal barrera para la atención de casos de esguince cervical y otros padecimientos.^{6 41}

III JUSTIFICACIÓN.

Los médicos del primer nivel ven alrededor de dos tercios de las personas que han experimentado un esguince cervical, desempeña un papel clave en el diagnóstico de lesiones, monitorean complicaciones médicas, manejan factores psicosociales que pueden impedir la recuperación y ayudan en las evaluaciones de regreso al trabajo. Las lesiones por síndrome de latigazo cervical representan una carga económica y social sustancial para la sociedad. A través de intervenciones tempranas apropiadas, los médicos del primer nivel pueden desempeñar un papel crucial para evitar que los pacientes de "alto riesgo" se alejen de las vías de cronicidad y discapacidad.⁴

El síndrome de latigazo cervical se asocia comúnmente con diversos síntomas físicos y psicológicos que pueden ser difíciles de diagnosticar y manejar. A pesar de la abundante bibliografía publicada, la no existencia en el propio lugar de trabajo de un protocolo específico, y la falta de conocimiento de los mismos hace que la atención al paciente con esta lesión, se haya estandarizado hasta tal punto que a casi la totalidad de los pacientes

se les realiza una radiografía de la columna cervical y se les trata de igual forma, prescribiéndoles relajantes musculares y analgésicos e inmovilización cervical con collarín, con independencia del grado de lesión de la patología, lo que ocasiona, en un sistema sanitario como el actual un excesivo coste de recursos humanos, materiales y económicos.³ Las guía de práctica clínica SS-008-08 Atención del paciente con esguince cervical en primer nivel se ha desarrollado para ayudar a los médicos de primer nivel en el diagnóstico de esguince cervical o síndrome de latigazo, la finalidad de esta guía es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en la mejor calidad de evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de la atención del paciente con esguince cervical en primer nivel.³⁷ Existe evidencia de la literatura musculoesquelética en otros lugares de que la atención adherente al conocimiento de la guía puede conducir a mejores resultados en los pacientes y a costos reducidos relacionados con la atención médica luego de una lesión. Sin embargo, la asimilación inconsistente de las guías clínicas es un desafío continuo en la práctica, la investigación en la práctica clínica ha identificado el conocimiento de los médicos familiares barreras clave o facilitadoras de la adopción de las guías.³⁸

Las decisiones clínicas y los métodos para la atención de los pacientes se basan en “conocimiento” por parte del médico, en este caso el médico familiar. Entonces el conocimiento médico es un proceso para lograr un objetivo preciso: el mantenimiento y/o recuperación de la salud de los seres humanos.²⁷ De trascendencia tenemos que la evaluación del conocimiento constituye la principal garantía a la sociedad de la competencia profesional de los médicos familiares en el diagnóstico, manejo y referencia oportuna del esguince cervical.²³ Es por eso que los médicos requerimos actualizar día a día nuestros conocimientos a fin de lograr la mayor optimización de recursos y la adecuada atención de nuestros pacientes. El eje central sobre el cual se estructura el cuidado médico es el “conocimiento”, por lo tanto el conocimiento debería estar accesible, rápidamente disponible en el momento de la adopción de decisiones.¹⁸

La magnitud de esto en el alto índice de casos de latigazo y esguince cervical, aunado al manejo inadecuado de dichos problemas por falta de conocimiento de los médicos de primer contacto hacia las guías. Genera consecuencias tanto económicas en el sistema de salud, como problemas de atención y manejo de los pacientes.⁴⁰ Por lo que es necesario una evaluación del conocimiento, identificar los puntos álgidos para posterior tomar decisiones hacia una homogenización del conocimiento y de la práctica clínica en el

esguince cervical con la finalidad de mejorar el pronóstico y tratamiento hacia los pacientes con dicho padecimiento. Lo que además favorecería una adecuada derivación de pacientes a otros niveles de atención, esto se traduciría en el mejoramiento y aprovechamiento del sistema de salud, por eso la importancia de conocer el nivel de conocimiento del médico familiar en este tema.

Este estudio tiene como objetivo explorar el conocimiento de los médicos familiares de la UMF No. 10 con respecto al diagnóstico, manejo y referencia de acuerdo a la guía de práctica clínica SS-008-08 atención del paciente con esguince cervical, con el fin de establecer los puntos álgidos para posterior implementar estrategias que promuevan o mejoren la detección, diagnóstico, manejo y adecuado envío oportuno de los pacientes con esguince cervical, lo cual impactaría en la alta prevalencia del mismo mejorando la calidad y la consistencia de la atención en la práctica médica, al detectar de forma oportuna, los pacientes que requieren y quien no de la toma de una radiografía o del uso de un collarín, así como de forma crucial para evitar que los pacientes de “alto riesgo” se alejen de las vías de cronicidad y discapacidad, así como una reducción de los excesivos costos de recursos humanos, materiales y económicos relacionados con la atención medica de esta lesión. La evaluación del conocimiento médico se considera de suma importancia ya que es un elemento que requieren los profesionales de la salud competente para poder atender las demandas de salud de la sociedad con efectividad, eficiencia y calidez.

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943. Considerado como pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana, donde el primer nivel de atención a la salud se lleva a cabo en las unidades de medicina familiar, en el cual el Médico familiar atiende a cerca del 80% de los derecho-

habientes Actualmente, el Instituto Mexicano del seguro social cuenta con 1,499 unidades de primer nivel, de las cuales 1,118 son Unidades de Medicina Familiar con una población derechohabiente de 55, 813, 923 adscritos a unidades de medicina familiar, con 48, 118 552 adscrita a consultorio de medicina familiar, en Aguascalientes 866, 746 está adscrita a unidad de medicina familiar, y 761 170 a consultorio de médico familiar, se otorgaron consultas 126 545 295 en el 2017, de las cuales se otorgaron por el médico familiar 84 276 635, en Aguascalientes se dieron un total de 84, 276, 635 consultas, por el médico familiar. En el estado de Aguascalientes se cuenta con 11 Unidades de Medicina Familiar, cinco unidades rurales y seis son Urbanas (UMF 1, UMF 7, UMF 8, UMF 9, UMF 10 Y UMF 11) las cuales brindan alrededor de 7835 consultas al día y 5 unidades rurales. En la UMF no. 10 se cuenta con una plantilla de 71 médicos, de los cuales 60 son Médico familiares de Base.²

IV.2 PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

No existe evidencia de estudios de la evaluación del conocimiento del médico familiar sobre esguince cervical en nuestro medio, algunos estudios que se han realizado en Australia y Canadá reportan diferencias en el nivel de conocimiento, debido principalmente a la no unificación de criterios.

La evaluación del conocimiento de los profesionales, nace de la necesidad de establecer sistemas de normalización y certificación de competencias laborales en México. Por lo que surgió un proyecto de educación tecnológica o modernización que inicio en 1997 en nuestro país. Esta propuesta sustenta varios elementos, entre lo que destaca dar vital importancia a la reforma de educación superior, de posgrado y medica continua con el propósito de alcanzar el punto de excelencia en la formación de recursos humanos al nivel profesional, así como elevar la eficiencia, calidad, y pertinencia, con respecto a las necesidades de la población y de la planta productiva nacional.⁴²

Se podría considerar que en algunos casos el bajo nivel de conocimiento se debe al ambiente que no se favorece el desarrollo de las mismas, y a la dificultad que aún existe para llevar la información generada por la investigación al uso cotidiano, y a la falta de conocimiento para la difusión, implantación y evaluación del mismo sobre guías de procedimientos clínicos.¹²

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Los tratamientos actuales no abordan la heterogeneidad bien documentada del síndrome de latigazo cervical y, a menudo, dan malos resultados. Un enfoque novedoso es evaluar si la atención brindada de acuerdo con el conocimiento de riesgo estimado de pronóstico desfavorable mejora los resultados de salud sin dejar de ser rentable.^{3 7} Esto de forma que el conocimiento del médico sobre esta patología dé el rumbo de la misma.

Los médicos del primer nivel ven alrededor de dos tercios de las personas que han experimentado un accidente de tráfico.⁴ De aquí la importancia del adecuado conocimiento del médico familiar para el manejo de las mismas. El esguince cervical tardío se puede prevenir si se conoce, detectan y manejan a tiempo los factores de mal pronóstico.⁴³ El síndrome de latigazo cervical ha sido definido como un mecanismo de lesión, un dilema social y médico legal, y un complejo síndrome de dolor crónico. Esto íntimamente ligado al no adecuado conocimiento de las guías de práctica clínica, haciendo un mal diagnóstico, manejo y prevención de complicaciones por parte de los médicos, ya que muchas veces se indica inmovilización y uso de aparatos ortopédicos sin requerirlos.^{44 45} Esto no es solo un incremento financiero en el sistema de salud, sino también una importante carga para los pacientes y el cuidado de su salud y bienestar, así como también un detrimento del movimiento en las actividades de la vida diaria o en la calidad de vida.⁴³

IV.3 PANORAMA DEL SISTEMA DE SALUD.

IV.3.A OMS, SALUD EN LAS AMERICAS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ED 2017.

*Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud funciona adecuadamente si al responder tanto a las necesidades como a las expectativas de la población cumple los siguientes objetivos (WHO 2010): mejorar la salud de la población; reducir las inequidades en salud; proveer acceso efectivo con calidad y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.*⁴⁶

Los principales retos para la salud en la región de las américas: muchos países redujeron sus tasas de pobreza extrema y mejoraron varios de los indicadores sanitarios.⁴⁷ Sin embargo, al mismo tiempo han surgido nuevos desafíos, mientras que otros ya presentes, como la violencia, los accidentes (lesiones no intencionadas) y las enfermedades no transmisibles, se han agudizado, lo que pone sobre la mesa asuntos que marcarán el rumbo

de las políticas de salud en los próximos años. Según la OMS las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo y para ambos sexos fueron los trastornos neuropsiquiátricos (45%), lesiones no intencionadas (12%, principalmente por accidentes de tráfico) y las enfermedades infecciosas y parasitarias (10%). Para las lesiones no intencionadas los principales mecanismos de acción, la OMS ha planteado la siguiente: Tránsito, Caídas, Quemaduras, Ahogamiento, Envenenamiento, Mordeduras de animales, Armas de fuego, Otros. Según el tipo de lesión resultante: Fractura, Esguince, Quemadura, Electrocución, Herida, Contusión/Hematoma, Ahogamiento/Sumersión, Asfixia/Sofocación, Envenenamiento/Intoxicación, Otros. Según el lugar de ocurrencia: muy útil porque facilita la aplicación de medidas de prevención para los diferentes tipos de lesiones no intencionales y se puede clasificar en cinco grandes categorías: Tránsito, Lugares públicos, Hogar, Trabajo, Instituciones educativas.⁴⁸

IV.3.B SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO

En México en el 2016, la población era de 119,5 millones, de ellos 77,8% concentrado en zonas urbanas. De acuerdo con el Padrón General de Salud 2014, alrededor de 35,4 millones de personas estaban afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 7 millones al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 49,8 millones al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social notificó en el 2014 que 18,2% de la población tenía alguna dificultad para acceder a los servicios de salud.⁴⁴

En el 2015, la disponibilidad de personal de salud en el país fue de 2,2 médicos y 2,6 enfermeras profesionales por 1 000 habitantes, incluidos los profesionales del sector privado. Existe una importante diferencia en la distribución de recursos humanos de la salud en el país.⁴⁶ El contexto anterior motiva al análisis de la respuesta que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud están ofreciendo a esta población en condición de vulnerabilidad. Las mejores medidas contra la discapacidad son la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de accidentes y enfermedades, así como una pronta intervención médica resolutive para reducir la aparición de complicaciones que generen secuelas.

Un servicio de calidad es aquel capaz de brindar a las personas usuarias los máximos beneficios de acuerdo con los conocimientos técnicos y científicos disponibles. El Instituto

de Medicina de los Estados Unidos (Institute of Medicine) define la calidad de los servicios como el grado en que estos incrementan la probabilidad de los resultados deseados a la luz del conocimiento científico vigente. Los recursos humanos son estratégicos para el buen desempeño de cualquier sistema de salud. El reto es desarrollar una fuerza laboral para la salud que esté disponible, tenga arraigo en las comunidades, sea competente, productiva y responda a las necesidades de la población con prioridad hacia la prevención y promoción de la salud. El perfil de la plantilla de profesionales en las unidades médicas del sector salud y la forma grupal de organizarse no están alineados con las necesidades de salud de la población. Se observa, por un lado, una excesiva especialización del personal médico en áreas inadecuadas respecto del perfil epidemiológico y, por el otro, una carencia de profesionales con los conocimientos idóneos para atender la problemática particular a la que se enfrentan en las unidades.⁴⁶

IV.3.C GUIA DE PRACTICA CLINICA ATENCION DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION. SS-008-08.

La estandarización en el diagnóstico y tratamiento del esguince cervical permitirá homogenizar criterios entre médicos del primer nivel de atención, basados en la más reciente evidencia, quienes contribuirán en la referencia oportuna al segundo nivel y evitar complicaciones físicas que pudieran generar incapacidades laborales de pronta resolución, e inclusive discapacidad de moderada a severa.

Su última actualización fue en el 2014 en evidencias y recomendaciones en tratamiento, lo cual refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía. La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal de primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Identificar los factores de riesgo para padecer esguince cervical
- Conocer las acciones específicas de tamizaje y referencia oportuna
- Conocer el manejo inicial del paciente con esguince cervical.

Lo anterior favorecerá la mejora en el conocimiento, efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud. Tiene un impacto esperado en la salud en detección temprana y diagnóstico oportuno de esguince cervical. Referencia oportuna, Reducción de número de complicaciones y reintegración laboral oportuna.³⁵

IV.3.D GUIA DE PRACTICA CLINICA ABORDAJE DEL DOLOR DE CUELLO EN LA POBLACIÓN ADULTA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MÉDICA

En países desarrollados, se conoce a las enfermedades del sistema musculoesquelético como causa de ausencia laboral, en los cuales los desórdenes del cuello y la columna vertebral se identifican como causa importante de morbilidad. Se señala que el dolor de cuello es de etiología multifactorial, incluyendo causas físicas y psicosomáticas. Los pacientes con dolor crónico representan un dilema diagnóstico y terapéutico al clínico, a causa de la controversia que se encuentra en la literatura publicada, por lo general se divide en dos grandes categorías: postraumáticas y degenerativas, esta clasificación incluye mecanismos de flexión y extensión así como mecanismos de lateralización. Las condiciones degenerativas incluyen espondilitis degenerativa, las enfermedades del disco, hernia de disco, considerando que algunos casos degenerativos pueden ser secundarios a una lesión anterior. Es por eso que se desarrolla esta guía con la intención de identificar las causas y mejorar el manejo y pronóstico de los pacientes con esta sintomatología.⁴⁵

IV.3.E LA FUERZA DE TAREAS DE QUEBEC

La Fuerza de Tarea de Quebec fue una fuerza de trabajo patrocinada por una aseguradora pública en Canadá. Este Grupo de Trabajo desarrolló recomendaciones sobre la clasificación y el tratamiento de síndrome de latigazo cervical, que se utilizaron para desarrollar una guía para el manejo del latigazo cervical en 1995. Se publicó un informe actualizado en 2001. Cada uno de los grados de la fuerza de tareas de Quebec corresponde a una recomendación de tratamiento específico.^{4 49}

Reflejando el pensamiento de la época, las 5 clasificaciones del síndrome de latigazo cervical dependían completamente de los signos clínicos, donde los impulsores del dolor y la discapacidad relacionada implicaban lesiones periféricas. Si bien las 5 amplias

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

categorías esguince cervical de la clasificación parecen estar arraigadas en el léxico común del campo después de 20 años, el refinamiento es claramente necesario.⁵⁰

IV.4 NATURALEZA DEL PROBLEMA

El conocimiento del médico familiar sobre la atención del paciente con esguince cervical no se ha identificado aún en nuestro medio. Se han identificado algunos estudios que no tiene relación los años de experiencia, con el nivel de conocimiento del esguince cervical en algunos países como Australia, aunque existe diferencia significativa en si el médico labora en áreas rurales o demográficamente alejadas de centros de Atención.

Como se comentó previamente, se han desarrollado diversas guías para el abordaje y tratamiento de los esguinces cervicales; las cuales tienen como objetivo principal servir de herramienta para los médicos de primer contacto.⁵¹ Esto se ha sustentado en estudios que han demostrado que la adherencia del abordaje medico a las guías en trastornos musculo esqueléticos conduce a mejores resultados y reducción de costos en la atención del paciente.^{34 38}

Sin embargo, se ha identificado al conocimiento de los médicos ante las guías como las principales barreras en la adopción de directrices o guías. Por lo que la asimilación de las guías clínicas es un desafío continuo.^{6 8} Dentro de lo que se ha observado, es que sesiones informativas o de instrucción sobre guías para los estudiantes de terapia física han recaído en una mejora en el conocimiento de la patología, sin que esto afecte las actitudes hacia las guías o sus creencias.⁶ Mismo que ha sido confirmado en estudios que han mostrado que los médicos familiares o de primer nivel de atención poseen el conocimiento de las guías de tratamiento para problemas musculo esqueléticas; sin embargo, la disposición para complementar dichas guías era bastante limitada.⁴⁰

Estudios evidencian que el adecuado conocimiento del profesional médico es mejor costo efectivo que medidas de rehabilitación temprana en paciente con esguince cervical,⁷ esto primero es la importancia de medir el conocimiento del médico para poder saber en que es necesario reafirmar e implementar estas estrategias en cuanto al conocimiento.

Parte de estos problemas pueda residir en lo que los médicos consideran fuentes de información confiables; ya que estudios acerca del tema han demostrado que los médicos familiares tienden mayor confianza en los libros de texto y lo que señalan sus colegas en congresos o similares. Lo que deja a las guías y artículos con un impacto menor en su

conocimiento.⁶ Esto conlleva a la formación de una brecha entre la evidencia y la práctica en el tratamiento.³⁹ Cabe señalar que el conocimiento sobre diversas patologías en los médicos de primer nivel no siempre es homogéneo como lo observado en afecciones musculoesqueléticas; algunos estudios refieren que aunque el conocimiento de las guías mejora el apego a las mismas, no había gran diferencia en los costos y pronósticos del paciente con esguince cervical, en contra parte con estudios que indican el mejor costo efectividad de estrategias en educación que el costo efectividad que era menor en rehabilitación de los mismos.⁷

Minozzi S y cols. Obtienen que a pesar de las iniciativas para legislar hacia la responsabilidad civil y la seguridad de la atención que deberían aumentar el uso de las pautas, encontraron un conocimiento general deficiente de los conceptos de Medicina basada en evidencia y el método de producción de guías, aunque las actitudes de los que respondieron fueron positivas, las barreras para el uso son predominantes y se consideran más como un obstáculo que como un estímulo.¹³¹³

Una nueva conceptualización de síndrome de latigazo cervical se siente particularmente oportuna, ya que los responsables de la formulación de políticas en todo el mundo parecen tener dificultades para interpretar e implementar la evidencia (o la falta de ella) para el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de latigazo cervical. Una nueva serie de reformas de la asistencia sanitaria en el Reino Unido, por ejemplo, está explícitamente diseñada para desincentivar las reclamaciones por el síndrome de latigazo cervical.⁵² Por lo que es necesario valorar y evaluar el conocimiento acerca del esguince cervical en médicos de primer contacto o de atención de primer nivel con el fin de identificar las barreras que afectan la aplicación de la medicina basada en evidencia, las guías de práctica clínica y mejorar las actitudes del médico hacia ellas.

IV.5 DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA.

El primer nivel representa la entrada al sistema; es el ámbito de trabajo del médico familiar y del equipo que colabora en la salud; estos resuelven, según los recursos que determinan la capacidad resolutoria de la unidad médica, hasta 85% de los problemas de salud, de un total de 100% de problemas demandados.³⁶

El propósito central de los sistemas de salud es mejorar la salud y el bienestar de la población mediante el avance progresivo hacia la salud universal. El financiamiento, la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

gobernanza, y la planeación eficiente de la formación de los recursos humanos son elementos esenciales para asegurar la capacidad del sistema en las acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de toda la población.^{46 47}

En el primer nivel de atención, los sistemas tienen escasa capacidad resolutoria y no responden a los perfiles de salud que, en toda la Región, con diferentes ritmos, han surgido por la transición demográfica y epidemiológica. Hay una alta tasa de hospitalizaciones por condiciones susceptibles de atención ambulatoria, lo cual refleja la baja capacidad de respuesta del primer nivel de atención y la ineficiencia de los sistemas.⁴⁶ Es esencial adoptar la perspectiva del curso de la vida, con todo lo que ello implica para la prestación de servicios y la formación de la fuerza laboral en salud. Los horizontes de causalidad no se limitan a la inmediatez temporal de la aparición de los estigmas clínicos, ni a los períodos críticos en los que los estilos de vida y otros factores del entorno configuran las condiciones de riesgo, sino que se manifiestan desde etapas bien tempranas del curso vital, con efectos transgeneracionales.^{46 47 48}

Dado que el médico familiar es clínico más relevante en el primer nivel, ya que es quien brinda la atención a la mayoría de los pacientes con esguince cervical; resulta importante tener un espectro de conocimiento con el grado de especificidad requerida. Es por eso que es necesario evaluar el conocimiento del médico familiar en la detección, manejo, referencia y discapacidad en paciente con esguince cervical, para así poder establecer estrategias que mejoren la atención a la población. La situación que se vive en las unidades de salud respecto a los recursos humanos es el resultado de todo un proceso que incluye la planeación, formación, gestión, capacitación y evaluación; en el que concurren las decisiones de las personas, la oferta de programas y su enfoque en los centros educativos y de formación, las estrategias de recursos humanos de los propios prestadores de servicios y las políticas que se establezcan desde el ámbito directivo. No obstante, se está consciente de que cambiar el panorama general de la adecuación de los recursos humanos a las nuevas necesidades del país, aun implementando políticas transformadoras que fortalezcan el primer nivel de atención con un modelo más homogéneo, será una realidad en el mediano y largo plazos.⁴⁷

Las guías clínicas generalmente se desarrollan para mejorar el conocimiento y, en última instancia, cambiar la práctica clínica para reflejar el mejor manejo de la práctica de esa afección. Sin embargo, las pautas de desarrollo y publicación solo rara vez cambian el

conocimiento o la práctica clínica.^{6 8 9} Con el médico de familia, el conocimiento es un factor para el alcance de una mejor práctica, al conocer el nivel de conocimiento de un profesional de salud, se pueden implementar estrategias que han incluido la educación presencial, como las reuniones educativas interactivas y el alcance educativo, basadas en los puntos álgidos de la atención del esguince cervical. Estas estrategias resultan ser las de mejor costo efectividad.^{6 7 8} El latigazo cervical es un problema de salud importante en México, siendo la tercera causa de incapacidad,³ en el mundo las lesiones no intencionales son la segunda causa de incapacidad, siendo la principal causa los accidentes de tránsito y como lesión no intencionada siendo la segunda causa los esguinces, ya sea como caídas, lesión de tránsito entre otras⁵³ y aunque los médicos de familia son consultados comúnmente para esta condición, el síndrome de latigazo cervical se asocian comúnmente con diversos síntomas físicos y psicológicos que pueden ser difíciles de diagnosticar y manejar.⁴ A pesar de la abundante bibliografía publicada, la no existencia en el propio lugar de trabajo de un protocolo específico, y la falta de conocimiento de los mismos hace que la atención al paciente con esta lesión, se haya estandarizado hasta tal punto que a casi la totalidad de los pacientes se les realiza una radiografía de la columna cervical y se les trata de igual forma, prescribiéndoles relajantes musculares y analgésicos e inmovilización cervical con collarín, con independencia del grado de lesión de la patología, lo que ocasiona, en un sistema sanitario como el actual un excesivo coste de recursos humanos, materiales y económicos.⁴¹

En nuestro medio no se ha llevado a cabo la evaluación de los conocimientos en médicos familiares sobre la atención de pacientes con esguince cervical, es por eso que se considera importante la realización del presente trabajo, ya que al evaluar el nivel de conocimiento sobre la atención del paciente con esguince cervical se generará información útil para sustentar la toma de decisiones, como reforzar o cambiar las estrategias para mejorar la atención médica, además de impulsar el interés en el desarrollo personal de los médicos y su práctica clínica.

IV.6 GRAVEDAD DEL PROBLEMA (MAGNITUD Y TRASCENDENCIA)

Es importante destacar que el proceso de concepción de las lesiones no intencionales no como un asunto individual, sino como un problema de salud pública prevenible, ha sido

prolongado hasta lograr soluciones en los diferentes ámbitos: tránsito, doméstico, lugares públicos, centros laborales e institucionales.⁵⁴

Se debe tener en cuenta que con el uso de la información objetiva, es posible garantizar estar más cerca de decisiones acertadas y de mayor eficiencia en las medidas que se definen a partir de ellas. Los estudios recientes sugieren que el adecuado conocimiento en la atención médica puede ser el tratamiento más efectivo para los pacientes con trastornos asociados al latigazo cervical.⁷ Se observa que los cuidados médicos basados en el adecuado conocimiento de las pautas en la atención del paciente con esguince cervical tiene mejores resultados que los programas de rehabilitación para mejorar la recuperación de pacientes con trastornos asociados al latigazo agudo.¹²

El Instituto otorga alrededor de 100 millones de consultas por año en la consulta externa de medicina familiar, especialidades y urgencias; el sistema de referencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención, para la solución de problemas de salud que requieren una mayor capacidad resolutoria, es el procedimiento de comunicación más frecuente entre las unidades médicas, con casi tres millones de envíos por año del primer nivel al segundo nivel.⁴⁷ Este importante número de consultas ha identificado deficiencias en el conocimiento y utilización de los servicios, falta de oportunidad en la atención, atribuible tanto al usuario, como al personal de salud y al sistema de organización; esto impacta negativamente en la calidad de la atención médica. Esta situación se origina, en parte, por insuficiente conocimiento y comunicación de usuarios y prestatarios de servicio.¹⁷

Algunos organismos, como la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA: World Organization of Family Doctors), han participado activamente a nivel internacional, recordando que en la atención primaria la atención médica de calidad debe estar basada en el conocimiento, buscando aumentar la investigación a nivel de la medicina familiar con un gran campo de acción en la clínica y la epidemiología; para analizar la morbilidad en el primer nivel de atención y buscar medidas preventivas oportunas eficaces y vigentes para los problemas en todo el ámbito del individuo y la comunidad. La investigación para el clínico debe ser una herramienta indispensable que le permita aplicar las destrezas diagnósticas y terapéuticas en la atención de los pacientes, además de generar conocimientos, darlos a conocer y hacer la transferencia de conocimientos en favor del derechohabiente. Los resultados fáciles no existen; la única manera de obtener una solución real y duradera a un problema personal consiste en abordarlo, resolverlo, aprender de él y aplicar lo que se aprenda en el futuro. La ignorancia y los errores son nuestros propios enemigos. Sin duda

alguna, la investigación en medicina familiar es una fortaleza institucional de la que los principales beneficiados son los derechohabientes.⁴⁷

Algunos conceptos, como capital humano, se encuentran íntimamente unidos a la educación para la salud y a la ejecución de acciones preventivas, la detección temprana de patologías. El concepto de capital humano implica la acumulación de conocimientos, que se traduce en la posibilidad de un mejor cuidado de la salud, así como en el ejercicio de estilos de vida orientados al incremento de la salud.³⁶ Una nueva serie de reformas de la asistencia sanitaria en el Reino Unido, por ejemplo, está explícitamente diseñada para desincentivar las reclamaciones de este síndrome.⁴⁵ A través de intervenciones tempranas apropiadas, los médicos de primer nivel pueden desempeñar un papel crucial para evitar que los pacientes de "alto riesgo" se alejen de las vías de cronicidad y discapacidad.⁴

Con el fin de optimizar la calidad y la coherencia del diagnóstico, manejo y envío oportuno a segundo nivel relacionadas con síndrome de latigazo cervical en la práctica del médico familiar en la Unidad de medicina familiar no. 10, el objetivo de este estudio de los médicos de familia fue explorar el conocimiento de los médicos de familia en relación con el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones relacionadas y envío oportuno del esguince cervical para detectar las fallas en el conocimiento del esguince cervical y así aplicar estrategias específicas de educación que mejoren la atención de los pacientes, con su respectiva repercusión económica y social.

IV.7 FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR PARA QUE EL PROBLEMA SE PRESENTE

Formativos. Las fuentes de información que los médicos de familia (MF) usan con mayor frecuencia para actualizar sus conocimientos médicos generales y tomar decisiones clínicas específicas, y las fuentes de información MF que son más accesibles físicamente, intelectualmente accesibles (fácil para entender), confiable (confiable) y relevante para sus necesidades.). Los libros de texto médicos y colegas en el entorno principal de atención al paciente fueron las dos principales fuentes con el propósito de tomar decisiones clínicas específicas. Los MF generalmente consideraban que los libros de texto eran confiables (confiables), y los colegas en el entorno principal de atención al paciente eran los más físicamente accesibles (de fácil acceso). Al tomar decisiones clínicas específicas, los MF probablemente usarán información de fuentes que consideran confiables y generalmente

accesibles físicamente, lo que sugiere que los MF pueden ser mejor apoyados facilitando el acceso fácil y conveniente a información de alta calidad.^{27 28}

Otro estudio mide las percepciones y creencias las percepciones y creencias de los médicos de atención primaria acerca de las pautas para el dolor lumbar, incluidos los habilitadores percibidos y las barreras para el cumplimiento de las pautas. Con el fin de identificar las Barreras a la atención médica de los médicos de atención primaria a los lineamientos clínicos para el manejo del dolor en donde Los médicos creían que las directrices eran prácticas profesionales categóricas, prescriptivas y limitadas; sin embargo, las prácticas clínicas populares reemplazaron las pautas. Se utilizaron referencias por imágenes para gestionar consultas y obtener diagnósticos definitivos. Las percepciones de los médicos reflejaron la falta de conocimiento del contenido y la comprensión de cómo se desarrollan las pautas. Es necesario abordar los conceptos erróneos y otras barreras para la adopción de directrices basadas en la evidencia a fin de mejorar la transferencia de conocimiento y cerrar la brecha entre la evidencia y la práctica en el tratamiento de esta afección común.^{1 6 52}

Desconocimiento por parte del personal de salud, el medico requiere conocer el proceso de la enfermedad suficiente para detectar, clasificar, tratar y en su caso referenciar de forma oportuna, así como la reinserción a sus actividades de forma temprana con un conocimiento integral y actualizado.

Capacitación: El nivel de conocimiento en médicos familiares es desconocido, es por ello que la evaluación de éste, resulta indispensable para poder mejorarlo. La información necesaria para practicar la medicina es en la actualidad más accesible que antes. El conocimiento que el medico necesita pueden aprenderlas a través de la experiencia, mejorarla con la práctica y enfocarlas para lograr una práctica médica de excelencia.²¹

IV. 8 ARGUMENTOS CONVICTENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE

El esguince cervical es la segunda lesión más frecuente presentada en las lesiones no intencionales, ocupando a nivel mundial cifras epidémicas, representan una gran carga económica y de salud a nivel mundial.³² La propensión hacia el desarrollo de condiciones crónicas incapacitantes impulsa el aumento en los costos de salud y económicos asociados con el diagnóstico y tratamiento, la pérdida de productividad y no saber detectar el riesgo

de mal pronóstico lo cual repercute en la cronicidad de esta patología.⁴³ Los tratamientos actuales no abordan la heterogeneidad bien documentada del síndrome de latigazo cervical y, a menudo, dan malos resultados. Un enfoque novedoso es evaluar si la atención brindada de acuerdo con conocimiento del riesgo estimado de pronóstico desfavorable mejora los resultados de salud.⁷

No obstante, y aunque el conjunto de estrategias e intervenciones de probada eficacia y costo efectividad en cuanto a la atención del esguince cervical, son extensamente conocidas, en donde el conocimiento de la detección oportuna, diagnóstico y manejo adecuado así como la educación de este síndrome al paciente depende el médico de familia, en donde se observa que una adecuado conocimiento lleva a un mejor pronóstico, reduciendo el número de pacientes a la cronicidad, reintegrándose de forma más rápida y efectiva a sus labores, con lo que conlleva su atención en cuanto a capital humano y económico.^{3 5}

Además existe información insuficiente en el medio local, en tema de conocimiento del médico familiar sobre el esguince cervical, incluso no existiendo un cuestionario para nuestro medio que lo evalúe.

Frente a esta realidad, se hace necesario que se conozca el nivel del conocimiento del mismo y así se establezcan estrategias de capacitación y evaluación continua al personal encargado de brindar atención a los pacientes con esguince cervical, con el fin de realizar intervenciones ligadas a la prevención de riesgos, detección oportuna de pronóstico desfavorable, así como un diagnóstico certero sin necesidad de uso excesivo de estudios radiográficos, un tratamiento adecuado y envío oportuno, disminuyendo así las tasas de cronicidad, uso indiscriminado de radiografías, y una reintegración oportuna.

IV.9 INFORMACION QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Asegurar que se cubren las necesidades de aprendizaje, identificar puntos débiles, aprobar programas o estrategias de aprendizaje, proporcionar retroalimentación a los médicos evaluados, seleccionar los mejores candidatos, etc.

Con base en los estudios y la información revisada, el conocimiento del médico familiar, no sea el adecuado o suficiente, para resolver el problema de salud, ya que como hemos visto, el síndrome de latigazo cervical sigue siendo una de las principales consecuencias de las

lesiones no intencionadas, lo cual se refleja con la altas tasas de discapacidad causadas por esta afectación, y que cada vez va en aumento la cronicidad de las mismas.

Al identificar el nivel de conocimiento en los médicos familiares sobre la atención de los pacientes con esguince cervical, se tendrá una visión respecto al ejercicio clínico que desempeña, a fin de establecer estrategias en busca de la mejora de la capacitación del médico familiar para así poder brindar una atención de salud de calidad.

V PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

De la información aportada hasta este punto surge la pregunta de investigación:

“¿QUE NIVEL DE CONOCIMIENTO TIENE EL MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 10, SOBRE EL DIAGNOSTICO, MANEJO Y REFERENCIA DEL ESGUINCE CERVICAL, DE ACUERDO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA SS-008-08?”

VI OBJETIVOS

VI.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de conocimiento de los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar no 10 sobre diagnóstico, manejo y envío oportuno de acuerdo a la guía de práctica clínica atención del paciente con esguince cervical.

VI.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Describir las características sociodemográficas de los médicos familiares adscritos a la UMF No. 10 Delegación Aguascalientes.

2. Identificar el nivel de conocimiento del médico familiar sobre el diagnóstico oportuno del esguince cervical.
3. Identificar el nivel de conocimiento del médico familiar sobre el tratamiento para el paciente con esguince cervical.
4. Identificar el nivel de conocimiento del médico familiar sobre pronóstico y referencia oportuna.

VII. MATERIAL Y METODOS

VII.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio clínico, descriptivo, transversal en su secuencia temporal, observacional.

VII.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes. Un total de 60 médicos.

El universo de trabajo: Toda los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del seguro social Delegación Aguascalientes adscritos al turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.

Unidad de observación y análisis: Médicos familiares adscritos a consultorio, de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes.

VII.3. MUESTREO

No probabilístico, censal por conveniencia, incluyendo de forma consecutiva a los médicos familiares que cumplieron los criterios de inclusión.

Por conveniencia se incluyeron a todos los médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes de los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada que aceptaron participan en el estudio.

VII.3.A. TAMAÑO DE MUESTRA.

Se incluyó a todos los médicos adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto mexicano del seguro social delegación Aguascalientes. La muestra quedo de 60 médicos de familia a los cuales se les entrego el cuestionario para su aplicación, 5 de ellos se tomaron como perdidos, ya que no regresó el cuestionario o lo regresaron sin haberlo contestado por los cuales se eliminaron del estudio.

Sede de estudio: Unidad de Medicina Familiar No 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

VII.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

VII.4.A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médico Familiares adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 10 Delegación Aguascalientes.
- Cualquier edad, genero, turno y tipo de contrato, que acepten participar y firmen carta de consentimiento bajo información.

VII.4.B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médico Familiares que no se encontraron en la unidad de Medicina familiar No 10 al momento de la realización del estudio, sea por vacaciones, permisos, enfermedad o comisión.
- Médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 10, que no aceptaron llenar el cuestionario, o no aceptaron firmar el formato bajo información.
- Médicos familiares que no pertenecieron a la plantilla laboral de la Unidad de medicina familiar no 10.

VII.4.C. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Médicos familiares que no contestaron de forma completa el cuestionario. Cuestionarios con menos del 80% de llenado, fueron 5 los que se dieron como perdidos.

VII.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa revisión de la literatura sobre Atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel y metodología para la evaluación del conocimiento se construyó un instrumento de tipo dicotómico, para medir el nivel de conocimiento del médico familiar sobre diagnóstico, manejo y referencia del paciente con esguince cervical en primer nivel. (Anexo A Manual operativo del Instrumento)

En el presente estudio se invitaron a participar a médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar no 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes, los cuales se encontraron en la sesión semanal, y el resto se acudiría a su consultorio de atención a realizarles la invitación, una vez que aceptaron participar, se procedió a dar a conocer y firmar el consentimiento informado (Anexo B) y posteriormente se aplicó el Instrumento (Anexo C).

VII. 6. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El cuestionario final consistió en dos secciones de información:

- Características demográficas y laborales.
- Conocimiento sobre la atención del paciente con esguince cervical.

El instrumento evaluó el conocimiento en tres dominios:

- Diagnóstico: el dominio diagnóstico incluyó las siguientes dimensiones
 - o Conceptos generales y detección oportuna de esguince cervical, ítem 1 al 10,
 - o Diagnóstico oportuno (datos clínicos típicos y componentes del daño cervical que indican necesidad de rayos X, ítem 11 a 20)
 - o Y clasificación del esguince cervical, ítem 21 a 30.
- Manejo: el dominio manejo incluyó una dimensión. Ítem 31 a 40.
- Y referencia oportuna, reducción de complicaciones:
 - o El dominio referencia oportuna, reducción de complicaciones 2 dimensiones (referencia oportuna y reducción de complicaciones, ítem 41 a 50)
 - o Reintegración oportuna, ítem 51 a 60).

Cada dimensión contó con 10 preguntas las respuestas en total sumaron 60 puntos. Posterior a la aplicación del cuestionario se capturó la información en SPSS para llevar a cabo el análisis de los datos y presentar los resultados finales.

VII.7. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

Una vez aceptado el proyecto por las autoridades del comité local de investigación, se solicitó permiso a dirección de la Unidad de medicina Familiar No. 10, se llevó a cabo una entrevista con cada encuestado en un total de 60 médicos familiares de los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, en donde se le explicó a cada uno el instrumento creado con la finalidad de medir los niveles de conocimiento sobre el diagnóstico, manejo y envío oportuno de acuerdo a la GPC atención del paciente con esguince cervical. Se otorgó consentimiento informado, posterior a su lectura y al encontrarse de acuerdo lo firmaron; posterior se aplicó la encuesta con la certeza de que el entrevistado comprendió las instrucciones, algunos médicos regresaron sin contestar el cuestionario, refiriendo que era extenso y sin leerlo y otros se lo llevaron.

VII.7.A. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó un instrumento de tipo encuesta, con formato de respuesta dicotómico, en el cual todas las preguntas están basadas en las evidencias y recomendaciones de la GPC SS-008-08 atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel de atención. El instrumento se divide en tres dominios para medir el nivel de conocimiento en los médicos familiares: Diagnóstico, Manejo y Referencia oportuna.

Se eligió un cuestionario dicotómico para medir conocimiento porque en test de rendimiento óptimo (pruebas de rendimiento y de inteligencia) se pretende medir el rendimiento máximo al que llega cada persona ante una serie de preguntas o tareas. Usualmente, el formato de respuesta de estos ítems se ajusta entre algunos otros, al de elección binaria: de dos alternativas, se elige la que se considera correcta (Sí o No; verdadero o falso).⁵⁵

A pesar de sus inconvenientes, éstos no tienen que ser triviales o ambiguos o encaminar mal el aprendizaje. El grado de dominio que tienen los estudiantes en un área particular del conocimiento es indicado por su éxito al juzgar la veracidad o falsedad de proposiciones relacionadas con él. Se ha considerado que tales proposiciones son expresiones del conocimiento verbal, que es la esencia del logro educativo. Estos reactivos pueden medir la comprensión así como el conocimiento significativo de conceptos y eventos.⁵⁶

Los reactivos dicotómicos pueden escribirse y leerse con rapidez y, por ende, permiten un muestreo amplio del contenido de la materia, otra ventaja es que pueden calificarse de

manera fácil e imparcial y que como se requiere menos tiempo para responder a cada reactivo, puede hacerse un muestreo más amplio del contenido. ⁵⁵⁵⁷

VII.8. DESARROLLO DE INSTRUMENTO

No se logró localizar ningún cuestionario que midiera el conocimiento del médico familiar al respecto de las lesiones relacionadas con síndrome de latigazo cervical o esguince cervical. Por lo tanto, se desarrolló nuestro propio cuestionario a través de un proceso de tres etapas. La etapa 1 involucró el desarrollo del elemento a través de una revisión crítica:

- Estudios previos sobre esguince cervical o síndrome del latigazo, lesión traumática, CIE-9MC, evaluación durante la consulta externa del primer nivel; historia clínica orientada; exploración física dirigida a diagnóstico clínico oportuno de esguince cervical, evaluación del médico, validación de instrumentos de evaluación.
- Directrices actuales (GPC sobre atención del paciente con esguince cervical).
- Encuestas aplicadas a médicos generales y quiroprácticos con respecto a las creencias, conocimiento del manejo a pacientes con latigazo cervical agudo, realizado en Australia, se realiza acorde a la GPC antes mencionada y nuestro tipo de población.

Revisión de la literatura y Guía de Práctica clínica SS-008-08 Atención del paciente con esguince cervical en primer nivel. El primer borrador de la encuesta incluyó preguntas sobre los datos generales de los médicos familiares, conocimiento y sobre detección temprana y diagnóstico oportuno de esguince cervical, clasificación del esguince cervical, manejo del esguince cervical, la referencia oportuna de los pacientes, reducción del número de complicaciones y reintegración laboral oportuna.

El cuestionario final consistió en dos secciones de información, 3 dominios y 6 dimensiones. Sección I. Características demográficas: se recopilaron datos respecto del encuestado edad, género, estado civil, turno laboral, área de consulta, antigüedad laboral, su tipo de contrato, si cuenta con certificación del consejo de médicos familiares y si conoce como tal la guía de práctica clínica SSA-008-08.

Sección II. Conocimiento esguince cervical: Dominio Diagnostico: Parte 1: Conceptos generales y detección oportuna de esguince cervical. Aquí se evaluó el conocimiento sobre definición, factores de riesgo, factores asociados con mal pronóstico. (Ítems del 1 al 10).

Parte 2: Clasificación del esguince cervical, se exploró el nivel de conocimiento, sobre la clasificación del esguince cervical según la fuerza de tareas de Quebec utilizada a nivel internacional. (Ítems del 11 al 20). Parte 3. Diagnóstico del esguince cervical. Se evaluó el nivel de conocimiento del MF sobre los datos clínicos típicos y agregados del esguince cervical así como a que pacientes se les solicita Rayos X en sus diferentes proyecciones. (Preguntas del 21 al 30). Dominio manejo: Parte 4: Manejo del esguince cervical: se exploró el nivel de conocimiento del MF sobre el tratamiento basado en evidencia en cada fase y las metas en las mismas, también medimos el conocimiento sobre el manejo farmacológico y no farmacológico y lo que se debe evitar en el tratamiento. (Ítems del 31 al 40). Dominio referencia y reducción de complicaciones: Parte 5: Referencia oportuna del paciente: Se exploró la frecuencia de referencia de los médicos del paciente a segundo nivel y midió el nivel de conocimiento sobre los criterios de referencia y las barreras para la referencia del paciente. (Ítems del 41 al 50). Parte 6: Reducción en el número de complicaciones y reintegración laboral oportuna.: se exploró los niveles de conocimiento de los médicos de familia hacia la educación del paciente y las necesidades de capacitación sobre el manejo de lesiones de latigazo cervical, días de incapacidad según tipo de trabajo. (Ítems del 51 al 60).

VII.8.A. CRITERIOS DE BAREMACIÓN

Cada dimensión que midió conocimiento cuenta con 10 ítems, se evaluó cada ítem mediante respuesta dicotómica, proporcionando opciones de respuesta como "Verdadero", "Falso". Antes del análisis, para cada afirmación se da, una puntuación de "1" para la respuesta correcta, mientras que las respuestas incorrectas una puntuación de 0. De esta manera se obtendrá un puntaje máximo por dimensión de 10 puntos y un puntaje total crudo de 60 puntos. Para evaluar el nivel de conocimiento preciso de los encuestados, se crearon nuevas variables con la etiqueta "Nivel de conocimiento del MF sobre diagnóstico, manejo y referencia oportuna del esguince cervical" al sumar sus puntajes de conocimiento. Para convertir el puntaje crudo en un puntaje estandarizado de 0 a 100, se multiplicó el puntaje crudo por 1.66. La media y la desviación estándar de los puntajes de conocimiento se utilizaron para categorizar los médicos de familia en cinco grupos: conocimiento muy bueno más de 90 puntos, bueno de 80 a 90, regular 60 a 79, malo 40 a 59 y muy malo menor de 40. Para el dominio de diagnóstico que cuenta con 3 dimensiones de 10 ítems cada una,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con un total de 30 puntos, para convertir el puntaje crudo en un puntaje estandarizado de 0 a 100, se multiplicó el puntaje crudo por 3.33, la media y la desviación estándar de los puntajes de conocimiento en diagnóstico se utilizó para categorizar los médicos de familiar en cinco grupos ya mencionados anteriormente, en cuanto a manejo se multiplicó el puntaje crudo por 10, y en referencia oportuna y reducción de complicaciones siendo dos dimensiones de 10 ítems cada una, con 20 ítems en total se multiplicó el puntaje crudo por 5. (Anexo D)

VII.8.B VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

VII.8.B.I. VALIDEZ DE CONTENIDO.

La etapa 2 involucró la validación del contenido y confiabilidad, se llevó a cabo por juicio de expertos a través de la consulta con seis expertos independientes; dos académicos clínicos de práctica de medicina familiar, dos médicos de salud en el trabajo, dos médicos especialistas en traumatología y ortopedia. Estos expertos fueron identificados en base a su experiencia trabajando con médicos familiares, experiencia en el manejo de reclamos de lesiones indemnizables relacionados con esguinces cervicales, quienes por medio de la revisión de la claridad, el contenido, coherencia, lenguaje adecuado en cada pregunta, certificaron que el instrumento era adecuado para medir el conocimiento de médicos familiares en el tema de la atención del paciente con esguince cervical, realizaron modificaciones a que dimensiones median cada dominio, después de las modificaciones indicadas mencionaron que todos los ítems eran relevantes y representativos para evaluar lo que se pretendía, se agregaron algunos ítems que se creían era importante su evaluación y se hicieron cambios de sintaxis.

VII.8.B.II. VALIDEZ APARENTE

Después de que estos expertos respaldaron la validez del contenido del borrador del cuestionario, en la Etapa 3, la prueba se probó por piloto aplicando el cuestionario a un total de 15 médicos de familia de otra Unidad de Medicina Familiar diferente a la que se va a estudiar para analizar la comprensión y viabilidad el cuestionario, se confirmó que el cuestionario mide lo que se pretende medir y no existieron errores de interpretación lingüística. Confirmando la confiabilidad del contenido y la validez aparente. Tenían

experiencia reciente (<12 meses) en el tratamiento de pacientes con lesiones resarcibles lesionados en el trabajo o en accidentes de transporte y habían dado previamente su consentimiento para ser contactados acerca de futuras investigaciones. Los médicos que participaron en la encuesta piloto se excluyeron del estudio final. Las etapas 2 y 3 dieron como resultado refinamientos para mejorar la claridad y la redacción de los elementos en lugar de las revisiones de contenido.

VII.8.B.III. VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Antes de iniciar se realizó una supuesto de correlación entre las variables, con el fin de establecer si se justifica o no la aplicación. (ANEXO E).

En el Anexo E se muestra que el cuestionario tienen altos valores de correlación entre sí, ya que se estiman con un puntaje mayor a 0.30, con esto se hace una inspección visual de la matriz de correlación lo cual justifica la aplicación del cuestionario.

Se llevó a cabo mediante un análisis factorial para evaluar el grado en el que el instrumento refleja la teoría del concepto que se quiere medir. Esto garantizó que las mediciones que resulten de las respuestas del cuestionario fueron consideradas y utilizadas como medición de lo que se estudió.

Se ingresó la información al programa SPSS.20 se realizó una análisis factorial exploratorio y posterior a extracción y correcciones se realiza el confirmatorio, al realizar el análisis exploratorio se planteó los objetivos del cuestionario que es medir el nivel de conocimiento del médico familiar sobre diagnóstico, manejo y referencia del esguince cervical, se diseñó un primer cuestionario previa búsqueda de información, posterior se lleva a revisión por parte de médicos expertos en el tema, los cuales realizaron modificaciones de sintaxis, se extrajeron y agregaron algunos ítems, identificando variables más relevantes.

Otro método implicó valorar la fuerza de la relación entre dos variables o ítems, esto a partir de las correlaciones parciales, la cual representa la correlación entre este par de ítems, después de remover el efecto de los demás. Para evaluar esta relación se utiliza el índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) el cual toma valores entre 0 y 1.

En la siguiente muestra se observan resultados entre .824 y .789 que son los que más tienen significancia para nuestro cuestionario. La medida puede ser interpretada con distintos lineamiento; sin embargo los más utilizados son valores de menos de 0.5 inaceptables, 0.5 a 0.59 pobres, de 0.6 a 0.79 regulares y 0.8 a 1, meritorios. (Tabla 4).

MATRIZ DE TRANSFORMACIÓN DE COMPONENTE			
Componente	1	2	3
1	.632	.612	.475
2	-.565	-.056	.824
3	.530	.789	.310
Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.			

Tabla 4 Matriz de transformación del componente (SPSS.20 2018)

Con el fin de dar una adecuada interpretación de los factores se estimó la matriz de factores rotados, esto para reducir datos, y para buscar nuevos factores, se realizó rotación de ejes de los nuevos factores; la rotación de los factores se refiere a girar los ejes factoriales en distintos grados, pero manteniendo fijo el origen con esto redistribuimos la varianza de las variables originales en los factores, esto con el fin de lograr una mejor interpretación. Se utilizan dos tipos de rotaciones ortogonales y oblicuas, en la primera los dos factores en análisis se giran a la vez, lo cual mantiene siempre su independencia, mientras que con las oblicuas esta independencia no se mantiene. En este cuestionario se utilizó el método varimax. (Tabla 5).

Matriz de componente rotado^a			
	Componente		
	1	2	3
Conocimiento parte 5	.936	.172	.161
Conocimiento parte 5 y 6	.887	.398	.045
Conocimiento parte 1, 2.	.143	.851	.205
Conocimiento parte 1, 2 y 3.	.169	.789	.561
Conocimiento parte 2	.287	.731	.116
Conocimiento parte 6	.657	.710	.003
Conocimiento sobre todas las partes del cuestionario	.610	.631	.418
Conocimiento parte 2	-.121	.219	.918
Conocimiento parte 3	.602	.189	.755
Conocimiento parte 4	.602	.189	.755
Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Vira Max con normalización Kaiser.			
a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.			

Tabla 5 Matriz de componente rotado (SPSS.20 2018)

La varianza total de cualquier variable puede ser dividida en tres partes, así a la cantidad de varianza que es compartida con las demás variables en análisis se le conoce como

varianza común o comunalidad. Entre más cerca de 1 esté la comunalidad, mejor explicarán los factores la variable. Se muestra en la tabla 6 que nuestro cuestionario explicara de forma adecuada las variables. Esto quiere decir que nuestras variables quedan totalmente explicadas por nuestros factores comunes resultantes. Valores menores a 0.3 se consideran no significativos, 0.3 -0.5 de aporte mínimo y de 0.5 a 0.7 de aporte significativo, valores mayores a 0.7 son considerados relevantes, como se observa en la tabla 10 nuestro cuestionario presenta varios valores relevantes y de aporte significativo. Con lo anterior y diferente métodos validamos el constructor de nuestro cuestionario.

COMUNALIDADES		
	Inicial	Extracción
Nivel de conocimiento sobre todas las partes del cuestionario	1.000	.946
Nivel de conocimiento parte 1, 2 y 3.	1.000	.967
Nivel de conocimiento parte 4	1.000	.968
Nivel de conocimiento Parte 5 y 6	1.000	.947
Nivel de conocimiento sobre Definición, factores de riesgo y factores asociados con mal pronostico	1.000	.786
Nivel de conocimiento sobre la Clasificación según Tareas de Quebec	1.000	.905
Nivel de conocimiento sobre datos típicos y agregados así como indicaciones de solicitud de RX	1.000	.630
Nivel de conocimiento Metas de tx en cada fase, tx farmacológico y no farmacológico	1.000	.968
Conocimiento sobre criterios de referencia y barreras de la misma	1.000	.932
Conocimiento del MF hacia la capacitación del paciente sobre manejo de lesiones, días de incapacidad según tipo de trabajo	1.000	.936
Método de extracción: análisis de componentes principales.		

Tabla 6 Comunalidades (SPSS.20 2018)

VII.8.B.IV. COEFICIENTE DE CONSISTENCIA INTERNA

Se elaboró un método de tomar en cuenta los efectos de diferentes muestras de los reactivos de una prueba sobre la confiabilidad, en particular para pruebas de habilidad (aprovechamiento, inteligencia, aptitudes) que incluye el método de división por mitades de

Spearman, las fórmulas de Kuder-Richardson y el coeficiente alfa de Cronbach. El primer método una prueba se considera compuesta por dos partes, por ejemplo nones y pares y cada una mide la misma cosa, las fórmulas de Kuder-Richardson es cuando una prueba puede dividirse en muchas formas diferentes en dos mitades que contengan igual número de reactivos, es aplicable cuando los reactivos se califican con solo dos resultados 0 o 1 y el alfa de Cronbach es una fórmula general para estimar la confiabilidad de una prueba que consta de reactivos en los cuales pueden asignarse calificaciones de distinto peso o respuestas diferente, por eso en este estudio se usara la fórmula de Kuder-Richardson.⁵⁶

VII.8.A.IV.a. KUDER RICHARDSON 20

Una de las características técnicas que determinan la utilidad de los resultados de un instrumento de medición es su grado de reproducibilidad. Esta se refiere al hecho de que los resultados obtenidos con el instrumento en una determinada ocasión, bajo ciertas condiciones, deberían similares si volviéramos a medir el mismo rasgo en condiciones idénticas. Este aspecto de la exactitud con que un instrumento mide lo que se pretende medir es lo que se denomina la confiabilidad de la medida.⁵⁷

Kuder y Richardson desarrollaron varios modelos para estimar la confiabilidad de consistencia interna de una prueba, siendo uno de los más conocidos la denominada fórmula 20, el cual se representa en el Anexo F.

Se estimó posterior a la aplicación de la encuesta piloto. El instrumento, al ser diseñado con la aplicación de variables dicotómicas (falso o verdadero) se utilizó el coeficiente de Kuder-Richardson 20 que permite obtener la confiabilidad a partir de datos que se obtienen en una sola aplicación del cuestionario. Coeficiente de consistencia interna. Obteniéndose un valor de 9.0 de esta manera y de acuerdo a criterio general, el instrumento se considera con una confiabilidad alta. Se muestra en la siguiente formula.⁵⁷

$$KR20 = \left(\frac{n}{n - 1}\right) \left(\frac{Vt - \sum pq}{Vt}\right)$$

$$KR20 = \left(\frac{60}{60 - 1}\right) \left(\frac{102.45 - 11.04}{102.45}\right)$$

$$KR20 = .90$$

VIII. PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO.

Primeramente, se realizó el cálculo de validación del instrumento mediante el cálculo de Kuder Richardson, y demás elementos estadísticos necesarios; dicho piloto se realizó con 15 participantes. Posteriormente se incluyó al resto de los médicos familiares para realizar la evaluación basada en dicho instrumento, empleando las herramientas estadísticas necesarias.

La información que se obtuvo se capturó en el programa Excel, posteriormente se importó al programa SPSS.v.20 para Windows para llevar a cabo el análisis estadístico. El análisis descriptivo consistió en el cálculo de media, desviación estándar y rango para variables cuantitativas (edad, puntajes por dominio, antigüedad laboral, etc.) así como, frecuencias y porcentajes para variables cualitativas (género, categoría laboral, estado civil, turno laboral, tipo de contrato, nivel de conocimiento por dominio). Se utilizaron tablas y gráficas para representar la información. Para las variables cualitativas se realizaron cálculo de frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se realizó la determinación del tipo de distribución, en los que se obtuvo una distribución normal se realizó cálculo de media y DE, al tener libre distribución se realizó el cálculo de mediana y rango intercuartilar.

IX. RECURSOS E INFRAESTRUCTURA.

IX. 1 RECURSOS HUMANOS

Investigador: Dra. Erika Lorena Vega Silva, Médico Familiar y maestría en educación adscrita a la Delegación Estatal IMSS Aguascalientes.

Colaborador: Dra. Ma Yosebeth Pinzón Castro, Residente de 3er año de medicina familiar adscrito a HGZ No. 1

IX.2 RECURSOS FÍSICOS

Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 10.

Recursos económicos: Este trabajo no requiere inversión extra a la que normalmente se invierte en la evaluación o tratamiento de este tipo de pacientes. La unidad cuenta con el equipo, material y recursos humanos. Los consumibles serán aportados por el alumno y los asesores.

IX.3 RECURSOS MATERIALES

Los recursos necesarios para nuestra investigación constan de: computadora, impresora, fotocopias, lápices, borradores, hojas blancas, cuestionarios, gasolina. Financiado en su totalidad por la tesista.

Categoría	Costo Unitario (\$)	Cantidad (#)	Costo Total (\$)
Computadora	12,000	1	12,000
Impresora	1,000	1	1,000
Cartucho de tinta	400	2	800
Fotocopias	0.50	1000	500
Lápices, bolígrafos	5	50	500
Engrapadora	50	1	50
Borradores	2	20	40
Caja de grapas	30	1	30
Hojas blancas	1	500	500
Gasolina	20(It)	150	3000
Total			18,420

X. FINANCIAMIENTO

El presente trabajo no recibe financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria.

XI. FACTIBILIDAD

El estudio es factible ya que la unidad cuenta con las instalaciones adecuadas para poder llevar a cabo los procedimientos descritos en este protocolo. Adicionalmente el asesor cuenta con experiencia en el abordaje de las guías de práctica clínica en atención de esguince cervical en primer nivel y los conceptos de conocimiento, evaluación al poseer la especialidad de medicina familiar y maestría en educación. Por el otro lado el asesor metodológico cuenta con experiencia y conocimiento acerca del procesamiento de datos. Por otro lado, el médico residente está calificado para el trato con los médicos y con el conocimiento suficiente para llevar a cabo los procedimientos ante señalados.

XII. ASPECTOS ETICOS

El riesgo de este estudio es de riesgo mínimo, ya que no se realizará ningún procedimiento adicional a la aplicación de un cuestionario. Este proyecto además se someterá a revisión independiente del proyecto por los evaluadores del SIRELCIS y se llevará a cabo hasta que tenga número de aprobación.

Los procedimientos de la investigación se encuentran dentro del marco del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en base al cual es una investigación de riesgo menor al mínimo. Ya que en esta investigación no se realizará ningún procedimiento que ponga en riesgo la integridad, función o la vida de los participantes. Adicionalmente la presente investigación atiende a los principios básicos para la investigación médica en seres humanos tal como se especifica en la 18ª asamblea de la Asociación Médica Mundial celebrada en Helsinki en vista de que no serán sometidos o expuestos a algún químico o procedimiento.

Los datos recabados serán confidenciales y de uso exclusivo para la realización de la investigación. Todos los participantes serán incluidos previa firma de carta de consentimiento informado.

XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD	CONOCIMIENTO DEL MF SOBRE DIAGNOSTICO, MANEJO Y REFERENCIA DEL ESGUINCE CERVICAL DE ACUERDO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA ATENCION DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL EN PRIMER NIVEL.																	
	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																	
	O C T 7	N O V 7	D I C 7	E N E 8	F E B 8	M A R 8	A B R 8	M A Y 8	J U N 8	J U L 8	A G O 8	S E P 8	O C T 8	N O V 8	D I C 9	E N E 9	F E B 9	M A R 9
Elección del tema																		
Acopio de Información																		
Revisión de literatura																		
Diseño de protocolo																		
Planteamiento del problema																		
Antecedentes																		
Justificación																		
Objetivo General y específicos																		
Marco Teórico																		
Seminario de tesis																		
Diseño de la investigación																		
Envío del protocolo al comité local																		
Revisión y modificación del protocolo																		
Registro del protocolo																		
Aprobación del protocolo																		
Trabajo de campo																		
Captura y tabulación de datos																		
Análisis de resultados																		
Autorización																		
Elaboración de informe final																		

Discusión de Resultados																			
Examen de Presentación																			

XIV. RESULTADOS

XIV.1. FICHA TECNICA.

Se entregaron 60 encuestas en la unidad de medicina familiar número 10, a 60 médicos familiares que laboran en esta unidad, en un período de aplicación de 2 semanas con una tasa de respuesta del 92%, ya que 5 médicos familiares a los que se les entregó la encuesta no la regresaron o no contestaron ningún ítem del instrumento, estos se tomaron como perdidos siendo un 8% del total. De la aplicación de este instrumento que se divide en dos secciones, la primera sección identifica datos generales del médico familiar, la segunda sección midió el conocimiento del médico familiar de la unidad de medicina familiar número 10 sobre el diagnóstico, manejo y referencia del esguince cervical. Posterior a la aplicación se ingresaron los datos en el programa SPSS 20, y se procedió al análisis estadístico y captura de resultados los cuales se representaron en gráficas y tablas. De la información se desprende que los médicos familiares de la unidad de medicina familiar tiene una edad promedio de 31 a 40 años, con una variabilidad de 8 años, la proporción de participantes del género femenino es mayor que la del sexo masculino, se realizó un comparativo entre nivel de conocimiento y las variables generales de los participantes, mediante un análisis estadístico de independencia (Chi-cuadrada), determinamos si existe diferencia significativa entre dos grupos de participantes, mediante la prueba-T, así mismo se realizó un análisis de varianza para más de dos grupos, mediante el procedimiento *One-way ANOVA*, se consideró un valor de “p” estadísticamente significativo de < 0.05, y omitimos los valores de 0, buscando facilitar su interpretación. (Tabla 7) De la primera sección se obtiene los siguientes datos sociodemográfico.

XIV.2 SECCIÓN I. RESULTADOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (DATOS GENERALES).

La distribución por grupo de edad muestra que el 9.1% eran menores de 30 años, 41.8% de 31 a 40 años, el 38.2% de 41 a 50 años y un 10.9 de más de 51 años (Ilustración 3). La distribución por género fue de 60% femenino y 40% masculino. (Ilustración 4). Con una distribución de médicos casados de 52.7%, solteros de 29.1% y otro (viudo, unión libre, separado, divorciado, etc.). (Ilustración 5). Se encontró una distribución de 43.6% laboraban en el turno matutino, 43.6% en el turno vespertino, 7.3% en el turno nocturno y 5.5% en la jornada acumulada. (Ilustración 6). De nuestra muestra un 83.6% laboraban en la consulta externa, 16.4% en Atención médica continua. (Ilustración 7)

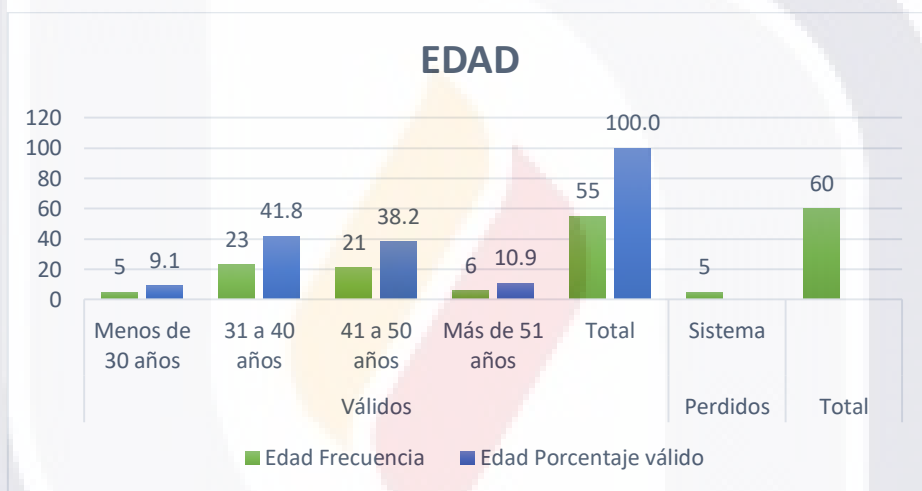


Ilustración 3 Gráfica 1. Distribución de los médicos por grupo de edad. (SPSS 20. Instrumento de evaluación conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018)

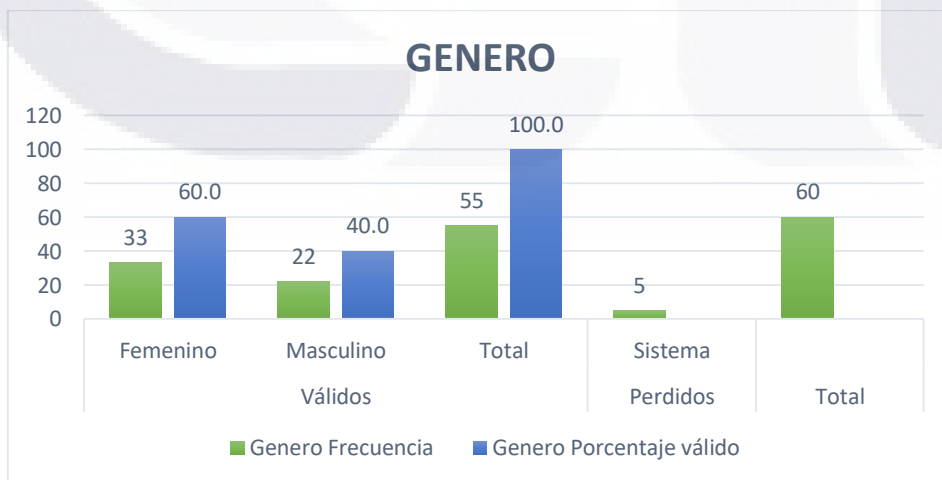


Ilustración 4 Gráfica 2 Distribución de médicos por género (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

Se encontró que 18.2% de los médicos tenían una antigüedad laboral de menos de 5 años, 30.9% de 6 a 10 años, 38.2% de 11 a 20 años y 12.7% más de 20 años. (Ilustración 8). Un 63.6 estaba certificado en la especialidad de MF y un 36% no estaba certificado en la especialidad de MF. (Ilustración 9). La distribución por tipo de contrato 89.1% eran médicos de base, 10.9% eventuales y ningún médico de confianza. (Ilustración 10).

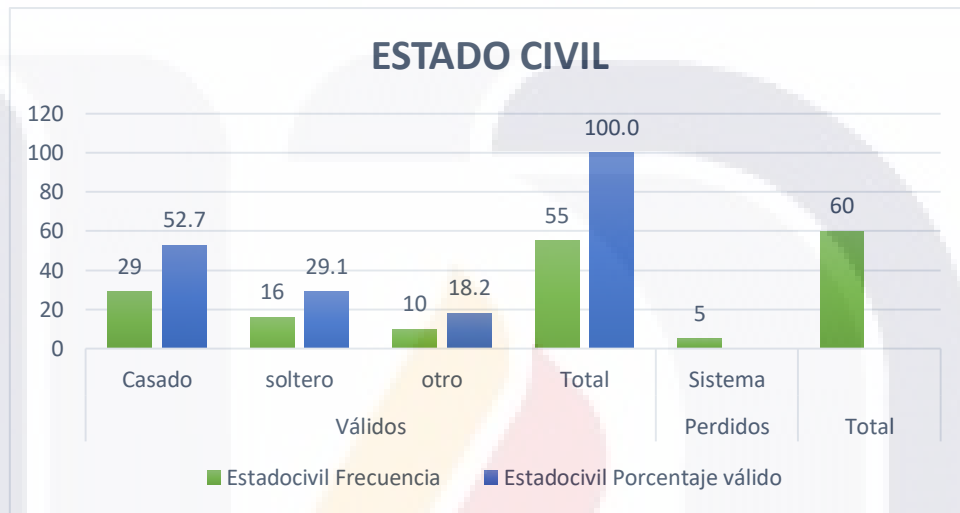


Ilustración 5 Gráfica 3 Distribución de médicos por estado civil. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

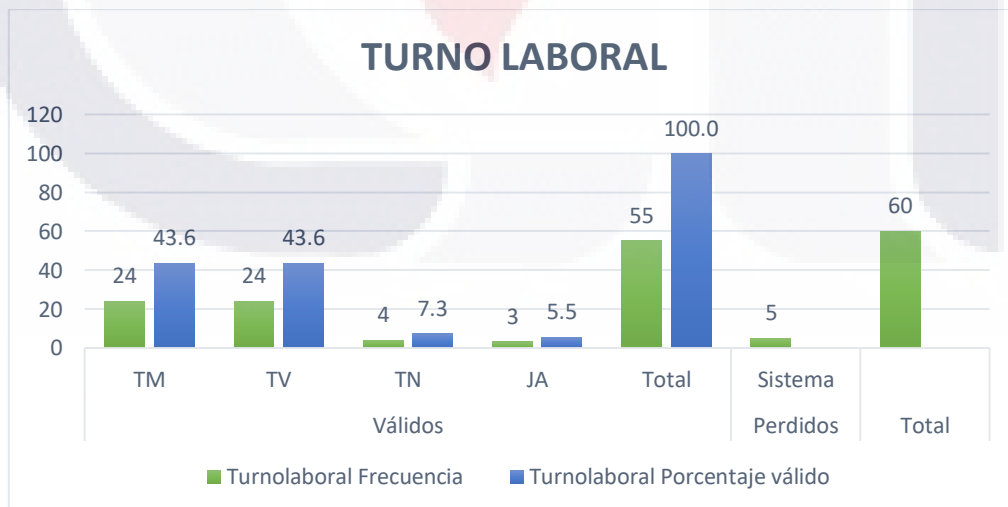


Ilustración 6 Gráfica 4 Distribución de médicos según su turno laboral. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

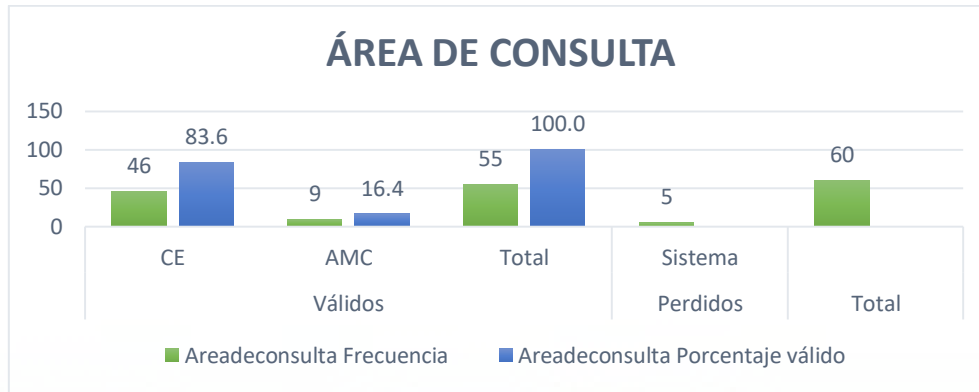


Ilustración 7 Gráfica 5 Distribución de médicos por área de consulta (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

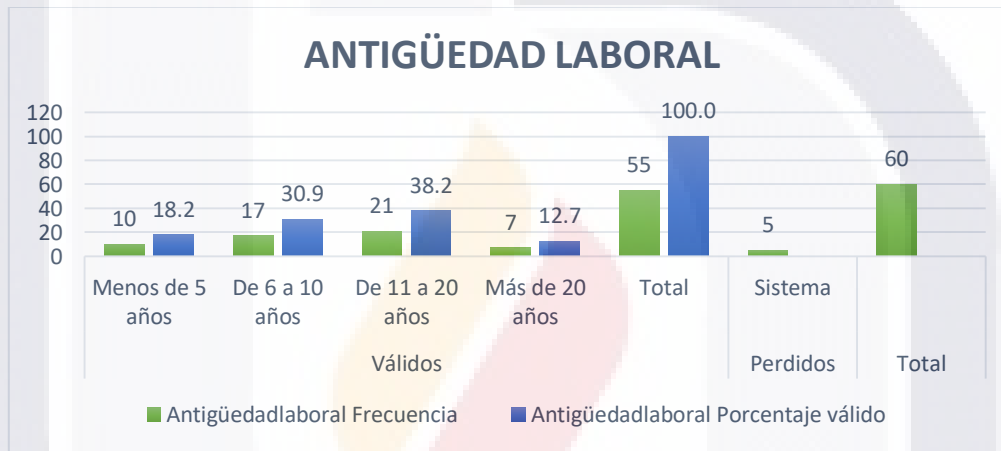


Ilustración 8 Gráfica 6 Distribución de médicos por antigüedad laboral. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

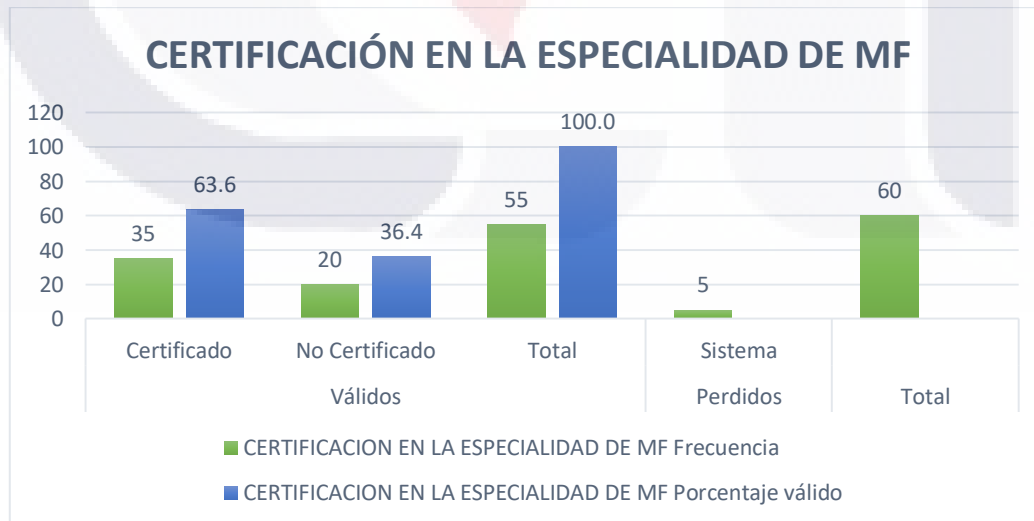


Ilustración 9 Gráfica 7 Distribución de médicos por certificación en la especialidad de MF. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

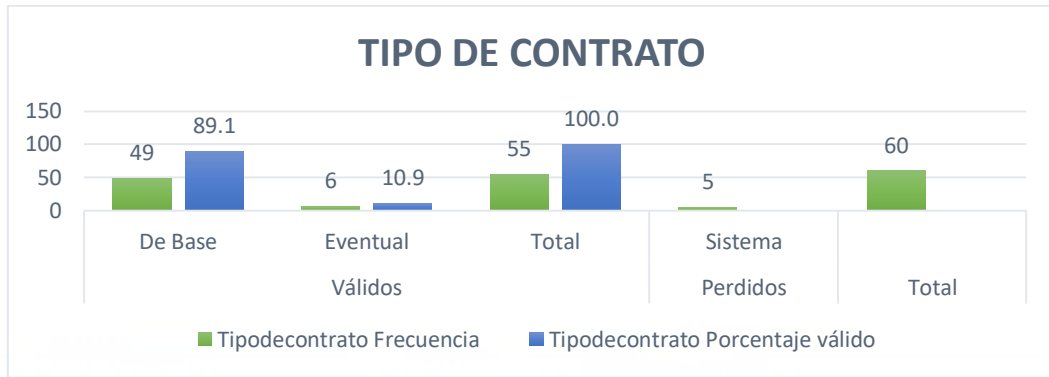


Ilustración 10 Gráfica 8 Distribución de médicos según tipo de contrato. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

XIV.3. SECCIÓN II. CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL.

Un 78.2% de los médicos contestaron conocer la GPC SSA-008-08, los restantes (21.8%) contestaron no conocer sobre la GPC. (Ilustración 11).

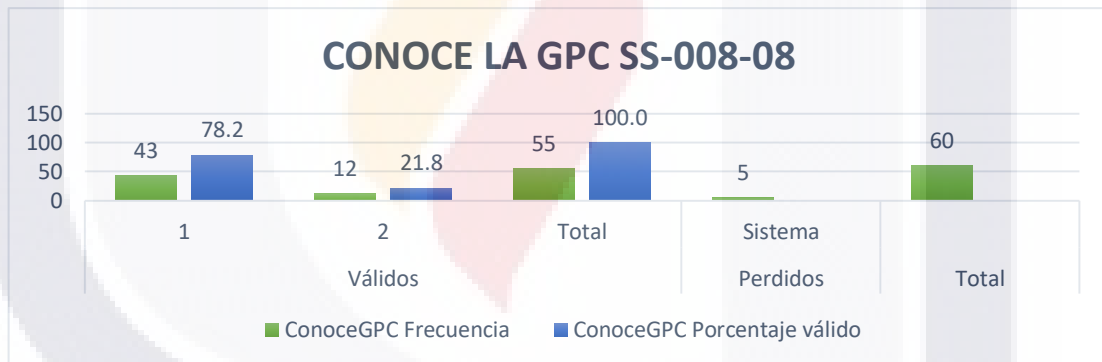


Ilustración 11 Gráfica 9 Distribución de médicos según conocen la GPC SSA-008-08. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

XIV.3.A. CONOCIMIENTO SOBRE CONCEPTOS GENERALES Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL ESGUINCE CERVICAL.

El instrumento de medición se dividió en 6 dominios, en el primer dominio se identificó el nivel de conocimiento del médico familiar sobre conceptos generales y detección oportuna del esguince cervical con un nivel de conocimiento muy bueno un 10.9% de los médicos encuestados, con un conocimiento bueno en 16.4% de los médicos, un 47.3% con conocimiento regular, 18.2% con conocimiento malo y un conocimiento muy malo en 7.3%

de los encuestados lo cual se muestra en la ilustración 12. Encontrando un puntaje promedio de 64 con una variabilidad de 18.3, la mitad de los médicos está por debajo de 70, con un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 90.

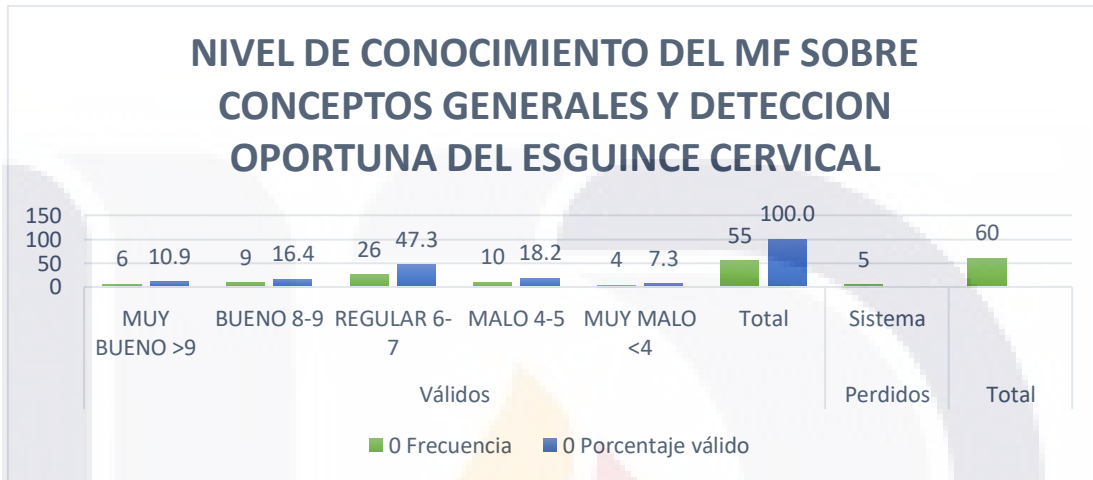


Ilustración 12 Gráfica 10 Nivel de conocimiento del MF de la UMF 10 sobre conceptos generales y detección oportuna del esguince cervical. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

XIV.3.B. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CLASIFICACIÓN.

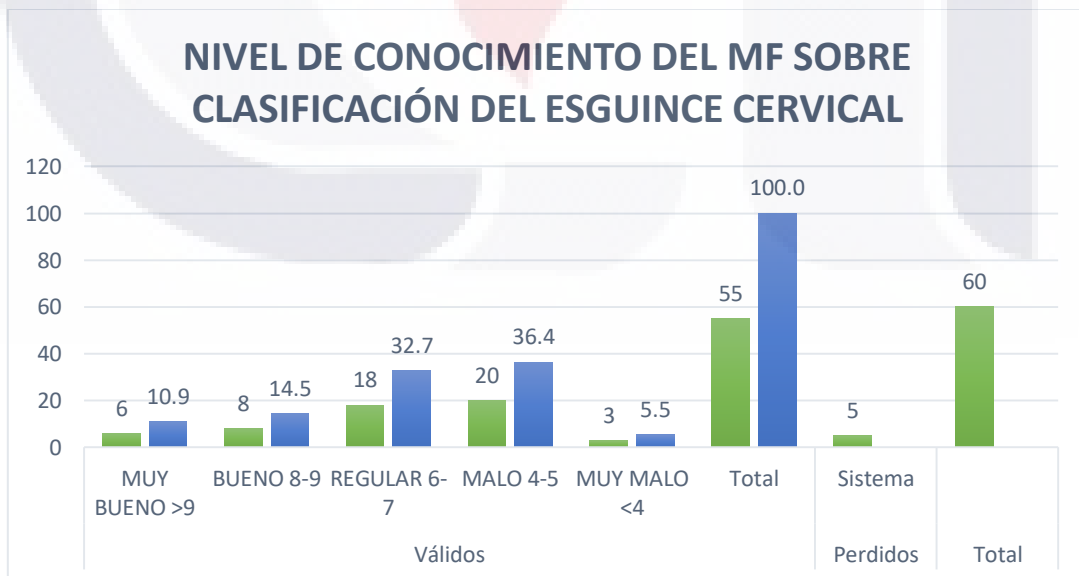


Ilustración 13 Gráfica 11 Nivel de conocimiento del MF sobre clasificación de esguince cervical. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

XIV.3.C. CONOCIMIENTO SOBRE DIAGNOSTICO.

El nivel de conocimiento sobre diagnóstico de esguince cervical, evaluado de la pregunta 21 a la 30 se identificó en 7.3% de los médicos familiares muy bueno, 21.8% con un nivel de conocimiento bueno, con un conocimiento regular un 49.1%, un conocimiento malo un 20% y un 1.8% un conocimiento muy malo. Con puntaje promedio de 66 con variabilidad de 15.5.

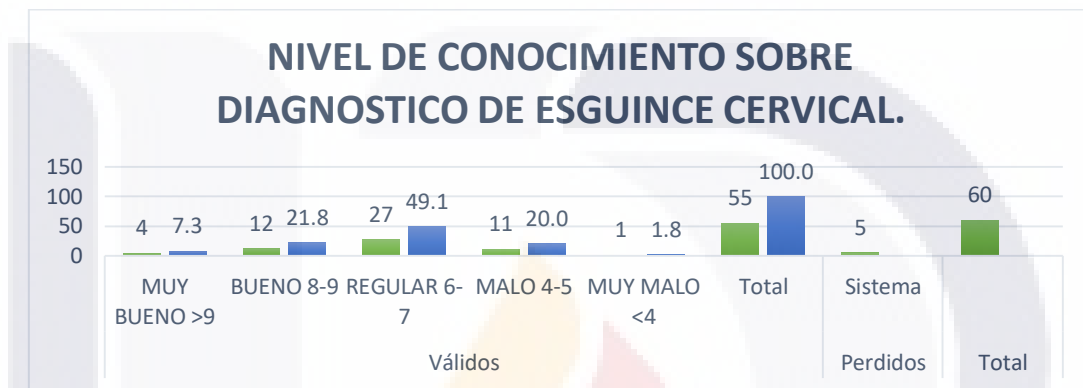


Ilustración 14 Gráfica 12 Nivel de conocimiento del MF sobre diagnóstico de esguince cervical. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018)

XIV.3.D. CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO.

En el siguiente dominio se identificó que el nivel de conocimiento sobre manejo de los médicos familiares era muy bueno en el 45.5%, bueno en 16.4%, regular en 30.9%, malo en 1.8% y muy malo en 5.5%. (Ilustración 15). Con un puntaje promedio de 76.9, y una variabilidad de 20.7.



Ilustración 15 Gráfica 13 Nivel de conocimiento de MF sobre manejo de esguince cervical. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

XIV.3.E. CONOCIMIENTO SOBRE REFERENCIA OPORTUNA.

De la pregunta 41 a 50 se identificó el nivel de conocimiento sobre referencia oportuna con un puntaje promedio de 81.1 con una variabilidad 20, obteniendo como resultado un conocimiento muy bueno en 45.5%, bueno en 14.5%, en un 32.7% regular, malo en 3.6% y muy malo en 3.6% de los médicos familiares encuestados.

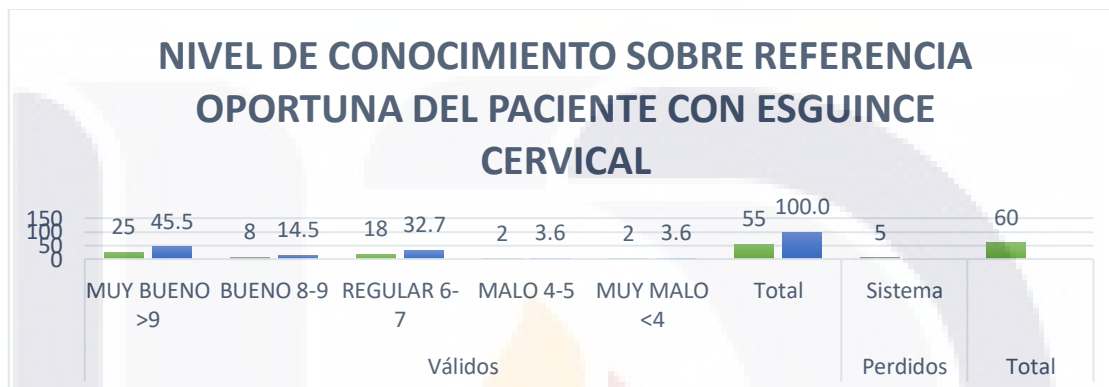


Ilustración 16 Gráfica 14 Nivel de conocimiento de MF sobre referencia oportuna de esguince cervical. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

XIV.3.F. CONOCIMIENTO SOBRE REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES Y REINTEGRACIÓN OPORTUNA.

Se identificó un nivel de conocimiento muy bueno en 14.5%, bueno en 34.5%, regular 30.9%, malo 14.5% y muy malo un 5.5% de los médicos familiares sobre reducción de complicaciones y reinserción temprana. Lo cual mostramos en la ilustración 17, con puntaje promedio de 68.9 con variabilidad de 20.

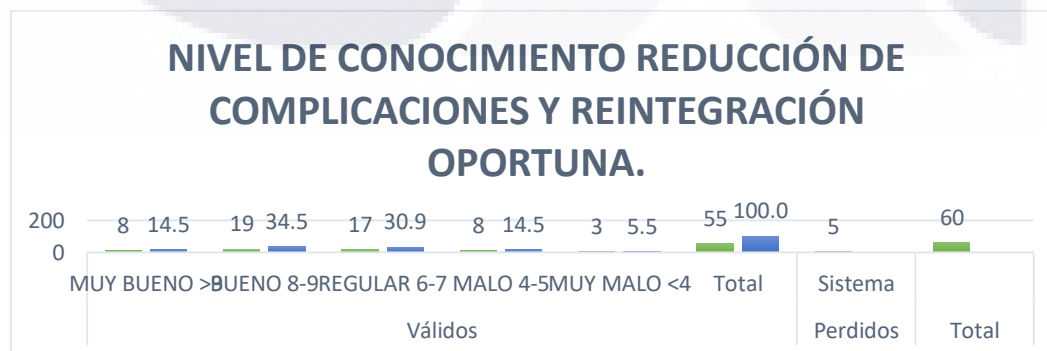


Ilustración 17 Gráfica 15 Nivel de conocimiento de MF sobre reducción de complicaciones y reintegración oportuna. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

XIV.3.G. CONOCIMIENTO SOBRE DIAGNOSTICO GLOBAL.

En éste dominio se tomaron en cuenta nivel de conocimiento sobre, conceptos generales, clasificación y diagnóstico del esguince cervical, lo cual se midió de la pregunta 1 a la 30, con un puntaje promedio de 63.8 y una variabilidad de 13.5, se identificó un conocimiento muy bueno en 1.8%, bueno 16.4%, regular 50.9%, malo 27.3% y muy malo en 3.6% de los médicos encuestados. (Ilustración 18). Con un puntaje mínimo de 10 y un máximo de 83.

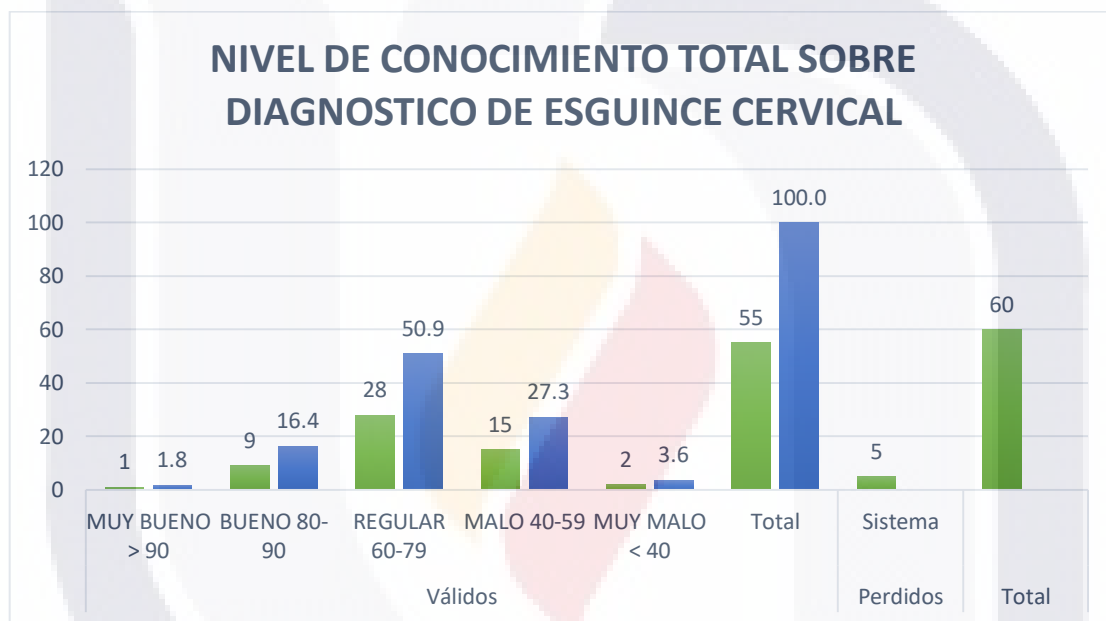


Ilustración 18 Gráfica 15 Nivel de conocimiento de MF sobre diagnóstico total esguince cervical. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

XIV.3.H. CONOCIMIENTO SOBRE REFERENCIA Y REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES.

Esta dimensión esta evaluada por dos dominios, referencia oportuna más reducción de complicaciones y reintegración oportuna. En donde se obtuvo un puntaje promedio de 75 con una variabilidad de 16.6 con mínimo de 0 y un máximo de 95. Identificando un nivel de conocimiento muy bueno de 21.8% de los médicos familiares de la UMF número 10, 34.5% un nivel bueno, 32.7% regular, 7.3% malo y un 3.6% muy malo.

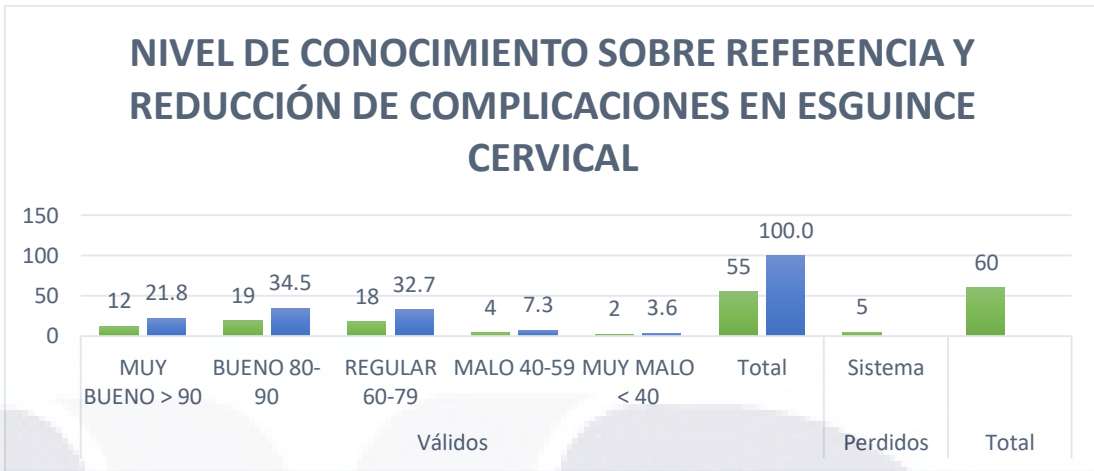


Ilustración 19 Nivel de conocimiento del MF sobre referencia oportuna y reducción de complicaciones. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

En la siguiente gráfica mostramos el promedio de conocimiento según cada dominio, observando que el nivel de conocimiento tiende a ser regular, exceptuando el dominio referencia oportuna en donde se observa un nivel de conocimiento bueno.



Ilustración 20 Comparativo entre dominios (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018)

XIV 3.I. CONOCOCIMIENTO DEL MEDICO FAMILIAR SOBRE DIAGNOSTICO, MANEJO Y REFERENCIA DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL DE ACUERDO A LA GPC SSA-008-08.

Esta dimensión se identificó con los dominios referencia oportuna, reducción de complicaciones y reintegración oportuna ítems de 41 a 60 en donde se identificó un nivel

de conocimiento muy bueno en 21.8%, bueno en 34.5%, regular 32.7%, malo en 7.3% y muy malo en 3.6%. Al realizar a sumatoria y promedio de nuestros dominios y dimensiones obtuvimos el nivel de conocimiento del médico familiar de la unidad de medicina familiar número 10 el cual se identificó al analizar los resultados de nuestro instrumento que ningún médico familiar presentaba un conocimiento muy bueno sobre el diagnóstico, manejo y referencia oportuna de esguince cervical de acuerdo a la GPC SSA-008-08, un 23.6% presentaba un buen conocimiento, el 67.3 % presentaba un conocimiento regular, un 5.5% un conocimiento malo y el 3.6 % un conocimiento muy malo. Lo cual podemos observar en la ilustración 19.

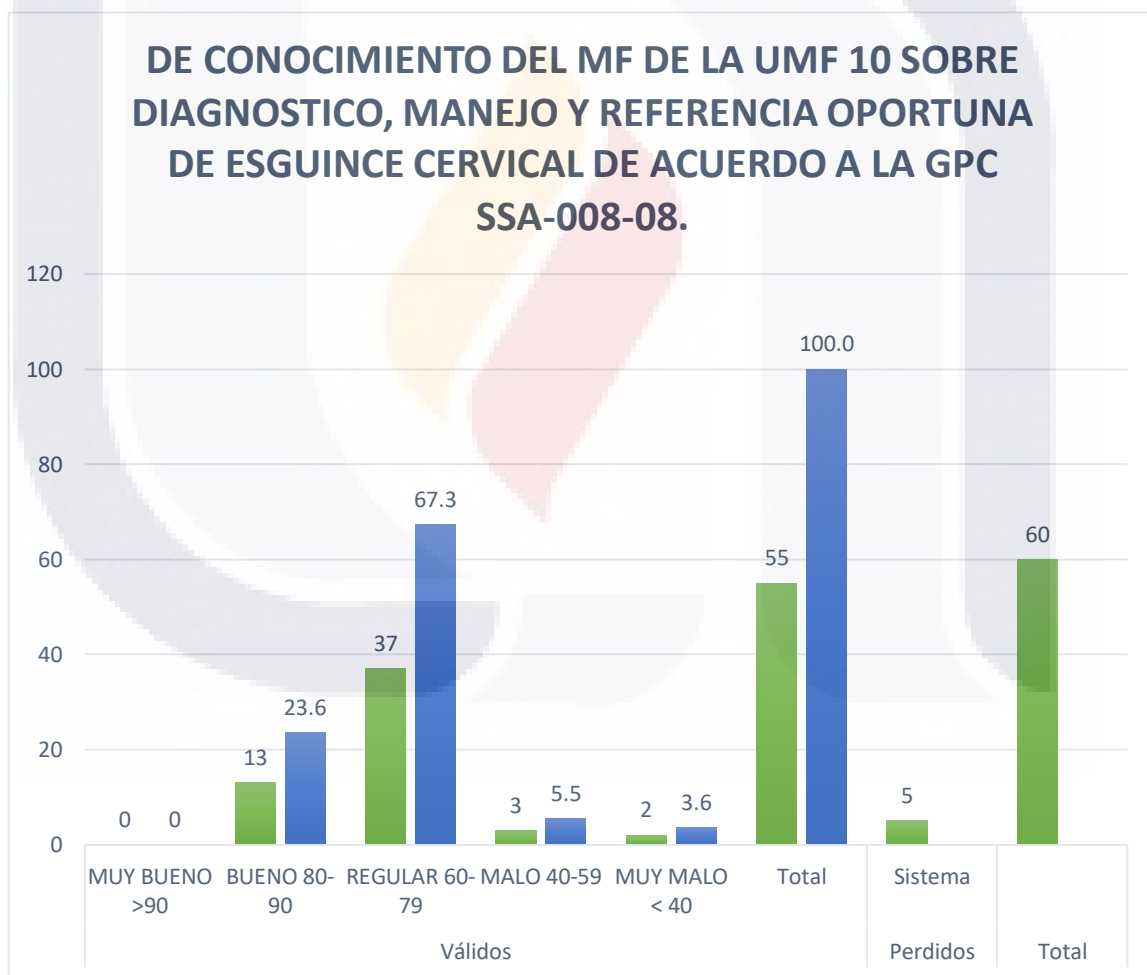


Ilustración 21 Gráfica 17 Nivel de conocimiento de MF de la UMF 10 sobre diagnóstico, manejo y referencia oportuna del paciente con esguince cervical de acuerdo a la GPC SS. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento sobre atención de esguince cervical 2018).

XIV.3.J. COMPARACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MF SOBRE DIAGNOSTICO, MANEJO Y REFERENCIA DE ESGUINCE CERVICAL DE ACUERDO A LA GPC SSA-008-08.

Como podemos observar en la siguiente tabla existe una significancia entre la edad y el conocimiento, con un valor p (.014), si está o no certificado con un valor de p .026 y una significancia en si conoce o no la GPC con un valor de p (0.031). Recordando que el sí valor de p es menos de 0.05.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MF DE LA UMF 10 SOBRE DIAGNOSTICO, MANEJO Y REFERENCIA DE ESGUINCE CERVICAL DE ACUERDO A LA GPC SSA-008-08.			
	Chi-cuadrada de Pearson	Prueba T	One-way ANOVA
EDAD	.014		.341
GENERO	.175	.320	.320
ESTADO CIVIL	.384		.739
TURNOS LABORAL	.261		.290
AREA DE CONSULTA	.793	.992	.992
ANTIGÜEDAD LABORAL	.691		.579
CERTIFICACION	.127	.026	.026
TIPO DE CONTRATO	.830		0.381
CONOCE LA GPC	.112	.031	.031

Tabla 7 Comparación de variables. (SPSS 20. Cuestionario conocimiento del MF sobre atención del esguince cervical 2018).

XV. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en este estudio se desprende de los datos generales que la edad promedio de los participantes fue de entre 31 y 40 años con una variabilidad de 8 años (41.8%). 60% fueron del sexo femenino. Un 52.7% estaban casados. 43.6% laboraban en el turno matutino y el 43.6% en el turno vespertino, 7.3% en el turno nocturno

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y un 5.5% eran de la jornada acumulada, de estos su área de consulta era en un 83.6% la consulta externa, contaban con una antigüedad de 11 a 20 años 38.2%, el 89.1% eran médicos familiares que tienen base como tipo de contrato, 63.6% estaban certificados por el Consejo Nacional de Certificación en Medicina Familiar, el 78.2% refiere conocer la GPC atención del esguince cervical en el primer nivel SSA-008-08.

En relación al nivel de conocimiento del médico familiar sobre diagnóstico, manejo y referencia del paciente con esguince cervical se evidencia que ningún médico presentó un nivel de conocimiento muy bueno, y 67.3% de los médicos presentaban un conocimiento regular. Aproximadamente 5.5% y 3.6% de los médicos que respondieron se consideraron con malo y muy malo nivel de conocimiento sobre diagnóstico, manejo y referencia del paciente con esguince cervical de acuerdo a la GPC SSA-008-, respectivamente. El nivel de conocimiento informado por los médicos de familia en este estudio también parece ser relativamente más bajo que el informado en estudios previos realizados en contextos internacionales.⁴ ⁶ Una encuesta de médicos canadienses identificó actitudes negativas hacia el manejo de pacientes con síndrome de latigazo cervical con una comprensión limitada de los indicadores de diagnóstico. ⁵ Una encuesta de médicos escoceses identificó una brecha de conocimiento como la razón para el reconocimiento y manejo deficiente de trastorno de estrés postraumático en la práctica general ⁶ Como el presente estudio tuvo una tasa de respuesta significativamente menor en comparación con los estudios canadienses y escoceses, es posible que nuestra muestra represente un subgrupo de médicos de familia con un menor conocimiento de las lesiones relacionadas con síndrome de latigazo cervical que sus pares. Alternativamente, dado que casi el 83% de nuestra muestra provenía de áreas de consulta externa, es posible que el acceso limitado a servicios de rehabilitación especializados obligara a los médicos familiares a manejar las lesiones de esguince cervical con mayor frecuencia y por lo tanto su confianza puede estar relacionada con la frecuencia de manejo tales casos, teniendo un nivel de conocimiento mayor en este rubro con un 76.9 de promedio. Estudios previos que documentan las perspectivas de médicos rurales de Australia occidental y Queensland sugieren que este es el caso al menos en lo que respecta a síndrome de latigazo cervical. ¹⁰

Nuestro estudio reveló que el mayor índice de respuesta correctas se presentó en el dominio manejo del paciente con esguince cervical, en donde se obtuvo un nivel de conocimiento regular con un promedio de 76.9, en el nivel de conocimiento del médico familiar sobre referencia y reducción de complicaciones se presentó un nivel de

conocimiento regular con un promedio de 75, mientras que en el dominio diagnóstico él fue el más bajo aunque sigue siendo regular el conocimiento presento un promedio de 69.43 con un más bajo nivel de conocimiento en clasificación. Presento un conocimiento regular. Estos resultados nos indican la necesidad de capacitación sobre el diagnóstico, manejo y referencia oportuna del paciente con esguince cervical para los médicos de la UMF número 10.

Por lo tanto, además de mejorar la concepción pedagógica de los programas académicos de formación de pregrado,¹⁵ es necesario y de suma importancia incrementar las intervenciones educativas entre los profesionales de la salud, ya que estas han incrementado significativamente el conocimiento de los médicos de primer nivel.⁷ Para esto son útiles diversas estrategias como la educación médica continua, capacitación en línea, cursos, revisiones, sesiones médicas, la educación en salud. De esta forma se podrá promover el conocimiento profesional e incrementar la calidad de la atención médica en los pacientes con esguince cervical.⁷¹⁴

Los hallazgos de este estudio también resaltan brechas importantes en el conocimiento de los médicos de familia. Solo el 30% de los médicos de cabecera que respondieron correctamente identificaron que la imposibilidad de rotar el cuello más allá de 45 ° hacia la izquierda o hacia la derecha era un indicador de la radiografía de la columna cervical después de una lesión en el cuello. La falta de conocimiento sobre cuándo solicitar rayos X puede ayudar a explicar las tasas relativamente altas de referencia (34% de todas las reclamaciones WAD) para las investigaciones de imágenes que se han informado después de lesiones en el cuello en el IMSS.² No se recomienda la derivación rutinaria de imágenes después de una lesión en el cuello, ya que los hallazgos en la imagen no se asocian con dolor y discapacidad después de una lesión medular.^{5 6} La presencia de las denominadas "anormalidades" observadas en la investigación radiológica como la rectificación de la lordosis pueden ser hallazgos incidentales que son prevalentes entre la población asintomática, y pueden funcionar como "pistas falsas" en el tratamiento de los síntomas de los pacientes.⁵ Para reducir el impacto de estos "errores" en el manejo del paciente y los costos asociados con imágenes innecesarias, se puede requerir una estrategia nacional para crear conciencia entre los médicos familiares de la unidad de medicina familiar número 10 de los indicadores basados en la evidencia para la referencia de imágenes después de una lesión en el cuello.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Es de observarse que en un porcentaje menor de respuestas correctas es el rubro de diagnóstico, sobre todo en detección oportuna de factores de riesgo ya que en general, la mayoría de los médicos de familia pudieron identificar correctamente los indicadores de peor pronóstico para los pacientes con esguince cervical, pero hubo lagunas en el conocimiento de los médicos acerca de la intensidad del dolor como un indicador pronóstico de una recuperación deficiente. Así como que los factores de riesgo para esguince cervical son sexo femenino, adolescente, antecedente de dolor de cuello y accidente de tránsito con un 30% de respuesta correcta.

Es interesante observar que solo el 20% de los médicos de familia respondieron correctamente que la manipulación *no* es un tratamiento efectivo basado en la GPC para esguince cervical. El respaldo de la manipulación por el 80% de los médicos de cabecera en el presente estudio contrasta con los hallazgos de una encuesta canadiense que incluyó 362 médicos que informaron que solo el 16% de los médicos de cabecera creía que la manipulación era útil.⁶ Sin embargo, es comparable con los hallazgos de una encuesta en el estado australiano de Queensland que encontró que el 84% de los fisioterapeutas estaban de acuerdo con la afirmación de que la manipulación / movilización es efectiva en el manejo de la mayoría de los pacientes con lesión aguda por latigazo cervical.¹⁰ Para fomentar la coherencia en el tratamiento basado en la evidencia de WAD en toda Australia, la capacitación clínica adicional en esta área podría ser útil.³¹

Solo el 25% de los médicos de familia respondieron correctamente que en el esguince cervical grado II puede haber hemorragia circundante, esto por la ruptura de músculo o ligamentos, lo que indica la importancia de la intervención en clasificación del esguince cervical.^{8 50}

Así mismo los médicos de familia, se observó y es de interés que la mayoría de los médicos de familia pudieron identificar correctamente los indicadores de reintegración en tiempo óptimo a sus actividades, pero hubo lagunas en el conocimiento de los médicos acerca de los días de incapacidad dependiente de las actividades y grado de lesión con un 18% de respuesta correctas. La mayoría de los individuos puede regresar a trabajar de inmediato o en el transcurso de seis semanas. Es posible que entre el 20 y el 40 % de los individuos aún tenga síntomas seis meses después de la lesión; sin embargo, el pronóstico es bueno para ellos y los síntomas se resuelven a la postre. Según la Medical Disability Advisor, la curación máxima de la incapacidad temporal para un trabajo sedentario es de 7 días y para

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un trabajo ligero de 14 días, aunque existen factores que pueden influir en la duración de la incapacidad, como la extensión de la lesión, la presencia de complicaciones y los requerimientos laborales. Existen también padecimientos comórbidos que pueden prolongar el tiempo de incapacidad temporal para el trabajo.³

En este estudio, el conocimiento de la GPC SSA-008-08 fue un importante predictor de conocimiento en el diagnóstico, manejo y referencia del paciente con esguince cervical con un valor p (0.026), los médicos que contestaron conocer la guía presentaron un nivel más alto de conocimiento que los que no la conocían, la evidencia a nivel internacional indican que el manejo apegado al conocimiento de la medicina basada en evidencia mejora la competencia médica, aunque en otros estudios se discute si el conocimiento de las mismas mejora la atención hacia los pacientes.⁹ Además, se encontraron asociaciones significativas entre el nivel de conocimiento y la edad de los médicos familiares ($p < 0.031$), representa que el conocimiento delos médico de familia de entre 31 a 40 años tiene un mayor conocimiento del diagnóstico, manejo y referencia del paciente con esguince cervical. Esto es coherente con las encuestas de los médicos de familia en el diagnóstico y el tratamiento en otras áreas de la práctica clínica.^{4 11} También el estar certificados por el consejo de Médicos Familiares presento un mayor conocimiento que los que no lo estaban con un valor $p < (0.026)$ Brindar oportunidades de capacitación a aquellos médicos de cabecera que tienen menos conocimiento para diagnosticar y tratar el esguince cervical puede ser importante, ya que es probable que el conocimiento del médico influya en el cumplimiento de las pautas en la práctica clínica.¹³ Los datos transversales y cualitativos sugieren que la baja confianza de GP en la integración de las preferencias del paciente con la atención de la guía presenta una barrera clave para la adherencia de la guía⁵¹. Un estudio holandés que incluyó entrevistas con 20 médicos y 20 de sus pacientes con dolor espinal encontró que los médicos se apartarían de la práctica recomendada y se referirían a imágenes si sus pacientes lo solicitaran y no pudieran convencerlos de que no estaba indicado.¹² Los médicos de mayor experiencia para optimizar su comunicación en el encuentro clínico con pacientes que presentan condiciones "complejas" relacionadas con esguince cervical pueden mejorar el cumplimiento de los lineamientos.

A pesar de este interés auto reportado, involucrar a los médicos de familia con poco conocimiento en el entrenamiento y la educación en lesiones relacionadas con el esguince cervical puede ser un desafío. De hecho, se descubrió que un programa de educación en línea para difundir las guías de práctica clínica australianas WAD en el estado de Nueva

Gales del Sur era eficaz para mejorar el conocimiento de las directrices WAD, incluyendo cuándo derivar para radiografías cervicales y qué intervenciones proporcionar a los pacientes; sin embargo, la aceptación del programa fue relativamente baja.¹² La baja aceptación de la educación en línea por los médicos australianos puede ser una tendencia común, a pesar de ser un medio de educación accesible, costo y efectivo en el tiempo. Se necesita investigación para comprender mejor y superar las barreras al compromiso de GP en la educación en línea y comprender las preferencias de los médicos de familia por la educación sobre lesiones relacionadas con el esguince cervical en el futuro.

CONCLUSIONES.

Al explorar el nivel de conocimiento de los médicos familiares sobre el diagnóstico, manejo y referencia oportuna del paciente con esguince cervical, hemos destacado la identificación de los puntos álgidos que limitan para la identificación de los pacientes con mayor riesgo de mal pronóstico, así como de reducir la solicitud de radiografías innecesarias después de un esguince cervical y la posibilidad de optimizar la derivación temprana de los pacientes en riesgo de recuperación retardada tras una lesión de síndrome de latigazo cervical. Se recomienda la implementación de estrategias educativas para mejorar el nivel de conocimiento en dichas áreas de prioridad. Nuestro estudio concluye que los médicos de familia de la unidad de medicina familiar tienen un nivel de conocimiento regular, con lagunas en el conocimiento en diagnóstico e incapacidad del mismo. Es recomendable asegurar que las instituciones de formación profesional, así como los encargados de capacitación médico continua desarrollen estrategias que mejoren el nivel de conocimiento de acuerdo a la guía de práctica clínica atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel para una construcción de mejora de la atención de los pacientes con esguince cervical relacionada con los médicos de familia de la unidad de medicina familiar, lo cual nos ayudará a alcanzar nuestro objetivo de garantizar que todos los pacientes con esguince cervical tengan acceso a una atención de alta calidad y consistente, Así mismo como estimular la certificación de los médicos de familia ya que estos tienen un más alto nivel de conocimiento.

REFERENCIAS

- ¹ SSA, A. d. (2014). http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/Catalogo/Maestro/008_GPC_EsguinceCervical/SSA_008_08_GRR.pdf2014.
- ² IMSS. (2017). <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2017>.
- ³ MG, H.-S. (2013). Incapacidad por esguince cervical I y II y el uso de collarín. *Rev Med inst Mex Seguro Soc*, 182-187.
- ⁴ Brijnath B, B. S. (2016). General practitioners knowledge and management of whiplash associated disorders and post-traumatic stress disorder, implications for patient care. *BMC Fam pract*, 17-82.
- ⁵ Nicles J, Y. M. (2017). Management of whiplash associated disorder in Australian general practice. *BMC musculoskeletal disorders*, 551.
- ⁶ Ferrari Roberts, R. a. (2004). Survey of general practitioner, family physician, and chiropractor's beliefs regarding the management of acute whiplash patients. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2173-2177.
- ⁷ Rebbeck T, C. M. (2006). Evaluación de dos estrategias de implementación para las pautas de latigazo cervical en fisioterapia: un ensayo aleatorizado grupal. *Aust J Physiother*, 165-174.
- ⁸ JA., H. (2007). Learning needs analysis to guide teaching evidence-based medicine: Knowledge and beliefs amongst trainees from various specialities. *MBC Med Educ.*, 7-11.
- ⁹ Mullen (2014). Evidence-based knowledge in the context of social practice. *Scan J Public Health*, 59-73.
- ¹⁰ Ng, T. S. (2015). Physiotherapists' Beliefs About Whiplash-associated Disorder: A Comparison Between Singapore and Queensland, Australia. *Physiother Res Int*, 77-86.
- ¹¹ AA., A. (2015). Knowledge, attitude, and practice toward evidence-based medicine among hospitals in the Qassim Region, Saudi Arabia. *Saudi Pharm*, 163-172.
- ¹² SA, R. (2017). Obstacles facing evidence based medicine in physical medicine and rehabilitation: from opinion and knowledge to practice. *Electron Physician*, 5689-5696.
- ¹³ Minozzi. (2018). EBM, guidelines, protocols: knowledge, attitudes and utilization in the era of low professional responsibility and safety of health care. *Recenti Prog Med*, 294-306.
- ¹⁴ Martínez, M. (2010). El conocimiento: su naturaleza y principales herramientas para su gestión. *UDIMA*.
- ¹⁵ Morejón, S. (2011). Conocimiento médico y su gestión. *Revista habanera de Ciencias Medicas*, 505-512.
- ¹⁶ Johannes, H. (2015). Teoría del conocimiento. *Instituto Latinoamericano de Ciencias y Artes*, 50-56.
- ¹⁷ González, J. (2014). Los niveles del conocimiento. *El Aleph en la innovación curricular, Innovación Educativa*. ISSN, 1665-2673.
- ¹⁸ Mosterin, J. (2004). *Conceptos y teorías en la ciencia*. Madrid: Alianza.
- ¹⁹ Rendón, R. (2005). Relación entre los conceptos: información, conocimiento y valor. Semejanzas y diferencias. *Ci Inf Brasilia*, 52-61.
- ²⁰ Ríos, A. M. (2006). Los conceptos de conocimiento, Epistemología y Paradigma, como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo de grado. *Cinta moebio*, 111-121.
- ²¹ Chahuán-Jiménez. (2009). Evaluación cualitativa y gestión del conocimiento. *ISSN 0123-1294. educ.educ.*, 179-195.

-
- ²² Segarra, M. (2005). Conceptos, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. *Revista de economía y empresa*, 175-195.
- ²³ Rodríguez, R. (2008). La evaluación del conocimiento en medicina . *Revista de la educación superior*, 31-42.
- ²⁴ Flores, H. (2012). Evaluación del aprendizaje en la educación médica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 42-48.
- ²⁵ Académica, C. (2015). <http://sitios.itesm.mx/va/calidadacademica/files/taxonomia.pdf>.
- ²⁶ Hechacarría. (2010). Material de apoyo al taller de diseño de proyectos de investigación educacional y social. *Universidad de Ciencias de la Habana*.
- ²⁷ Fuentes, C. (2004). *La especialidad de medicina familiar y comunitaria*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Familiar Comunitaria.
- ²⁸ México, U. A. (2004). Perfil del Médico Familiar . *Especialización en medicina familiar*.
- ²⁹ IMSS. (s.f.). [imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx). Obtenido de <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/09%20Medicina%20familiar-Interiores.pdf>.
- ³⁰ Pato, U. (2010). Comparison of randomized treatments for late whiplash. *Neurology*, 1223-1230.
- ³¹ Saborido, C. (2007). Efectividad de las técnicas de manipulación espinal en la lesión por latigazo. *Atención Primaria*, 241-246.
- ³² Baños, V. (2009). Epidemiología y repercusiones socioeconómicas del Síndrome de Latigazo Cervical. *Rev Fisioter (Guadalupe)*, 15-26.
- ³³ Blanco, M. (2000). Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la comunidad Autónoma de Madrid durante un año. *Revista Española de Reumatología*, 48.
- ³⁴ Graves, J. (2014). Health care utilization and costs associated with adherence to clinical practice guidelines for early magnetic resonance imaging among workers with acute occupational low back pain. *Health Serv Res*, 645-665.
- ³⁵ Epstein-Sher S. (2015). Physicians' Knowledge, Attitudes, and Readiness to Change Regarding Low Back Pain Treatment Guideline Adherence. *Spine*, 247-252.
- ³⁶ Webster, B. (2014). The cascade of medical services and associated longitudinal costs due to nonadherent magnetic resonance imaging for low back pain. *Spine*, 1433-1440.
- ³⁷ Kosteniuk, J. (2013). Use and perceptions of information among family physicians: sources considered accessible, relevant, and reliable. *J Med Libr Assoc*, 800-816.
- ³⁸ Slade, S. (2016). Barriers to primary Care Clinician Adherence to clinical guidelines for the Management of low back pain. *Clin J Pain* , 800-816.
- ³⁹ Munro, C. (2004). General practitioners' knowledge of post-traumatic stress disorder: a controlled study. *Br J Gen Pract*, 843-847.
- ⁴⁰ Grimshaw, J. (2006). Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med*, 14-20.
- ⁴¹ Russel, G. (2009). I've broken my neck or something! The general practice experience of whiplash. *Family Practice*, 115-120.
- ⁴² Herrera, T. (2013). Efecto de un programa educativo basado en conocimiento sobre el esguince cervical. *Spine*, 329-338.
- ⁴³ Toumier, C. (2016). Cinco años después del accidente, las víctimas de latigazo cervical aún tienen peor calidad de vida en el dominio físico, bajas por heridas leves: análisis de cohorte. *BMC Public Health*, 1-13.
- ⁴⁴ Programa, N. d.-2. (2013-2018). *Plan nacional de desarrollo* .
- ⁴⁵ IMSS. (2013). *Dolor de cuello*. Obtenido de www.cenetec.salud.gob.mx/...13_DOLORDECUELLOEN ADULTOS/629GER.pdf.

-
- ⁴⁶ OMS. (2018). *Descriptores de ciencias de la salud*. Obtenido de <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>2018.
- ⁴⁷ Organización, P. d. (2017). *Salud en las Americas*. Obtenido de <http://iris.paho.org>.
- ⁴⁸ Hernandez, S. (2015). Epidemiología de las lesiones no intencionales. *InfoHEM*, 65-90.
- ⁴⁹ Spitzer, W. (1995). Monografía científica de la Fuerza de Tarea de Quebec sobre trastornos asociados al latigazo cervical: redifinición del "latigazo cervical" y su manejo. *Columna Vertebral (Phila 1976)*, 1-73.
- ⁵⁰ Sterling, M. (2004). Un nuevo sistema de clasificación propuesto para los trastornos asociados al latigazo cervical: implicaciones para la evaluación y gestión. *Hombrether*, 60-70.
- ⁵¹ Kendall, E. (2009). When guidelines need guidance: considerations and strategies for improving the adoption of cronic disease evidence by general practitioners. *J Eval Clin Pracr*, 1082-1890.
- ⁵² Jull. (2016). Whiplash continues its challenge. *J Orthop Sports Phys Ther*, 815-817.
- ⁵³ Hernandez, S. (2015). Epidemiología de las lesiones no intencionales. *InfoHEM*, 65-90.
- ⁵⁴ Haldorsen, T. (2003). Symptoms and cognitive dysfunction in patients with the late whiplas syndrome. *Appl Neuropsychol*, 170-175.
- ⁵⁵ Abad, F. (2004). *Introducción a la psicometría Teoría Clásica de los Test y Teoría de la Respuesta al ítem*. madrid: editors.
- ⁵⁶ Available. (s.f.). *Diseño y elaboración de test*. Obtenido de http://biblio3.url.edu.gt/Libros/test_p/2.1.pdf.
- ⁵⁷ Ruiz, B. (2013). Confiabilidad. *Programa Interinstitucional Doctorado en Educación*, 1-14.

ANEXOS.

ANEXO A.

MANUAL OPERATIVO

En el presente estudio se invitará a participar a médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar no 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes, los cuales se encontraran en la sesión semanal, y el resto se acudirá a su consultorio de atención a realizarles la invitación, una vez que hayan aceptado participar, se procederá a dar a conocer y firmar el consentimiento informado y posteriormente la aplicación del cuestionario. El instrumento evaluará el conocimiento en tres dominios: diagnóstico, manejo y referencia oportuna, reducción de complicaciones; el dominio diagnóstico incluye las siguientes dimensiones [conceptos generales y detección oportuna de esguince cervical, diagnóstico oportuno (datos clínicos típicos y componentes del daño cervical que indican necesidad de rayos X y clasificación del esguince cervical), el dominio manejo incluye una dimensión y el dominio referencia oportuna, reducción de complicaciones 2 dimensiones (referencia oportuna y reducción de complicaciones, reintegración oportuna) cada dimensión cuenta con 10 preguntas las respuestas en total suman 60 puntos. (Anexo 3) El conocimiento será muy bueno si la calificación fluctúa en más del 90, bueno entre 80 y 90, regular 60 -79, malo 40-59 y muy malo menos de 40.

El cuestionario final consistió en dos secciones de información:

- Características demográficas y laborales.
- Conocimiento sobre la atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel.

Posterior a la aplicación del cuestionario se capturará la información en SPSS para llevar a cabo el análisis de los datos y presentar los resultados finales.

Apreciable Medico Familiar: El presente cuestionario forma parte de un proceso de investigación realizado por un residente de Medicina Familiar con sede en el Hospital General de Zona no. 1 Aguascalientes, Aguascalientes; cuya finalidad es adquirir información útil para proyecto de tesis. De antemano agradecemos su colaboración. La información que se nos proporcione es anónima, confidencial y para fines de investigación. Los resultados obtenidos de la evaluación no se deberán conocer de manera individual.

SECCION I DATOS GENERALES.

INSTRUCCIONES. Marque con una X según corresponda su respuesta.

SECCIÓN I					
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS: DATOS GENERALES.					
ÍTEM	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	CÓDIGO
1	EDAD	Es el tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació a la fecha actual.	Cuantitativa Discreta. Años.	< De 30 años De 31 a 40 años De 41 a 50 años >De 51 años	1 2 3 4
2	GENERO	Identidad Sexual de los seres vivos, conjunto de caracteres anatómico-fisiológicos que distinguen entre femenino y masculino.	Cualitativa Nominal, dicotómica.	Femenino Masculino	1 2
3	ESTADO CIVIL	Parámetro demográfico que indica el estatus de una persona respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería, etc.	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Otro	1 2 3
4	TURNO LABORAL	Momento del día en el que se encuentra programada la jornada laboral del médico familiar.	Cualitativa Nominal	Matutino Vespertino Nocturno Jornada acumulada.	1 2 3 4
5	AREA CONSULTA DE	Espacio donde desempeña sus labores el Medico.	Cualitativa Nominal	Consulta Externa Atención Medico continua	1 2
6	ANTIGÜEDAD LABORAL	Tiempo transcurrido desde su ingreso a la Institución a la fecha de la entrevista.	Cuantitativa Discreta	Años <De 5 años 6-10 años 11-20 >De 20 años	1 2 3 4
7	CERTIFICACION EN LA ESPECIALIDAD DE MF	Es la garantía que se entrega o se extiende sobre algo y que tiene la misión de autenticidad o la certeza de algo. Si el médico se encuentra certificado ante el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar	Cualitativa Nominal	Si No	1 2

8	TIPO DE CONTRATO	Clase de contrato que rige el compromiso ente el empleado y el empleador según el tiempo y las condiciones de trabajo	Cualitativa Nominal	De base Eventual Confianza.	1 2 3
9	CONOCE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL EN PRIMER NIVEL	Si el médico conoce al momento de la realización de este cuestionario de la existencia de esta guía.	Cualitativa Nominal	Si no	1 2

SECCIÓN II					
CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL					
OBJETIVO	Identificar el nivel de conocimientos del Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 sobre la Atención del paciente con esguince cervical.				
CONCEPTO	El conocimiento médico es el conjunto de facultades adquiridas por los profesionales para saber y comprender el problema del paciente; por lo cual el medico requiere conocer el proceso de la enfermedad, suficientemente bien, de forma integral y actualizada para poder identificar con rapidez el problema del paciente sabiendo identificar de forma oportuna los factores de riesgo y pronostico predisponentes, fisiopatología, diagnóstico, manejo y referencia oportuna, teniendo las destrezas específicas necesarias para esto.				
CODIFICACION	Respuesta correcta 1, respuesta incorrecta 0				
DOMINIO	CONCEPTO	DIMENSION	ITEM	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
DIAGNÓSTICO	Conjunto de facultades y destrezas adquiridas por los profesionales para diagnosticar el esguince cervical, desde la detección oportuna, identificación de signos y síntomas y	Conceptos generales y detección oportuna de esguince cervical	1. El esguince cervical o síndrome de latigazo (whiplash) es el resultado de una lesión combinada entre extensión/flexión de los tejidos blandos de la columna cervical, que ocasiona lesión de ligamentos con estiramiento de los músculos de la columna cervical debido a mecanismo de aceleración y desaceleración de energía transmitida al cuello.	Nominal Dicotómica	V
			Este ítem mide si conoce o no el concepto de esguince cervical, según la GPC SS-008-08. (Concepto: representación mental de un objeto, hecho, cualidad, situación).		
			2. Los factores de riesgo en el esguince cervical son Sexo femenino, Adolescente, Antecedente de dolor de cuello, Accidente de tránsito.	Nominal Dicotómica	V

clasificación del esguince cervical.	Identifica si conoce los factores de riesgo o no del esguince cervical (Factor de riesgo: Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer un esguince cervical)		
	Los factores asociados con pobre pronóstico después de esguince cervical son los siguientes:		
	Pobre pronóstico: es la predicción de los sucesos que ocurrirán en el desarrollo de una enfermedad en términos estadísticos, con una tasa baja/pobre de resolución.		
	3. El dolor es > 7/10 en la escala EVA en el día 1.	Nominal Dicotómica	V
	Identifica si el nivel del dolor es un factor asociado con pobre pronóstico después de un esguince cervical. (dolor: Percepción sensorial localizada y subjetiva desagradable asociada a daño tisular real o potencial, escala de EVA: escala visual analógica que permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores, es una línea de 0-10, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma, de leve a intensa)		
	4. El paciente tiene daño psicológico o comorbilidad psicológica	Nominal Dicotómica	V
	Identifica si el daño psicológico o comorbilidad psicológica está asociado con pobre pronóstico. (Daño psicológico: Evento o proceso donde se altera el equilibrio de los recursos psíquicos preexistente)		
	5. Rectificación de la lordosis cervical corroborada por Rayos X	Nominal Dicotómica	F
Identifica si la rectificación de la lordosis está asociada con pobre pronóstico (rectificación de la lordosis: cuando la curvatura normal de la columna vertebral se ve disminuida o desaparece en alguno de sus tramos)			
6. Incremento de la actividad física.	Nominal Dicotómica	F	
Identifica si el incremento de la actividad física después de un esguince cervical está asociado con pronóstico pobre. (Actividad física: todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo)			

		Los factores pronósticos asociados a pronóstico pobre definido como incapacidad después de un esguince cervical son:		
		Incapacidad: dificultad para hacer las actividades en cualquier ámbito de la vida.		
		7. Limitación de los grados de movilidad del cuello, dolor inicialmente alto en intensidad, discapacidad inicialmente alta, catastrofismo, nivel de educación, sensibilidad al frío.	Nominal Dicotómica	V
		Identifica si es cierto o no que la limitación de los grados de movilidad del cuello, el dolor inicialmente alto, la discapacidad inicialmente alta, el catastrofismo, nivel de educación y la sensibilidad al frío son factores asociados a pobre pronóstico. (Limitación de los grados de movilidad. Limitación de la movilidad del cuello, catastrofismo: actitud fatalista, alguien que cree que todo va a salir mal, nivel de educación: grado de estudio, se divide en educación básica, educación media superior y educación superior; sensibilidad al frío: sensibilidad anormal a un ambiente frío)		
		8. Insatisfacción en el trabajo, cambios degenerativos en la RX, lugar de ocupación en el auto, el no traer puesto el cinturón de seguridad.	Nominal dicotómica	F
		Identifica si es cierto o no que la insatisfacción en el trabajo, cambios degenerativos en la radiografía, el lugar de ocupación el auto y el no traer puesto el cinturón de seguridad son factores de pronóstico pobre para incapacidad. (insatisfacción en el trabajo: malestar experimentado por un trabajador en su puesto de trabajo, ya sea por factores personales, ambientales o por las propias labores realizadas, cambios degenerativos en la radiografía: proceso articular caracterizado por diversos signos y síntomas que se encuentran en estrecha relación a cambios del cartílago y el hueso subcondral)		
		9. Factores relacionados con el accidente como, traumatismo craneo-encefálico preexistente, preexistencia de síntomas, como cefalea, migraña, consecuencias iniciales severas.	Nominal Dicotómica	V

			Identifica si conoce o no que los factores relacionados con el accidente se asocian con incapacidad. (Traumatismo craneo encefalico: afectación del cerebro causada por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo, cefalea: dolor de cabeza, migraña: desorden crónico del sistema nervioso caracterizado por la aparición de episodios típicos, recurrentes, de dolor de cabeza, los cuales usualmente se asocian a náusea, vómito, fotofobia, sonofobia, además de algunas otras molestias menos frecuentes.)		
			10. Practicar deportes de contacto, en los que por un movimiento brusco o un golpe puede llevar a la región cervical a adoptar posiciones forzadas lesionando las estructuras que conforman dicha región es un factor de riesgo para esguince cervical.	Nominal Dicotómica	V
			Mide si es verdad o no que el deporte de contacto se asocia con discapacidad. (deporte de contacto: deporte que incluye el contacto físico significativo entre los atletas implicados)		
		Clasificación del esguince cervical	11. La evaluación del paciente con esguince cervical deberá clasificar el esguince cervical en 5 grados según la clasificación dada por el Task Force de Quebec.	Nominal dicotómica	V
			Identifica si conoce o no en cuantos grados se clasifica el esguince cervical según la Task Force De Quebec. (clasificación para estadificar y clasificar el esguince cervical según la sintomatología que se presente)		
			12. En el grado 0 se presenta dolor cervical, espasmo muscular, no hay signos físicos positivos en la exploración.	Nominal Dicotómica	F
			Identifica si conoce o no los datos que se presentan el grado 0 de la clasificación. (Dolor cervical: sensación de malestar en cualquiera de las estructuras del cuello pueden ser músculos, nervios, vertebras, articulaciones y discos intervertebrales, espasmo muscular: contracción dolorosa e involuntaria de un músculo o grupo de ellos, signos físicos positivos: disminución de rango de		

			movilidad, sensibilidad en el lugar, déficit de fuerza y sensibilidad, fractura o luxación)		
			13. En el grado III se presentan síntomas dolor, sensación de rigidez, molestias cervicales y signos y clínica neurológica. Disminución del rango de movimiento y sensibilidad.	Nominal Dicotómica	V
			Identifica si conoce o no los datos que se presentan el grado III del esguince cervical según la clasificación Quebec Task Force. (signos y clínica neurológica: disminución de fuerza y sensibilidad, fracturas o luxación o datos de lesión radicular)		
			14. En el grado II se observa inversión de la lordosis, con presencia de rigidez y dolor localizado.	Nominal Dicotómica	F
			Identifica si conoce o no los datos presentes en el grado II de clasificación. (Inversión de lordosis: inversión de la curvatura normal de la columna, rigidez: aumento del tono muscular con reflejos tendinosos profundos y exagerados)		
			15. La inestabilidad de la columna cervical manifestada como dolor crónico el cual aumenta con la movilidad y cede con el reposo puede ser un dato de luxación.	Nominal Dicotómica	V
			Identifica si conoce o no los datos clínicos de luxación. (Inestabilidad de la columna: es la pérdida de la capacidad de la columna vertebral bajo condiciones fisiológicas de carga para mantenerla relación entre vértebra, de tal forma que la medula espinal y las raíces nerviosas no sufren de daño o irritación, dolor crónico: más de 3 meses)		
			16. EL esguince grado IV presenta dolor cervical, rigidez, acompañado de fractura o luxación.	Nominal Dicotómica	V
			Identificar si tiene el conocimiento o no sobre los datos presentes en el grado IV según la clasificación antes mencionada. (Fractura: Interrupción de la continuidad ósea, luxación: pérdida permanente del contacto habitual de dos superficies articulares).		
			17. El esguince cervical grado III esta asocia a lesión radicular.	Nominal Dicotómica	V

			Identifica si conoce o no a que está asociado el esguince grado III. (lesión radicular: proceso patológico que resulta de la alteración temporal o permanente de la función motora, sensitiva y/o autonómica)		
			18.En el esguince cervical grado II puede haber hemorragia circundante (cápsula articular, ligamentos, tendones y músculos)	Nominal Dicotómica	V
			Identifica si conoce o no si en el esguince grado II puede existir hemorragia circundante. (Hemorragia: presencia de sangre por donde no circula)		
			19. La lesión neurológica a nivel de C8 es manifestada por debilidad de los flexores de los dedos, alteración de la sensibilidad de la mitad distal del antebrazo de los dedos anular y meñique.	Nominal Dicotómica	V
			Identifica si conoce o no como se manifiesta la lesión neurológica a nivel de C8. (Lesión a nivel de la octava vértebra cervical, su sintomatología se manifiesta por lo inervado por debajo de esta)		
			20.Es necesaria la toma de Rayos X para la clasificación del esguince cervical	Nominal Dicotómica	F
			Identifica si conoce o no si la toma de radiografía es necesaria para realizar esta clasificación.		
		Diagnóstico datos típicos, y componentes del daño que indican necesidad de rayos x	Los datos típicos del síndrome de latigazo cervical son:		
			Identificar si conoce o no los datos típicos o comunes en el síndrome de latigazo cervical. (Datos típicos: son los datos clínicos que se presentan con mayor frecuencia en un paciente con síndrome de latigazo cervical)		
			21. Dolor en el cuello generalmente inmediatamente después del accidente.	Nominal Dicotómica	V
			Identificar si conoce o no que el dolor de cuello es un dato típico en el síndrome de latigazo cervical. (Inmediato: en cuanto ocurre el esguince cervical)		
			22.Espasmo en los músculos para-espinales y esternocleidomastoideo	Nominal Dicotómica	V
			Identifica si conoce o no que el espasmo muscular es un dato típico en el síndrome de latigazo cervical. (espasmo		

		muscular: contracción dolorosa e involuntaria de un músculo o grupo de ellos)		
		23. Inestabilidad emocional. Identifica si la inestabilidad emocional es un dato típico en el esguince cervical. (Inestabilidad emocional: disfunción en la estructura psíquica, que puede llegar a ser un trastorno, que se caracteriza por la variación constante de sentimientos y estado de ánimo sin motivo aparente).	Nominal Dicotómica	F
		24. Cefalea, vértigo, mareo, visión borrosa. Identificar si conoce o no que la cefalea, vértigo, mareo y visión borrosa son datos típicos de un síndrome de latigazo cervical. (Cefalea: dolor de cabeza, Vértigo: falsa sensación de movimiento del entorno o del propio cuerpo del paciente, mareo: termino inespecífico que engloba un amplio grupo de síntomas que incluyen desde la visión borrosa, inestabilidad, sensación de mecerse, el vértigo, balanceo etc., visión borrosa: pérdida de la agudeza visual y la incapacidad de ver pequeños detalles)	Nominal Dicotómica	F
		Componentes del daño cervical que indican la necesidad de rayos X incluyen: Identificar si conoce o no los componentes del daño cervical que indican la necesidad de solicitar una Radiografía.		
		25. Incapacidad para rotar el cuello más de 45 grados Identifica si conoce o no que la incapacidad para rotar el cuello a más de 45 grados es un dato que nos indica solicitar Radiografía. (limitación para la movilidad de los movimientos del cuello en rotación, hacia un lado u otro a más de 45 grados)	Nominal Dicotómica	V
		26. Parestesia en las extremidades Identifica si la presencia de parestesias es un dato para solicitar RX. (Parestesias: sensación de quemadura o de pinchazos, se describe como un hormigueo o adormecimiento)	Nominal Dicotómica	V
		27. Edad mayor o igual a 65 años		V

			Identificar si la edad mayor de 65 años es o no un dato que indica la solicitud de radiografía.	Nominal Dicotómica	
			28. Identificar grado de rectificación de la lordosis	Nominal Dicotómica	F
			Identificar si es necesaria la toma de una radiografía para la identificación de una rectificación de la lordosis.		
			29. Relajación de los músculos de la columna cervical	Nominal Dicotómica	F
			Identificar si conoce o no que la presencia de la relajación de los músculos de la columna cervical es un dato para solicitar radiografía		
			30. Las reglas canadienses para riesgo de lesión de columna aplican en pacientes con accidentes, quienes están alertas y estables (escala de Glasgow de 15)	Nominal Dicotómica	V
			Identificar si conoce o no que las reglas canadienses para riesgo de lesión solo están indicadas en pacientes con accidentes, quienes presentan una escala de Glasgow de 15. (Escala de Glasgow: valoración del nivel de conciencia).		
MANEJO	Conjunto de facultades y destrezas adquiridas por los profesionales para dar tratamiento a los pacientes con esguince cervical, en cuanto metas de tratamiento en cada fase, tratamiento no farmacológico y tratamiento farmacológico.	Metas de tratamiento en cada fase	31. La fase I es del inicio a los 4 días y la meta es reducir el dolor, disminución de cargas.	Nominal Dicotómica	V
			Identifica si conoce las metas de tratamiento en la fase I, el tiempo de evolución en esta fase que es desde el inicio hasta el cuarto día y el abordaje que debe seguir en esta fase.		
			32. La fase II comprende del día 4 a 6 semanas y como meta se incrementará la actividad del paciente y el manejo de cargas se aumentará en forma gradual.	Nominal Dicotómica	F
			Identifica si conoce las metas de tratamiento en la fase II, el tiempo de evolución en esta fase que es desde el 4 día hasta 3 semanas y el abordaje que debe seguir en esta fase que es incrementa la actividad del paciente y el manejo de cargas se hace de manera gradual.		
			33. La fase III comprende de 3 a 6 semanas y se continuara incrementando actividad física y manejo de cargas.	Nominal Dicotómica	V
Identifica si conoce las metas de tratamiento en la fase III, el tiempo de evolución en esta fase que es desde la semana 3 hasta la semana 6 y el abordaje que debe					

			seguir en esta fase. Se continuará incrementando la actividad física y el aumento de carga		
			34. La fase IV. De 8 semanas a 3 meses. Si su recuperación se ha retrasado de deberá continuar incrementando actividad física y manejo de cargas, hasta alcanzar su máxima capacidad funcional.	Nominal Dicotómica	F
			Identifica si conoce las metas de tratamiento en la fase IV, el tiempo de evolución en esta fase que es desde la semana 6 hasta los 3 meses y el abordaje que debe seguir en esta fase. Si la recuperación se ha retrasado se debe continuar incrementando la actividad física y manejo de cargas, hasta alcanzar la capacidad máxima funcional		
		Tratamiento no farmacológico	35. Indicar ejercicios activos y estiramiento de los músculos del cuello y de la escápula para mantener la movilidad del cuello. Brindar información al paciente acerca de su padecimiento, recomendaciones posturales, aplicación de frío en las primeras 72 hrs, incrementar en forma progresiva y manejo de cargas.	Nominal Dicotómica Nominal Dicotómica	V
			Identificar si conoce o no, las medidas no farmacológicas indicadas en el síndrome de latigazo cervical. (Ejercicios activos: ejercicios realizados por el paciente con su propia fuerza de forma voluntaria o autorrefleja y controlada, corregidos o ayudados para completar el movimiento, estiramientos: práctica de ejercicios suaves y mantenidos para preparar los músculos para un mayor esfuerzo y para aumentar el rango de movimiento en las articulaciones)		
			36. Uso de collarín en grado I, reposo, uso de almohadas cervicales, calor superficial en las primeras 72 hrs.	Nominal Dicotómica	F
			Identificar el conocimiento sobre el uso de collarín, uso de almohadas cervicales y medios físicos en el esguince cervical		
		Tratamiento farmacológico	37. En pacientes con esguince cervical grado I o II con el siguiente esquema Naproxeno 250 mg, 2 tabletas cada 12 horas, más paracetamol tabletas 500mg 1 o 2 cada 8 hrs.	Nominal Dicotómica	V

			Identificar el conocimiento sobre el manejo farmacológico en cada grado de esguince cervical.(tratamiento farmacológico: tratamiento con cualquier sustancia o medicamento, que se usa para prevenir, diagnosticar o aliviar los síntomas de una enfermedad o lesión)		
			38.Pacientes con esguince grado 0 o I con el siguiente esquema diclofenaco tabletas 100mg 1 tab cada 12 horas más paracetamol tabletas 500mg 2 tabletas cada 8 hrs	Nominal Dicotómica	F
			Identificar el conocimiento sobre el manejo farmacológico en cada grado de esguince cervical.		
			39.Pacientes con esguince grado I o II con el siguiente esquema piroxicam tabletas 20 mg 1 tableta cada 24 hrs más paracetamol 500mg 1 o 2 tabletas cada 8 hrs	Nominal Dicotómica	V
			Identificar el conocimiento sobre el manejo farmacológico en cada grado de esguince cervical.		
			40. Agregar Ranitidina tabletas 150 mg una cada 12 hrs en caso de enfermedad acido péptica.	Nominal Dicotómica	V
			Identificar el conocimiento sobre el manejo farmacológico en cada grado de esguince cervical.		
REFERENCIA OPORTUNA	Conjunto de facultades y destrezas adquiridas por los profesionales para dar referencia oportuna a segundo nivel, reducción de complicaciones vías de cronicidad y reinserción temprana.	Referencia a segundo nivel	Los pacientes deben ser referidos a segundo nivel si presentan:		
			Identificar el conocimiento de los criterios de referencia a segundo nivel del paciente con esguince cervical. (referencia: procedimiento utilizado para canalizar a pacientes de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención médica integral)		
			41. Esguince grado I y II con pobre respuesta al tratamiento prescrito.	Nominal Dicotómica	V
			Identifica el conocimiento si el esguince grado I y II con pobre respuesta al tratamiento es un criterio o no de envío a segundo nivel.(pobre respuesta al tratamiento: No presenta mejoría con los tratamientos establecidos para cada fase, farmacológicos y no farmacológicos)		
			42. Comorbilidad		V

		Identificar si conoce que la morbilidad es o no un criterio de referencia. (comorbilidad: presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario)	Nominal Dicotómica	
		43. Inversión de la lordosis y degeneración articular. Identificar el conocimiento sobre si la inversión de la lordosis y la degeneración articular en un criterio de envío a segundo nivel.	Nominal Dicotómica	F
		44. Esguince grado III Identificar el conocimiento de si el esguince grado III es un criterio para referencia a segundo nivel.	Nominal Dicotómica	V
		45. Inestabilidad de la columna (IV) Identificar el conocimiento sobre si la inestabilidad de la columna es un criterio de envío a segundo nivel.	Nominal Dicotómica	V
		46. Perdida de la conciencia. Identificar el conocimiento de si la perdida de la conciencia es un criterio de referencia a segundo nivel	Nominal Dicotómica	V
		47. Paciente que presenta debilidad del deltoides, disminución del reflejo bicipital y disminución de la sensibilidad de cara externa del hombro y brazo. Identificar el conocimiento de los síntomas causados en una lesión neurológica a nivel de quinta vértebra cervical y si es o no un criterio de referencia. (debilidad del deltoides: disminución de fuerza de este músculo, reflejo bicipital: el terapeuta debe sujetar el codo del paciente en semiflexión, se percute en el tendón del músculo y la respuesta será flexión del antebrazo sobre el brazo, disminución de la sensibilidad: los trastornos de la sensibilidad pueden manifestarse como fenómenos negativos como disminución o ausencia de una o más modalidades de sensibilidad o fenómenos positivos como sensaciones anómalas en forma de parestesias o bien de en forma de hipersensibilidad a los estímulos como dolor o hiperestesia)	Nominal Dicotómica	V
		48. Para clasificar el grado de esguince cervical. Identificar el conocimiento sobre si un criterio de referencia es o no la necesidad de clasificar el grado de esguince	Nominal Dicotómica	F

			49. Para la aplicación de inyecciones intratecal o intraarticular.	Nominal Dicotómica	F
			Identificar el conocimiento sobre si el paciente con esguince cervical debe o no ser enviado a segundo nivel para la aplicación de inyecciones intratecales o intraarticulares. (inyección intratecal: administración de un fármaco directamente en el espacio subaracnoideo para evitar la barrera hematoencefálica, inyección intraarticular: administración de un fármaco en el espacio o dentro de la articulación)		
			50. Para inicio de tratamiento farmacológico.	Nominal Dicotómica	F
			Identifica el conocimiento sobre si un criterio de referencia es para iniciar terapia farmacológica.		
		Incapacidad y re inserción en tiempo optimo a sus actividades	51. Existen mayores beneficios si el paciente continúa con las actividades de la vida diaria que con reposo o la inmovilización con collarín.	Nominal Dicotómica	V
			Identificar el conocimiento sobre la incapacidad y manejo para una re inserción óptima. Identificando el conocimiento sobre si continuar con las actividades diarias tendrá mejores beneficios que con la inmovilización con collarín y reposo.		
			52. La movilización activa del cuello tiene menores beneficios que la combinación de la corrección de la postura, ejercicios de relajación y soporte psicológico.	Nominal Dicotómica	F
			Identificar el conocimiento sobre si la movilización activa tiene más beneficios que la combinación en la corrección de la postura, ejercicios de relajación y soporte psicológico. (ejercicios de relajación: ejercicios que ayudan a reducir tensión, soporte psicológico: ayuda o apoyo psicológica)		
			53. Es adecuado apoyarse de algún material con información referente al alivio del dolor y de ejercicios básicos enfocados en la restauración del movimiento de la columna cervical, la reeducación muscular y el estiramiento. Lo anterior con la finalidad de lograr el retorno en tiempo óptimo a las actividades del individuo.	Nominal Dicotómica	V

		<p>Identificar el conocimiento sobre medidas de apoyo para la educación del paciente, con el fin de lograr retornos en tiempo óptimos. (Como trípticos, videos etc.)</p>		
		<p>54. Las características del dolor del paciente son una reacción normal, para favorecer la recuperación es preferible continuar con las actividades de la vida diaria, estar activo es importante en el proceso de inserción a sus actividades, es importante fijarse una meta en el proceso de recuperación.</p>	Nominal Dicotómica	V
		<p>Identifica el conocimiento sobre la información pertinente indicada al paciente, para la educación del paciente sobre el latigazo cervical.</p>		
		<p>55. La incapacidad temporal para el trabajo, y su duración dependen solo de la actividad laboral que realiza el paciente</p>	Nominal Dicotómica	F
		<p>Identificar el conocimiento sobre incapacidad temporal para el trabajo y su duración según la actividad laboral que realiza el paciente. (Incapacidad temporal: Situación por la que el trabajador se encuentra durante un tiempo limitado imposibilitado para desarrollar su labor profesional a causa de una enfermedad o un accidente, Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la SS y esté impedido para el trabajo.)</p>		
		<p>56. El tiempo de reintegración en relación a un paciente sedentario es como mínimo 1 día, opimo 1 y máximo 7.</p>	Nominal Dicotómica	V
		<p>Identificar el conocimiento sobre cuánto es el tiempo de reintegración en relación a un paciente sedentario. (Valorar las capacidades que mantiene el trabajador y las capacidades que se precisa el trabajo, y en virtud de esta relación determinar si existe incapacidad o no para el desempeño de la profesión y cuantos días son los requeridos, La intensidad de la actividad física: la intensidad refleja la velocidad a la que se realiza la actividad, o la magnitud del esfuerzo requerido para realizar un ejercicio o actividad. Se puede estimar preguntándose cuánto tiene que esforzarse una persona</p>		

			para realizar esa actividad, sedentarismo: tiene que ver con el tiempo que pasa un individuo sentado o recostado, o también se puede llamar sedentario a aquel individuo que gasta menos de $1,5 \text{ Mets} \cdot \text{h}^{-1}$ y por día en actividades físicas de tiempo libre, trabaja sentado y emplea menos de una hora por semana en actividades de transporte (caminando)		
			57. El paciente con actividad moderada requiere como tiempo de reintegración mínimo 3, óptimo 21 y máximo 28 días.	Nominal Dicotómica	F
			Actividad física moderada (aproximadamente 3-6 MET) Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco. Ejemplos de ejercicio moderado son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • caminar a paso rápido; • bailar; • jardinería; • tareas domésticas; • caza y recolección tradicionales; • participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos; • trabajos de construcción generales (p. ej., hacer tejados, pintar, etc.); • desplazamiento de cargas moderadas ($< 20 \text{ kg}$). 		
			58. La reintegración de un paciente a sus actividades normales es más rápida con el uso de un collarín, reposo, aplicación de esteroides intramuscular y no realización de sus actividades por al menos 14 días.	Nominal Dicotómica	F
			Identificar el conocimiento sobre la reintegración a sus actividades normales de un paciente con síndrome de latigazo cervical, si es o no más rápida con el uso de collarín, reposo, aplicación de esteroides por al menos 14 días.		
			59. Un paciente con actividad ligera amerita incapacidad por 14 días como máximo.	Nominal Dicotómica	V
			Actividades ligeras: Su corazón late un poco más rápido de lo normal, puede hablar y cantar.		

			60. Indicar ejercicios activos comedidos para mantener la movilidad del cuello desde su inicio ayuda a que la reinserción a sus actividades sea más rápida.	Nominal Dicotómica	V
			Identificar el conocimiento sobre si los ejercicios comedidos ayudan a que la reinserción a sus actividades sea más rápida. (ejercicios comedido: realizar ejercicios activos moderadas o prudentes según su clasificación o daño)		



ANEXO B.



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de
investigación (adultos)

**“CONOCIMIENTO DEL MEDICO FAMILIAR SOBRE DIAGNOSTICO, MANEJO Y ENVIO OPORTUNO DE ACUERDO A LA
GUIA DE PRACTICA CLINICA ATENCION DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL.”**

Nombre del estudio:

NINGUNO

Patrocinador externo (si aplica)*:

Lugar y fecha:

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES. MARZO 2018.

No. de registro institucional:

R-2018-101-022.

Justificación y objetivo del estudio:

El conocimiento y apego a los lineamientos establecidos en la guía de práctica clínica de Atención del paciente con esguince cervical mejora el diagnóstico, el tratamiento y la referencia oportuna de pacientes con esta patología, lo que impacta de manera positiva en los costos de las Instituciones de Salud.

Este estudio tiene como objetivo explorar el conocimiento de los médicos familiares de la UMF No. 10 con respecto al diagnóstico, manejo y referencia de acuerdo a la guía de práctica clínica SS-008-08 atención del paciente con esguince cervical.

Procedimientos:

Se medirá el nivel de conocimiento con la aplicación del cuestionario conocimiento auto-administrado, basado en La Guía de Práctica clínica SS-008-08 Atención del paciente con esguince cervical.

Posibles riesgos y molestias:

Se me ha informado que no se espera ningún riesgo o molestia durante la realización del presente estudio.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Se recibirá retroalimentación integral, para poder mejorar mi conocimiento sobre la Atención del paciente con esguince cervical. Así garantizamos a nuestros pacientes una atención de calidad, además

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro:

Se me conservará el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.

Privacidad y confidencialidad:

No se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio. Los datos personales relacionados con su privacidad serán tratados en forma confidencial

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No Acepto participar en este estudio.

Si acepto ser participe en este estudio.

Si acepto participar para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

dra. erika vega silva, adscripción unidad de medicina familiar no. 7 y delegación del estado en la coordinación de enseñanza. domicilio domicilio: av convención 603, col. san marcos. Aguascalientes, Aguascalientes. cp: 20210. matricula: 99011454; teléfono: trabajo: (449) 913 00 50, telefono: 4491643897. correo electrónico: erika.vega@imss.com.mx

Colaboradores:

Investigador asociado (tesista): ma yosebeth pinzon castro. lugar de trabajo: unidad de medicina familiar no.1. adscripción: unidad de medicina familiar no.1. domicilio: josé maría Chávez sin numero. colonia lindavista. Aguascalientes, aguascalientes. cp: 20270. Teléfono: trabajo: (449) 9130050. telefono: 4499997781. correo electrónico: yosebeth_raj@hotmail.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del 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: comite.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

ANEXO C.

Cuestionario conocimiento sobre de atención de esguince cervical en primer nivel

Apreciable Medico Familiar:

El presente cuestionario forma parte de un proceso de investigación realizado por un residente de Medicina Familiar con sede en el Hospital General de Zona no. 1 Aguascalientes, Aguascalientes; cuya finalidad es adquirir información útil para proyecto de tesis. De antemano agradecemos su colaboración. La información que se nos proporcione es anónima, confidencial y para fines de investigación. Los resultados obtenidos de la evaluación no se deberán conocer de manera individual.

SECCION I DATOS GENERALES.

INSTRUCCIONES. Marque con una X según corresponda su respuesta.

1. EDAD	Menos de 30 años	
	31 a 40 años	
	41 a 50 años	
	Mayor de 51 años	
2. GENERO	Femenino	
	Masculino	
3. ESTADO CIVIL	Casado	
	Soltero	
	Otro	
4. TURNO LABORAL	Turno matutino	
	Turno vespertino	
	Turno nocturno	
	Jornada acumulada	
5. AREA DE CONSULTA	Consulta externa	
	Atención medico continua	
6. ANTIGÜEDAD LABORAL	Menos de 5 años	
	De 6 a 10 años	
	De 11 a 20 años	
	Más de 20 años	
7. CERTIFICACION EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	Certificado	
	No certificado	
8. TIPO DE CONTRATO	De base	
	Eventual	
	Confianza	
9. USTED CONOCE LA GPC ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL EN EL PRIMER NIVEL.	Si	
	No	

SECCION II CONOCIMIENTO SOBRE ATENCION DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL

INSTRUCCIONES. Señale con una X la respuesta correcta. V= verdadero o F=Falso.

Es importante solo señalar una respuesta, de señalar más de una, se considerará como incorrecta. De la misma forma, se solicita no dejar preguntas sin contestar, ya que automáticamente se invalidará el reactivo.

PARTE 1. CONCEPTOS GENERALES Y DETECCION OPORTUNA DE ESGUINCE CERVICAL				
1.	El esguince cervical o síndrome de latigazo (whiplash) es el resultado de una lesión combinada entre extensión/flexión de los tejidos blandos de la columna cervical, que ocasiona lesión de ligamentos con estiramiento de los músculos de la columna cervical debido a mecanismo de aceleración y desaceleración de energía transmitida al cuello.	V	F	V
2.	Los factores de riesgo en el esguince cervical son Sexo femenino, Adolescente, Antecedente de dolor de cuello, Accidente de tránsito.	V	F	V
Los factores asociados con pobre pronóstico después de esguince cervical son los siguientes:				
3.	El dolor es > 7/10 en la escala EVA en el día 1.	V	F	V
4.	El paciente tiene daño psicológico o comorbilidad psicológica	V	F	V
5.	Rectificación de la lordosis cervical corroborada por Rayos X	V	F	F
6.	Incremento de la actividad física.	V	F	F
Los factores pronósticos asociados a pronóstico pobre definido como incapacidad después de un esguince cervical son:				
7.	Limitación de los grados de movilidad del cuello, dolor inicialmente alto en intensidad, discapacidad inicialmente alta, catastrofismo, nivel de educación, sensibilidad al frío.	V	F	V
8.	Insatisfacción en el trabajo, cambios degenerativos en la RX, lugar de ocupación en el auto, el no traer puesto el cinturón de seguridad.	V	F	F
9.	Factores relacionados con el accidente como, traumatismo craneo-encefálico preexistente, preexistencia de síntomas, como cefalea, migraña, consecuencias iniciales severas.	V	F	V
10.	Practicar deportes de contacto, en los que por un movimiento brusco o un golpe puede llevar a la región cervical a adoptar posiciones forzadas lesionando las estructuras que conforman dicha región es un factor de riesgo para esguince cervical.	V	F	V
PARTE 2. CONOCIMIENTO SOBRE CLASIFICACION DEL ESGUINCE CERVICAL				
11.	La evaluación del paciente con esguince cervical deberá clasificar el esguince cervical en 5 grados según la clasificación dada por el Task Force de Quebec.	V	F	V
12.	En el grado 0 se presenta dolor cervical, espasmo muscular, no hay signos físicos positivos en la exploración.	V	F	F
13.	En el grado III se presentan síntomas dolor, sensación de rigidez, molestias cervicales y signos y clínica neurológica. Disminución del rango de movimiento y sensibilidad.	V	F	V
14.	En el grado II se observa inversión de la lordosis, con presencia de rigidez y dolor localizado.	V	F	F
15.	La inestabilidad de la columna cervical manifestada como dolor crónico el cual aumenta con la movilidad y cede con el reposo puede ser un dato de luxación.	V	F	V
16.	EL esguince grado IV presenta dolor cervical, rigidez, acompañado de fractura o luxación.	V	F	V
17.	El esguince cervical grado III esta asocia a lesión radicular.	V	F	V
18.	En el esguince cervical grado II puede haber hemorragia circundante (cápsula articular, ligamentos, tendones y músculos)	V	F	V
19.	La lesión neurológica a nivel de C8 es manifestada por debilidad de los flexores de los dedos, alteración de la sensibilidad de la mitad distal del antebrazo de los dedos anular y meñique.	V	F	V
20.	Es necesaria la toma de Rayos X para la clasificación del esguince cervical	V	F	F
PARTE 3. CONOCIMIENTO SOBRE DIAGNOSTICO DE SINDROME DE LATIGAZO CERVICAL				

Los datos típicos del síndrome de latigazo cervical son:				
21.	Dolor en el cuello generalmente inmediatamente después del accidente.	V	F	V
22.	Espasmo en los músculos paraespinales y esternocleidomastoideo	V	F	V
23.	Inestabilidad emocional.	V	F	F
24.	Cefalea, vértigo, mareo, visión borrosa.	V	F	F
Componentes del daño cervical por latigazo que indican la necesidad de rayos X incluyen:				
25.	Incapacidad para rotar el cuello más de 45 grados	V	F	V
26.	Parestesia en las extremidades	V	F	V
27.	Edad mayor o igual a 65 años	V	F	V
28.	Identificar grado de rectificación de la lordosis	V	F	F
29.	Relajación de los músculos de la columna cervical	V	F	F
30.	Las reglas canadienses para riesgo de lesión de columna aplican en pacientes con accidentes, quienes están alertas y estables (escala de Glasgow de 15)	V	F	V
PARTE 4. MANEJO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE LATIGAZO CERVICAL				
Metas de tratamiento en cada fase:				
31.	La fase I es del inicio a los 4 días y la meta es reducir el dolor, disminución de cargas.	V	F	V
32.	La fase II comprende del día 4 a 6 semanas y como meta se incrementará la actividad del paciente y el manejo de cargas se aumentará en forma gradual.	V	F	F
33.	La fase III comprende de 3 a 6 semanas y se continuara incrementando actividad física y manejo de cargas.	V	F	V
34.	La fase IV. De 8 semanas a 3 meses. Si su recuperación se ha retrasado de deberá continuar incrementando actividad física y manejo de cargas, hasta alcanzar su máxima capacidad funcional.	V	F	F
En cuanto al tratamiento no farmacológico:				
35.	Indicar ejercicios activos y estiramiento de los músculos del cuello y de la escápula para mantener la movilidad del cuello. Brindar información al paciente acerca de su padecimiento, recomendaciones posturales, aplicación de frío en las primeras 72 hrs, incrementar en forma progresiva y manejo de cargas.	V	F	V
36.	Uso de collarín en grado I, reposo, uso de almohadas cervicales, calor superficial en las primeras 72 hrs.	V	F	F
El Medico Inicia tratamiento farmacológico en:				
37.	En pacientes con esguince cervical grado I o II con el siguiente esquema Naproxeno 250 mg, 2 tabletas cada 12 horas, más paracetamol tabletas 500mg 1 o 2 cada 8 hrs.	V	F	V
38.	Pacientes con esguince grado 0 o I con el siguiente esquema diclofenaco tabletas 100mg 1 tab cada 12 horas más paracetamol tabletas 500mg 2 tabletas cada 8 hrs	V	F	F
39.	Pacientes con esguince grado I o II con el siguiente esquema piroxicam tabletas 20 mg 1 tableta cada 24 hrs más paracetamol 500mg 1 o 2 tabletas cada 8 hrs	V	F	V
40.	Agregar Ranitidina tabletas 150 mg una cada 12 hrs en caso de enfermedad acido péptica.	V	F	V
PARTE 5. CONOCIMIENTO SOBRE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL.				
Los pacientes deben ser referidos a segundo nivel si presentan:				
41.	Esguince grado I y II con pobre respuesta al tratamiento prescrito.	V	F	V
42.	Comorbilidad	V	F	V
43.	Inversión de la lordosis y degeneración articular.	V	F	F
44.	Esguince grado III	V	F	V
45.	Inestabilidad de la columna (IV)	V	F	V
46.	Perdida de la conciencia.	V	F	V
47.	Paciente que presenta debilidad del deltoides, disminución del reflejo bicipital y disminución de la sensibilidad de cara externa del hombro y brazo.	V	F	V

48.	Para clasificar el grado de esguince cervical.	V	F	F
49.	Para la aplicación de inyecciones intratecal o intraarticular.	V	F	F
50.	Para inicio de tratamiento farmacológico.	V	F	F
PARTE 6. CONOCIMIENTO SOBRE INCAPACIDAD Y REINSERCIÓN EN TIEMPO ÓPTIMO A SUS ACTIVIDADES.				
51.	Existen mayores beneficios si el paciente continúa con las actividades de la vida diaria que con reposo o la inmovilización con collarín.	V	F	V
52.	La movilización activa del cuello tiene menores beneficios que la combinación de la corrección de la postura, ejercicios de relajación y soporte psicológico.	V	F	F
53.	Es adecuado apoyarse de algún material con información referente al alivio del dolor y de ejercicios básicos enfocados en la restauración del movimiento de la columna cervical, la reeducación muscular y el estiramiento. Lo anterior con la finalidad de lograr el retorno en tiempo óptimo a las actividades del individuo.	V	F	V
54.	Las características del dolor del paciente son una reacción normal, para favorecer la recuperación es preferible continuar con las actividades de la vida diaria, estar activo es importante en el proceso de inserción a sus actividades, es importante fijarse una meta en el proceso de recuperación.	V	F	V
55.	La incapacidad temporal para el trabajo, y su duración dependen solo de la actividad laboral que realiza el paciente	V	F	F
56.	El tiempo de reintegración en relación a un paciente sedentario es como mínimo 1 día, optimo 1 y máximo 7.	V	F	V
57.	El paciente con actividad moderada requiere como tiempo de reintegración mínimo 3, optimo 21 y máximo 28 días.	V	F	F
58.	La reintegración de un paciente a sus actividades normales es más rápida con el uso de un collarín, reposo, aplicación de esteroides intramuscular y no realización de sus actividades por al menos 14 días.	V	F	F
59.	Un paciente con actividad ligera amerita incapacidad por 14 días como máximo.	V	F	V
60.	Indicar ejercicios activos comedidos para mantener la movilidad del cuello desde su inicio ayuda a que la re inserción a sus actividades sea más rápida.	V	F	V

ANEXO D.

BAREMACION DEL INSTRUMENTO				
VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	CODIGO
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MF SOBRE CONCEPTOS GENERALES Y DETECCION OPORTUNA DEL ESGUINCE CERVICAL	Parte 1: Conceptos generales y detección oportuna de esguince cervical. Aquí se evaluara el conocimiento sobre definición, factores de riesgo, factores asociados con mal pronóstico. (preguntas del 1 al 10)	Ordinal	Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	1. más 90 puntos 2. 80-90 puntos 3. 60-79 puntos 4. 41-59 puntos 5. menos de 40 puntos
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MF SOBRE CLASIFICACIÓN ESGUINCE CERVICAL	Parte 2: Clasificación del esguince cervical, se explora el nivel de conocimiento, sobre la clasificación del esguince cervical según la fuerza de tareas de Quebec utilizada a nivel internacional. (preguntas del 11 al 20)	Ordinal	Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	1. más 90 puntos 2. 80-90 puntos 3. 60-79 puntos 4. 41-59 puntos 5. menos de 40 puntos
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DIAGNOSTICO DE ESGUINCE CERVICAL	Parte 3. Diagnóstico del esguince cervical. Se evaluara el nivel de conocimiento del MF sobre los datos clínicos típicos y agregados del esguince cervical así como a que pacientes se les solicita Rayos X en sus diferentes proyecciones. (preguntas del 21 al 30)	Ordinal	Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	1. más 90 puntos 2. 80-90 puntos 3. 60-79 puntos 4. 41-59 puntos 5. menos de 40 puntos
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MF SOBRE MANEJO DE ESGUINCE CERVICAL	Parte 4: Manejo del esguince cervical: se explora el nivel de conocimiento del MF sobre el tratamiento basado en evidencia en cada fase y las metas en las mismas, también medimos el conocimiento sobre el manejo farmacológico y no farmacológico y lo que se debe evitar en el tratamiento. (preguntas del 31 al 40). En cuanto a manejo se multiplicara el puntaje crudo por 10.	Ordinal	Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	1. más 90 puntos 2. 80-90 puntos 3. 60-79 puntos 4. 41-59 puntos 5. menos de 40 puntos
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MF SOBRE REFERENCIA OPORTUNA DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL	Parte 5: Referencia oportuna del paciente: Se exploró la frecuencia de referencia de los médicos del paciente a segundo nivel y mide el nivel de conocimiento sobre los criterios de referencia y las barreras para la referencia del paciente. (preguntas del 41 al 50)	ordinal	Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	1. más 90 puntos 2. 80-90 puntos 3. 60-79 puntos 4. 41-59 puntos 5. menos de 40 puntos
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MF SOBRE REDUCCIÓN DE	Parte 6: Reducción en el número de complicaciones y reintegración laboral oportuna.: se exploran los niveles de	ordinal	Muy bueno Bueno	1. más 90 puntos 2. 80-90 puntos

<p>COMPLICACIONES Y REINTEGRACIÓN OPORTUNA</p>	<p>conocimiento de los médicos de familia hacia la educación del paciente y las necesidades de capacitación sobre el manejo de lesiones de latigazo cervical, días de incapacidad según tipo de trabajo. (preguntas del 51 al 60)</p>		<p>Regular Malo Muy malo</p>	<p>3. 60-79 puntos 4. 41-59 puntos 5. menos de 40 puntos</p>
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MF SOBRE DIAGNÓSTICO DEL ESGUINCE CERVICAL</p>	<p>Para el dominio de diagnóstico que cuenta con 3 dimensiones de 10 ítems cada una, con un total de 30 puntos, para convertir el puntaje crudo en un puntaje estandarizado de 0 a 100, se multiplicara el puntaje crudo por 3.33, la media y la desviación estándar de los puntajes de conocimiento en diagnostico se utilizara para categorizar los médicos de familiar en cinco grupos</p>	<p>ordinal</p>	<p>Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo</p>	<p>1. más 90 puntos 2. 80-90 puntos 3. 60-79 puntos 4. 41-59 puntos 5. menos de 40 puntos</p>
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MF SOBRE REFERENCIA Y REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES CON ESGUINCE CERVICAL</p>	<p>En referencia oportuna y reducción de complicaciones siendo dos dimensiones de 10 ítems cada una, con 20 ítems en total se multiplicara el puntaje crudo por 5.</p>	<p>ordinal</p>	<p>Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo</p>	<p>1. más 90 puntos 2. 80-90 puntos 3. 60-79 puntos 4. 41-59 puntos 5. menos de 40 puntos</p>
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MF SOBRE DIAGNOSTICO, MANEJO Y REFERENCIA DE ESGUINCE CERVICAL DE ACUERDO A LA GPC SS-008-08 ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL EN EL PRIMER NIVEL.</p>	<p>Cada dimensión que mide conocimiento cuenta con 10 ítems, se evalúa cada ítem mediante respuesta dicotómica, proporcionando opciones de respuesta como "Verdadero", "Falso". Antes del análisis, para cada afirmación se da, una puntuación de "1" para la respuesta correcta, mientras que las respuestas incorrectas una puntuación de 0. De esta manera se obtendrá un puntaje máximo por dimensión de 10 puntos y un puntaje total crudo de 60 puntos. Para evaluar el nivel de conocimiento preciso de los encuestados, se crearon nuevas variables con la etiqueta "puntaje de conocimiento total de esguince cervical" al sumar sus puntajes de conocimiento. Para convertir el puntaje crudo en un puntaje estandarizado de 0 a 100, se multiplicara el puntaje crudo por 1.66. La media y la desviación estándar de los puntajes de conocimiento se utilizaron para categorizar los médicos de familia en cinco grupos:</p>	<p>ordinal</p>	<p>Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo</p>	<p>1. más 90 puntos 2. 80-90 puntos 3. 60-79 puntos 4. 41-59 puntos 5. menos de 40 puntos</p>

ANEXO E.

MATRIZ DE CORRELACIÓN. (SPSS.20 2018)

	Nivel de conocimiento sobre todas las partes del cuestionario	Nivel de conocimiento sobre parte 1, 2 y 3.	Nivel de conocimiento sobre parte 4	Nivel de conocimiento sobre Parte 5 y 6	Nivel de conocimiento sobre Definición, factores de riesgo y factores asociados con mal pronóstico	Nivel de conocimiento sobre la Clasificación según Tareas de Quebec	Nivel de conocimiento sobre datos típicos y agregados así como indicaciones de solicitud de RX	Nivel de conocimiento sobre Metas de tx en cada fase, tx farmacológico y no farmacológico	Conocimiento sobre criterios de referencia y barreras de la misma	Conocimiento del MF hacia la capacitación del paciente sobre manejo de lesiones, días de incapacidad según tipo de trabajo
Nivel de conocimiento sobre todas las partes del cuestionario	1.000	.809	.827	.778	.765	.402	.622	.827	.715	.859
Nivel de conocimiento sobre parte 1, 2 y 3.	.809	1.000	.661	.509	.770	.688	.699	.661	.389	.690
Nivel de conocimiento sobre parte 4	.827	.661	1.000	.609	.433	.608	.378	1.000	.687	.535
Nivel de conocimiento sobre Parte 5 y 6	.778	.509	.609	1.000	.398	.085	.614	.609	.918	.866
Nivel de conocimiento sobre Definición, factores de riesgo y factores asociados con mal pronóstico	.765	.770	.433	.398	1.000	.288	.457	.433	.333	.719
Nivel de conocimiento sobre la Clasificación según Tareas de Quebec	.402	.688	.608	.085	.288	1.000	.290	.608	.116	.075

Nivel de conocimiento sobre datos típicos y agregados así como indicaciones de solicitud de RX	.622	.699	.378	.614	.457	.290	1.000	.378	.420	.604
Nivel de conocimiento Metas de tx en cada fase, tx farmacológico y no farmacológico	.827	.661	1.000	.609	.433	.608	.378	1.000	.687	.535
Conocimiento sobre criterios de referencia y barreras de la misma	.715	.389	.687	.918	.333	.116	.420	.687	1.000	.710
Conocimiento del MF hacia la capacitación del paciente sobre manejo de lesiones, días de incapacidad según tipo de trabajo	.859	.690	.535	.866	.719	.075	.604	.535	.710	1.000

ANEXO G.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	CONOCIMIENTO DEL MF SOBRE DIAGNOSTICO, MANEJO Y REFERENCIA DEL ESGUINCE CERVICAL DE ACUERDO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA ATENCION DEL PACIENTE CON ESGUINCE CERVICAL EN PRIMER NIVEL.																	
	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																	
	OCT 17	NOV 17	DIC 17	ENE 18	FEB 18	MAR 18	ABR 18	MAY 18	JUN 18	JUL 18	AGO 18	SEP 18	OCT 18	NOV 18	DIC 18	ENE 19	FEB 19	MAR 19
Elección del tema																		
Acopio de Información																		
Revisión de literatura																		
Diseño de protocolo																		
Planteamiento del problema																		
Antecedentes																		
Justificación																		
Objetivo General y específicos																		
Marco Teórico																		
Seminario de tesis																		
Diseño de la investigación																		
Envío del protocolo al comité local																		
Revisión y modificación del protocolo																		
Registro del protocolo																		

