TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

TITULO

ADHERENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA MANO EN LA UMF #1 IMSS AGUASCALIENTES, DE JULIO A DICIEMBRE 2010.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ALUMNA:

DRA. DULCE MARÍA BURGOS CÁRDENAS

ASESORES:

CLÍNICO: DRA. ALMA LILI HERNÁNDEZ

METODOLÓGICO: DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ

AGUASCALIENTES, AGS, FEBRERO DEL 2012.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

IMSS

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, A 16 DE ENERO DEL 2012.

AL: PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN

DE: DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ
MÉDICO FAMILIAR

ASUNTO:
Por medio de este conducto le informo que la **Dra. Dulce María Burgos Cárdenas**, Residente del Tercer Año de Medicina Familiar y cuyo proyecto de tesis **"ADHERENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA MANO EN LA UMF # 1 IMSS AGUASCALIENTES, DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2010"**, se ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: R-2011-101-23 del Comité Local de Investigación No. 101
Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La residente asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité local, quedando pendiente de su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ

C.C.P. INTERESADA.
C.C.P. DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ. COORDINADORA DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
C.C.P. DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR. COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES

DULCE MARÍA BURGOS CÁRDENAS
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 Capitulo XVI y una vez que su trabajo de tesis Titulado:

"ADHERENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA MANO EN LA UMF #1 IMSS AGUASCALIENTES, DE JULIO A DICIEMBRE 2010."

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., 3 de Febrero de 2012.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E:

Por medio del presenten como Tutor designado del estudiante **DULCE MARÍA BURGOS CÁRDENAS** con ID 125516 quien realizo la tesis titulada **ADHERENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA MANO EN LA UMF #1 IMSS AGUASCALIENTES, DE JULIO A DICIEMBRE 2010,** y con fundamento al artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia, me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que ella pueda proceder a imprimirla, y así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
"Se lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 16 de Enero del 2012.

Tutor de tesis

DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ

C.C.P. INTERESADA
C.C.P. SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
C.C.P. JEFATURA DEL DEPTO. DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
C.C.P. CONSEJO ACADÉMICO
C.C.P. MINUTA SECRETARIO TÉCNICO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

IMSS

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, A 16 DE ENERO DEL 2012.

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

DE: DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ
MÉDICO FAMILIAR

ASUNTO:
Por medio de este conducto le informo que la **Dra. Dulce María Burgos Cárdenas**, Residente del Tercer Año de Medicina Familiar y cuyo proyecto de tesis **"ADHERENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA MANO EN LA UMF # 1 IMSS AGUASCALIENTES, DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2010"**, se ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: R-2011-101-23 del Comité Local de Investigación No. 101
Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

La residente asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité local, quedando pendiente de su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ

C.C.P. INTERESADA
C.C.P. DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ. COORDINADORA DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

"ADHERENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA MANO EN LA UMF #1 IMSS AGUASCALIENTES, DE JULIO A DICIEMBRE 2010"

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. DULCE MARÍA BURGOS CÁRDENAS

DIRIGIDO POR:
DRA. ALMA LILI HERNÁNDEZ
DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ

SINODALES:

PRESIDENTE: _____
SECRETARIO: _____
VOCAL 1:_____
VOCAL 2:_____
VOCAL 3:_____

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

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

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme salud, por su infinita paciencia y bondad a lo largo de estos tres años en que cumplo una meta más en mi vida, así como brindarme la oportunidad de conocer personas y lugares con los que compartí grandes momentos de mi vida.

A mis padres por darme la vida y a mi hermano, porque sin su apoyo, compresión y cariño no hubiera logrado este sueño.

A mi esposo por su apoyo a lo largo de mi vida y carrera.

A mis asesoras por toda su paciencia y apoyo a los largo de estos años.

A todos mis pacientes por otorgarme su voto de confianza.

Y a todos mis compañeros que con su ayuda contribuyeron a hacer este sueño realidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

DEDICATORIA

A mi hijo por el sacrificio de sus mejores momentos en las etapas iniciales de su vida y su amor incondicional y paciencia.

A mi esposo por contar con su apoyo en cualquier momento, por su compañía, paciencia y amor en los momentos difíciles.

A mis padres por estar siempre a mi lado sin importar la distancia, por su valioso apoyo en cada momento de mi vida, por su compresión y porque sin ellos esto no hubiera sido posible.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

INDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS…… 3
ÍNDICE DE GRÁFICAS…… 4
RESUMEN…… 6
SUMMARY…… 8
I.-INTRODUCCIÓN..... 10
II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 11
III.-MARCO TEÓRICO..... 19
1) Antecedentes científicos…… 19
IV.-MARCO CONCEPTUAL…… 25
1) Variables implicadas en la adherencia…… 27
2) Factores predictivos de la adherencia…… 28
3) Teorías implicadas en la adherencia…… 29
- Modelo de creencias en salud…… 29
- Modelo transteórico…… 30
- Modelo de Información –Motivación- Habilidades Conductuales 31
- Modelo de los Sistemas Autorreguladores…… 31
- Teoría de la acción razonada…… 33
- Teoría de autoeficacia de Bandura…… 35

V.-JUSTIFICACIÓN..... 38
VI.-OBJETIVOS..... 39
VII.-METODOLOGÍA..... 40
1) Tipo de estudio..... 40
2) Universo de estudio..... 40
3) Población de estudio..... 40
4) Unidad de observación..... 40
6) Criterios para selección de la población..... 41
7) Muestra…… 41

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

8) Variables……..... 42
9) Plan de recolección de la información..... 42
10) Logística..... 43
VIII.-PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO…….. 44
IX.-PRUEBA PILOTO……..…… 44
X.-CONSIDERACIONES ETICAS……..…….. 45
XI.-RESULTADOS..... 46
XII.-DISCUSIÓN..... 66
XIII.-CONCLUSIONES..... 66
XIV.-GLOSARIO..... 67
XVI.-BIBLIOGRAFÍA..... 68
XVII.-ANEXOS

ANEXO a): Cronograma

ANEXO b): Presupuesto

ANEXO c): Instrumento de evaluación

ANEXO d): Operacionalización de variables

ANEXO e): Algoritmo 1

ANEXO f): Algoritmo 2

ANEXO g): Consentimiento informado

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: SEXO……..……. 48
TABLA 2: ESCOLARIDAD……..... 48
TABLA 3: ESTADO CIVIL..... 49
TABLA 5: ANTECEDENTES OCUPACIONALES..... 61
TABLA 6: TIPO DE LESIÓN..... 62
TABLA 7: INTEGRIDAD ARTERIAL..... 62
TABLA 8: FUERZA Y SENSIBILIDAD..... 63
TABLA 9: LUXACIÓN ARTICULAR..... 63
TABLA 10: MOVILIZACIÓN ACTIVA..... 64
TABLA 11: SENSIBILIDAD DE LA MANO..... 65

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

NDICE DE GRÁFICAS

GRAFICA 1: SEXO……. 46
GRAFICA 2: ESCOLARIDAD……..... 47
GRAFICA 3: ESTADO CIVIL……..... 47
GRAFICA 4: OCUPACIÓN…..……..... 48
GRAFICA 5: USO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN……..…….…….... 50
GRAFICA 6: PROTECCIÓN ANTITETÁNICA……..... 50
GRAFICA 7: ANTECEDENTES OCUPACIONALES……..…….... 51
GRAFICA 8: NATURALEZA Y MECANISMO DE LESIÓN……..... 51
GRAFICA 9: TIPO DE LESIÓN……..... 51
GRAFICA 10: MODALIDAD DE TRATMIENTO……..... 51
GRAFICA 11: EXPLORACIÓN DE EXTREMIDAD……..... 52
GRAFICA 12: EXPLORÓ INTEGRIDAD RADIAL……..……..... 52
GRAFICA 13: FUERZA Y SENSIBILIDAD……..…….……..... 52
GRAFICA 14: EXPLORÓ TENDÓN……..... 52
GRAFICA 15: LUXACIÓN ARTICULAR……..…….……..... 53
GRAFICA 16: SOSPECHA DE FRACTURA……...…….…….... 53
GRAFICA 17: SOLICITÓ RADIOGRAFÍA……...……..... 53
GRAFICA 18: NUEVA RADIOGRAFÍA…….…….... 53
GRAFICA 19: USO DE AINES……..……..... 54
GRAFICA 20: USO DE ANTIBIOTICO……..... 54
GRAFICA 21: USO DE DICLOXACILINA……..... 54
GRAFICA 22: USO DE TRIMETROPRIM..……..... 54
GRAFICA 23: INMUNOGLOBULINA HIPERINMUNE……..…….……..... 55
GRAFICA 24: SUTURA SIMPLE……..…….……..... 55
GRAFICA 25: RESECO UÑA…….……..... 55
GRAFICA 26: CURACIONES…….……..... 55
GRAFICA 27: INMOVILIZACIÓN……..…….……..... 56
GRAFICA 28: REDUCCIÓN CERRADA…….……..... 56

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

GRAFICA 29:COLOCÓ FERULA ……..…….... 56
GRAFICA 30:REALIZÓ MOVILIZACIÓN PASIVA……..…….... 56
GRAFICA 31: INMOVILIZÓ ESTRUCTURAS AFECTADAS……..... 57
GRAFICA 32:APLICÓ CRIOTERAPIA ……..…….... 57
GRAFICA 33:MOVILIZACIÓN ACTIVA ……...…...…….…….... 57
GRAFICA 34: SENSIBILIDAD DE LA MANO……..…..... 57
GRAFICA 35: FUNCIONES BÁSICAS DE LA MANO...……...…….….... 58
GRAFICA 36: RETIRÓ INMOVILIZACIÓN……..…….... 58
GRAFICA 37: ENVIÓ A 2do. NIVEL...……..…..... 58
GRAFICA 38: EDEMA, DOLOR Y DEFORMIDAD…….…….... 58
GRAFICA 39:ENVIÓ DE LESIONES COMPLEJAS …….…….... 59
GRAFICA 40: DEFECTOS >1CM……..…….…….... 59
GRAFICA 41: LUXACIONES SIMPLES…….…….…….... 59
GRAFICA 42:TRAUMA DE MANO ……..…….…….... 59
GRAFICA 43: PERIODOS DE SEGUIMIENTO…..……..... 60
GRAFICA 44: PERIODOS DE INCAPACIDAD……..... 60
GRAFICA 45: INCAPACIDAD……..…….…….... 60

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

RESUMEN

Autor: Burgos Cárdenas D M, Médico Residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar de la Delegación IMSS Aguascalientes.

Título: Adherencia del Médico Familiar a la Guía Clínica para la Atención de Lesiones Traumáticas de la Mano en la UMF #1 IMSS Aguascalientes, de Julio a Diciembre 2010.

INTRODUCCIÓN:

Para mejorar la calidad de atención el Instituto Mexicano del Seguro Social integró guías clínicas basadas en evidencia, abordando los principales motivos de demanda de atención, entre ellos el de trauma de mano.

Actualmente no existen estudios que evalúen las acciones propuestas en la Guía Clínica para la Atención de Lesiones Traumáticas de Mano, de Julio a Diciembre 2010.

OBJETIVO:

Evaluar la adherencia del médico familiar a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano en la unidad de medicina familiar # 1.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio Descriptivo, Transversal y Prospectivo, se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No.1 IMSS Delegación Aguascalientes, a través de lista de cotejo en base a las recomendaciones que ofrece la Guía Clínica para el Manejo de Lesiones Traumáticas de Mano (heridas, contusiones, luxaciones, fracturas, quemaduras, trauma simple de mano, trauma severo de mano), se tomara en cuenta los expedientes médicos con dicho diagnostico en el periodo de Julio a Diciembre del 2010 de los 40 médicos que laboran en la unidad de medicina

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

familiar, determinando la proporción de ellos que aplican la guía y su grado de adherencia. Las variables estudiadas son: adherencia a la guía clínica y factores demográficos y económicos de los pacientes.

RESULTADOS:

Dentro de los factores sociodemográficos encontramos que el 81% de los pacientes corresponden a hombres. La escolaridad promedio es de primaria en el 31%. En relación con el estado civil los casados y solteros ocupan los primeros lugares (46%). La principal ocupación fue: empleado en el 48%.

En cuanto a la adherencia a la guía de práctica clínica para la atención de lesiones traumáticas encontramos que el médico familiar fomenta medidas de prevención en el 37%; explora al paciente de forma adecuada en el 66%; da un tratamiento adecuado en el 50%; refiere al paciente a un segundo nivel de atención en el 75% y brinda un tiempo de incapacidad adecuado en el 94%.

CONCLUSIÓN:

El grado de adherencia a la guía de práctica clínica para la Atención de Lesiones Traumáticas de Mano en los médicos de la Unidad de Medicina Familiar No.1 fue del 66.8% por lo que la proporción de adherencia fue regular.

PALABRAS CLAVE:

Lesión traumática de mano, Adherencia, Guía de Práctica Clínica

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

SUMMARY

INTRODUCTION

To improve the quality of care the Mexican Social Security Institute integrated evidence-based clinical guidelines, addressing the main causes of demand for care, including hand trauma.

Currently there are no studies evaluating the actions proposed in the Guide for the Care Clinic Traumatic Hand, from July to December 2010.

OBJECTIVE

Assess family physician adherence to clinical guidelines for the care of traumatic injuries of the hand in the family medicine unit 1.

MATERIAL AND METHODS

Cross-sectional study and prospective, will be held at the Family Medicine Unit 1 IMSS delegation Aguascalientes, through checklist based on the recommendations offered by the Clinical Guidelines for the Management of Traumatic Hand Injuries (cuts, bruises , dislocations, fractures, burns, trauma simple handheld severe trauma), were taken into account the medical records with that diagnosis in the period from July to December 2010; 40 doctors working in family medicine unit, determining the proportion of those who apply the guide and its degree of adherence. The variables studied are: adherence to clinical guidelines and economic and demographic factors of patients.

RESULTS

Among the socio-demographic factors found that 81% of patients are men. The average schooling is primary in 31%. Regarding the marital status of married and single are in first place. The main occupation was, employed in 48%. With regard to adherence to clinical practice guideline for the care of traumatic injuries to the family physician are encouraged preventive measures in 37%, explore the patient appropriately in 66%, given appropriate treatment in 50% ,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

refers the patient to a second level of care in 75% and provides an appropriate time to failure 94%.

CONCLUSION

The degree of adherence to clinical practice guideline for the Care of Hand Injuries Traumatic physicians Family Medicine Unit 1 was 66.8% as the proportion of adherence was regular.

KEYWORDS

Traumatic injury of hand, Adherence, Clinical Practice Guideline

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

I. INTRODUCCIÓN

La mano es, probablemente, el símbolo artístico más antiguo de la creación humana. Ha simbolizado el poder físico y metafísico, para el bien o el mal. Es una estructura fuerte, hábil, elocuente y bella.

Las lesiones traumáticas de mano ocupan los primeros lugares de los accidentes de trabajo y motivos de consulta en los servicios médicos. Principalmente ocurre en trabajadores jóvenes menores de 40 años de edad. Las lesiones más comunes son heridas (62.6%), traumatismos leves (13.1%), avulsiones (8.0%), fracturas (4.8%) y amputaciones (1.1%).

Las guías clínicas son un apoyo para el médico, facilitan la elección y secuencia de la tecnología apropiada, y su utilización puede tener un impacto demostrable en los resultados de la atención médica. Las guías no sustituyen el ejercicio clínico deductivo del médico. Una característica importante es que no deben influir en el razonamiento clínico del médico, sino que su utilización cotidiana se debe de acompañar de reflexión y crítica de sus recomendaciones.

Las guías clínicas orientan sobre la actuación del médico en el momento de cada fase de la historia natural de la enfermedad. Revisan aspectos relevantes sobre las actividades que deben realizarse en pacientes con patologías específicas como: promoción a la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos. Ayudan en la prevención de complicaciones, disminución de los costos de la atención médica, mejoría de la comunicación médico - paciente y prevención de mala práctica médica, de tal forma que deben aplicarse con mayor frecuencia dentro de la práctica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de entidades clínicas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El término adherencia es usado para denotar el grado en que una conducta coincide con la indicación médica; que implica un papel activo, voluntario y colaborativo que incorpora las creencias y actitudes del paciente.

La pobre adherencia se debe a múltiples factores entre ellos: al del médico, al del paciente y al del sistema de salud.

Grimshaw y Russell condujeron una revisión rigurosa de la adherencia de las guías basadas en evidencia. Estudiaron 59 evaluaciones publicadas de las guías clínicas, detectando un cambio significativo en el proceso de la atención. Además de una disminución de la mortalidad, costos, días de estancia hospitalaria, un aumento en la satisfacción del equipo de salud y en los resultados del tratamiento. (1)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETO DE ESTUDIO: Adherencia a la Guía Clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano
SUJETO DE ESTUDIO: Médico familiar
CONTEXTO: UMF No. 1 IMSS Aguascalientes

II.1 Características socioeconómicas y culturales.

En el estado de Aguascalientes (INEGI 2009) existen 1, 065,416 habitantes. En el municipio de Aguascalientes la población es de 723, 043; del sexo masculino 349,203 y sexo femenino 373,840. Existen 2,602 médicos; distribuidos en Secretaría de Salud 1,545, IMSS 1,042 e ISSSTE 180, para la atención que se brinda existen 152 unidades médicas. (24)
De los médicos del IMSS de primer nivel el 58% son hombres y 42% son mujeres, con una edad promedio de 40 años, el 68.7% son casados, el 13% son solteros, el resto mantienen otro tipo de relación, el 57% cuentan con especialidad en Medicina Familiar y obtienen un ingreso mensual aproximado es de 23 mil pesos.

II.2 Panorama del estado de salud.

Existen diferentes estudios que valoran la adherencia a guías clínicas, sin embargo no se ha encontrado ninguno que aborde la adherencia a la Guía Clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano, por lo que haremos referencia a otros estudios.

En estudios previos se ha demostrado que la adherencia de los médicos familiares hacia las guías de atención primaria es subóptima, es decir, solo el 15% de los pacientes reciben atención en base a las guías clínicas. (1)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En un estudio realizado en Cuba en el 2009 por la Dra. Triana y colaboradores se midió la adherencia hacia la guía clínica de pacientes con Insuficiencia Cardiaca el cuál reporta que de forma completa fue del 78.6% y de forma incompleta fue el 21.4%. (25)

En estudios realizados en Baja California en el 2008 por Luna Téllez y colaboradores se midió la adherencia a la Guía Clínica de Tuberculosis Pulmonar, encontrando que el 39% de los médicos familiares se adhirió al tratamiento acortado estrictamente supervisado. (26)

II.3 Panorama del sistema de salud.

A nivel institucional contamos con la Guía Clínica del IMSS para la atención de Lesiones Traumáticas de la Mano, que incluye recomendaciones hacia la estabilización de este grave trauma. La ley del seguro social en el capítulo III nos hace referencia sobre el trauma en general (26); así como la ley federal del trabajo en el titulo noveno nos hace referencia sobre dicho tema (27).

Para dar un correcto seguimiento a la guía clínica en el primer nivel de atención en Aguascalientes se cuenta con:

* Área de Medicina del Trabajo
* Servicios de Urgencias del HGZ #1 y HGZ #2
* Servicio de traumatología y ortopedia del HGZ #1 y HGZ #2
* Cirugía plástica y reconstructiva del HGZ #1
* Fisioterapia y rehabilitación física en el HGZ #1
* Diferentes unidades médicas familiares (destacando la UMF No. 10 que cuenta con área de rehabilitación)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II.4 Naturaleza del problema.

Se desconoce en Aguascalientes cuál es la adherencia del médico familiar a las guías clínicas para la atención de lesiones de mano, así como su repercusión debido a que estas lesiones generan un gran impacto social, familiar y laboral. Sin embargo en los artículos consultados acerca de adherencia a otras guías clínicas existen dos o más respuestas debido a que el porcentaje varía desde el 80% descrito por Kirman y colaboradores, hasta el 39% descrito por Luna Téllez y colaboradores; y la Dra. Triana y colaboradores mencionan que hasta en el 21.4% no existe adherencia.

Para ello es necesario evaluar a los médicos familiares acerca de su conocimiento sobre dicha guía clínica, analizando su aplicación, las circunstancias en que ocurre la lesión y las probables secuelas que pueda generar para así poder derivar oportunamente al paciente, evitar secuelas y brindarle una atención integral de calidad.

Nivel de conocimiento: identificación.

II.5 Distribución del problema.

Se abordara la adherencia de los Médicos Familiares que laboran el a UMF No.1 IMSS Delegación Aguascalientes en el periodo que comprenden de Julio a Diciembre del 2010.

II.6 Gravedad del problema.

Las lesiones traumáticas de mano ocupan el primer lugar como causa de incapacidad por accidente de trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Durante el 2000 representaron el 36% de todos los accidentes de trabajo registrados, de éstos 61 557 corresponden a heridas, 23 829 a traumatismos superficiales, 15 810 a fracturas y esguinces y 3 951 a amputaciones. Estas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

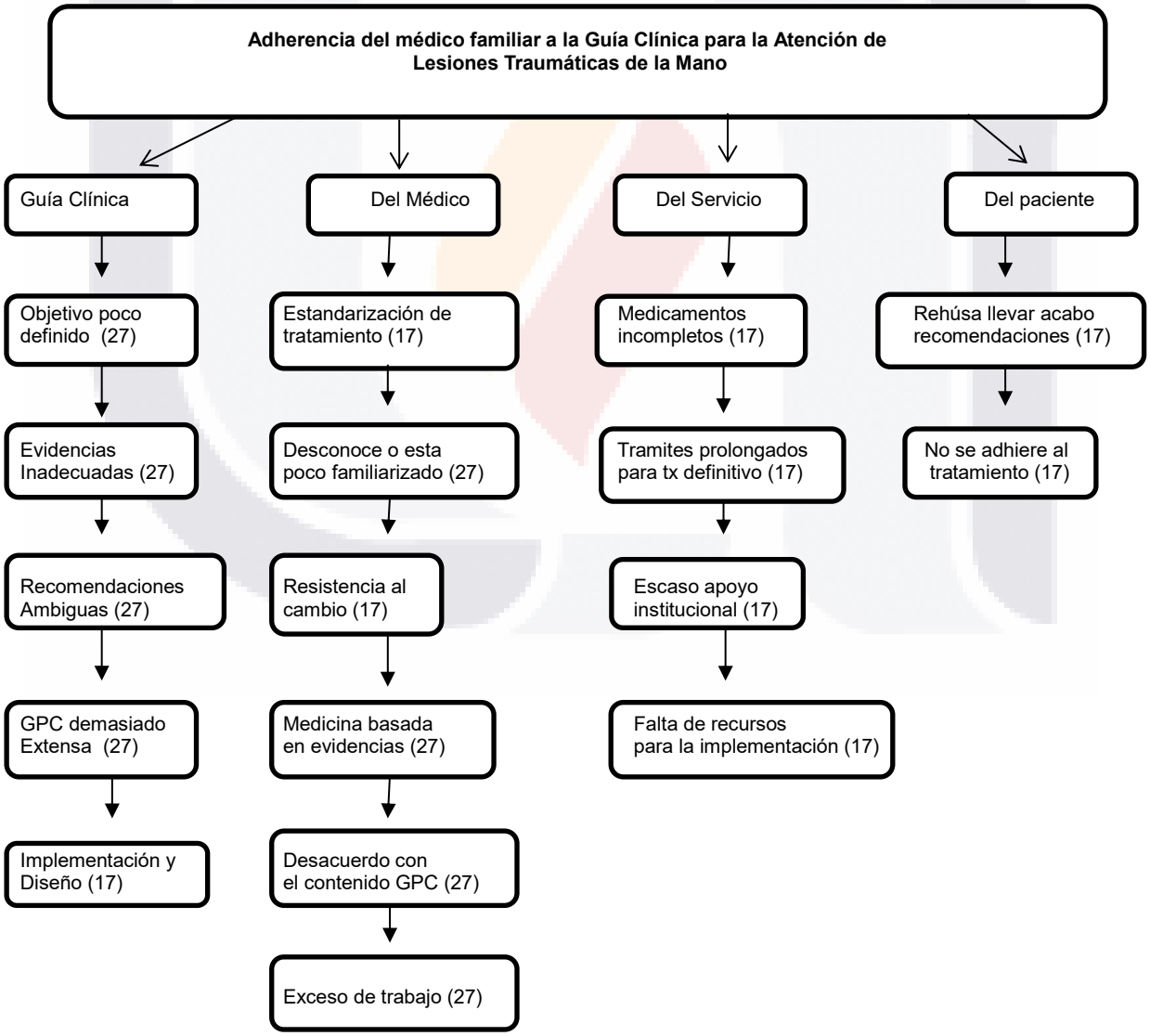
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

lesiones dejaron incapacidades parciales permanentes en 3 591 de los casos lo cual da una idea de la elevada incidencia de este padecimiento y su repercusión económica y social. (4)

Se calcula que mueren aproximadamente 2.3 millones de hombres y mujeres a causa de accidentes o enfermedades relacionados al trauma de mano.

En términos económicos se calcula que cerca del 4% del Producto Interno Bruto, es decir, 1.25 billones de dólares se pierden a causa de los costos directos e indirectos relacionados con los accidentes de mano.

II.8 Factores que influyen en el problema.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II.9 Argumento conveniente.

La mayoría de los médicos sustentan las decisiones clínicas en base a su experiencia profesional para diagnosticar a través del interrogatorio, examen físico así como en los resultados de estudios auxiliares.

El objetivo de evaluar la adherencia es determinar los cambios derivados del uso de las guías clínicas en la disminución de lo inapropiado de los diagnósticos y tratamientos; y medir el incremento de pacientes que alcanzan los resultados esperados después de ser atendidos bajo los criterios propuestos.

II.10 Descripción de proyectos relacionados.

Kalyango, Owino, Nambuya (África 2008). El objetivo de este estudio, fue determinar la prevalencia y factores asociados con la adherencia a la guía clínica de diabetes. Con un estudio trasversal ocurrido durante el 1er trimestre del año 2004. Los estudiados fueron 402 pacientes diabéticos, escogidos de manera aleatoria de las clínicas, con edad de igual o mayor de 18 años, mínimo un mes y medio con tratamiento para diabetes. La adherencia fue determinada, con los mismos informes que entregaban los pacientes estudiados. Los resultados que se encontraron: la prevalencia de la no adherencia 28.9%, y los factores significativos asociados fueron los siguientes: la adherencia fue mayor en el grupo de edad de 18-50 años (56%) vs grupo 51-89 años (44%), en cuanto al género: masculino (16.4%) vs femenino (83.6%), estado civil: casado (51.7%) vs soltero (48.3%); nivel educacional: ninguno a primaria (70.7%), secundaria a profesional (29.3%); ocupación: desempleado (39.7%) vs empleado (60.3%); tiempo de evolución de la diabetes 0-4 años (55.7%) vs más de 4 años (44.3%). Las conclusiones que se establecieron: la adherencia al tratamiento es subóptima.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Carballo-Monreal y cols (2008) en el estudio de Adherencia individual y familiar a la guía clínica para el tratamiento de pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria. Estudio prospectivo, descriptivo, observacional. Se reportó como buena a la adherencia en un 90%. (25)

Megret -Castillo (2006) identificaron la adherencia a la guía clínica de insuficiencia cardiaca mediante un estudio descriptivo, trasversal, observacional realizado en la Habana Cuba en 2006, con una muestra de 250 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Se evaluó la adherencia farmacológica, no adherencia farmacológica y los factores asociados, de los pacientes entrevistados, se reportó que el 63.6% presentan adherencia, se incluyeron factores como conocimiento del tratamiento, cantidad de medicamentos, frecuencia de administración.

II.11 Información que se espera obtener.

El presente trabajo nos permitirá orientar al médico familiar sobre el adecuado uso de las guías clínicas, así como brindar la primera atención en la consulta de medicina familiar así como en el servicio de urgencias, derivar oportunamente al especialista y la buena prescripción de incapacidades, con lo cual generaremos la disminución de los costos que son secundarios al trauma de mano. Siendo útil esta información para posteriormente intervenir con acciones específicas en los factores analizados, y así lograr una adecuada adherencia, viéndose reflejado en una mejor calidad de vida para los pacientes con esta patología.

II.12 Concepto indispensable.

Adherencia: denota el grado en que una conducta (en términos de seguimiento de una guía clínica) coincide con la normativa médico-administrativa que implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de seguimiento a esta,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

incorporando las actitudes (conocimiento, conducta y afecto) del médico.

Lesión traumática de mano: Son aquellas lesiones que afecta a la extremidad torácica en su porción distal a la articulación de la muñeca y que involucra la cubierta cutánea y/o los elementos subyacentes a ésta: tejido celular subcutáneo, tendones, elementos vasculares, nervios, huesos y articulaciones.

Guía de Práctica Clínica: propuesta de los sistemas de salud para mejorar la calidad, disminuir la heterogeneidad de la atención médica y hacer más organizado y eficiente el manejo de los recursos. Disminuyendo el rezago de la información y tecnología, apoyando las decisiones de los médicos a través de recomendaciones basadas en evidencia científica disponible; ya que busca incluir los últimos avances que cumplan criterios de costo y efectividad. (23)

Por lo antes mencionado se hace la siguiente pregunta a investigar:

¿Existe adherencia del médico familiar a la Guía Clínica para la atención de Lesiones Traumáticas de la Mano en la UMF #1 IMSS Aguascalientes?

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

III.- MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El trauma de mano es aquel que afecta la extremidad torácica en su porción distal de la articulación de la muñeca y que involucra la cubierta cutánea y los elementos subyacentes a está: tejido celular subcutáneo, tendones, elementos vasculares, nervios, huesos y articulaciones.

Existen varios factores de riesgo; en el hogar la falta de cuidado en el manejo de objetos cortantes en la cocina; en la industria, la falta de capacitación en las labores que requieren manipulación de máquinas especializadas, así como, la falta uso de equipo de protección como: los guantes protectores; otro es la falta de cuidado en el manejo de explosivos pirotécnicos. Todos los años se producen millones de lesiones en las manos, llegando a ocupar del 15 al 20% de todas las lesiones corporales y representan el 30 al 40% de las indemnizaciones industriales anuales totales en Estados Unidos.

La exploración de una lesión de mano en la sala de urgencias, debe iniciarse con la toma de los datos generales del paciente, historia clínica completa, haciendo énfasis en las enfermedades metabólicas que afectan la mano (diabetes, artritis reumatoide, neuropatías), edad, sexo, si se trata de la mano dominante o no, y la ocupación del paciente. Se debe documentar la presencia de deformaciones previas ya sean congénitas o adquiridas.

Enseguida se aprecia la actitud de la mano, si está en posición forzada por el dolor, con una deformación previa o provocada por la misma lesión, otro aspecto es la inspección de la coloración, la palpación de la mano nos dará información sobre edema local o generalizado, temperatura local, deformidades o hundimientos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La exploración física dirigida será guiada por el tipo de lesión encontrada, se hará un registro de las heridas, dependiendo de la localización y explorando desde la superficie hasta la profundidad; en la superficie cutánea se efectúa la valoración de la función sensitiva, a través de la prueba d Weber o de discriminación fija a dos puntos. Otro es el rango de movilidad en la región afectada, se explora la integridad de los tendones flexores superficiales y profundos y extensores.

La valoración funcional de la mano comprende los siguientes aspectos:

- **Rango de movilidad articular.** Puede medirse considerando la distancia mínima entre el pulpejo de los cuatro últimos dedos y el pliegue medio palmar. Otro parámetro es la distancia máxima de separación entre el pulgar y el índice. El método clínico más confiable es la valoración del movimiento total activo y del movimiento total pasivo.
- **Fuerza muscular.** La escala de *Medical Research Council* considera cinco categorías:

  0 Músculo paralizado.

  1 Contracción visible o palpable.

  2 Movimiento activo, eliminando gravedad.

  3 Movimiento activo en contra de la gravedad.

  4 Movimiento activo en contra de la gravedad y aplicando resistencia.

  5 Fuerza muscular normal.
- **Sensibilidad.** Se lleva a cabo considerando los territorios nerviosos de la mano y las áreas afectadas circunvecinas a la cicatriz. Las pruebas más utilizadas son la discriminación estática (prueba de Weber/Moberg) y la discriminación dinámica (prueba de Dellon) de dos puntos. Con ellas se determina si el paciente es capaz de percibir dos puntos independientes, estáticos o en movimiento.
- **Detección de neuromas.** mediante identificación de disestesias en la cicatriz. El signo de Tinel puede auxiliar en el monitoreo de la recuperación nerviosa.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

- **Presencia de dolor.** la intensidad del mismo puede ser monitoreada mediante una escala verbal (dolor leve, moderado, severo) o mediante escalas visuales análogas.
- **Edema.** Se debe medir la circunferencia del área afectada y compararla con la circunferencia del lado sano.
- **Funciones básicas de mano.** Se deberá valorar: oponencia, prensión esférica, cilíndrica y de gancho. La evaluación de la coordinación y destreza se realiza mediante las pruebas de Jebsen, que miden el tiempo invertido en realizar tareas básicas de prensión y manipulación de objetos: escritura, voltear tarjetas, simulación de paso de páginas, recoger objetos pequeños, apilar fichas y mover objetos grandes, ligeros y pesados.
- **Estado de la cicatriz.** Adhesión de los tejidos superficiales o profundos, alteraciones disestésicas, datos de infección, tendencia a la hipertrofia o retractilidad.
- **Identificación de infección:** los datos que sugieren necesidad de realizar debridación son cambio de coloración de la piel, ausencia de sangrado, disminución de la temperatura y presencia de costra.

Los días de incapacidad para el trabajo dependerán de las características de la lesión, la actividad ocupacional del paciente y el criterio del médico.

Días de incapacidad dependiendo de las características de las lesiones e intensidad de la actividad laboral, propuestos por Reed Presley Group (IV)[23]

	Esguinces en articulaciones interfalángicas			Fracturas cerradas con fijación interna		
Actividad	Mínimo	Óptimo	Máximo	Mínimo	Óptimo	Máximo
Trabajo sedentario	1	7	21	1	7	42
Trabajo ligero	1	7	21	7	14	42
Trabajo moderado	1	14	21	21	28	56
Trabajo intenso	2	21	35	28	42	70
Trabajo muy intenso	2	21	35	42	42	112

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Medidas preventivas para evitar las secuelas:

- Hidroterapia con agua caliente.
- Movimientos dirigidos de la articulación afectada por la inmovilización o la cicatriz.
- Fortalecimiento mediante movilización activa dirigida.
- Reentrenamiento de funciones básicas de la mano mediante la escritura, la pintura, la realización de las actividades cotidianas y la manipulación de semillas y plastilina.
- Maso terapia en la cicatriz.

La elaboración de guías clínicas inicio hace más de 10 años y se calcula que existen aproximadamente 2500 guías clínicas, ya sean publicadas o electrónicas. En su inicio, las guías fueron construidas como revisiones bibliográficas de un tema, o bien estaban basadas en el consenso de expertos. Actualmente están definidos los pasos para su construcción, en la que se presenta un sustento y recomendaciones, mediante un esquema de clasificación dado en el diseño de estudios que tienen el fin de que el médico familiar identifique y analice el nivel de evidencia de cada una de ellas.

Existen principios básicos sobre los cuáles las guías clínicas deben ser construidas:

1. Su desarrollo debe enfocarse a identificar las intervenciones que puedan asegurar que se obtendrá el mejor resultado en salud, producto de la aplicación de los criterios seleccionados.
2. Las recomendaciones deben ofrecer la máxima probabilidad de beneficios con el mínimo daño y ser aceptadas en función de los costos. Las guías deben estar basadas en la mejor evidencia, mediante revisiones sistemáticas o ensayos clínicos de alta calidad relacionados con los objetivos de la propia guía. La evidencia en la que se basa una recomendación puede clasificarse de acuerdo con el nivel, la calidad, la relevancia y la fortaleza del estudio.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

3. La evidencia es necesaria pero no suficiente cuando se desarrollan las recomendaciones de manejo de la guía clínica. Es necesario considerar la evidencia para traducir los resultados de los estudios seleccionados a recomendaciones útiles, esto depende del juicio y la experiencia de los constructores de la guía clínica, quienes deben realizar una valoración para la justificación de las recomendaciones, de acuerdo con el beneficio potencial de la propuesta.
4. Para que una guía sea relevante se debe involucrar en su creación a las personas que se tienen contempladas como usuarios de la guía. En su desarrollo es necesario un equipo multidisciplinario que incluya: especialistas en el tema de la guía, expertos en la metodología de construcción de guías clínicas y los médicos usuarios. Estos últimos juegan un papel muy importante como parte del equipo, ya que su participación permite identificar obstáculos potenciales para su implementación.
5. Las guías clínicas requieren ser construidas con una visión que permita flexibilidad y adaptabilidad en el momento de su aplicación, considerando el contexto de la población a la que se va a aplicar en cuanto a su edad, sexo, severidad de la enfermedad, comorbilidad y disponibilidad de recursos de la familia.
6. Los constructores de la guía deben considerar los recursos de los servicios de salud y la factibilidad de la modificación de la estructura y procesos que pueden ser requeridos para la aplicación de los criterios de la guía. Es pertinente identificar las variaciones del equipo disponible, de capacitación y experiencia de los usuarios de la guía, así como la diversidad y competencia de los integrantes de los equipos multidisciplinarios de salud.
7. El equipo que construye una guía clínica debe desarrollar en una forma paralela propuestas para su diseminación e implementación y establecer estrategias que la hagan accesible y con mayores posibilidades de adopción.
8. La evaluación del proceso de implementación es relevante para determinar el efecto en el conocimiento y en las conductas de los usuarios de la guía.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El resultado de estas evaluaciones permite reconsiderar y modificar el proceso de implementación.

9. Dado que las guías clínicas están basadas en la mejor evidencia, deben ser revisadas con regularidad para incorporar, los resultados de nuevas investigaciones, nueva tecnología y la evaluación de resultados de otras guías clínicas.

El objetivo de la evaluación es determinar los cambios derivados del uso de las guías clínicas en la disminución de lo inapropiado de los diagnósticos y los tratamientos, medir el incremento en la proporción de pacientes que alcanzan los resultados en salud esperados después de ser atendidos bajo los criterios propuestos.

La integración del diagnóstico y la decisión del tratamiento tienen cierto grado de incertidumbre con respecto a lo correcto del primero, lo apropiado del segundo y a los resultados en salud que se obtendrán. El médico aprende criterios durante su formación y su ejercicio profesional, también aprende a manejar las probabilidades de obtener los resultados esperados. Sin embargo no necesariamente aprende a analizar a través de la reflexión y la revisión de avances científicos, su ejercicio o el de otros médicos durante su práctica médica.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IV.- MARCO CONCEPTUAL

En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo responsabilidad del paciente, y este tiene una autonomía considerable en su manejo, lo cual constituye un serio problema. La no adherencia a seguir las prescripciones exacerba los problemas de salud y favorecen la progresión de enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y los valores del tratamiento.

Sackett y Haynes (1976), los primeros autores en conceptualizar la adherencia como una situación en que la conducta del paciente corresponde con las instrucciones clínicas entregadas. Haynes (1979), define adherencia como: “Grado en que la conducta de un paciente coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal de salud”. Detractores de esta definición argumenta que otorga un rol paternalista y coercitivo al equipo médico, limitando la posibilidad de que el paciente asuma un rol más relevante. En este contexto Hentinen y Kyngas (1992) define el concepto activo, intencional y responsable del cuidado, en el cuál el sujeto trabaja para mantener su salud en estrecha colaboración con el personal de salud. (10)

Una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por Di Mateo y Di Nicola (1985), sentando principios básicos que rigen en la actualidad; quienes conceptualizan a la adherencia como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado. Esta definición tiene la cualidad de otorgar una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan su propia salud. (10)

Meichenbaum y Turk (1991), el término de adherencia lo emplea para hacer una referencia a una implicación más activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamientos aceptados de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Karoly (1993), considera que se trata de una definición técnica con importantes deficiencias:

a) Tiende a ser unidimensional. Las personas son cumplidoras o no cumplidoras, a pesar de las múltiples posibilidades que pueden existir en la relación con el cumplimiento.
b) Está centrada en el profesional de la salud y en modelo de salud, básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento.
c) Es reduccionista, solo tiene en cuenta el aspecto relacional y no considera aspectos subjetivos, como por ejemplo, las motivaciones del paciente. (11)

Fernández y Pérez (1998), define la adherencia o conducta meta, como la incorporación (puntual si se trata de una prescripción para un problema agudo; o definitiva, en caso de intervenciones preventivas o trastornos crónicos) en las rutinas cotidianas de la persona (al efecto de fortalecer la nueva práctica, situándola bajo las mismas claves del contexto ambiental y social que controlan otras conductas habituales) de nuevos hábitos (simples o complejos, novedosos o conocidos) beneficiosos para el sujeto (bien por la eliminación de condiciones aversivas o bien por la obtención de ventajas, como la mejoría de las condiciones de vida, atención social, creencias de autocontrol o reducción de riesgos).

Bimbella (2002), propone que es la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se define como: “acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a efecto”. En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de medicamentos por parte del paciente, pero deben incluirse aspectos higiénicos-sanitarios, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

programadas como parte del propio tratamiento.

La adherencia se ha conceptualizado de diferentes formas. La OMS (2003), planteo una definición de la adherencia al tratamiento prolongado que fusiona definiciones de autores como Haynes y Rand, haciendo hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente con respecto a las recomendaciones y en la buena comunicación entre pacientes y profesiones como requisito esencial para la práctica eficiente. El proyecto de la OMS considera adherencia: como “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por el profesional de salud.

Variables implicadas en la adherencia:

Autores como Ferrer, 1995; Macías y Méndez, 1999; Basterra, 1999; Duque y Ortiz, 2002; Barra, 2003; Sarró y Pomarol, 2003; plantean la existencia de un amplio grupo de factores que influyen en la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento médico, involucrando asimismo elementos de naturaleza psicosocial, médica, de relación médico-paciente y de corte gerencial. (16)

Un primer grupo de factores está constituido por variables propias de la interacción con el profesional sanitario, donde se hallan la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales de la salud y las características de la comunicación que éste establece con su médico. La satisfacción del paciente consiste en un conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional sanitario, en la cual se distingue la satisfacción específica y la global. Morales (1999) señala la importancia de los siguientes factores: la comunicación, el reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida y las características del lugar en que se produce la atención. Además, la satisfacción se relaciona básicamente con el nivel de expectativas del paciente respecto del servicio que aspira recibir. (16)

El segundo grupo de factores tiene básicamente un carácter médico y está

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

relacionado con las características del régimen terapéutico, entre los cuáles se distingue, la complejidad del tratamiento (grado de cambio en el comportamiento requerido). El número de medicamentos consumibles, la frecuencia del consumo, la combinación de distintos tipos de intervención y especialmente la duración del tratamiento (Macías y Méndez, 1999). (16)

Un tercer grupo está referido a la naturaleza de la enfermedad. Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, pero esta es menor en las enfermedades crónicas (Friedman y Di Matteo, 1989).

Factores predictivos de la adherencia.

Haynes y Sacket consideran que dentro de los factores que tienden a aumentar la adherencia a una guía clínica y por ende al tratamiento, se encuentran:

1. La consideración y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento, las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.
2. El grado de estabilidad familiar. Se ha visto sobre todo en niños y ancianos, que la estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia, incrementa el cumplimiento adecuado del tratamiento.
3. El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida. Aquellas personas que cuentan con habilidades relacionadas con disciplina y planeación, tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos.
4. Grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos con el tratamiento. Aquellos pacientes que pueden percatarse del

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

beneficio obtenido con el tratamiento, mostraran un mayor interés en continuarlo.

5. Supervisión cercana del médico o terapeuta. Aquellos pacientes que pueden acudir a consulta con su médico, con buena periodicidad, muestran más posibilidad de adherirse al tratamiento. (15)

Teorías implicadas en la adherencia.

El Modelo de Creencias en Salud (Becker 1974; Rosenstock 1974)

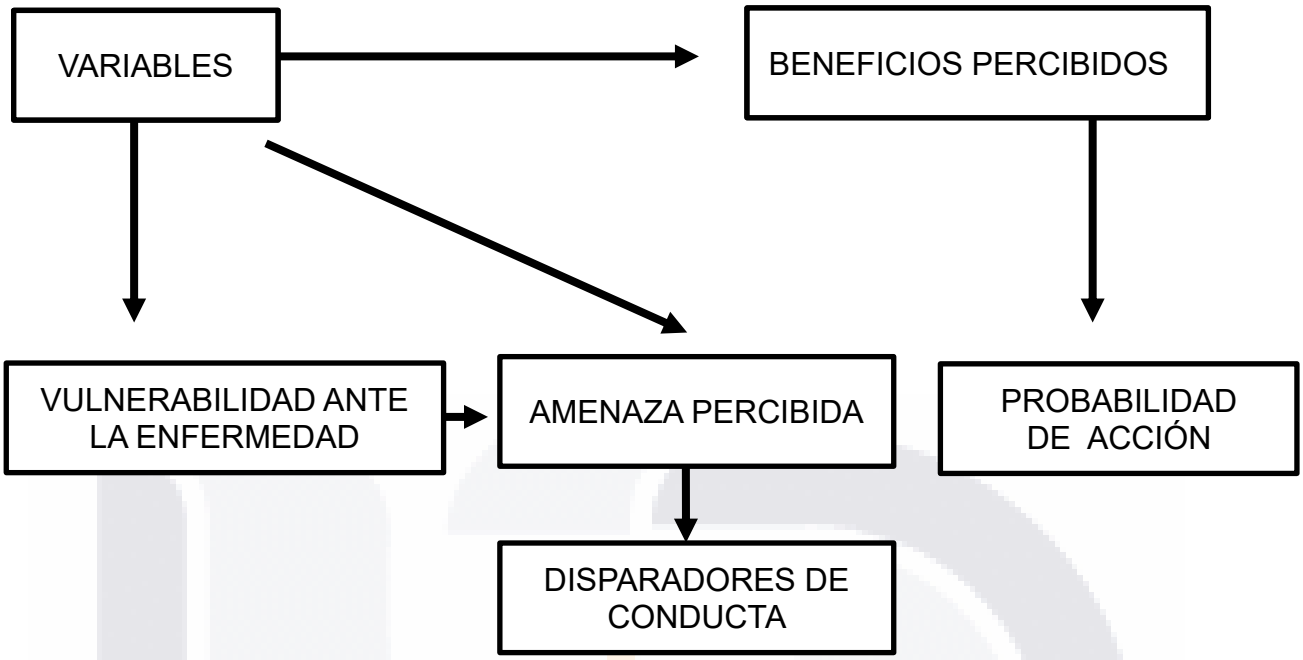
Este modelo está basado en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado básico es que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado.

Identifica básicamente cuatro variables que parecen influir en el sujeto a la hora de llevar a cabo una determinada acción preventiva. Estas variables se agrupan en torno a dos dimensiones de creencias:

1. La primera dimensión se refiere al grado de preparación o disposición psicológica del sujeto para llevar a cabo una determinada acción preventiva que viene determinada por la vulnerabilidad percibida y la gravedad percibida.
2. La segunda dimensión hace referencia a los beneficios/ costes percibidos de la acción preventiva. (10)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



Modelo de Creencias de Salud de Becker y Maiman (1975 en: (Jiménez, 2003)).

Modelo transteórico.

Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Se distingue cinco etapas diferentes para el cambio:

a) Pre contemplación (el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo, usualmente medio en los próximos 6 meses).
b) Contemplación (el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo de aquí a 6 meses).
c) Preparación (el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes).
d) Acción (el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido).
e) Mantenimiento (se ha cambiado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla). (10)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Modelo de Información –Motivación- Habilidades Conductuales.

Este modelo demuestra que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican el 33% de la varianza del cambio conductual. Específicamente, demuestra que la información es un prerrequisito pero por sí sola no es suficiente para alternar la conducta. Además provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual. La información y la motivación afectarían a la conducta por medio de las habilidades conductuales. (10)

Modelo de los Sistemas Autorreguladores de Leventhal (1980)

El modelo propone dos canales paralelos en ese proceso. Uno de ellos daría lugar a la elaboración de una representación objetiva de la amenaza a la salud, así como el desarrollo de respuestas de afrontamiento para controlarla. El segundo sistema supone el procesamiento de las reacciones emocionales ante esa amenaza y la puesta en marcha de estrategias para controlar esa emoción.

El sistema autorregulador parte de la percepción de los estímulos internos y ambientales que inician el progreso de autorregulación. Los tres niveles superiores del esquema corresponden a:

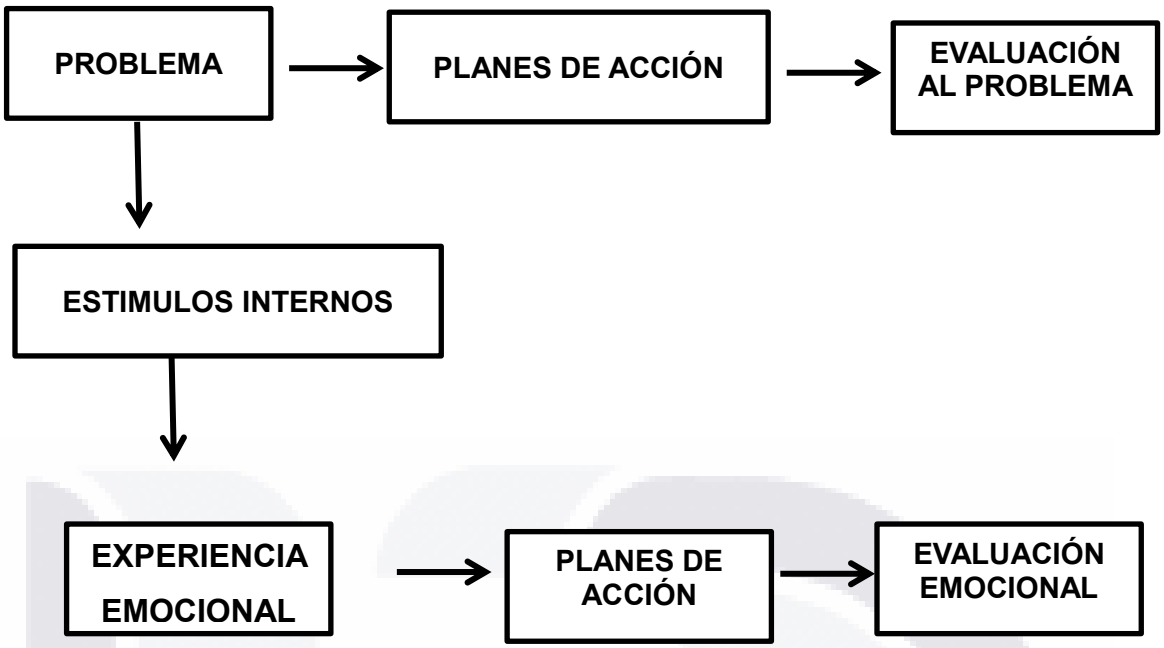
1) el procesamiento cognoscitivo, esquemático y representacional de los estímulos a través de las representaciones de sentido común que se tengan de la enfermedad y de la peligrosidad con que se percibe la enfermedad, sus posibles consecuencias al padecerla y la vulnerabilidad percibida.

2) los planes de acción y la selección de las conductas para afrontar la enfermedad.

3) evaluación de los resultados de las conductas llevadas a cabo, atendiendo a los progresos según la consecución del estado ideal; esto es, si se han conseguido los objetivos que desencadenaron ese proceso de autorregulación.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



Modelo de los sistemas autorregulatorios (1987) (Jiménez, 2003, pp. 843).

Para Leventhal, los dos sistemas autorreguladores son relativamente independientes, pero, a la vez, son interactivos, debido a que ambos están involucrados en la percepción consciente y en las emociones asociadas a determinada enfermedad, así como a personas y situaciones. Respecto a la enfermedad, la estimulación nociva se procesa simultáneamente en un sistema informacional u objetivo y en el sistema de la emoción (amenaza, miedo). Ambos sistemas actúan en paralelo a partir de la recepción de estímulos, interactuando a través de las diversas etapas de interpretación, afrontamiento y evaluación. (10)

Las teorías anteriores aportan un amplio panorama acerca de las teorías y modelos conceptuales implicadas en la adherencia, para nuestra investigación utilizaremos como plataforma la “Teoría de la acción razonada”, donde se propone que la adherencia tiene como piedra angular la actitud del médico a ejecutar una acción en base a el área cognitiva, conductual y afectiva. A continuación describiremos de forma más amplia estas teorías.

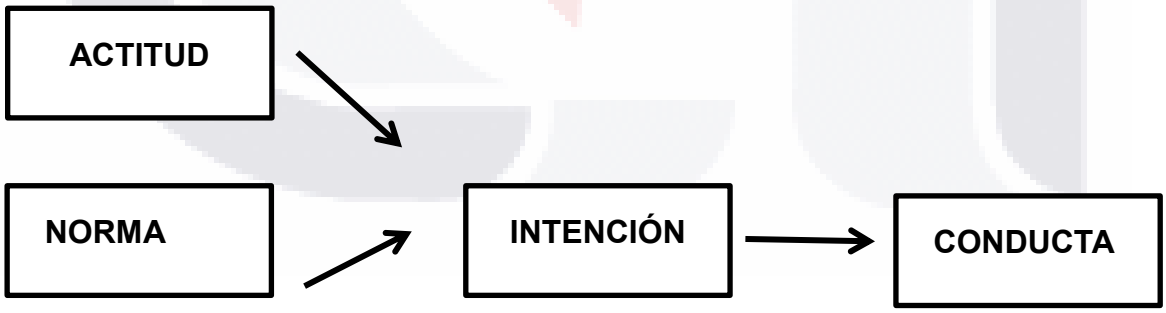
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein 1973; Ajzen 1991; Fishbein y Ajzen 1975)

Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Señala específicamente que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo. A su vez, la intención es predicha por la actitud hacia ejecutar tal conducta y factores sociales, tales como la percepción que los sujetos significativos para el paciente tiene acerca de tal conducta. Tomando en consideración lo sugerido por la teoría, se podría predecir con mayor exactitud que una persona se involucre en conductas saludables indagando sobre la intención que tenga de realizarlas.

La teoría de la acción razonada que será fundamental para nuestra investigación debe formar parte de este análisis teórico por las vertientes interesantes que utiliza para exponer las motivaciones que están detrás de una acción preventiva de salud. Esta teoría es considerada como un carácter interpersonal y con orientación cognitiva, ya que supone que las personas se ven influenciadas por sus entornos sociales y al mismo tiempo ejercen una influencia sobre ellos.



Teoría de la acción razonada (1975) (Jiménez, 2003, pp. 841).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Esta teoría fue propuesta Fishbein y Ajzen, la cual es muy respetada por la comunidad científicamente y académica mundial que promueve estudios sobre conductas preventivas de salud. (10)

La Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1981, 1975), trata sobre las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Esta teoría asume que la mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan de y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive. Esta teoría es una de las más usadas en el área de la salud, lo mismo que en áreas no relacionadas con la salud. La teoría propone que las personas se comprometerán con una conducta dependiendo de sus intenciones de compromiso en dicha conducta, y que su intención a la vez depende de:

1. La actitud del individuo hacia la conducta de enriquecimiento de la salud.
2. La percepción que tenga la gente de lo que es importante para el paciente sobre su conducta – la norma subjetiva.

El componente actitudinal se refiere a la actitud del sujeto hacia el propio desempeño de una conducta específica bajo determinadas circunstancias. Dado a que Fishbein y Ajzen (1975) definen actitud como una predisposición aprendida a responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable, este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto a la conducta en cuestión.

La norma subjetiva es la creencia que el individuo tiene de lo que las personas que le son importantes desearían que él hiciera. De acuerdo a esta teoría, la intención de adoptar una conducta saludable está equilibrada por:

1. La actitud del individuo sobre si la conducta de enriquecimiento de la salud le será personalmente beneficiosa.
2. Su interpretación de lo que percibe que la gente importante en su vida desearía que él hiciera.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La teoría de acción razonada representa una importante aportación al estudio del comportamiento humano, ya que ofrece un modelo completo de investigación que toma en cuenta factores que en otras teorías se consideran de manera aislada. Podríamos indicar que el modelo propuesto por Fishbein (1990) es bastante completo y permite obtener mayor seguridad en la medición de los factores determinantes de la conducta. Factores que suelen ser identificados por la psicología social simplemente dentro de la categoría de actitud. Se toman en cuenta factores individuales como grupales, siendo esta una de las principales ventajas técnicas. Otra ventaja consiste en abordar el contexto donde tienen lugar estos factores con la suficiente flexibilidad para permitir distinguirlos y medir su ocurrencia. (10)

Teoría de la autoeficacia de Bandura (Bandura 1977, 1980, 1991, 1997)

El marco teórico que acoge la investigación de la influencia de las expectativas en el proceso de adopción o de modificación de hábitos de conducta es la Teoría Social Cognitiva (Bandura 1986), según la cual la motivación y acción humanas están reguladas en gran medida por las creencias de control que implica tres tipos de expectativas.

a) Expectativas de situación-resultado, en las que las consecuencias se producen por sucesos ambientales independientemente de la acción personal

b) Expectativas de acción-resultado, en las que el resultado sigue (o es consecuencia de la acción personal)

c) la autoeficacia percibida, referida a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado.

De estos tipos de expectativas, las que desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, la eliminación de conductas nocivas y en el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mantenimiento de dichos cambios son las expectativas de acción-resultado y las creencias de autoeficacia. Las expectativas de auto-eficacia influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, pero fundamentalmente sobre la cantidad de esfuerzo invertido para lograr la meta propuesta y persistir en la conducta adoptada, a pesar de las barreras que podrían debilitar la motivación.

La expectativa de autoeficacia o eficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud por la influencia de dos niveles (Bandura 1999):

1. Como mediador cognitivo de la respuesta de estrés (la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresares a los que se enfrenta activan los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad)
2. En cuanto variables cognitivo-motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos (ejerce un control directo sobre los aspectos de la conducta modificable de la salud).

En esta teoría se defiende, como constructo principal para realizar una conducta, la autoeficacia, tal que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia. Las creencias que tiene la persona sobre la capacidad y autorregulación para poner en marcha dicha conducta serán decisivas. De esta manera, las personas estarán más motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, esto es si hay la convicción de que tienen capacidades personales que les permitan regular sus acciones. Bandura concede una gran importancia a este concepto, tal que, considera que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional. Así, una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La teoría de autoeficacia de Bandura ha sido considerada en distintas áreas y ocupa un lugar importante para la adopción de conductas de salud y prevención de riesgos. Así lo explica Bandura, que afirma que las creencias de eficacia afectan a la salud física al menos de dos maneras:

1. Una fuerte creencia sobre la habilidad para enfrentarse a determinados estresantes reduce las creencias biológicas que pueden dañar la función del sistema inmune y por el contrario favorece una adecuada respuesta del mismo.
2. La autoeficacia determinará en gran medida si las personas consideran cambiar sus hábitos de salud y la adopción de conductas saludables nuevas, así como el nacimiento del cambio.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

V.- JUSTIFICACIÓN

En el primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social es complejo, en Medicina Familiar se otorgan más de 120 millones de consultas anuales, cifra que da una idea de la variabilidad de la calidad de la atención en las unidades de primer nivel y de la dificultad que representan la actualización permanente en la unificación de criterios de los miles de médicos familiares que la integran.

Para responder a este reto, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha implementado estrategias mejorado el desempeño de los servicios y agilizando la disponibilidad de conocimiento médicos actualizados que permitan tomar decisiones clínicas con mayor certidumbre y elevar en forma continua la calidad de la atención que otorgan, disminuyendo la heterogeneidad de decisiones médicas, a través del desarrollo de guías clínicas basadas en evidencia, seleccionando patologías que por su historia natural y entorno son de mayor interés, entre ellas se creó la guía clínica para las atenciones traumáticas de la mano que sin lugar a duda es un instrumento valioso.

Por la trascendencia de la patología, se realizó esta guía clínica basada en evidencia con una categoría de evidencia I, así como recomendación A, por lo que considero importante el evaluar la proporción de médicos familiares que aplican la guía clínica para las atenciones traumáticas de la mano en todos sus indicadores así como su grado de adherencia y así obtener un antecedente sólido para crear nuevas líneas de investigación.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VI.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la adherencia del médico familiar a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano en la unidad de medicina familiar # 1.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la proporción de médicos familiares que aplican la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano en la unidad de medicina familiar #1.

2. Determinar el grado de adherencia a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano en la unidad de medicina familiar #1.

3. Caracterizar los factores socioculturales y demográficos en la población de estudio.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VII.- DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Se pretende realizar en el presente trabajo de investigación, un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Esto se llevara a cabo con el fin de valorar la adherencia del médico familiar a la Guía Clínica para la Atención de Lesiones Traumáticas de la Mano, así como los factores que influyen en el cumplimiento a dicha guía.

UNIVERSO.

Universo de trabajo

Expedientes clínicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del periodo 2009 al 2010 de pacientes con diagnóstico de trauma de mano del IMSS Delegación Aguascalientes.

Población de estudio

Se incluyeron a los 40 médicos familiares adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 en Aguascalientes que cuenten con pacientes con trauma de mano.

Unidad de análisis

Médicos Familiares adscritos a la UMF No.1 que realizaron el diagnostico de trauma de mano en el periodo de estudio.

Unidad de observación

Médicos Familiares adscritos a la unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes; que realizaron el diagnostico de trauma de mano, que cumplan con los criterios de inclusión, formando parte del estudio.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión

- Expediente que contenga notas con el diagnóstico previo de Trauma de Mano en la base de datos de la UMF No. 1 IMSS delegación Aguascalientes en el periodo del 2009 al 2010.

Criterios de no inclusión

- Expedientes médicos que no cuenten con la información necesaria para verificar la adherencia a la guía clínica de trauma de mano.

Criterios de exclusión

- Expedientes médicos que no reúnan los requisitos enlistados en los criterios de inclusión.

MUESTRA

Identificación de expedientes.

Se obtendrá un listado generado por el sistema de RED local de cada consultorio de medicina familiar de la UMF No. 1 que contara con los registros de diagnósticos de trauma de mano.

Tipo de muestreo:

Probabilístico. Con un muestreo aleatorio simple.

Se tomara el listado de diagnóstico de trauma de mano de los servicios de Medicina Familiar del IMSS Aguascalientes. Registrados en la Red Local de información de la unidad de medicina familiar de los expedientes médicos con diagnóstico de trauma de mano.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VARIABLES

ADHERENCIA A GUÍA CLÍNICA

Definición conceptual:

Denota el grado en que una conducta (en términos de seguimiento de una guía clínica) coincide con la normativa médico-administrativa que implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de seguimiento a esta, incorporando las actitudes (conocimiento, conducta y afecto) del médico.

Definición operacional:

Para fines del estudio se consideran las acciones tomadas por parte del médico familiar en relación a los lineamientos establecidos en la guía clínica para la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano. Además se evaluara el grado de adherencia en relación al número de parámetros cumplidos de acuerdo a la misma, en forma escalar considerando buena adherencia si se cumplieron los parámetros establecidos por la guía clínica en un 60% o más, regular si fue del 40 al 60% y mala si es menor del 40%.

La proporción de médicos familiares que la aplican se evaluará si el 60% de los expedientes evaluados cuenta con un grado de adherencia regular o bueno.

Plan de recolección de la información

En la unidad de medicina familiar No. 1 IMSS delegación Aguascalientes, se seleccionaran los expedientes médicos según el muestreo, a los médicos familiares de la UMF se le elaborara una carta de autorización dirigida al director de dicha unidad, para hacerle de su conocimiento y autorización para la extracción

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

de las notas médicas con diagnóstico de trauma de mano, se les explicara el propósito de la investigación y se les solicitara en caso de aceptación el consentimiento informado, se garantizara el anonimato y confidencialidad.

LOGISTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1. Carta de autorización dirigido al director de la UMF No.1 que participara para la realización de la investigación.

⇩

2. Acudir a base de datos del expediente electrónico
3. Selección de muestra a estudiar (aleatoria al azar).

⇩

4. Eliminación de notas que no cumplan con criterios de inclusión.

⇩

5. Capturar y tabular los datos obtenidos con la aplicación del instrumento
6. Realización del análisis estadístico de los datos a través del Programa SPSS V17

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VIII.- PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posterior a la realización del levantamiento de campo, la información con la aplicación del instrumento a través de encuestas, se capturara y tabulara los datos obtenidos mediante el paquete estadístico EXCEL, para que nos permita generar la base de datos que a su vez permitirá hacer el análisis de los mismos y obtener la información deseada.

Para lograr los objetivos para esta investigación, el análisis estadístico de los datos se realizara a través del programa SPSS V17. Para las variables de tipo cuantitativo se obtendrán medidas de tendencia central y de dispersión; y para las variables de tipo cualitativo descripción de frecuencias representándolas en graficas de barras y tablas para poder encontrar la adherencia a la guía clínica de trauma de mano de la UMF No.1 IMSS delegación Aguascalientes.

IX.- PRUEBA PILOTO

Para identificar los problemas potenciales en el instrumento, se efectuara una prueba piloto para revisar la metodología y la logística de la recolección de datos de la UMF No.1 IMSS Aguascalientes, mediante la selección de 10 expedientes con diagnóstico de trauma de mano de cada médico familiar a los cuales se les solicitara su participación en la aplicación del instrumento. Con esto se observara la aceptabilidad del método usado, la disposición de los médicos familiares hacia la colaboración con el estudio. Así mismo se medirá el tiempo necesario para la administración del instrumento.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

X.- CONSIDERACIONES ETICAS

El protocolo de investigación corresponde a una investigación sin riesgo ya que no se realiza ninguna modificación o intervención intencional sobre los pacientes, así como las grandes variables del estudio: Identificar la proporción de médicos familiares que aplican la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano; determinar el grado de adherencia a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano e identificar los factores que influyen en la adherencia a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación de salud, vigente en nuestro país; el presente trabajo está conforme a los artículos 96, 98 y 100 del Capítulo único del ramo de la investigación para la salud.

Así mismo se ajusta a las normas y principios éticos de la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, con su última modificación en Edimburgo 2000 y el código de Núremberg regido por los principios de autonomía, confidencialidad y anonimato de los participantes de esta investigación a los que se les pidió autorización por escrito mediante la carta de consentimiento informado donde se le hacía de su conocimiento el procedimiento a realizar en la investigación, los objetivos del estudio, así como la declaración de que la participación era voluntaria, sin obligarlos o condicionarlos a participar.

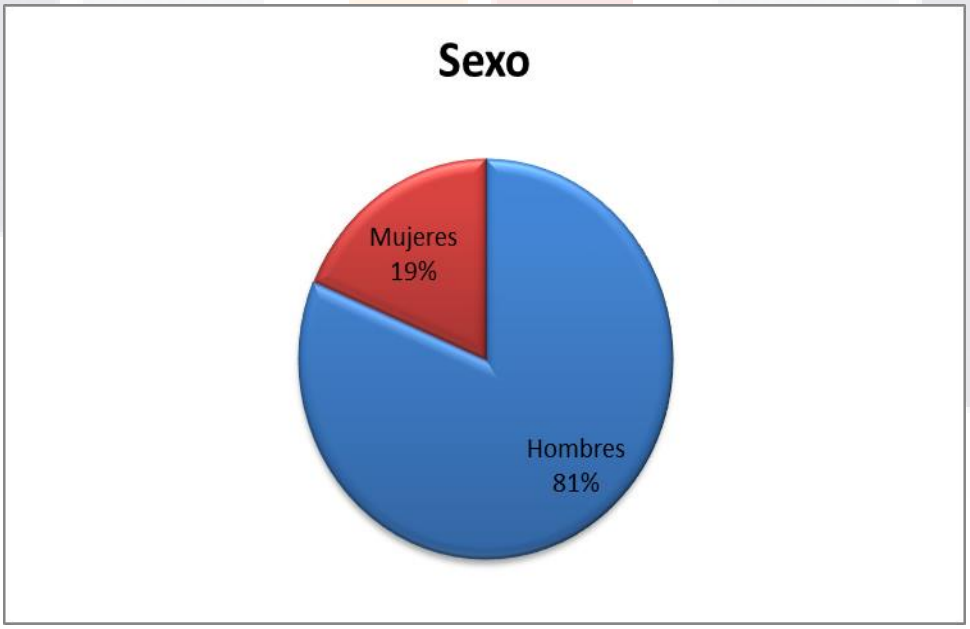
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

XI.- RESULTADOS

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

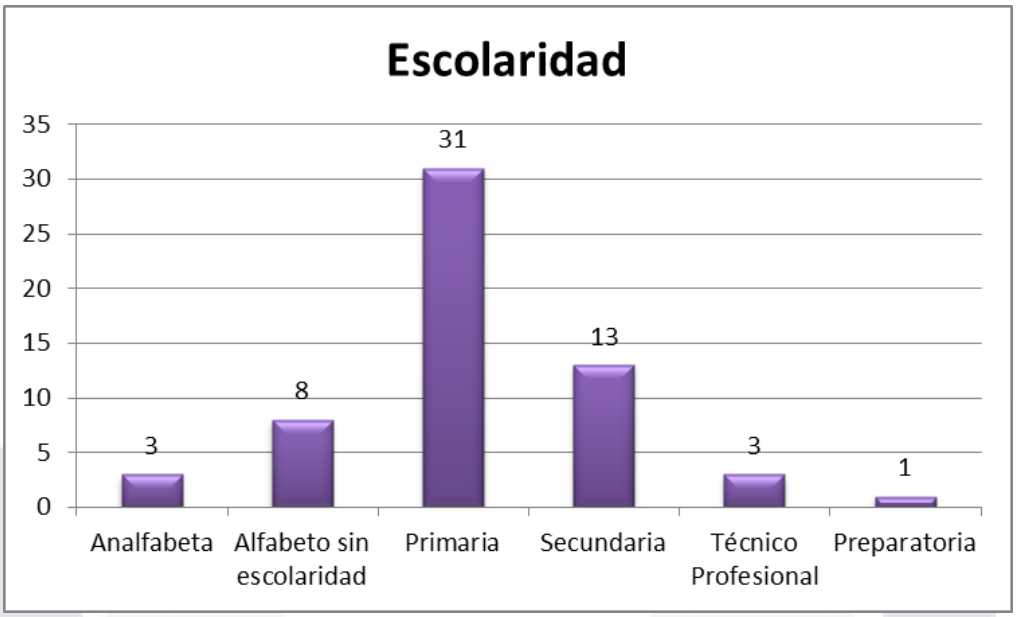
La población de estudio fue 73 pacientes, 4 quedaron fuera de la investigación por no cumplir con los criterios de inclusión. Estos pacientes están adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Del total de los casos estudiados el 81% (48 varones) fue para el sexo masculino y el 19% (11 mujeres) fue para el sexo femenino. La escolaridad promedio fue de 6 años, completando la educación básica el 31% de ellos. En relación con el estado civil los resultados fueron casado (46%), divorciado (1%), unión libre (7%) y soltero (46%). La principal ocupación fue: empleado en el 48% (28 pacientes).



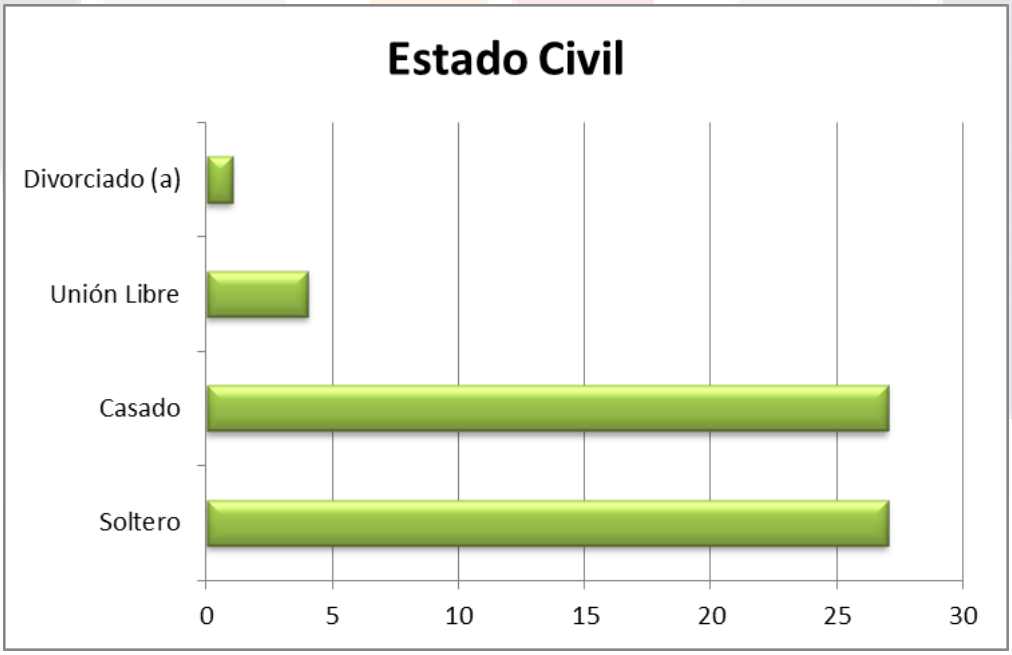
GRÁFICA 1: SEXO (HOMBRES vs MUJERES)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



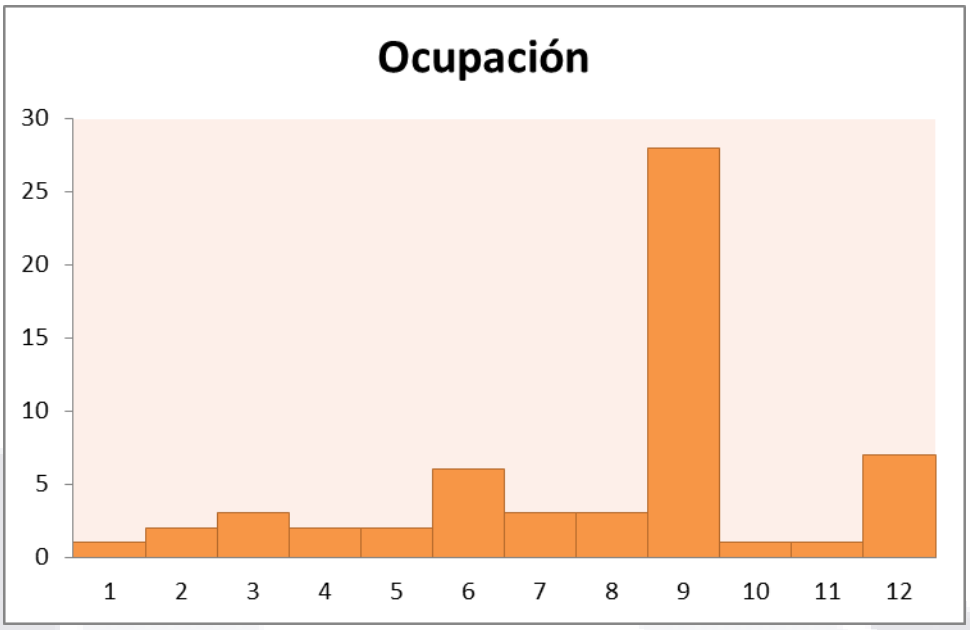
GRÁFICA 2: ESCOLARIDAD (ANALFABETA, ALFABETO SIN ESCOLARIDAD, PRIMARIA, SECUNDARIA, PREPARATORIA Y TÉCNICO PROFESIONAL)



GRÁFICA 3: ESTADO CIVIL (SOLTERO, CASADO, UNION LIBRE Y DIVORCIADO)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



GRÁFICA 4: OCUPACIÓNES

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	48	81%
MUJER	11	19%
TOTAL	59	100%

TABLA 1: SEXO (HOMBRES vs MUJERES)

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALFABETO	3	5%
ALFABETO SIN ESCOLARIDAD	8	14%
PRIMARIA	31	52%
SECUNDARIA	13	22%
TECNICO – PROFESIONAL	3	5%
PREPARATORIA	1	2%
TOTAL	59	100%

TABLA 2: ESCOLARIDAD (ANALFABETA, ALFABETO SIN ESCOLARIDAD, PRIMARIA, SECUNDARIA, PREPARATORIA Y TÉCNICO PROFESIONAL)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO (A)	27	46%
CASADO (A)	27	46%
UNION LIBRE	4	7%
DIVORCIADO (A)	1	1%
TOTAL	59	100%

TABLA 3: ESTADO CIVIL (SOLTERO, CASADO, UNION LIBRE Y DIVORCIADO)

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROFESIONALES	1	2%
INSPECTORES, CAPATACES	2	3%
OPERADORES DE MÁQUINAS	3	5%
SUPERVISORES, PERSONAL DE CONTROL	2	3%
TRABAJADOR PRODUCCIÓN INDUSTRIAL	2	3%
AYUDANTES, AUXILIARES	6	11%
OPERADOR DE TRASPORTE	3	5%
TRABAJADOR DE SERV. DE PROTECCIÓN	3	5%
EMPLEADOS	28	47%
HOGAR	1	2%
JUBILADO / PENSIONADO	1	2%
NO REALIZA ACTIVIDAD LABORAL	7	12%
TOTAL	59	100%

TABLA 4: OCUPACIÓNES

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

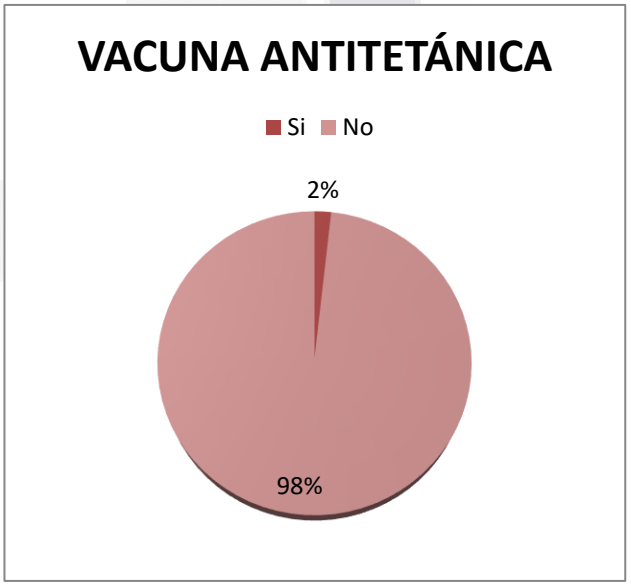
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Fueron incluidos en el estudio un total de 40 médicos familiares adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, los cuáles realizaron el diagnóstico de lesiones traumáticas de la mano en el periodo de Julio a Diciembre del 2010, la evaluación se realizó a través de revisión de expedientes electrónicos a fin de determinar la proporción de médicos familiares que aplican la guía de práctica clínica para la atención de lesiones traumáticas de mano, así como el grado de adherencia a la misma obteniendo lo siguiente:

Se revisaron 59 expedientes, evaluando mediante una lista de cotejo los 41 tópicos que forman las recomendaciones en el primer nivel de atención de la guía de práctica clínica para el diagnóstico de las lesiones traumáticas de la mano.

En el 83% de los casos no se fomentó entre los trabajadores con riesgo de lesiones traumáticas de mano el uso de equipo de protección; así como en el 98% no se recomienda la aplicación del esquema completo de protección antitetánica.

GRÁFICA 5: EQUIPO DE PROTECCIÓN



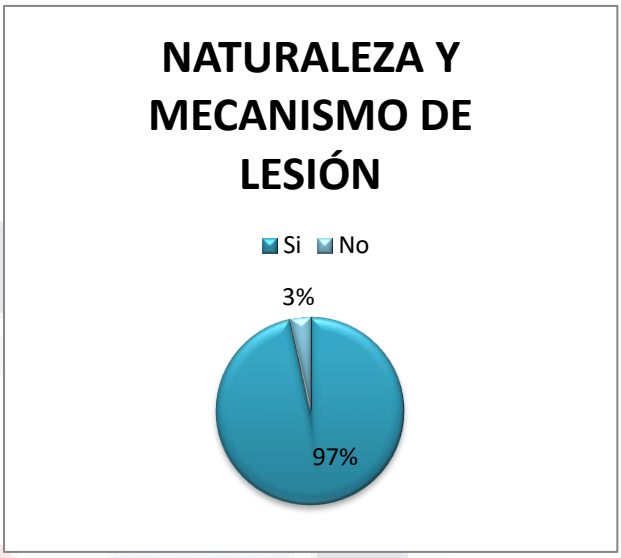
GRÁFICA 6: VACUNA ANTITETÁNICA

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

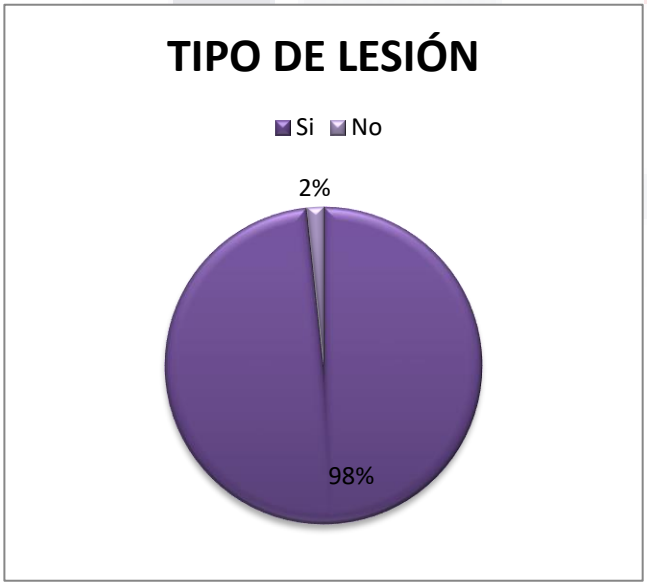
En el 92% de los casos se investigó los antecedentes ocupacionales del paciente; así como en el 97% se identificó la naturaleza y el mecanismo de la lesión traumática de mano.

GRÁFICA 7: ANTECEDENTES OCUPACIONALES



GRÁFICA 8: MECANISMO DE LESIÓN

En el 98% de los casos se clasificó el tipo de lesión traumática de mano y en el 100% se definió la modalidad del tratamiento así como el nivel de atención médica al que correspondía el paciente.



GRÁFICA 9: TIPO DE LESIÓN

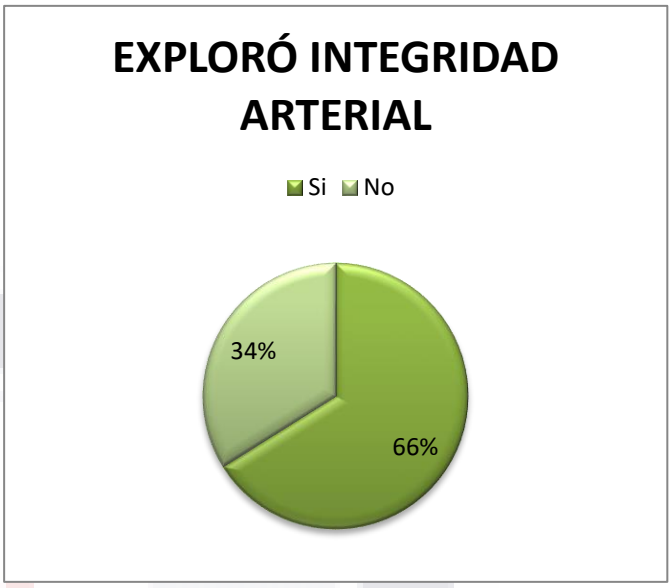
GRÁFICA 10: MODALIDAD Y NIVEL DE ATENCIÓN

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

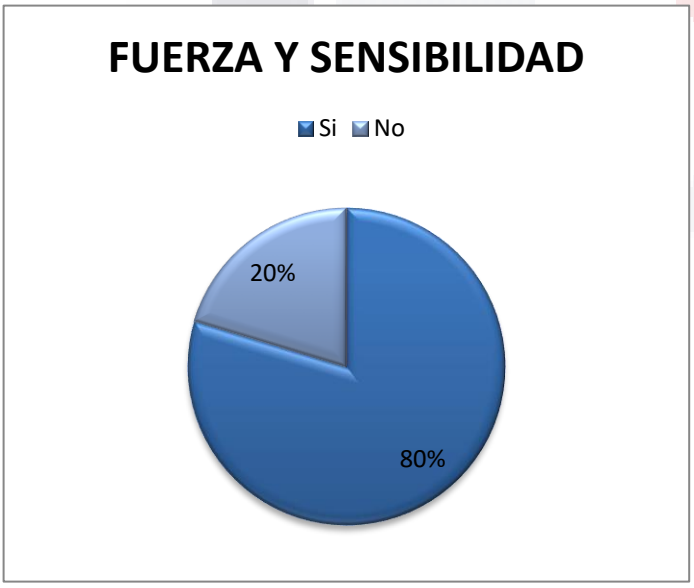
En el 96% de los casos se realizó una exploración de la extremidad afectada y en el 66% se exploró la integridad arterial mediante la prueba de Allen.

GRÁFICA 11: EXPLORÓ EXTREMIDAD

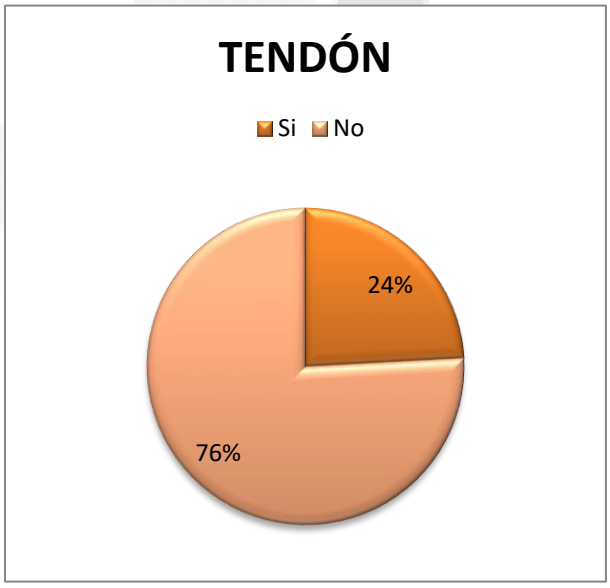


GRÁFICA 12: EXPLORÓ INTEGRIDAD ARTERIAL

En el 80% de los casos se realizó una exploración intencionada de la fuerza y sensibilidad de la mano y en el 76% se examino el tendón mediante los rangos de movimiento en flexión y extensión.



GRÁFICA 13: FUERZA Y SENSIBILIDAD



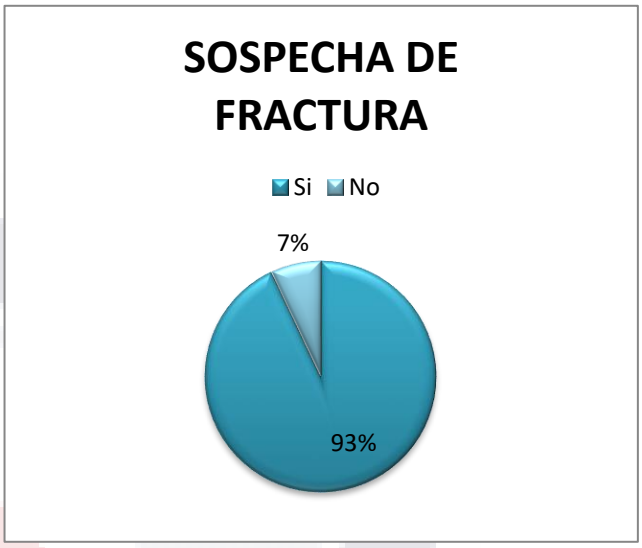
GRÁFICA 14: TENDÓN

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

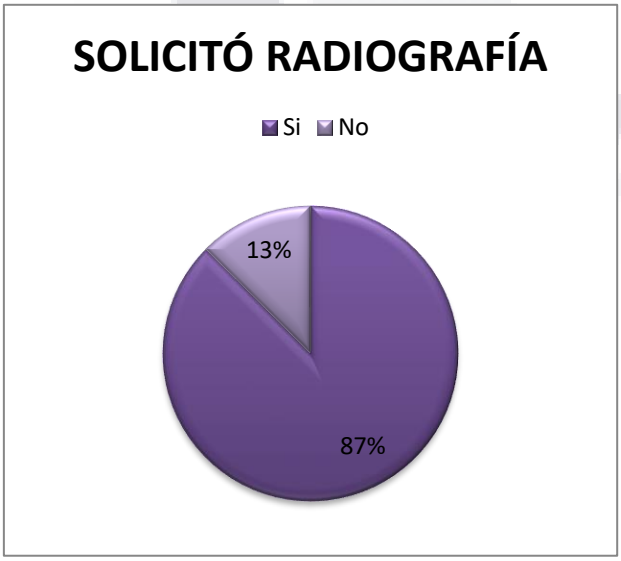
En el 57% de los casos se sospechó de luxación a nivel de articulaciones interfalángicas y en el 93% de las lesiones cerradas de mano se sospechó clínicamente de fractura.

GRÁFICA 15: LUXACIÓN ARTICULACIÓN

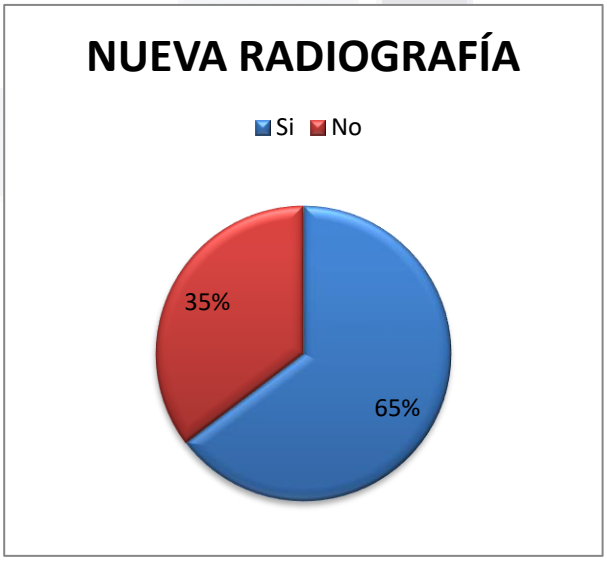


GRÁFICA 16: SOSPECHA DE FRACTURA

En el 87% de los casos se sospechó de fractura solicitando estudios radiográficos y en el 65% de las lesiones de mano con fractura se recomendó tomar una nueva radiografía.



GRÁFICA 17: SOLICITÓ RADIOGRAFÍA

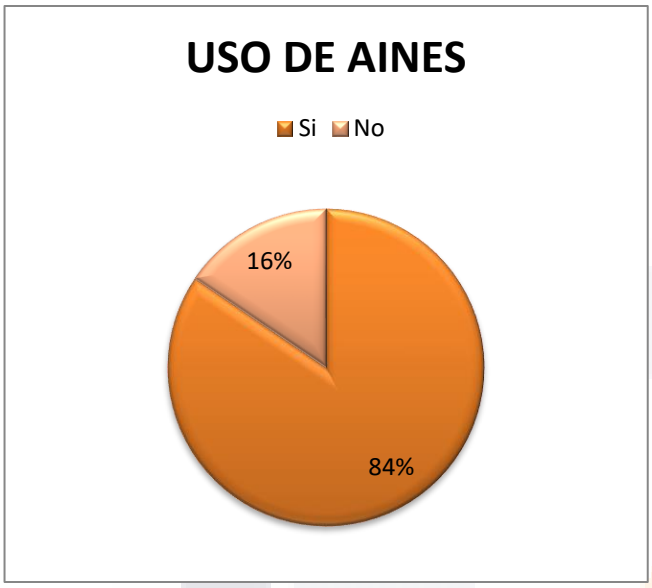


GRÁFICA 18: NUEVA RADIOGRAFÍA

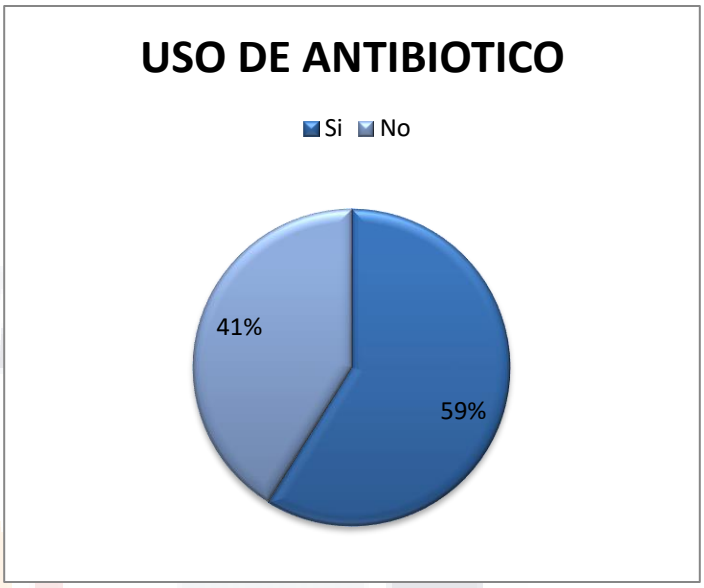
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En el 84% de los casos se manejo de primera elección con anti-inflamatorios no esteroideos y en el 59% de las lesiones penetrantes de mano se recomendó el uso de antibióticos.



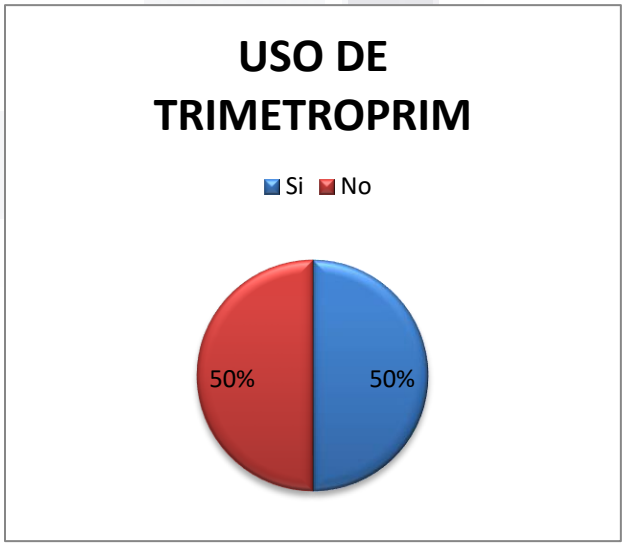
GRÁFICA 19: USO DE AINES



GRÁFICA 20: USO DE ANTIBIOTICOS

En el 50% de los casos se recomendó la prescripción de dicloxacilina como medicamento de primera elección y en el 50% de los casos se recomendó el uso de trimetroprim como medicamento de elección en pacientes alérgicos a la penicilina.

GRÁFICA 21: USO DE DICLOXACILINA

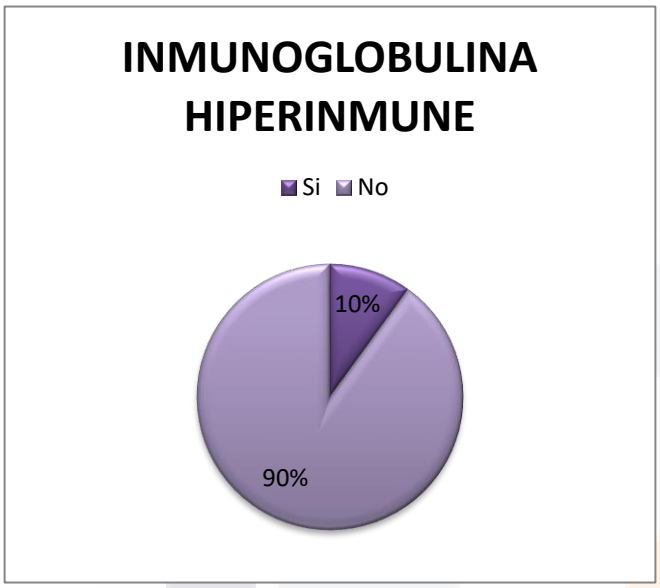


GRÁFICA 22: USO DE TRIMETROPRIM

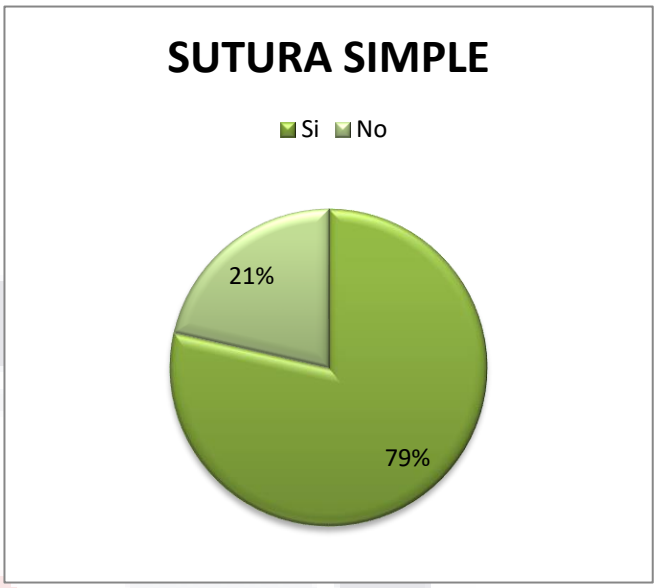
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En el 90% de los casos no se recomendó la aplicación de inmunoglobulina humana hiperinmune antitetánica y en el 79% de los pacientes con lesiones simples abiertas se realizó una sutura simple.



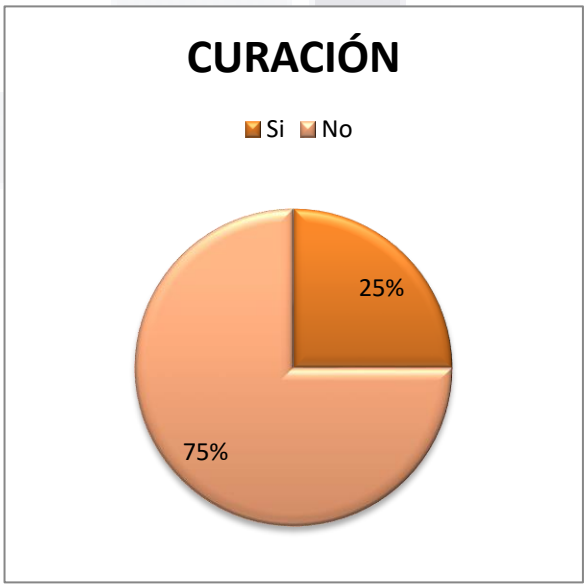
GRÁFICA 23: USO DE INMUNOGLOBULINA



GRÁFICA 24: SUTURA SIMPLE

En el 56% de los casos de lesiones de la punta de los dedos no se resecó la uña y en el 75% de los pacientes con pérdida total de uña no se realizó curaciones cada tercer día.

GRAFICA 25: RESECCIÓN DE UÑA

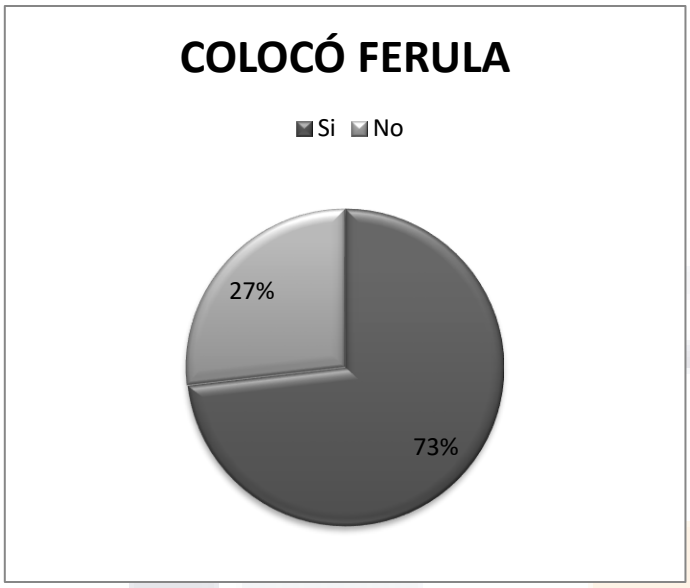


GRAFICA 26: REALIZÓ CURACIÓN

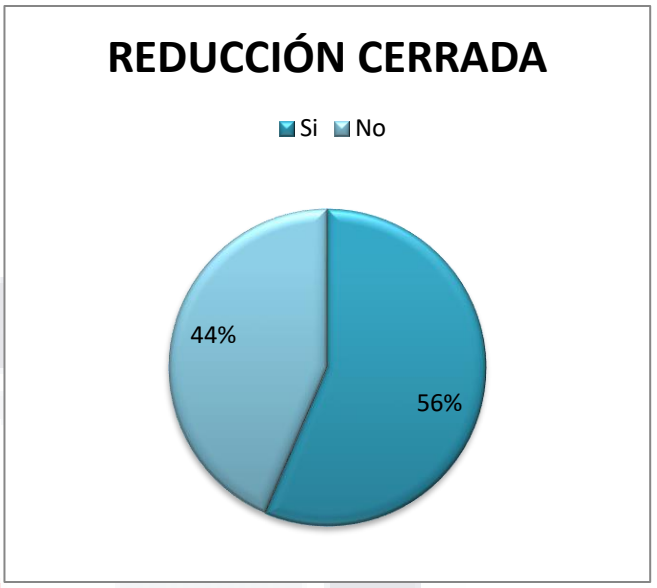
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En el 73% de los pacientes con fractura simple cerrada se recomendó inmovilización de las articulaciones involucradas y en el 56% de los casos se intentó reducción cerrada mediante tracción suave.

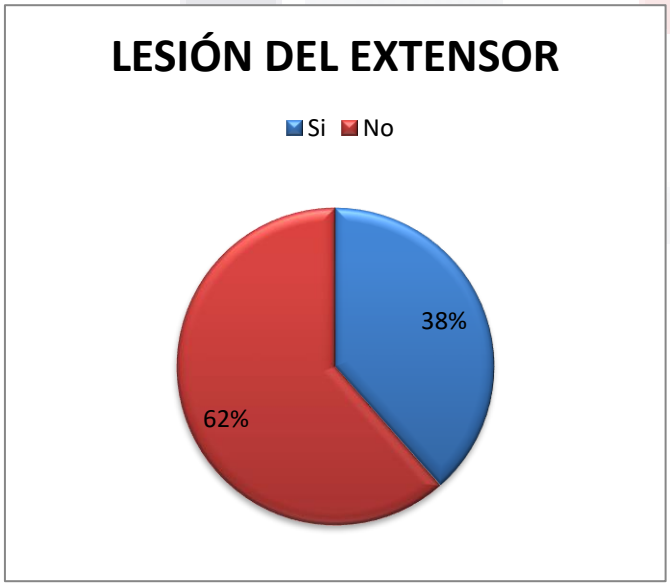


GRAFICA 27: COLOCACIÓN DE FERULA

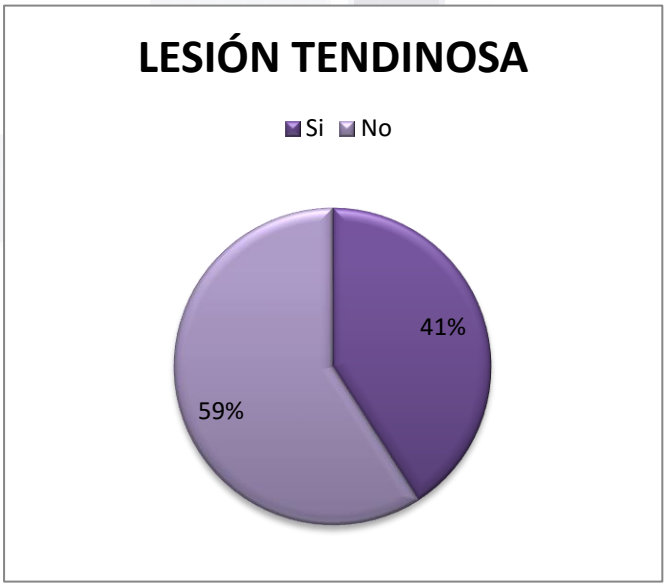


GRAFICA 28: REDUCCIÓN CERRADA

En el 62% de los pacientes con lesión del extensor largo del dedo afectado no se colocó férula y en el 59% de los pacientes con lesión tendinosa previa aplicación de frío local no se realizó movilización pasiva con lo que se evitaría el incremento de dolor en la extremidad afectada.



GRAFICA 29: LESIÓN DEL EXTENSOR

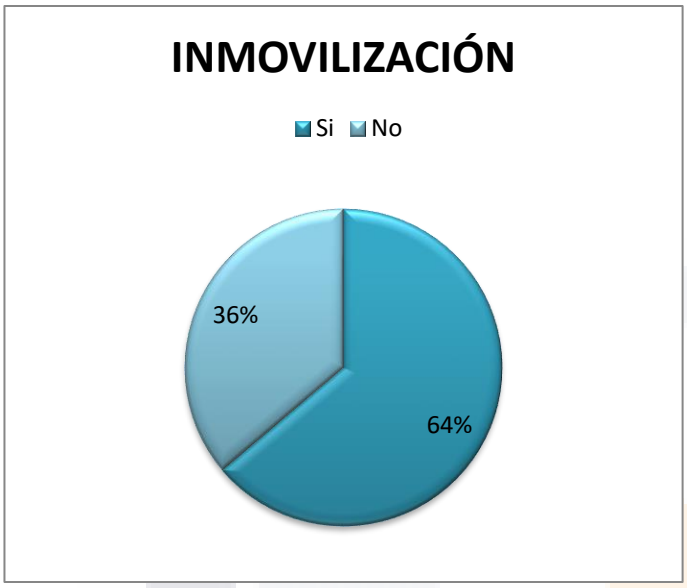


GRAFICA 30: LESIÓN TENDINOSA

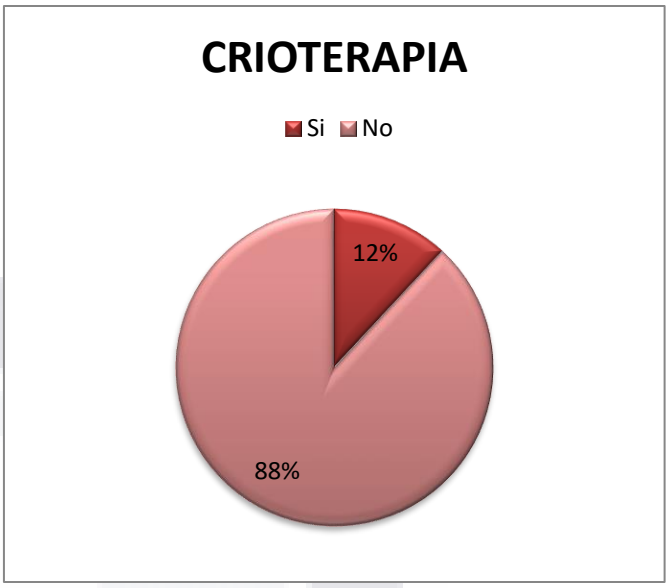
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Ante la evidencia de luxaciones y fracturas simples cerradas en el 64% de los pacientes se inmovilizó las estructuras afectadas y en el 88% de los pacientes con lesión no se aplicó crioterapia.

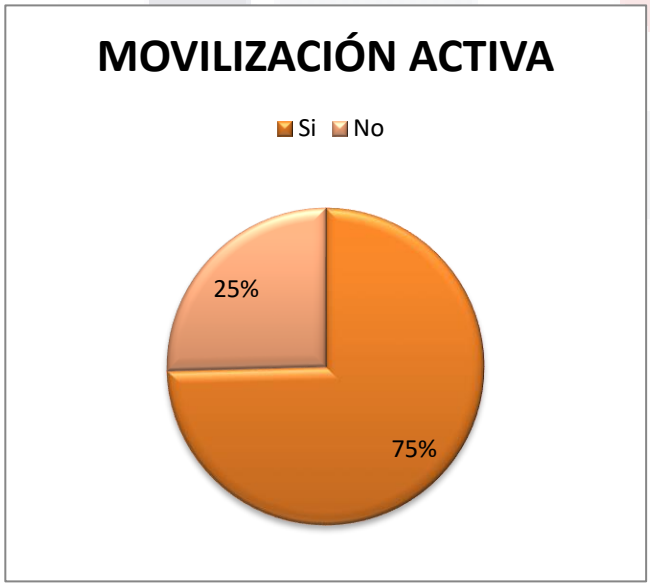


GRAFICA 31: INMOVILIZACIÓN



GRAFICA 32: APLICO CRIOTERAPIA

En el 75% de los pacientes se vigiló que de los 7 a los 10 días se realizara movilización activa y en el 88% de los pacientes se verificó la sensibilidad de acuerdo a la inervación de la mano.



GRAFICA 33: MOVILIZACIÓN ACTIVA

GRAFICA 34: SENSIBILIDAD DE LA MANO

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

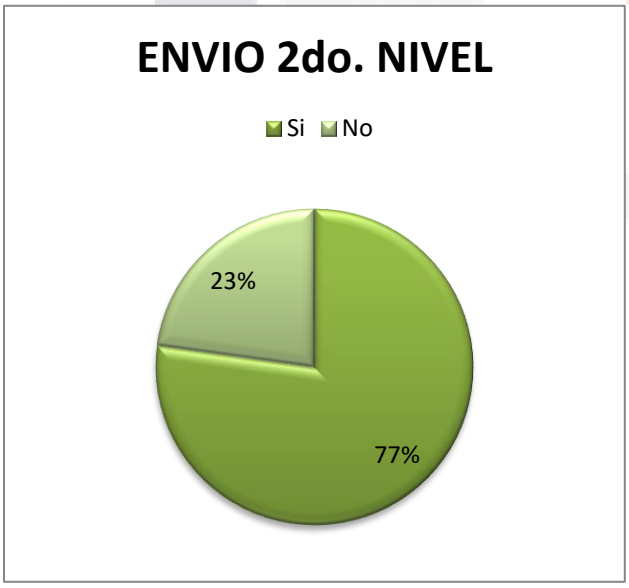
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

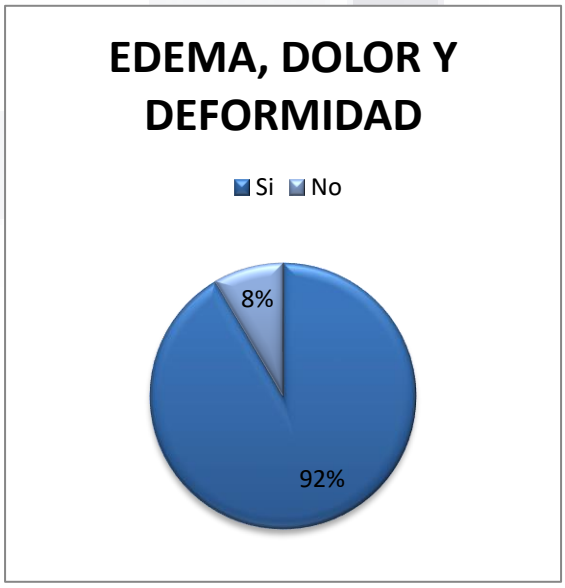
El 98% de los médicos familiares valoró las funciones básicas de la mano y en el 76% de los pacientes se valoró a los 21 días el retiro de la inmovilización.

GRAFICA 35: FUNCIONES BÁSICAS DE MANO

GRAFICA 36: RETIRO DE INMOVILIZACIÓN

En el 77% de los pacientes con lesión compleja se valoró él envió a segundo nivel y en el 92% de los pacientes se valoró la presencia de edema, dolor y deformidad.





GRAFICA 37: ENVIO A 2do. NIVEL

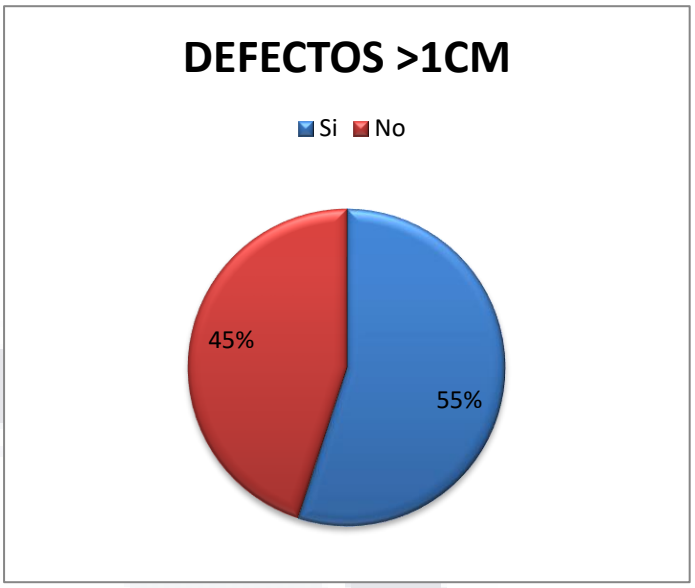
GRAFICA 38: EDEMA, DOLOR Y DEFORMIDAD

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En el 92% de los pacientes se evaluó él envió a segundo nivel después de haber realizado cuidados inmediatos y en el 55% se evaluó defectos mayores de 1 cm.

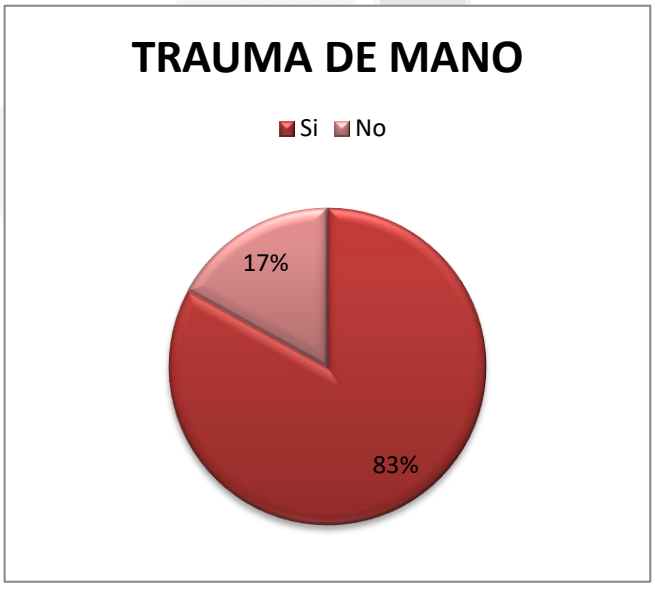
GRAFICA 39: ENVIO DE LESIONES



GRAFICA 40: DEFECTOS >1CM

En el 63% de los pacientes con luxación simple tras su control radiográfico se envió a segundo nivel de atención y en el 87% de los pacientes con lesión traumática de mano se valoró su envió a traumatología y ortopedia.

GRAFICA 41: LUXACIONES SIMPLES

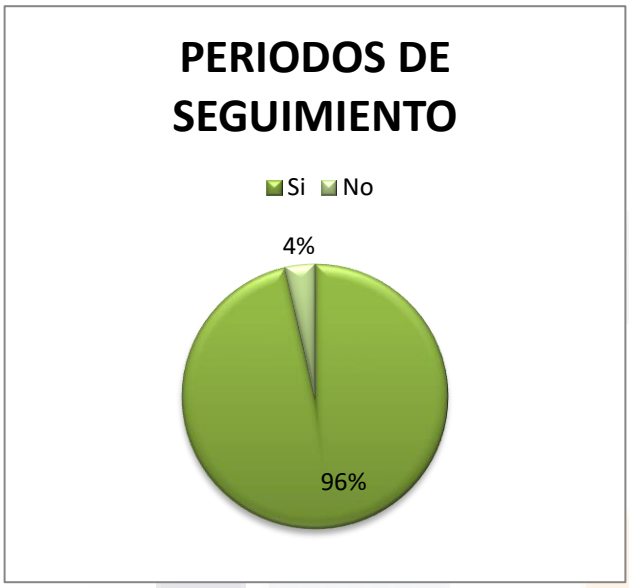


GRAFICA 42: TRAUMA DE MANO

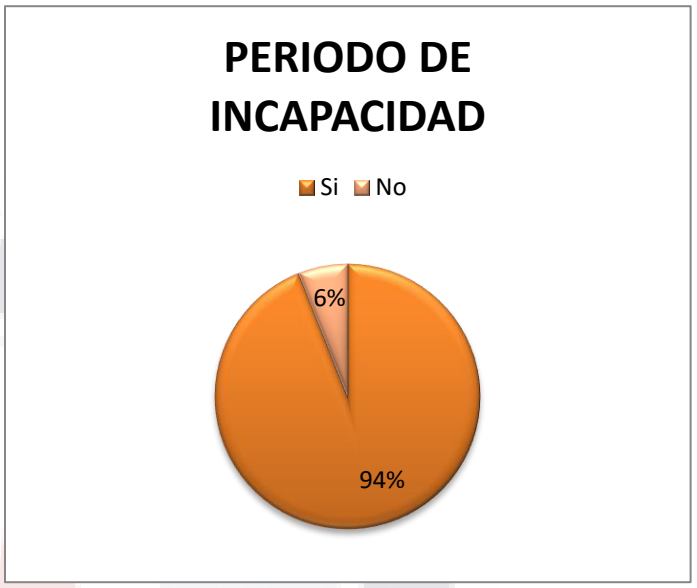
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En el 96% de los pacientes se consideró el grado de lesión para determinar los periodos de seguimiento y en el 94% se valoró el periodo de incapacidad en base a las condiciones clínicas.



GRAFICA 43: PERIODO DE SEGUIMIENTO



GRAFICA 44: PERIODO DE INCAPACIDAD

En el 94% de los pacientes se le asignó los días de incapacidad de acuerdo al grado de lesión y lo establecido por la norma.

GRAFICA 45: DÍAS DE INCAPACIDAD

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En base a las medidas preventivas el medico familiar tiene una buena adherencia al identificar los factores ocupacionales de los pacientes, con una chi cuadrada de .007.

Tabla de contingencia ANTECEDENTES_OCUPACIONALES * SEXO

Recuento

		SEXO		
		MASCULINO	FEMENINO	Total
ANTECEDENTES_OCUPACIONALES	SI	44	10	54
	NO	4	1	5
Total		48	11	59

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.007[a]	1	.935		
Corrección por continuidad	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitudes	.007	1	.936		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.658
N de casos válidos	59				

a. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .93.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

TABLA 5: ANTECEDENTES OCUPACIONALES

En base al diagnostico de trauma de mano el medico familiar tiene una buena adherencia al identificar el tipo de lesión del paciente, con una chi cuadrada de .233; así como al valorar la integridad arterial (radial y cubital) junto con la circulación colateral, con una chi cuadrada de .037; también exploró intencionadamente la fuerza y sensibilidad, con una chi cuadrada de .039; sospecho luxación a nivel de articulaciones interfalangicas ante la presencia de edema, dolor y deformidad, con una chi cuadrada de .376.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Tabla de contingencia TIPO_DE_LESIÓN * SEXO

		SEXO		
		MASCULINO	FEMENINO	Total
TIPO_DE_LESIÓN	SI	47	11	58
	NO	1	0	1
Total		48	11	59

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.233[a]	1	.629		
Corrección por continuidad	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitudes	.417	1	.519		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.814
N de casos válidos	59				

a. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .19.

TABLA 6: TIPO DE LESIÓN

Tabla de contingencia INTEGRIDAD_ARTERIAL * SEXO

		SEXO		
		MASCULINO	FEMENINO	Total
INTEGRIDAD_ARTERIAL	SI	32	7	39
	NO	16	4	20
Total		48	11	59

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.037[a]	1	.848		
Corrección por continuidad	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitudes	.036	1	.849		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.554
N de casos válidos	59				

a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.73.

TABLA 7: INTEGRIDAD ARTERIAL

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Tabla de contingencia FUERZA_Y_SENSIBILIDAD * SEXO

		SEXO		
		MASCULINO	FEMENINO	Total
FUERZA_Y_SENSIBILIDAD	SI	38	9	47
	NO	10	2	12
Total		48	11	59

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.039[a]	1	.844		
Corrección por continuidad	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitudes	.040	1	.842		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.606
N de casos válidos	59				

a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.24.

TABLA 8: FUERZA Y SENSIBILIDAD

Tabla de contingencia LUXACIÓN_ARTICULACIÓN * SEXO

		SEXO		
		MASCULINO	FEMENINO	Total
LUXACIÓN_ARTICULACIÓN	SI	27	7	34
	NO	20	4	24
	NO APLICA	1	0	1
Total		48	11	59

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.376[a]	2	.829
Razón de verosimilitudes	.559	2	.756
N de casos válidos	59		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .19.

TABLA 9: LUXACIÓN DE ARTICULACIÓN

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En base al seguimiento del trauma de mano el medico familiar tiene una buena adherencia al realizar movilización activa de las articulaciones afectadas del paciente, con una chi cuadrada de .024; también verifico la alteración de la sensibilidad de la mano, con una chi cuadrada de .099.

Tabla de contingencia MOVILIZACIÓN_ACTIVA * SEXO

		SEXO		
		MASCULINO	FEMENINO	Total
MOVILIZACIÓN_ACTIVA	si	36	8	44
	no	12	3	15
Total		48	11	59

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.024[a]	1	.876		
Corrección por continuidad	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitudes	.024	1	.877		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.574
N de casos válidos	59				

a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.80.

TABLA 10: MOVILIZACIÓN ACTIVA

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Tabla de contingencia SENSIBILIDAD_DE_MANO * SEXO

		SEXO		
		MASCULINO	FEMENINO	Total
SENSIBILIDAD_DE_MANO	si	42	10	52
	no	6	1	7
Total		48	11	59

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.099[a]	1	.752		
Corrección por continuidad	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitudes	.105	1	.745		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.612
N de casos válidos	59				

a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.31.

TABLA 11: SENSIBILIDAD DE LA MANO

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

XII.- DISCUSIÓN

La medicina basada en evidencias es el principal sustento de las guías de práctica clínicas, las cuáles han tenido una rápida evolución y expansión, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha recopilado y creado de acuerdo a sus necesidades y recursos guías de práctica clínica para ser utilizadas por el personal de salud como una herramienta en la toma de decisiones clínicas; como un instrumento importante para las actividades de educación continua y para la organización de los servicios de salud. La selección de estas guías de práctica clínica son producto de las principales prioridades en las que se consideró su frecuencia, magnitud, trascendencia y vulnerabilidad; por lo que tienen el propósito de disminuir la heterogeneidad de las decisiones por lo que es necesario que se acompañe de criterios de evaluación para así poder disminuir lo inapropiado de los diagnósticos y tratamientos, mediante la medición de pacientes que alcanzan los resultados en salud esperados después de ser atendidos bajo los criterios propuestos.

XIII.- CONCLUSIÓN

El grado de adherencia a la guía de práctica clínica para la atención de lesiones traumáticas de manos en los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes, de Julio a Diciembre del 2010 fue del 56% por lo que existe una adherencia regular y tan solo el 44% de los médicos familiares no se adhieren a dicha guía.

Dentro de los factores sociodemográficos encontramos que el 81% de los pacientes con trauma de mano corresponden a hombres. La escolaridad promedio corresponde a la educación básica (primaria en el 31%). En relación con el estado civil los casados y solteros ocupan los primeros lugares (46%). La principal ocupación fue: empleado en el 48%.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

XIV.- GLOSARIO

- **Lesión traumática de mano:** Son aquellas lesiones que afecta a la extremidad torácica en su porción distal a la articulación de la muñeca y que involucra la cubierta cutánea y/o los elementos subyacentes a ésta: tejido celular subcutáneo, tendones, elementos vasculares, nervios, huesos y articulaciones.

- **Adherencia:** denota el grado en que una conducta (en términos de seguimiento de una guía clínica) coincide con la normativa médico-administrativa que implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de seguimiento a esta, incorporando las actitudes (conocimiento, conducta y afecto) del médico.

- **Guía de Práctica Clínica:** propuestas de los sistemas de salud para mejorar la calidad, disminuir la heterogeneidad de la atención médica y hacer más organizado y eficiente el manejo de los recursos. Disminuyendo el rezago de la información y tecnología, apoyando las decisiones de los médicos a través de recomendaciones basadas en evidencia científica disponible; ya que busca incluir los últimos avances que cumplan criterios de costo y efectividad. (23)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

XVI. - BIBLIOGRAFÍA

1. **Kirkman M, Williams S, Caffrey H, Marrero D**. Impact of a program to improve Adherence to Diabetes Guidelines by Primary Care Physicians, Diabetes Care 2002; 25:1946-195.
2. **Wolfe R, Sharp, Wang R**. Opinions and Attitudes to Three Clinical Practice Guidelines, Family Physicians 2004; 17:150-157.
3. **Pérez R, Reyes H, Flores S, Wacher N.** Efecto de una guía de práctica clínica para el manejo de la diabetes tipo 2. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2007; 45(4):353-360.
4. **López V, Arenas M, Álvarez R, Barrios M, González R, Fernández A.** Guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano. Revista Médica IMSS 2003; 41:109-122.
5. **Augusto G, León J, Lopera J, Castrillón D, Molina L.** Guía de práctica clínica basadas en la evidencia. Lesiones Traumáticas de la Mano. Revista Franja morada: 11-63.
6. **López L, Estrada R.** Impact Occupational lo Traumatic Amputation in Fingers of the Hand by Work Accident. Archivos de Medicina y Seguridad del Trabajo, 2008: 41-48.
7. **Karam D, Echeverria S, Méndez F, Cerón A, Aguilar L, Morales S, Dávila J.** Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Manejo Integral de las Lesiones Traumáticas de Mano en el Adulto 2009: 2-54.
8. **Sherson D, Olsen J, Lysbeck C, Lund T, Kilsgaard J.** Coordinated and Tailored Work Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial with Economic Evaluation Undertaken with Workers on Sick Leave Due to Musculoskeletal Disorders. Springer. J Occup Rehabil 2009; 19: 81-93.
9. **Cabral L, Sampaio R, Figuereido I, Mancini M.** Factors associated with return to work following a hand injury: a qualitative/ quantitative approch. Revisit Bras Fisioter. 2010; 14(2): 149-157.
10. **Ortiz M, Ortiz E.** Hesalth Psychology: A key to understand therapeutic adherence. Rev. Med Chile 2007; 135: 647-652.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

11. **Libertad A, Grau J.** The study of therapeutic adherence as a problem of Health Psychology. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev. Cubana Salud Publica 2004; (30)
12. **Conteo de población y vivienda 2009.** INEGI. Perfil sociodemográfico de Aguascalientes.
13. **www.imss.gob.mx** Delegación Aguascalientes.
14. **Adherencia al tratamiento de largo plazo.** Pruebas de acción. Organización Mundial de la Salud. 2004. www.paho.org/spanish
15. **Puente F**. Adherencia terapéutica. Implicaciones para México. Consejo Regional latinoamericano y del Caribe de Salud Mental. XXIII Congreso Internacional de Psicología 1984: 15-19.
16. **Múnera H, Piedrahita M**. Evaluación de la baja adherencia a guías médicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caídas Antioquia 2008: 4-49.
17. **Skov O, Jeune B, Lauritsen J, Barfred T.** Time off work after occupational and injuries. Journal of Hand Surgery 2010:187-189.
18. **Jiménez N, Alvear M**. Accidentes de trabajo: un perfil general. Rev. Fac Med UNAM 2005 (48): 139-144.
19. **Salinas S, Hernández B, Marín I, Santos R, Luna D, López P.** Workplace Accident –Related Finger-Fracture at the Mexican Institute of Social Security. Resolution Time, Economic Impact and Sequelae. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (6): 557-564.
20. **Constantino P, Torres L, Posadas J, Nevárez A, García**. Prescripción de certificados de incapacidad temporal en el IMSS. Perspectiva desde la economía de la salud. Rev. Med. Inst Mex. Seguro Soc. 2007; 45 (1): 89- 96.
21. **Sastre R, Beltrán A.** Heridas de la mano. Guía para manejo de urgencia: 149- 167.
22. www.imss.gob.mx/profesionales/guíasclínicas/index.htm
23. **Demarbre V.** Adherencia terapéutica. Anuario de Psicología, Facultad de Psicología Universidad de Barcelona: 71-77.
24. http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?ent=01

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

25. **Triana R, López A, Pérez Y.** Factores vinculados al tratamiento y la adherencia terapéutica de la Insuficiencia Cardiaca en el área de Salud Urbana. Policlínico Universitario “Santa Clara”. Santa Clara Villa Clara Cuba, 2009; 1(4): 1- 15.
26. Ley del Seguro Social, DOF 09-07-2009: 1-123.
27. Ley Federal del trabajo 1998: 1-215.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

SECCION DE ANEXOS

a) CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	MAR. / ABRIL 2010	MAYO / JUNIO 2010	JUL. / AGOS. 2010	SEPT. /OCT 2010	NOV. / DIC. 2010	ENERO /FEB. 2011	MAR. / ABRIL 2011	MAYO / JUNIO 2011	JUL. / AGOS. 2011	SEPT. /OCT 2011	OCT. / NOV. 2011	DICIE. / ENERO 2012
Elección del Tema	x											
Búsqueda de Información		x	x	x	X	x	x	x	x			
Elaboración de Protocolo						x	x	x	x			
Prueba piloto										x	x	
Recolección de datos											x	
Captura y Proceso												x
Análisis de Datos												x
Reporte Final												x
Examen de Grado												x

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

b) PRESUPUESTO

En el plan de trabajo de este estudio, participará un médico residente de medicina familiar quien se encargara de revisar expedientes electrónicos, así como la captura de los datos obtenidos y su procesamiento. Se realizara con las visitas seriadas programas a la unidad donde se realizará la investigación.

Material	Costo unitario	Factor multiplicador	Costo total
Lápices	$2.00	30	$60.00
Fotocopias de carta de consentimiento	$1.00	401	$401.00
Fotocopias de entrevista	$5.00	401	$2,005.00
CD-ROM	$15.00	2	$30.00
Engrapadora-grapas	$50.00	1	$50.00
Impresiones	$100.00	5	$500.00
Encuadernado	$200.00	5	$1,000.00
		Subtotal	$4,046.00
		5% contingencia	$202.00
		Total	$4,248.00

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

c) INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS Y ECONOMICAS DEL PACIENTE

1) Facha de nacimiento: DIA ☐☐ MES ☐☐ AÑO ☐☐

2) Sexo: ☐
   1. Masculino
   2. Femenino

3) Escolaridad ☐
   1. Analfabeta
   2. Alfabeto sin escolaridad
   3. Primaria
   4. Secundaria
   5. Técnico profesional
   6. Preparatoria

4) Estado civil ☐
   1. Soltero (a)
   2. Casado (a)
   3. Viudo (a)
   4. Unión libre
   5. Divorciado (a)

5) ¿A qué se dedica actualmente el paciente? ☐

LISTADO DE OCUPACIÓN:

1. Profesionales (médico, licenciado)
2. Técnico y personal especializado
3. Trabajadores de la enseñanza
4. Trabajadores del arte, deportes y espectáculo
5. Funcionarios y supervisores de categoría directiva en la administración pública
6. Funcionarios superiores, administradores y propietarios del sector privado
7. Administradores, gerentes y propietarios del sector agropecuario
8. Inspectores, capataces, mayorales en el proceso de producción agropecuaria
9. Trabajadores directos en la producción agropecuaria
10. Operadores de máquina y personal de apoyo en proceso de producción industrial
11. Supervisores, capataces, y personal de control en el proceso de producción industrial
12. Trabajadores directos en la producción industrial
13. Ayudantes, auxiliares y peones
14. Jefe de departamento, oficinista
15. Comerciante, agente de ventas
16. Vendedor sin establecimiento fijo (todos los ambulantes)
17. Trabajadores en servicios públicos y personales (intendentes)
18. Trabajador en servicios domésticos
19. Operador y conductor de equipo de trasporte, choferes particulares
20. Trabajador de las fuerzas armadas y de servicios de protección y vigilancia
21. Trabajadores artesanales
22. Empleados
23. Hogar
24. Jubilado / pensionado
25. No realiza actividad laboral

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

"Adherencia del médico familiar a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano en la Unidad de Medicina Familiar No.1 IMSS Aguascalientes"

1.-	¿Fomentó entre los trabajadores con riesgo de lesiones traumáticas de mano el uso de equipo de protección, así como el empleo adecuado de las herramientas laborales?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
2.-	¿Recomendó la aplicación del esquema completo de protección anti-tetánica?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
3.-	¿Investigó los antecedentes ocupacionales del paciente para identificar el riesgo de lesión traumática?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
4.-	¿Identificó la naturaleza y el mecanismo de lesión para la toma de decisiones?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
5.-	¿Clasificó el tipo de las lesiones traumáticas de mano como abiertas y cerradas, así como simples y complejas?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
6.-	¿Definió la modalidad del tratamiento y el nivel de atención medica que le corresponde al paciente según la gravedad de sus lesiones?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
7.-	¿Ante la ausencia de herida deberá realizar la exploración de la extremidad afectada en el siguiente orden: valorar daño vascular, nervioso, tendinoso, articular y óseo?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
8.-	¿Exploró la integridad arterial (radial y cubital) junto con su circulación colateral por medio de los arcos palmar superficial y profundo; utilizando la prueba de Allen?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
9.-	¿Exploró intencionadamente la fuerza y sensibilidad, considerando los territorios de innervación específicos de la mano?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

10.-	¿Realizó un examen cuidadoso del tendón mediante la determinación del rango de movimiento en flexión y extensión a nivel de las interfalangicas: proximal y distal?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
11.-	¿Sospechó luxación a nivel de articulaciones interfalangicas ante la presencia de edema, dolor y deformidad de las mismas?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
12.-	¿En caso de lesiones cerradas con sospecha clínica de fracturas en alguna de las falanges; investigó la intensidad del dolor, la presencia de edema, equimosis y deformidad de la articulación así como, crepitación, movilidad anormal e incapacidad funcional?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
13.-	¿En casos de sospecha de fracturas en alguna falange solicitó estudios radiográficos en proyecciones AP y lateral del dedo afectado; y en fracturas de metacarpianos, proyecciones AP y oblicua de la mano?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
14.-	¿En lesiones traumáticas de mano con fractura recomendó tomar una nueva radiografía para verificar la estabilidad y posibles desplazamientos, una vez que se inmovilizó la región de la extremidad afectada?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
15.-	¿Manejó de primera elección en las lesiones traumáticas de mano los anti-inflamatorios no esteroideos?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
16.-	¿En el trauma penetrante de mano dio manejo de acuerdo a las normas existentes de cualquier herida: con control del dolor, hemostasia por compresión, profilaxis antitetánica así como, uso de antibióticos?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
17.-	¿Recomendó la prescripción de dicloxacilina como medicamento de primera elección?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
18.-	¿Recomendó la prescripción de trimetroprim como medicamento de elección en pacientes alérgicos a la penicilina?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
19.-	¿En caso de pacientes con heridas recomendó aplicar inmunoglobulina humana hiperinmune antitetánica a razón de 500 Unidades Internacionales, además de 0.5 ml de toxoide anti-tetánico intramuscular, seguido de dos dosis de refuerzo a los 30 días y 5 años?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

20.-	¿En pacientes con lesiones simples abiertas que no comprometen el sistema capsuloligamentario, neurovascular u osteomuscular realizó una sutura simple?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
21.-	¿En pacientes con lesiones de la punta de los dedos con pérdida del pulpejo resecó la uña?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
22.-	¿En pacientes con pérdida total de la uña colocó una lámina de acetato del tamaño de la uña y realizó curaciones cada tercer día para estimular el cierre por segunda intención?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
23.-	¿En pacientes con fracturas simples cerradas no desplazadas de falanges y metacarpianos que no involucran articulaciones recomendó inmovilización a 30 y 70 grados de flexión del metacarpo falángica y 45 grados de las interfalangicas así mismo, dorsiflexión de la muñeca a 30 y 45 grados durante 21 días?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
24.-	¿En los casos de luxaciones simples intentó en una ocasión la reducción cerrada mediante tracción suave longitudinal, flexión y reducción tomando control radiográfico para confirmar la reducción e inmovilizar en posición funcional?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
25.-	¿Ante la evidencia de una lesión del extensor largo del dedo afectado, deformidad en martillo colocó una férula en extensión de la interfalangica distal cuidando de no dejarla en hiperextensión utilizando una férula o un dedal?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
26.-	¿En pacientes con lesiones tendinosas, previa aplicación de frío local realizó movilización pasiva evitando incrementar el dolor en el segmento lesionado, efectuando 10 repeticiones tres veces al día?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
27.-	¿Ante la evidencia de pacientes con luxaciones interfalangicas y metacarpo falángicas, y fracturas simples y estables, inmovilizó estructuras no afectadas para permitir la movilización de las articulaciones adyacentes al sitio lesionado, utilizando férulas pequeñas funcionales para evitar rigidez de las articulaciones que es la principal secuela?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

28.-	¿Aplicó crioterapia en forma intermitente directamente en el sitio lesionado por espacio de 10 minutos repetido tres veces al día, seguido de movilización progresiva de las articulaciones no afectadas?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
29.-	¿Vigiló que el paciente a los 7 a 10 días iniciara con baños de forma alterna con agua caliente y fría al segmento afectado, seguido de movilización activa a segmentos proximales y dístales?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
30.-	¿Verificó alteración de la sensibilidad de acuerdo a la innervación de la mano, recomendando las técnicas de desensibilización, se complementa con la inmersión del segmento sensible en un recipiente con semillas?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
31.-	¿Valoró las funciones básicas de mano: oponencia, prensión esférica, cilíndrica y de gancho, en caso de limitación o ausencia de dichas funciones iniciar reentrenamiento de funciones básicas de mano?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
32.-	¿Valoró a los 21 días el retiro de la inmovilización, e iniciar con hidroterapia con agua caliente siguiendo con ejercicios de movilidad activa a tolerancia de la mano?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
33.-	¿Envió a segundo nivel a pacientes con lesiones complejas abiertas que comprometan los sistemas capsuloligamentario, neurovascular u osteomuscular para su manejo?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
34.-	¿Evaluó la presencia de edema, dolor y deformidad resultante de una luxación generalmente a nivel de articulaciones interfalangicas, procediendo a realizar la reducción cerrada en un primer intento, si es satisfactorio lo inmovilizara, en caso contrario lo enviara a otro nivel de atención?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
35.-	¿Evaluó mediante la exploración física y radiológica a los pacientes con lesiones traumáticas de mano y si se trata de una lesión compleja lo enviara a segundo nivel, después de haber realizado los cuidados inmediatos de atención a la lesión traumática de mano dependiendo de la gravedad?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
36.-	¿Evaluó en defectos mayores a 1 centímetro los que deberá enviar a segundo nivel de atención?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

37.-	¿En pacientes con luxaciones simples posteriores de la articulación interfalangica y metacarpo falángicas intentó por una sola vez la reducción cerrada, seguidas de control radiográfico? Si se logra la reducción se inmovilizará en posición funcional. De lo contrario enviara al paciente a segundo nivel.	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
38.-	¿En pacientes con lesiones traumáticas de mano con fractura, valoró la referencia al paciente a servicio de traumatología y ortopedia?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
39.-	¿Consideró el grado de lesión para determinar los periodos de seguimiento? Las lesiones traumáticas de la mano requieren de una revaloración al 5to día. Asimismo, las citas posteriores las decidió con base a su evolución.	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
40.-	¿Evaluó el periodo de incapacidad en base a las condiciones clínicas y a los datos de la exploración del paciente de acuerdo a la evaluación inicial?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
41.-	¿Asigno días de incapacidad de acuerdo al grado de lesión y lo establecido por la norma?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

d) OPERACIONALIZACIÓN

OBJETIVO GENERAL	CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA	# ITEMS	INDICES
Evaluar la adherencia del médico familiar a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano.	Adherencia: Denota el grado en que una conducta (en términos de seguimiento de una guía clínica) coincide con la normativa médico-administrativa que implica un papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de seguimiento a esta, incorporando las actitudes (conocimiento, conducta y afecto) del médico.	-Cognitiva	Variación en el grado de la adherencia del médico familiar en el diagnóstico de lesiones traumáticas de la mano de acuerdo a la guía clínica. Variación en la proporción de médicos familiares que aplican la guía clínica de lesiones traumáticas de la mano.	Adherencia a la guía clínica de Lesiones Traumáticas de la mano.	Cualitativa ordinal Cualitativa ordinal	4. ¿Identificó la naturaleza y el mecanismo de lesión para la toma de decisiones? 5. ¿Clasificó el tipo de las lesiones traumáticas de mano como abiertas y cerradas, así como simples y complejas? 6. ¿Definió la modalidad del tratamiento y el nivel de atención medica que le corresponde al paciente según la gravedad de sus lesiones? 7. ¿Ante la ausencia de herida realizó la exploración de la extremidad afectada: valorar daño vascular, nervioso, tendinoso, articular y óseo? 8. ¿Exploró la integridad arterial junto con su circulación colateral por medio de los arcos palmar superficial y profundo? 9. ¿Exploró la fuerza y sensibilidad de la mano? 10 ¿Realizó examen del tendón mediante la determinación del rango de movimiento en flexión y extensión a nivel de las interfalangicas? 12. ¿En caso de lesiones cerradas con sospecha clínica de fracturas; investigó la intensidad del dolor, edema, equimosis y deformidad de la articulación así como, crepitación, movilidad anormal e incapacidad funcional? 13. ¿En casos de sospecha de fracturas en falange solicitó radiografías en proyecciones AP y lateral del dedo afectado; y en fracturas de metacarpianos, proyecciones AP y oblicua de la mano?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Evaluar la adherencia del médico familiar a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano en la unidad de medicina familiar # 1.	Lesión traumática de mano: Lesión que afecta a la extremidad torácica en su porción distal a la articulación de la muñeca y que involucra la cubierta cutánea y/o los elementos subyacentes a ésta: tejido celular subcutáneo, tendones, elementos vasculares, nervios, huesos y articulaciones.		Variación en el grado de la adherencia del médico familiar en el diagnóstico de lesiones traumáticas de la mano de acuerdo a la guía clínica. Variación en la proporción de médicos familiares que aplican la guía clínica de lesiones traumáticas de la mano.	Adherencia a la guía clínica de Lesiones Traumáticas de la mano.	Cualitativa ordinal Cualitativa ordinal	15. ¿Manejó de primera elección en las lesiones traumáticas de mano con AINES? 16¿En el trauma penetrante de mano dio: con control del dolor, hemostasia por compresión, profilaxis antitetánica así como, uso de antibióticos? 17¿Recomendó la prescripción de dicloxacilina como medicamento de primera elección? 18¿Recomendó la prescripción de trimetroprim como medicamento de elección en pacientes alérgicos a la penicilina? 19. ¿En pacientes con heridas recomendó aplicar inmunoglobulina humana hiperinmune antitetánica a razón de 500 UI, además de 0.5 ml de toxoide anti-tetánico IM, seguido de dos dosis de refuerzo a los 30 días y 5 años? 24¿En los casos de luxaciones simples intentó en una ocasión la reducción cerrada y tomo control radiográfico para confirmar la reducción e inmovilizar en posición funcional? 31. ¿Valoró las funciones básicas de mano: oponencia, prensión esférica, cilíndrica y de gancho, en caso de limitación o ausencia de dichas funciones iniciar reentrenamiento de funciones básicas de mano? 33. ¿Envió a segundo nivel a pacientes con lesiones complejas abiertas para su manejo? 35. ¿Evaluó mediante la exploración física y radiológica a los pacientes con lesiones traumáticas de mano y si se trata de una lesión compleja lo enviara a segundo nivel, después	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Evaluar la adherencia del médico familiar a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano en la unidad de medicina familiar # 1.	Guía de Práctica Clínica: propuestas de los sistemas de salud para mejorar la calidad, disminuir la heterogeneidad de la atención médica y hacer más organizado y eficiente el manejo de los recursos. Disminuyendo el rezago de la información y tecnología, apoyando las decisiones de los médicos a través de recomendaciones basadas en evidencia científica disponible; ya que busca incluir los últimos avances que cumplan criterios de costo y efectividad.	-Cognitiva	Variación en el grado de la adherencia del médico familiar en el diagnóstico de lesiones traumáticas de la mano de acuerdo a la guía clínica. Variación en la proporción de médicos familiares que aplican la guía clínica de lesiones traumáticas de la mano.	Adherencia a la guía clínica de Lesiones Traumáticas de la mano.	Cualitativa ordinal Cualitativa ordinal	de haber realizado los cuidados inmediatos de atención a la lesión traumática de mano dependiendo de la gravedad? 36. ¿Evaluó en defectos mayores a 1 centímetro los que deberá enviar a segundo nivel de atención? 37. ¿En pacientes con luxaciones simples posteriores de la articulación interfalangica y metacarpo falángicas intentó por una sola vez la reducción cerrada, seguidas de control radiográfico? 38. ¿En pacientes con lesiones traumáticas de mano con fractura, valoró la referencia al paciente a servicio de traumatología y ortopedia? 39. ¿Consideró el grado de lesión para determinar los periodos de seguimiento? Las lesiones traumáticas de la mano requieren de una revaloración al 5to día. Asimismo, las citas posteriores las decidió con base a su evolución. 40. ¿Evaluó el periodo de incapacidad en base a las condiciones clínicas y a los datos de la exploración del paciente de acuerdo a la evaluación inicial? 41. ¿Asigno días de incapacidad de acuerdo al grado de lesión y lo establecido por la norma?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
		-Conductual				3. ¿Investigó los antecedentes ocupacionales del paciente para identificar el riesgo de lesión traumática? 11. ¿Sospechó luxación a nivel de articulaciones interfalangicas ante la presencia de edema, dolor y deformidad de las mismas?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Evaluar la adherencia del médico familiar a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano en la unidad de medicina familiar # 1.		-Conducta	Variación en el grado de la adherencia del médico familiar en el diagnóstico de lesiones traumáticas de la mano de acuerdo a la guía clínica.	Adherencia a la guía clínica de Lesiones Traumáticas de la mano.	Cualitativa ordinal	14. ¿En lesiones traumáticas de mano con fractura recomendó tomar una nueva radiografía para verificar la estabilidad y posibles desplazamientos, una vez que se inmovilizó la región de la extremidad afectada?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
						20¿En pacientes con lesiones simples abiertas que no comprometen el sistema capsuloligamentario, neurovascular u osteomuscular realizó una sutura simple?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
						23¿En pacientes con fracturas simples cerradas no desplazadas de falanges y metacarpianos que no involucran articulaciones recomendó inmovilización durante 21 días?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
						25. ¿Ante la evidencia de una lesión del extensor largo del dedo afectado, deformidad en martillo colocó una férula en extensión de la interfalangica distal cuidando de no dejarla en hiperextensión utilizando una férula o un dedal?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
		-Conducta	Variación en la proporción de médicos familiares que aplican la guía clínica de lesiones traumáticas de la mano.		Cualitativa ordinal	27¿Ante la evidencia de pacientes con luxaciones interfalangicas y metacarpo falángicas, y fracturas simples y estables, inmovilizó estructuras no afectadas para permitir la movilización de las articulaciones adyacentes al sitio lesionado?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
						29¿Vigiló que el paciente a los 7 a 10 días iniciara con baños al segmento afectado, seguido de movilización activa a segmentos proximales y dístales?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
						32. ¿Valoró a los 21 días el retiro de la inmovilización, e iniciar con hidroterapia con agua caliente siguiendo con ejercicios de movilidad activa a tolerancia de la mano?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Evaluar la adherencia del médico familiar a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano en la unidad de medicina familiar # 1.		-Afectiva	Variación en el grado de la adherencia del médico familiar en el diagnóstico de lesiones traumáticas de la mano de acuerdo a la guía clínica.	Adherencia a la guía clínica de Lesiones Traumáticas de la mano.	Cualitativa ordinal	1. ¿Fomentó el uso de equipo de protección, así como el empleo adecuado de las herramientas laborales? 2. ¿Recomendó la aplicación del esquema completo de protección anti-tetánica? 21¿En pacientes con lesiones de la punta de los dedos con pérdida del pulpejo resecó la uña? 22¿En pacientes con pérdida total de la uña colocó una lámina de acetato y realizó curaciones cada tercer día para estimular el cierre por segunda intención? 26¿En pacientes con lesiones tendinosas, previa aplicación de frío local realizó movilización pasiva evitando incrementar el dolor en el segmento lesionado?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
		-Afectiva	Variación en la proporción de médicos familiares que aplican la guía clínica de lesiones traumáticas de la mano.			28. ¿Aplicó crioterapia en forma intermitente directamente en el sitio lesionado, seguido de movilización progresiva de las articulaciones no afectadas? 30. ¿Verificó alteración de la sensibilidad de acuerdo a la innervación de la mano, recomendando las técnicas de desensibilización? 34. ¿Evaluó la presencia de edema, dolor y deformidad resultante de una luxación, procediendo a realizar reducción cerrada en un primer intento, si es satisfactorio lo inmovilizara, en caso contrario lo enviara a otro nivel de atención?	1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA 1.- SI 2.- NO 3.- NO APLICA
		Características socio-demográficas	-Fecha de nacimiento		Cualitativa ordinal	1.- Fecha de nacimiento al momento de la entrevista	Ordinal

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

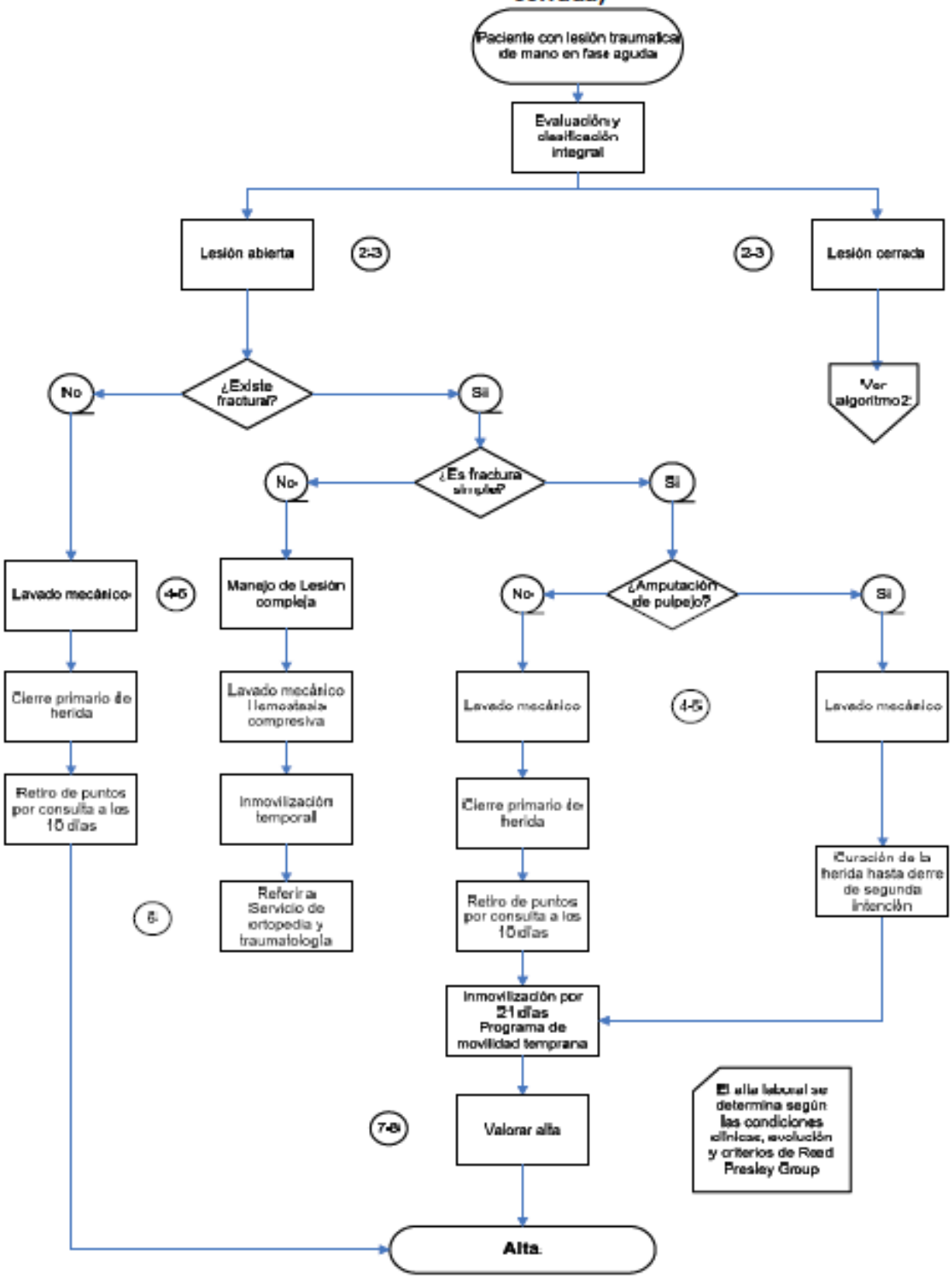
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Evaluar la adherencia del médico familiar a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano en la unidad de medicina familiar # 1.		Características socio-demográficas	-Sexo		Cualitativa nominal	2.-Clasificación del sexo del paciente registrado en el expediente clínico	Nominal
			-Escolaridad		Cualitativa nominal	3.-Duración de los estudios en un centro docente registrado en el expediente	Nominal
			-Estado civil		Cualitativa nominal	4.-Condicion civil en la que se encuentra un individuo, registrado en el expediente	Nominal
			-Ocupación		Cualitativa nominal	5.-Empleao de la persona registrado en el expediente	Nominal

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

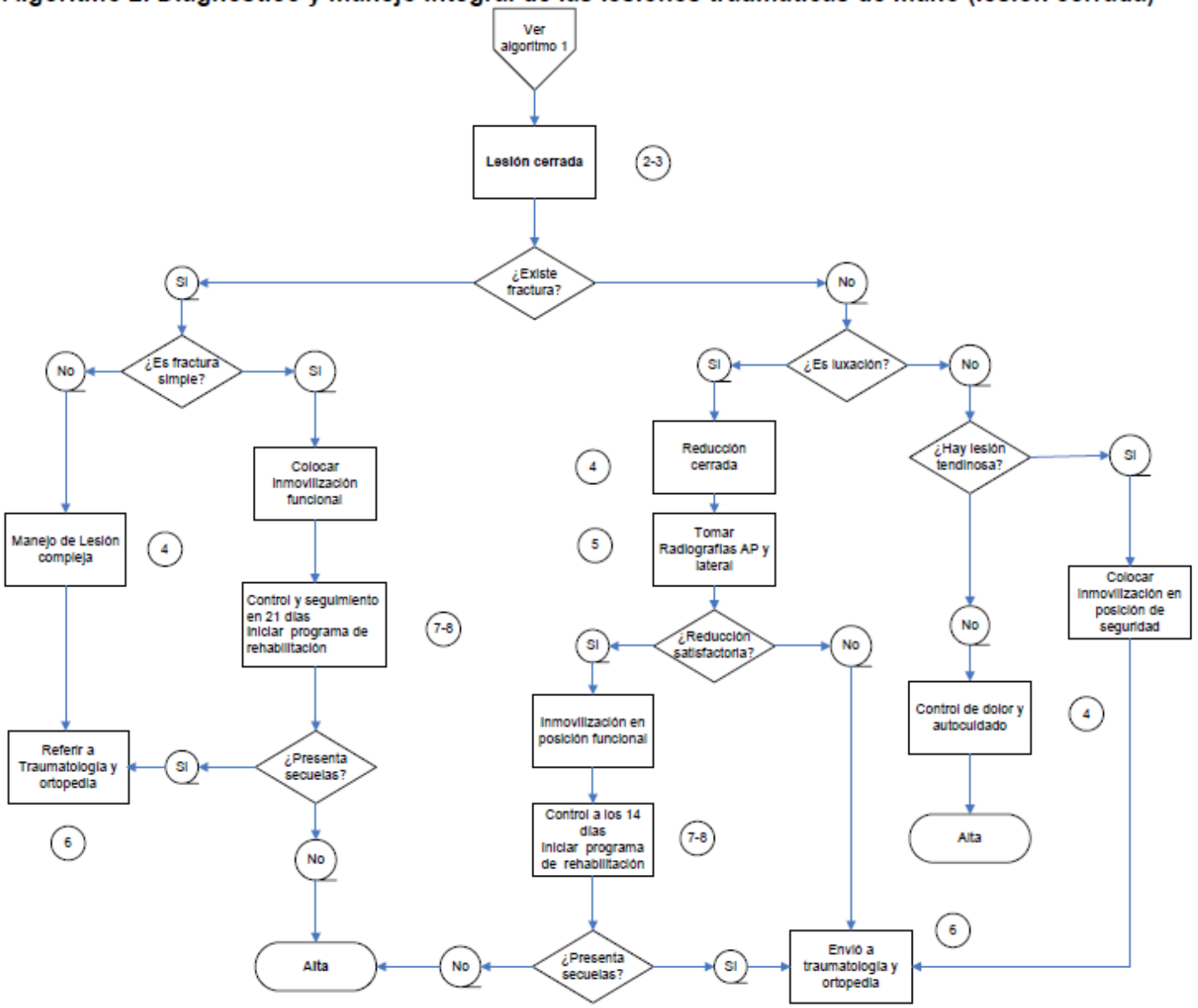
Algoritmo 1. Diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano (lesión abierta y cerrada)



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Algoritmo 2. Diagnóstico y manejo integral de las lesiones traumáticas de mano (lesión cerrada)



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

g) CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

"Adherencia del médico familiar a la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Lesiones Traumáticas de la Mano en la UMF #1 IMSS Aguascalientes"

El que suscribe Dra. Dulce María Burgos Cárdenas Residente de Medicina Familiar adscrito a la Unidad de consulta externa de Medicina Familiar No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Aguascalientes, después de haberme explicado los objetivos del presente estudio y sin tener inconveniente en que sean revisados los expedientes clínicos de los pacientes con trauma de mano, acepto que sea evaluado mi adherencia a la guía clínica para la atención de lesiones traumáticas de la mano, con lo anotado en los expedientes, autorizando a los autores del estudio a publicar los resultados obtenidos, comprendiendo las ventajas y la repercusión que este puede tener en la calidad de la atención a los derechohabientes de la UMF No. 1, sabiendo que los autores se comprometen a mantener absoluta confiabilidad de los nombres y matrículas de los médicos que aceptan participar siendo evaluados en el presente estudio.

Atentamente

_____

No acepto lo estipulado en la presente carta de consentimiento bajo información y no deseo que sean revisados los expedientes de los pacientes en el periodo de estudio del 2009 al 2011, sabiendo que esta decisión compromete los resultados del trabajo de investigación, reservándome los motivos de no aceptar.
Atentamente

_____ _____

Aguascalientes, Aguascalientes., a 1 de Noviembre del 2011.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS