TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1

TESIS:

COMPETENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL MODELO DE FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA UMF 11 EN LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

PRESENTA:

Juan Pablo Martínez Sandoval

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

TUTOR

Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes

Aguascalientes, Aguascalientes, Marzo de 2015

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

IMSS

Aguascalientes, Aguascalientes, Marzo 2015.

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

Por medio de la presente le informo que el residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dr. Juan Pablo Martínez Sandoval

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"COMPETENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL MODELO DE FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA UMF 11 EN LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"

Número de registro: R-2014-101-12 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS
El Dr. Juan Pablo Martínez Sandoval asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que Usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y quedo de Usted.

ATETANTAMENTE

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar
Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

IMSS

Aguascalientes, Aguascalientes, Marzo 2015.

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

Por medio de la presente le informo que el residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dr. Juan Pablo Martínez Sandoval

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"COMPETENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL MODELO DE FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA UMF 11 EN LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"

Número de registro: R-2014-101-12 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS
El Dr. Juan Pablo Martínez Sandoval asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que se haga la impresión definitiva ante el comité que Usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente y quedo de Usted.

ATETANTAMENTE

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar
Coordinador Auxiliar Medico de Investigación en Salud

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

JUAN PABLO MARTÍNEZ SANDOVAL
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:

"COMPETENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL MODELO DE FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA UMF 11 EN LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES."

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

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

A T E N T A M E N T E
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags., 16 de Febrero de 2015.

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

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

“Tengo un librito de tapas negras en donde escribo la inutilidad del conocimiento, es un librito de tapas negras en donde aún nada escribí”

Habrajam Vitar Sandoval

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme todo lo que soy y lo que tengo, por permitirme llegar hasta este punto de mi vida.

A mi esposa Esly Jeanette Juárez González por su tolerancia y apoyo incondicional, por ser el principal motivo para seguir adelante, por ayudar a superarme en todos los aspectos de mi vida.

A mis padres por ser mi ejemplo, mi guía, por el apoyo incondicional y por creer siempre en mí.

A mi asesora, la Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes, por sus enseñanzas, paciencia y tolerancia.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

DEDICATORIAS

A mi familia:

Que ha sido el pilar fundamental de quien soy.

Son las personas con quienes he compartido triunfos tristezas y me han brindado su confianza, paciencia y cariño.

Gracias por dedicarme tiempo, tiempo para demostrar su preocupación por mí, tiempo para escuchar mis problemas, mi sufrir y ayudarme a descubrir que a pesar de los problemas puedo ser feliz.

Quiero agradecer a mi amada compañera de vida, mi esposa Esly Juárez González. Esly, mil gracias por acompañarme en este proceso, por sobre todo, tu amor, tu comprensión, paciencia y fortaleza que permitieron que pudiese, no sólo trabajar, sino también llegar a buen puerto. Contigo aprendo constantemente. Amo vivir y ser contigo. Amo saber que tu compañía se extenderá mucho más allá de este período, llegando incluso a lo que hemos imaginado: a viejitos que aún tienen tema de conversación. Te amo vida mía, porque eres mi amor, mi cómplice y todo, y en la calle codo a codo, somos mucho más que dos (Benedetti).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

INDICE GENERAL

ACRÓNIMOS 5
RESUMEN 6
ABSTRACT 7
I. INTRODUCCIÓN: 8
I. ANTECEDENTES CIENTIFICOS: 9
I.A. Antecedentes científicos de las competencias clínicas en manejo de infecciones respiratorias agudas. 9
I.B. Antecedentes científicos de Infecciones Respiratorias Agudas. 11
II. MARCO TEOIRICO 13
II.A. COMPETENCIA 13
II.A.I. ATRIBUTOS DE LA COMPETENCIA 16
II.A.II. DIMESIONES DE LA COMPETENCIA CLINICA 18
II.A.III. MODELOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA CLÍNICA. 19
II.A.IV. EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA CLÍNICA. 21
II.B. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR 22
II.B.I. PASOS PARA LOGRAR EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA DE FAMILIA (ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD). 24
II.B.II. VARIABLES A EVALUAR 27
II.B.III. CAMBIOS ESPERADOS DEL FSMF 29
II.C. MEDICO FAMILIAR 31
II.C.I. FUNCIONES DEL MEDICO FAMILIAR 32
II.D. INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS. 34
II.D.I. CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS 34
II.D.II. IMPORTANCIA 44
III. JUSTIFICACION 45
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. 46
IV.A. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. 46
IV.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD 46

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IV.C.DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD. 47
IV.D. DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA 48
IV.E. DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA 49
IV.F. DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA 50
IV.G. ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA. 51
IV.H. ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO. 52
IV.I. BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA. 52
IV.J. DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA. 54
IV.K. LISTA DE LOS CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. 54
V. De la información aportada hasta este punto surge la pregunta de investigación: 56
VI. OBJETIVOS 57
VI.A. OBJETIVO GENERAL 57
VI.B. OBJETIVOS ESPECIFICOS: 57
VII. HIPÓTESIS 58
VII.A. HIPÓTESIS ALTERNA 58
VII.B. HIPÓTESIS NULA 58
VIII. MATERIAL Y METODOS 59
VIII.A. TIPO DE ESTUDIO 59
VII.B. POBLACIÓN DE ESTUDIO 59
VIII.B.I.- UNIVERSO DE TRABAJO 59
VIII.B.II. UNIDAD DE ANÁLISIS 59
VIII.B.III. CRITERIOS DE INCLUSIÓN 59
VIII.B.IV. CRITERIOS NO INCLUSIÓN 60
VIII.B.V. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN 60
VIII.C. TIPO DE MUESTRA 60
VIII.D. LOGISTICA 60
VIII.E. RECOLECCIÓN DE DATOS: 61

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VIII.F. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. 61
VIII.G. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS. 62
VIII.G.I. VALIDEZ APARENTE 62
VIII.G.II. VALIDEZ DE CONTENIDO 62
VIII.H. PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS. 63
VIII.H.I. ANÁLISIS DE VARIABLES 63
IX. ASPECTOS ÉTICOS 64
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 65
XI. RESULTADOS 66
XII. DISCUSION 75
XIII. CONCLUSION 78
BIBLIOGRAFIA 79
ANEXO B 88
ANEXO C 92
ANEXO D 93

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Síntesis de definiciones de competencia 14
Cuadro 2. Características sociodemográficas de los médicos familiares participantes. 66
Cuadro 3. Dimensiones de la competencia clínica del médico familiar en infecciones respiratorias agudas. 70
Cuadro 4. Distribución del nivel cognoscitivo sobre IRA en relación a las características sociodemográficas de los médicos familiares. 71
Cuadro 5. Distribución del nivel habilidad sobre IRA en relación a las características sociodemográficas de los médicos familiares. 72
Cuadro 6. Distribución del nivel actitud sobre IRA en relación a las características sociodemográficas de los médicos familiares. 73

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide de competencia de Miller [50] 20
Figura 2. Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina de Familia 23
Figura 3. Áreas de acción del Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina de Familia 31
Figura 4. Algoritmo de la identificación de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años 35

INDICE DE GRAFICAS

Grafica 1. Tasa por IRA en menores de cinco años 50
Grafica 2. Edad Médicos Familiares 67
Grafica 3. Turno en Médicos Familiares. 67
Grafica 4. Género en Médicos Familiares. 68
Grafica 5. Certificación en Médicos Familiares. 68
Grafica 6. Antigüedad en Médicos Familiares. 69
Grafica 7. Trabajos en Médicos Familiares. 69
Grafica 8. Componentes de la competencia del Médico Familia en IRA 70

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ACRÓNIMOS

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
UMF	Unidad de Medicina Familiar
IRA	Infección Respiratoria Aguda
FSMF	Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar
HGR	Hospital General Regional
OIT	Organización Internacional del Trabajo
EC	Evaluación por competencias
TEI	Técnicas de evaluación indirecta
TCR	Técnicas de evaluación de conocimiento y razonamiento clínico
ECOE	Evaluación Clínica Objetiva Estructurada
EEMF	Enfermera Especialista en Medicina de Familia
APS	Atención Primaria de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
LTA	Laringotraqueitis
AP	Anteroposterior
NOM	Norma Oficial Mexicana
MEC	Manejo Estandarizado de Casos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

RESUMEN

Una de las principales causas de muerte infantil a nivel mundial, y más común en países en vías de desarrollo, es la Infección Respiratoria Aguda (IRA). En Aguascalientes para el 2010 la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas fue de 6.2 en los menores de 5 años de edad. En la UMF 11 delegación Aguascalientes, se está llevando a cabo un Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar (FSMF), caracterizada por la modernización de la Atención Primaria para otorgar Atención Integral a la Salud proporcionando atención preventiva, curativa, de rehabilitación y cuidados paliativos al individuo, familia y comunidad, mejorando la calidad de vida y obtener resultados positivos e impactos en salud. **OBJETIVO:** Evaluar la competencia del Médico FSMF Familiar en IRA en menores de 5 años de la UMF 11 en la delegación Aguascalientes. **MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se tomó como universo de trabajo todos los Médicos Familiares, de la UMF 11 Ags. Se realizó una validez de contenido mediante un grupo de expertos. El eje de conocimiento se midió mediante respuestas dicotómicas, mediante un caso clínico auto-aplicado, los ejes habilidad y actitud se midió con una escala cualitativa tipo likert. Se realizó una base de datos en el programa SPSS Versión 21. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes y sus respectivas gráficas para las variables de estudio. Se realizó una búsqueda de diferencias estadísticamente significativas, utilizando la prueba de X2 y el valor de P. **RESULTADOS:** En la evaluación del conocimiento se encontró que 47.6% correspondió al nivel medio y 52.4% al nivel alto. En la valoración de las habilidades, 9.5% correspondió al nivel medio, y 90.5% al nivel bajo. En cuanto a la actitud de los médicos 9.5% mostró una actitud positiva y 90.5% una actitud neutra. Las características sociodemográficas y las dimensiones de la competencia, no mostraron diferencias estadísticamente significativas. **CONCLUSIONES:** existe una mejoría en el nivel de competencia clínica; teniendo un mejor desempeño en la dimensión cognitivo y en la dimensión actitud, trabajando con el nuevo modelo de fortalecimiento del sistema de medicina familiar.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ABSTRACT

Is one of the leading causes of infant death worldwide, and most common in developing countries, acute respiratory infection (IRA). In Aguascalientes for 2010 the rate of mortality from acute respiratory infections was 6.2 in children under 5 years of age. In UMF 11 delegation Aguascalientes, a model of strengthening of the system of family medicine (FSMF), characterized by the modernization of primary care to provide comprehensive care to health providing preventive, curative, care, rehabilitation and palliative care to the individual, family and community, improving the quality of life and obtain positive results and impacts on health is being carried out. **OBJECT**: To assess the competence of the family doctor in the model of strengthening of the system of family medicine in acute respiratory infections in children under 5 years of UMF 11 delegation Aguascalientes. **METHODS**: An observational, descriptive and transversal study was performed. As a universe of work took all the family doctors of UMF 11 AGS. Valid for content through a group of experts took place. Knowledge shaft was measured using dichotomous responses, through a clinical case of auto-aplicado, shafts ability and attitude was measured with a qualitative scale likert type. He was a database in the program SPSS Version 21. Frequencies and percentages, and their respective graphs for study variables were obtained. A search of statistically significant differences, was performed using X 2 test and the value of p. **RESULTS**: In the assessment of knowledge was found that 47.6% corresponded to level half and 52.4% at the high level. In the assessment of abilities, 9.5% corresponded to the level medium, and 90.5% at the low level. In terms of the attitude of the doctors 9.5% showed a positive attitude and 90.5% a neutral attitude. Sociodemographic characteristics and dimensions of the competition, showed no statistically significant differences. **CONCLUSIONS:** there is an improvement in the level of clinical competence; having a better performance in the dimension cognitive and attitude, working with the new model of family medicine system strengthening.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

I. INTRODUCCIÓN:

Una de las principales causas de muerte infantil a nivel mundial, y más común en países en vías de desarrollo, es la Infección Respiratoria Aguda (IRA). Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las IRAs ocasionanl la muerte de 4.3 millones de niños menores de 5 años, representando así el 30% del totoal de defunciones anuales de niños de este grupo de edad. Las IRAs son causantes del 30 al 40% de las consultas, y de 20 al 30% de las hospitalizaciones en todos los paises.[29]

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), han permanecido dentro de las primeras causas de demanda de atención en el primer nivel. En Aguascalientes para el 2010 la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas fue de 6.2 en los menores de 5 años de edad, para neumonías en mismo grupo etario fue de 17.1 por cada 100000 habitantes.[17]

A pesar de que la mayoría de las IRAs son auto limitadas, los errores en el diagnóstico y tratamiento son un problema reconocido. Una de las estrategias que debe realizar el médico familiar, es aumentar su competencia clínica en el diagnóstico oportuno de las IRA, para evitar así el agravamiento y con esto disminuir la tasa de mortalidad, hospitalizaciones y costos de atención en salud.

En la UMF-11 dentro de la delegación de Aguascalientes (Ags.), se está llevando a cabo un Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar (FSMF), caracterizada por la modernización de la Atención Primaria para otorgar Atención Integral a la Salud, en donde el trabajo coordinado y reorganizado por el Médico Familiar y su equipo de salud será la base del cambio, proporcionando atención preventiva, curativa, de rehabilitación y cuidados paliativos al individuo, familia y comunidad, mejorando la calidad de vida y obtener resultados positivos e impactos en salud. [48]

Una educación médica continúa en esta área, e implementación de métodos clínicos de diagnóstico, harían que el costo de salud, manutención y cuidados, que se tienen, se reduciría drásticamente.[67]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

I. ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

I.A. Antecedentes científicos de las competencias clínicas en manejo de infecciones respiratorias agudas.

Sabido y Viniegra (1998). Realizaron en el D.F. donde evaluaron la competencia y desempeño clínico de médicos del primer nivel de atención en el diagnóstico y manejo de pacientes con diabetes tipo II. En 4 unidades de medicina familiar del IMSS en el D.F. utilizaron dos instrumentos: un cuestionario de opción múltiple (tipo F/V/NS) de 224 reactivos elaborado con casos clínicos reales, para medir competencia clínica, y una guía de manejo de diabetes para medir desempeño ante dos pacientes. Se aplicó a 158 médicos. El 57% de los médicos tuvieron nivel bajo, Con estos resultados llegaron a la conclusión de que la mayoría de los médicos mostraron una actitud poco reflexiva y un cumplimiento de las normas de desempeño pobre o muy pobre, que se exacerbó cuando las condiciones de trabajo fueron desfavorables. [24]

García y Viniegra (1998). Realizaron su estudio en el DF, donde identificaron el nivel de competencia clínica de los médicos familiares en hipertensión arterial sistémica y exploraron su relación con las variables relacionadas con las condiciones de trabajo y curso de especialización en medicina familiar. Mediante un estudio descriptivo, exploratorio y correlacional, en una muestra no probabilística de 165 médicos familiares del IMSS. La mediana de la calificación global del grupo estudiado correspondió al 22.5% del total teórico, lo que indicó un nivel muy bajo de competencia clínica. La conclusión de estos autores es que el perfeccionamiento de los instrumentos de medición, el desarrollo de estrategias educativas tendientes a superar las deficiencias detectadas, y la identificación de factores que influyen, ya sea en forma positiva o negativa, en la competencia clínica de los médicos.[66]

Villavicencio (2007). Realizo un estudio para identificar las competencias que tiene el médico del primer nivel, para hacer el diagnóstico del síndrome metabólico con oportunidad, y conocer el perfil profesional del médico y como adquiere y actualiza sus conocimientos. Realizó una investigación cualitativa, prospectiva, longitudinal, descriptiva, observacional. La muestra de 120 médicos en los cuales aplico un cuestionario estructurado, con preguntas de métodos de actualización utilizadas por

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

el médico familiar que consta de 20 preguntas, así como 2 casos clínicos de síndrome metabólico, que consto de 15 preguntas relacionadas al caso clínico y al diagnóstico, y tratamiento de síndrome metabólico. Los resultados obtenidos son que el 44.3% de los médicos realizaron el diagnóstico correcto del síndrome metabólico y 55.7% no pudieron diagnosticar de manera correcta, llegando a la conclusión que la competencia del médico para diagnosticar el síndrome metabólico es baja.[65]

Hernández (2009). Realizo un estudio en la ciudad de Aguascalientes para caracterizar la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil en UMF del IMSS. Realizo un diseño observacional descriptivo transversal simple, en una muestra probabilística aleatoria simple de 100 médicos familiares. Utilizando una encuesta con 8 ítems para conocer las características sociodemográficas de los médicos familiares, el área cognitiva se valoró con un cuestionario de un caso clínico real con 32 ítems de opción múltiple, en el área de habilidades se realizó una lista de cotejo. En la dimensión cognitiva y de habilidad se encontró que un 97.0% de médicos familiares tienen un nivel bajo de competencia clínica. En la dimensión de la actitud el 73.0% presenta una actitud positiva, y 27.3% una actitud neutra, no registrándose actitudes negativas. La conclusión a la cual se llego fue que al no contar con la especialidad, con una antigüedad menor de 10m años y pertenecer al turno matutino son factores asociados con un bajo nivel de competencia clínica para el diagnóstico de la demencia senil.[67]

Valencia (2014). Realizo un estudio donde evaluó la competencia clínica en la reanimación cardiopulmonar básica en médicos internos de pregrado del Hospital General de Zona No. 89 en Guadalajara, Jalisco. Para ello, realizó un estudio descriptivo transversal, con una muestra de cincuenta y nueve médicos internos de pregrado del ciclo escolar 2014. Aplicó un instrumento que consistió de casos clínicos reales de paro cardiorrespiratorio, con treinta reactivos de opción de falso y verdadero. Con un porcentaje de competencia del 6.8% y no competente93.2% en el instrumento de reanimación cardiopulmonar básica, siendo el género masculino más competente con un 5.3%, el género femenino con un 1.6% de competencia. Valencia llega a la conclusión de que en su estudio se demuestra que aún sigue

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

prevaleciendo las consecuencias del modelo educativo tradicional arropado en las competencias. Con esto se justifica un cambio en la metodología de la evaluación educativa en el curso de internado de pregrado.[68]

Aguilar (2012). Realizó un estudio con la finalidad de identificar la competencia clínica del médico de urgencia en el paciente adulto con lesión traumática de mano, en el Hospital General Regional (HGR) 110 en Guadalajara Jalisco. Fue un estudio transversal, descriptivo. El universo del estudio lo constituye 16 médicos del servicio de urgencias del HGR 110. La competencia clínica de los médicos de urgencias en general ante una lesión traumática de mano en el paciente adulto se encontró en un promedio de 54.93. En los médicos generales fue de 48.28, en los médicos familiares 49.72, traumatólogos 69.38, urgenciologos 34.82 y cirugía plástica 70.5%. Aguilar concluye que el bajo nivel de competencia puede ser debido a un predominio de ambientes en el que no se favorece el desarrollo de competencia profesional, y a la dificultad que aún existe para llevar la información generada por la investigación al uso cotidiano de los clínicos, y a la falta de seguimiento para la difusión, implantación y evaluación de guías de procedimientos clínicos.[69]

I.B. Antecedentes científicos de Infecciones Respiratorias Agudas.

Barría RM y colaboradores (2008). Realizaron un estudio para caracterizar la morbilidad de las IRAs antes de los 3 meses de edad y evaluar los factores de riesgo. Se realizó un estudio de cohorte en 316 recién nacidos admitidos en la Maternidad del Hospital Clínico Regional de Valdivia. La incidencia de IRA global e IRA baja fue de 20.4 y 6.2 episodios por cien meses-niño, respectivamente. Los factores de riesgo para IRAB fueron: ser hijo de madre soltera, tabaquismo y estacionalidad. Las IRA´s persisten como principal motivo de consulta ambulatoria en lactantes pequeños, en quienes los factores ambientales adquieren vital importancia para su prevención.[1]

Moreno (2007). Realizó un estudio para para describir el comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años de edad, del Consultorio Médico Popular Sector 4 Caña de Azúcar, perteneciente al Área de Salud Integral Comunitaria "Casa Solidaria", del Municipio Mario Briceño Iragorry, Estado Aragua. Se realizó un estudio, epidemiológico observacional,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

descriptivo, transversal constituido por 359 niños menores de 5 años de edad. La información se obtuvo a través de una entrevista. Se observó un predominio de IRA en el grupo de edad de 1 a 2 años con un 44.02 %, en el sexo masculino con un 55.99 % y los que presentaron nivel socioeconómico no aceptable con el 62,12 %. La atopia se comportó como el factor de riesgo predominante y la forma clínica más frecuente fue la Rinofaringitis Catarral Aguda. Predominó la evolución clínica de mejorado, la neumonía como complicación, la no utilización de antibióticos y no ingresos hospitalarios.[2]

Delpiano y colaboradores (2006). Realizo un estudio donde describe las características y costos directos de infecciones respiratorias agudas en niños de guarderías infantiles, para hijos de funcionarios del Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se realizó un estudio descriptivo y transversal, donde se incluyeron a 140 niños. Los costos de estimación incluyeron los procedimientos diagnósticos, exámenes de laboratorio, medicamentos, fisioterapia, ausentismo laboral de los padres, certificados médicos y hospitalización. Se registraron 202 episodios respiratorios. El costo global por infecciones respiratorias agudas fue de US $ 129.3 por lactante y US $ 53.0 por pre-escolar.[3]

Ferreira y colaboradores (2013). Realizaron un estudio para estimar la prevalencia de las infecciones respiratorias agudas y describir signos de alarma identificados por padres o cuidadores. Se llevó a cabo mediante un análisis de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012 y de la Encuesta Nacional de Salud 2000. La prevalencia de IRA's disminuyo entre 2006-2012 (47-44.9%). En la ENSANUT 2012 la prevalencia fue mayor en los menores de un año. La fiebre fue el principal signo de alarma reconocido por padres (28.6%, por lo que existen necesidades de capacitación, principalmente a nivel comunitario.[4]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II. MARCO TEOIRICO

II.A. COMPETENCIA

DEFINICIÓN

De acuerdo con la definición oficial de la Comisión Europea, competencia es la capacidad demostrada de utilizar conocimientos y destrezas. El conocimiento es el resultado de la asimilación de información que tiene lugar en el proceso de aprendizaje. La destreza es la habilidad para aplicar conocimientos y utilizar técnicas a fin de completar tareas y resolver problemas.[28]

La necesidad de conceptualizar el término «competencia» ha provocado la aparición de definiciones diversas y generalmente complementarias, aunque con diferencias sustanciales en algunos casos. Una revisión de algunas de ellas en el ámbito laboral y en el educativo nos va a permitir reconocer los aspectos claves de las competencias.[28]

DEFINICIONES DENTRO DEL ÁMBITO PROFESIONAL

McClelland (1973) este autor definió competencia como una forma de evaluar *aquello que realmente causa un rendimiento superior en el trabajo.* La Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2004) en su recomendación 195 sobre el desarrollo de los recursos humanos propone la siguiente definición de competencia: *capacidad efectiva para llevar a cabo exitosamente una actividad laboral penamente identificada.* Lloyd McLeary (Cepeda, 2005) definió competencia como *la presencia de características o la ausencia de incapacidades que hacen de una persona adecuada o calificada para realizar una tarea específica o para asumir un rol definido.* [28]

De la revisión de estas definiciones dentro del ámbito laboral podemos extraer las conclusiones siguientes:

- Las competencias tienen como finalidad la realización de tareas eficaces o excelentes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

- Las tareas están relacionadas con las especificaciones de una ocupación o desempeño profesional claramente definido.
- Las competencias implican una puesta en práctica de un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes.[28]

DEFINICIONES DENTRO DEL ÁMBITO EDUCATIVO.

Consejo europeo (2001) en el documento Marco común europeo de referencia para las lenguas: aprendizaje, enseñanza, evaluación, se han definido las competencias como: la suma de conocimientos, destrezas y características individuales que permiten a una persona realizar acciones. Perrenoud (2001) para él competencia es la aptitud para enfrentar eficazmente una familia de situaciones análogas, movilizando a conciencia y de manera a la vez rápida, pertinente y creativa, múltiples recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetencias, informaciones, valores, actitudes, esquemas de percepción, de evaluación y de razonamiento.[28]

Tras analizar estas definiciones y recoger sus ideas principales podemos realizar la siguiente síntesis: [28]

Cuadro 1. Síntesis de definiciones de competencia

Es la capacidad o habilidad	QUÉ
La existencia en las estructuras cognoscitivas de la persona de las condiciones y recursos para actuar. La capacidad, la habilidad, el dominio, la aptitud.	
De efectuar tareas o hacer frente a situaciones diversas	PARA QUE
Asumir un rol determinado: una ocupación, respecto a los niveles requeridos; una tarea específica; realizar acciones; resolver problemas de la vida real; hacer frente a un tipo de situación.	
De forma eficaz	DE QUE MANERA
Capacidad efectiva; de forma exitosa; conseguir resultados y ejercerlos excelentemente; participación eficaz.	

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En un contexto determinado	DÓNDE
Una actividad plenamente identificada; en un contexto determinado; en una situación determinada; en un ámbito o escenario de la actividad humana.	
Y para ello es necesario movilizar actitudes, habilidades y conocimientos.	POR MEDIO DE QUÉ
Varios recursos cognitivos; prerrequisitos psicosociales; conocimientos, destrezas y actitudes, los recursos que moviliza, conocimientos teóricos y metodológicos, actitudes, habilidades y competencias más específicas, esquemas motores, esquemas de percepción, evaluación, anticipación y decisión; comportamientos, facultad de análisis, toma de decisiones, transmisión de informaciones, habilidades prácticas, valores éticos, actitudes, emociones y otros componentes sociales.	
Al mismo tiempo y de forma interrelacionada	CÓMO
De forma integrada, orquestada.	

COMPETENCIA CLÍNICA

La competencia clínica puede definirse como el dominio del conocimiento básico necesario, la habilidad y la actitud en utilizarlo para ofrecer una asistencia médica eficaz. La definición de Kane (1992), "Es el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociado a la profesión, en todas las situaciones que se pueda confrontar en el ejercicio de la práctica profesional."[20]

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

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

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

procedimientos diagnósticos y terapéuticos que han mostrado ser efectivos en situaciones clínicas apropiadas.

- Debería reconocer cuando la información requerida para las decisiones clínicas es incompleta y contribuir al desarrollo de nuevo conocimiento.[55]

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

- Habilidades clínicas: la habilidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes e interpretar el significado de la información obtenida.
- Conocimientos y comprensión: la habilidad para recordar conocimiento relevante acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes.
- Atributos interpersonales: la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional del médico que son observables en las interacciones con pacientes.
- Solución de problemas y juicio clínico: la aplicación del conocimiento relevante, habilidades clínicas y atributos interpersonales para el diagnóstico, investigación y manejo de los problemas de un paciente dado.
- Habilidades técnicas: La habilidad para usar procedimientos y técnicas especiales en la investigación y manejo de pacientes. [41]

II.A.I. ATRIBUTOS DE LA COMPETENCIA

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

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

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

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Multi-informante: De la evaluación plantea la utilidad de recoger la información, desde múltiples perspectivas de expertos, observadores, de uno mismo en la clínica[22]

ATRIBUTOS MULTIDIMENSIONALES

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

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

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

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

Habilidades técnicas: Como la capacidad para usar procedimientos técnicas especiales en el estudio y manejo de pacientes.[5]

CATEGORÍAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA CLÍNICA.

Es difícil llevar a cabo la evaluación de la competencia clínica utilizando un solo método, por lo que se proponen varias categorías para la evaluación:

Competencia clínica basada en habilidades, consentimientos, actitudes, destrezas y razonamientos clínicos.

Competencia clínica basada en la educación general, el encuentro clínico, acumulativo de soporte e inferido.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Competencia clínica basada en el encuentro del médico y el paciente.

Competencia clínica del médico, expresada en términos de responsabilidad.

Independientemente de la categoría de competencia seleccionada, el evaluador deberá crear un instrumento de medición que debe reunir los criterios de:

Credibilidad (¿mide lo que deseamos medir?)

Validez de contenido (¿Considera las cosas más importantes?)

Confiabilidad (¿mide el mismo componente bajo diferentes situaciones y repite el mismo resultado?)

Certeza (grado en que mide lo que deseamos medir)

Factibilidad (costo y facilidad de su aplicación). [51]

II.A.II. DIMESIONES DE LA COMPETENCIA CLINICA

Conocimiento: Conocimientos relevantes acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes.

Habilidad: Capacidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes, e interpretar el significado de la información obtenida.

Actitud: Es un sentimiento afectivo, es la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional y personal del médico que son observables en la interacción con el paciente. [49]

TAXONOMIA DE BLOOM

En 1965 Bloom propone una pirámide taxonómica para la adquisición del conocimiento por la que debe transitar el proceso de enseñanza aprendizaje, que comienza con un pensamiento de orden inferior y escala hasta uno de orden superior, expresada en sustantivos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Conocimiento: se refiere a la capacidad de recordar hechos específicos y universales; métodos, procesos, esquemas, estructuras o marcos de referencia.

Comprensión: Se refiere a la capacidad de comprender o aprender, traducción, interpretación, extrapolarización.

Aplicación: Usar hechos, generalizaciones principios, teorías en situaciones concretas.

Análisis: Consiste en descomponer un problema dado en sus partes y descubrir las relaciones existentes entre ellas. Usar hechos generalizaciones de elementos, de relación, de principios, de organización.

Síntesis: Requiere la reunión de los elementos y las partes para formar un todo. De una comunicación única, de un conjunto o plan de operaciones o grupos de relaciones abstractas.

Evaluación: Se refiere a la capacidad de evaluar, se mide a través de los procesos de análisis y síntesis. Formula juicios sobre el valor de materiales y métodos, de acuerdo con determinados propósitos. [53]

II.A.III. MODELOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA CLÍNICA.

Podemos asegurar que no existe un instrumento de evaluación que dé cuenta de manera completa, integral y objetiva de la competencia clínica de los individuos, por lo cual, los métodos de evaluación se centran primordialmente en el área de conocimientos (saber, saber cómo) y en su aplicación (saber hacer, saber usar). [49]

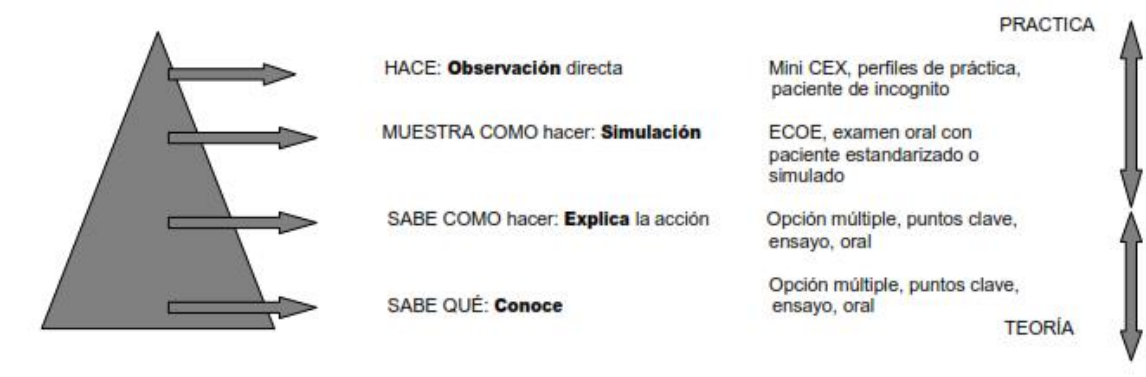
Miller (1990) desarrolló un modelo representado por una pirámide que incluye los diferentes niveles de capacitación en los que se sustenta la competencia profesional del médico y en los que a su vez se puede desarrollar la evaluación, en la base de la pirámide sitúa los conocimientos que un profesional necesita para desempeñar sus tareas de manera eficaz ”sabe”, en el siguiente nivel la capacidad del profesional para utilizar los conocimientos “sabe cómo”, en tercer nivel es cómo actuaría y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

llevaría a cabo sus funciones si se encontrara en una determinada situación ”muestra cómo”, finalmente en el vértice se sitúa la actuación, lo que exige una observación directa del profesional, su práctica habitual con pacientes y situaciones clínicas reales “hace”. Este modelo resume muy bien el constructo de la competencia y permite operacionalizar su evaluación y en particular la elección de los instrumentos para evaluar cada nivel. (Figura 1). [50]

Figura 1. Pirámide de competencia de Miller [50]



PIRAMIDE DE MILLER

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

II Nivel, Saber Cómo: Comprende también cómo se interrelaciona los conocimientos y la manera de integrarlos ante una situación concreta. Utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio (valores y ética) asociados a su profesión, para desempeñarla de manera eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica.

III Nivel, Demostrar Cómo: Valora también habilidades, el cómo se aplican las competencias que poseen ante una situación similar a la realidad. El mostrar cómo implica el ser capaz de hacer algo a través del desempeño observado, la ejecución, realización, actuación o funcionamiento y que ello pueda ser evaluado de alguna forma.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IV Nivel, Hacer: Evalúa el desempeño real de la práctica profesional. El hacer lo constituye la acción de una actividad y de su práctica, evaluada a través de estándares establecidos previamente.[50]

II.A.IV. EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA CLÍNICA.

No existe una forma única para evaluar el desempeño de las competencias clínicas. Las evaluaciones clínicas tradicionales han mostrado tener serias limitaciones en términos de su validez y confiablidad. De acuerdo al enfoque que prefiere cada autor, a lo largo de las últimas décadas se documenta la utilidad de ciertas herramientas que se emplean para la evaluación de competencias clínicas, algunas de las utilizadas son las siguientes:

Exámenes escritos (opción múltiple, respuesta a preguntas cortas, ensayo estructurado). Examen oral. Evaluación con lista de cotejo. Examen clínico objetivamente estructurado. Evaluación con pacientes. Revisión de registros. Simulaciones y modelos. Revisiones de videos del desempeño ante paciente. Evaluaciones por tutores clínicos. Evaluación emitida por el paciente. Autoevaluación.[52]

Las técnicas y protocolos de la evaluación por competencias (EC) que se han implementado en escenarios clínicos se basan en la observación directa del actuar profesional con pacientes reales o en entornos que simulan situaciones clínicas. Los principales instrumentos de la EC se pueden clasificar en tres categorías:

- Técnicas de evaluación por observación directa (TOD) en contextos clínicos reales.
- Técnicas de evaluación indirecta (TEI) en situaciones clínicas reales o simuladas.
- Técnicas de evaluación de conocimiento y razonamiento clínico (TCR). [54]

La Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE) es un formato de examen que incorpora diversos instrumentos evaluativos y se desarrolla a lo largo de sucesivas estaciones que simulan situaciones clínicas. La potencia de este formato radica en la mezcla de métodos de evaluación, de manera que es capaz de explorar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

suficientemente tres de los cuatro niveles de la pirámide de Miller: saber, saber cómo y demostrar cómo.[55]

II.B. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR.

En concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud 2013-2018, la Dirección de Prestaciones Médicas modernizará el primer nivel de atención institucional a través del Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar, definido como el fortalecimiento de los procesos de la Atención Primaria a la Salud, para integrar la prevención y asistencia médica familiar, con equipos transdisciplinarios que serán coordinados por el Médico Familiar.[57]

El Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar obedece a las siguientes razones principales:

Situación epidemiológica y demográfica. El control de las enfermedades infecciosas y la disminución de la mortalidad infantil y la fecundidad provocaron un aumento en la esperanza de vida en los últimos años. El envejecimiento de la población provocó cambios en el perfil epidemiológico al ocupar las enfermedades crónicas no trasmisibles los primeros lugares de morbilidad y mortalidad. Tal situación se ha traducido en una creciente demanda de servicios de salud de la población derechohabiente, particularmente de los adultos mayores.

Situación actual del Sistema de Medicina Familiar. Aunque ha habido adelantos en la atención preventiva integrada, los servicios se otorgan de manera fragmentada, centrado en la consulta reactiva ante la enfermedad, tiempos de espera prolongados, bajo nivel de desempeño de los servicios preventivos y curativos, así como, falta de continuidad en los procesos de atención.

Sobredemanda de la atención en las Unidades de Medicina Familiar, lo que limita la capacidad resolutiva y la satisfacción de los derechohabientes y prestadores de los servicios.

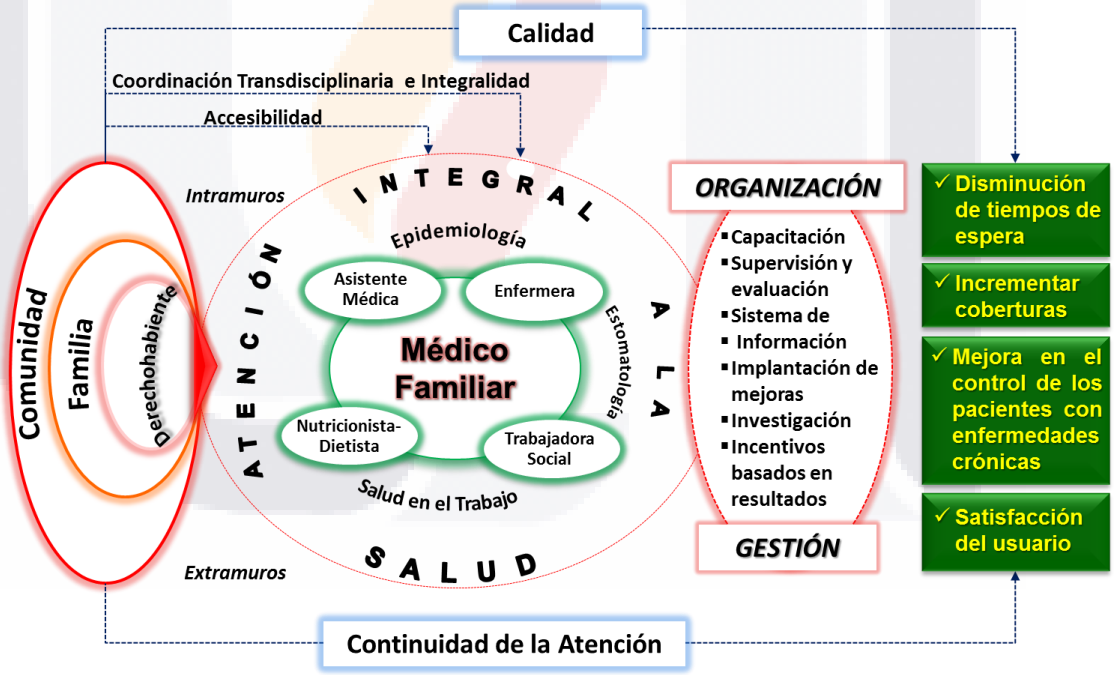
Escasa responsabilidad de los derechohabientes y las familias en el cuidado de su salud.[57]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar (FSMF) tiene como parte medular la Atención Integral a la Salud, que a través del Médico Familiar – líder del equipo – garantiza la continuidad de la atención de los pacientes en coordinación transdisciplinaria con un equipo de salud, en el que participa la Enfermera Especialista en Medicina de Familia (EEMF), Asistente Médica, Trabajadora Social, Trabajador Social Clínico, Nutricionista Dietista, Médico No Familiar Epidemiólogo, Salud en el Trabajo y Estomatólogo, (Figura 2). El proceso de atención aborda la dimensión comunitaria, del núcleo familiar e individual. El presente modelo está diseñado para implementarlo en las Unidades de Medicina Familiar participantes en la prueba piloto.[58]

Figura 2. Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina de Familia



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II.B.I. PASOS PARA LOGRAR EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA DE FAMILIA (ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD).

PASO 1

Elaboración del Diagnóstico de Salud de la Unidad de Medicina Familiar y la Situación de Salud por consultorio. Este documento proporciona información específica de la situación de salud de la población usuaria de cada consultorio para aplicar las medidas preventivas o correctivas. Es la ejecución de una metodología que permite la detección de diversas problemáticas y su importancia en el cumplimiento de los objetivos trazados por la Unidad Médica en el Diagnóstico de Salud.[58]

PASO 2

Conformación de los Equipos de Salud para la Atención Integral. Esta integración o conformación de los equipos de salud le corresponde al Médico Familiar, el cual, una vez que tenga la situación de salud y su pirámide poblacional, hará el análisis correspondiente para establecer las prioridades de atención que requiera su población, con base a los temas relevantes y estratégicos que se mencionan en el FSMF como diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, sobrepeso, vigilancia prenatal, entre otras.[58]

Convocará a reunión de trabajo a la EEMF, Nutricionista Dietista, Trabajadora Social, Trabajador Social Clínico, Estomatólogo y Asistente Médica, de acuerdo a la plantilla de la unidad.[58]

En esta reunión de evaluación de fin de cada mes, el Médico Familiar habrá recibido del Jefe de Servicio de Medicina Familiar los resultados obtenidos en sus indicadores y sus impactos en salud, lo que les permitirá evaluar cada resultado y con ello, establecer nuevas estrategias para alcanzar los objetivos y metas propuestas.[58]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

PASO 3

Capacitación al equipo de salud en Atención Integral a la Salud y Difusión. La capacitación y difusión tienen como propósito sensibilizar y fortalecer las competencias del equipo de salud para el FSMF Familiar. Estará dirigida al personal de base y confianza de ambos turnos de las Unidades de Medicina Familiar.[58]

El FSMF se deberá difundir y promocionar en dos vertientes:

- La primera a todo el personal de la Unidad de Medicina Familiar, profesional, técnico, administrativo y de servicios generales, con el propósito de lograr la participación de todos ellos en su implementación y desarrollo.
- La segunda, a la población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar para dar a conocer la reorganización de los servicios y propiciar su participación activa en este proceso.[58]

Para la promoción y la difusión se utilizarán diferentes medios, tales como: conferencias, entrevistas, carteles, periódicos murales, cartas, electrónicos, entre otros.[58]

PASO 4

Implementación de la Atención Integral a la Salud. La Unidad de Medicina Familiar reorganizará sus servicios con base en sus recursos y estructura física, siempre y cuando se cumpla con los objetivos y cambios esperados del FSMF.[58]

Al derechohabiente que solicite un servicio en la Unidad de Medicina Familiar, el personal de salud que lo atienda realizará las siguientes acciones:

- Revisa la Cartilla Nacional de Salud y en su caso refiere al módulo de la EEMF para que se le otorguen las acciones relacionadas con la Atención Integral a la Salud.
- El Médico Familiar deriva al paciente crónico degenerativo controlado de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad Respiratoria y Sobrepeso y Obesidad, a la mujer embarazada de bajo riesgo, niño sano,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

adulto mayor, mujer y hombre usuario y no usuario de planificación familiar, con la EEMF, para su Atención Integral a la Salud.

- Realizar consultas a familias con factores de riesgo por el Médico Familiar.
- Proporcionar orientación médica telefónica al menos en los siguientes horarios:
  - Médicos Familiares: en el traslape de cambio de turno (de 14:00 a 14:30 hrs.) o al final de la jornada vespertina (de 20:00 a 20:30 hrs.)
  - Médicos Generales asignados a la consulta de medicina de familia: para el turno matutino de 14:00 a 16:00 hrs. y para el turno vespertino de 12:00 a 14:00 hrs.
- Apego del 100% a las Guías de Práctica Clínica para garantizar la calidad de la atención y la prescripción razonada de medicamentos, de estudios de laboratorios, de rayos X y días de incapacidad.
- La EEMF otorgará atención integral a la salud al paciente crónico degenerativo controlado de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad Respiratoria y Sobrepeso y Obesidad, a la mujer embarazada de bajo riesgo, niño sano, adulto mayor, mujer y hombre usuario y no usuario de planificación familiar, derivados por el Médico Familiar.
- La EEMF realizará Visita Domiciliaria Integral en consenso con el Médico Familiar.
- La EEMF realizará visitas a comunidad para otorgar acciones relacionadas con la atención integral a la salud.[58]

PASO 5

Supervisión y evaluación del desempeño.

Supervisión. La supervisión de la implementación del FSMF se llevará a cabo por nivel central con duración de tres días de manera mensual, para verificar los avances. Para ello se utilizarán cédulas de supervisión de los procesos que se llevan a cabo en las unidades médicas de primer nivel de atención. Se conformarán ocho equipos de FSMF, con integrantes de las Unidades de Atención Primaria a la Salud

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y de Educación, Investigación y Políticas en Salud. La supervisión delegacional y operativa se llevará a cabo conforme al cronograma local.[58]

Evaluación. La evaluación del proyecto de FSMF estará orientada a evaluar la calidad del desempeño de las Unidades Médicas (UMF), a través de indicadores trazadores de los procesos implementados y de resultado de los problemas más frecuentes, así como estudios de opinión.[58]

Los 15 indicadores seleccionados se medirán por consultorio médico con periodicidad trimestral. Para cada indicador se obtendrá una medición basal por consultorio, que corresponderá al logro obtenid, misma que servirá para establecer cada una de las metas. [58]

II.B.II. VARIABLES A EVALUAR

Concentración de la atención con médico regular

Informes de los pacientes sobre la proporción de visitas al médico familiar en relación con el número total de visitas a cualquier médico de la UMF.

Concentración de la atención con la UMF

Informes de los pacientes sobre la proporción de visitas a la UMF en relación con el número total de visitas a cualquier clínica privada o pública.

Continuidad relacional (o conocimiento acumulado)

La confianza que los médicos familiares conocen la historia clínica y la situación personal y se encargará de la atención de manera continua

Información de la continuidad

La confianza en que si las necesidades del paciente para ver a un médico alternativo, el médico familiar recibirá información sobre esta visita

Accesibilidad organizacional

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Conveniencia de la ubicación de la clínica y el horario de atención, los tiempos de espera para recibir la cita, y la facilidad de comunicarse con la clínica y el médico familiar por teléfono y otros medios.

La capacidad de respuesta de servicio a los pacientes

Percepciones de los pacientes de la forma en que son tratados, como la actitud y la eficiencia del personal de recepción de la UMF y los retrasos en la sala de espera.

Accesibilidad Primer contacto (cara a cara y por teléfono)

La confianza que los pacientes podrían obtener asesoramiento u orientación con alguno de sus proveedores regulares si de repente enfermaran y necesitaran de cuidado en distintos momentos del día

Integralidad (atención a la salud y cuidados preventivos)

Recuerdo de la promoción de la salud y la atención preventiva Paciente recibió (lista varía dependiendo de la edad y el sexo)

La opinión de los pacientes sobre los servicios prestados por Enfermería

El deseo o no de ser atendido por una enfermera para la promoción de la salud, prevención de enfermedades, el tratamiento de heridas leves o enfermedades de menor importancia, y el seguimiento de los problemas de salud a largo plazo

Coordinación médico-enfermera

La confianza en que la enfermera y el MF se comunicarán con respecto a la visita con la enfermera y que el MF conoce la calidad de la atención recibida de la enfermera.

Coordinación MF-especialista

La confianza en que el MF y médico no familiar colaborarán y se comunicara para la atención de los pacientes.

Colaboración intra-UMF

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La confianza que los proveedores de cuidado de la salud de la UMF colaborarán en y comunicar sobre el cuidado de los pacientes (la enfermera y el médico o la colaboración médico familiar y otros médicos).

El uso de los servicios de urgencias

Informes de los pacientes sobre el uso de cualquiera de los tipos de servicios de urgencias.

Percepciones generales de los pacientes sobre la UMF

Alcance de la información sobre UMF previstas y la opinión sobre si hay más ventajas que desventajas en las UMF.

II.B.III. CAMBIOS ESPERADOS DEL FSMF

Coordinación bajo el liderazgo del Médico Familiar entre los integrantes del equipo de salud existentes en la unidad médica.

Adaptación en la asignación de las citas médicas a las necesidades de salud de la población, para evitar tiempos de espera prolongados.

Incorporación de la población adscrita a Médico Familiar, en las estrategias educativas de promoción de la salud, que se llevan a cabo en la unidad.

Participación y corresponsabilidad del Médico Familiar y del equipo de salud en la atención Integral a la salud en su población adscrita.

Incremento en el número de pacientes controlados con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y embarazo.

Priorización de la atención de los trabajadores asegurados en la consulta.

Cumplimiento del programa de receta resurtible.

Cumplimiento de la expedición razonada de medicamentos, de estudios de laboratorios, de rayos X y días de incapacidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Implementación de la orientación médica telefónica.

Incorporación de la consulta familiar en pacientes con baja adherencia terapéutica y familias en crisis.

Incorporación de las consultas grupales a derechohabientes con factores de riesgo comunes en la agenda del Médico Familiar.

Atención de pacientes con padecimientos de bajo riesgo por la EEMF.

Atención de los pacientes crónicos controlados por la EEMF (intra y extramuros).

Ampliación de servicios de Enfermería en la comunidad (guarderías, escuelas, empresas).

Atención de la subsecuencia de pacientes con accidentes de trabajo por los médicos de salud en el trabajo.

Seguimiento a los pacientes con resultado anormal en las detecciones de la población adscrita al consultorio médico, por la Enfermera Especialista de Medicina de Familia hasta la valoración por el especialista.

Vinculación entre los diferentes niveles de atención que coadyuven a la atención oportuna, capacidad resolutiva de la unidad y al seguimiento de los pacientes.

Mejora de la calidad de los registros de las actividades del equipo de salud. (Figura 3).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Figura 3. Áreas de acción del Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina de Familia

Diagnóstico de salud por consultorio y Diseño de la intervención.	**Receta Resurtible**	**Atención a subsecuencia de riesgos de trabajo por Salud en el Trabajo.**
Atención integral por Enfermera Especialista en Medicina de Familia	**Consulta grupal a pacientes con padecimientos crónicos.**	**Insulinización oportuna a pacientes con Diabetes Mellitus**
Seguimiento extramuros por EEMF	Prescripción razonada • Laboratorio • Radiodiagnóstico • Envíos a otro nivel. • **Incapacidades**	**Orientación médica telefónica por su médico familiar**

II.C. MEDICO FAMILIAR

DEFINICIÓN

Se han propuesto varias definiciones del médico de familia, el médico de familia es un generalista que acepta a toda persona que solicita atención médica, al contrario de otros profesionistas o especialistas que limitan sus servicios en función a edad, sexo o diagnóstico de los pacientes.[12]

Para Rivero la Medicina Familiar, también llamada Medicina de Familia, Family Practice, es la especialidad médica efectora de la Atención Primaria de Salud (APS), que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia y el individuo, y tiene como base el método clínico-epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.[34]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El Consejo Americano de Medicina Familiar definió la Práctica Familiar como: la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento y su alcance no está limitado por la edad, sexo, órgano, sistema o entidad mórbida.[34]

El advenimiento de la Medicina Familiar en México ocurrió como consecuencia del proceso de desarrollo industrial del país y por influencia de otros países, particularmente los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), Canadá y Reino Unido.[35]

Los orígenes de la medicina familiar en México pueden rastrearse hasta el año de 1953. La atención de la medicina general se encontraba en una etapa de pobre organización. Los médicos tenían poco conocimiento de los problemas de sus pacientes y se abusaba de la visita domiciliaria. Ante esta situación, un grupo de médicos que laboraba en el IMSS, en Nuevo Laredo, Tamaulipas, planteó la posibilidad de estructurar el sistema de atención médica e inició un ensayo dirigido a valorar su propuesta. En 1954, el IMSS presentó, en un seminario de seguridad social, celebrado en Panamá, un trabajo denominado “El médico de la familia”, basado en la experiencia obtenida. En esta propuesta se delimitaban las características de las acciones que este profesional debería desarrollar, sobresaliendo el hecho de que atendería núcleos de población bien determinados y que trabajaría en equipos de médicos.[26]

II.C.I. FUNCIONES DEL MEDICO FAMILIAR

La atención médica es la función profesional que desempeña el médico cuando aplica el conocimiento y la tecnología de la medicina –y de otras disciplinas afines- al manejo de un problema particular de salud, de personas o de grupos, en el marco de una interacción social entre el médico y quien requiere de sus servicios. Esta atención ocurre en el seno de diversos grupos sociales –familia, escuelas, empresas, equipos deportivos-, y se efectúa en espacios muy diversos; en el domicilio del paciente, la cama del hospital, en el consultorio y la sala de urgencias, etc. Su realización se expresa en la asistencia oportuna al paciente o a grupos de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

individuos, a través de actividades múltiples; sea ya una consulta, o examen clínico, una inmunización, o consejo genético, una intervención quirúrgica, o procedimiento diagnóstico, un estudio histopatológico; en fin, su sinnúmero de actividades que involucran la aplicación del saber en las diversas formas profesionales de ejercer la práctica médica.[26]

El médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte. El médico familiar es un profesional entrenado y orientado a la atención integral y continuada a todo individuo que solicite atención médica, y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud cuando sea necesario.[12]

Existen cinco grandes áreas de práctica profesional del médico de familia:

Área de atención al individuo: La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente, para lo cual debe poseer conocimientos y habilidades para hacer un buen diagnóstico y tratamiento.

Área de atención a la familia: La base de la medicina familiar es la interacción del médico con el individuo y la familia, ya que esta tiene una importancia trascendental en el individuo. Su aspecto negativo puede ser generadora de enfermedad, y perturbadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas. Su lado positivo es un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud, en el cuidado y resolución de problemas cuando uno de ellos enferma.

Área de atención a la comunidad: La necesidad del conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma, tanto sanitarios como de los otros sectores. La OMS afirma: “La atención primaria forma parte del sistema de atención para la salud del que constituye su función central y su núcleo principal”. En nuestro país se decretó en 1978 que la medicina familiar y comunitaria proporcionara la salud y prevendrá la enfermedad y desarrollara la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario.

Área de docencia e investigación: En este rubro, el médico familiar debe de hacer especial énfasis para mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional mediante distintas facetas, principalmente autoformación, formación continuada

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dentro del equipo de atención primaria y docencia a otros profesionales, ayudando a la formación de médicos de pregrado y en la formación de futuros médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria.

Área de apoyo: La interacción efectiva del médico familiar con otros integrantes del equipo de interacción primaria es fundamental, ya que el enfermo recibe una mejor atención, proporciona mayor satisfacción profesional, previene la duplicidad de esfuerzos y facilita el enfoque biópsico-social. [12]

II.D. INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS.

DEFINICIÓN:

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como : tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre; siendo la infección respiratoria aguda la primera causa de morbimortalidad en nuestro medio, como también de consulta a los servicios de salud y de internación en menores de cinco años.[32]

Para algunos autores, los niños presentan entre 7 y 10 episodios de IRA por año, que son en su mayoría, leves y auto limitados, pero representan un trabajo enorme para los servicios de salud. Un grupo de niños, especialmente los que poseen factores de riesgo, pueden cursar hacia una neumonía o una enfermedad más grave, la cual aumenta la posibilidad de muerte y requiere atención hospitalaria.[17]

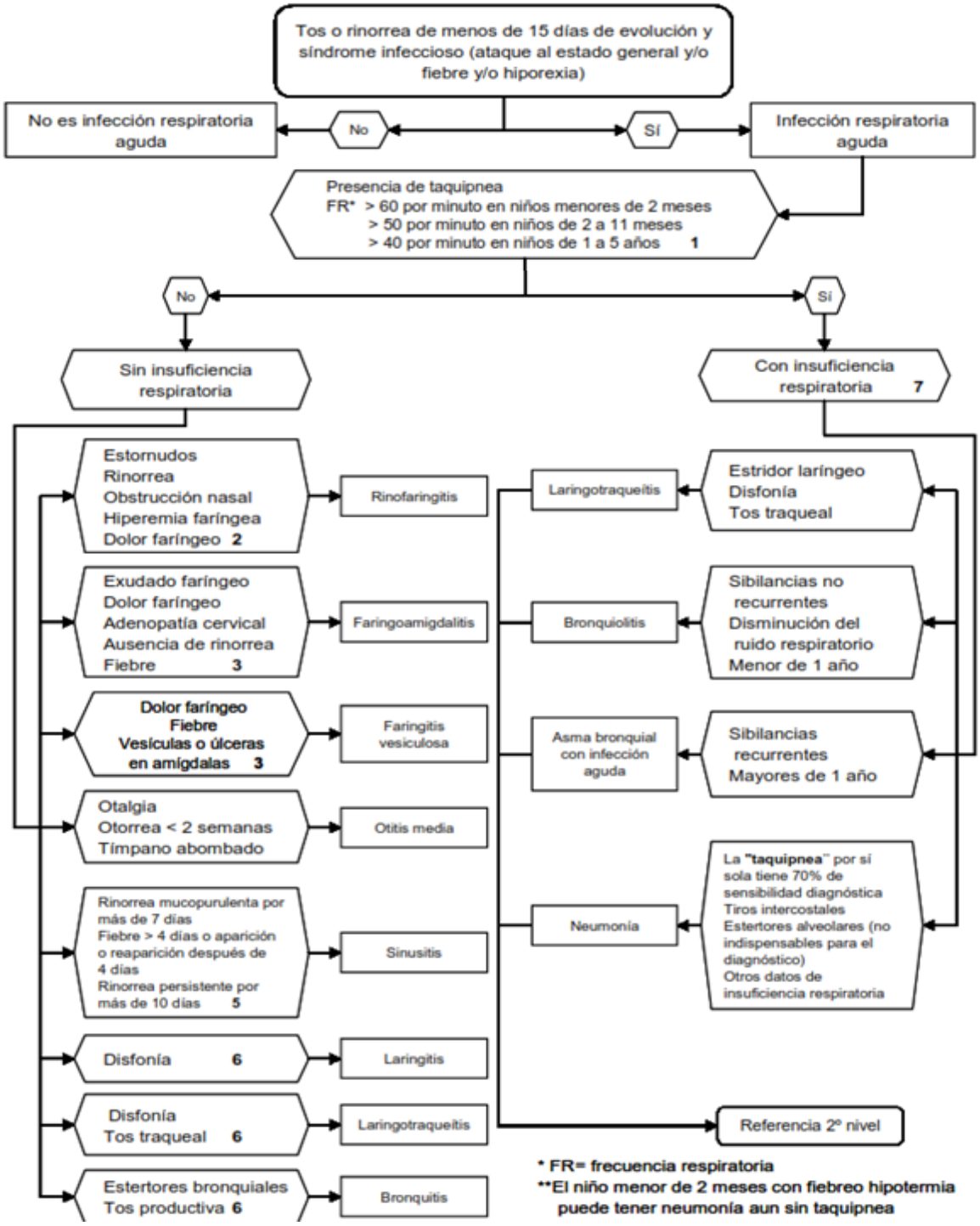
II.D.I. CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las infecciones respiratorias agudas se clasifican en función o no de la presencia de insuficiencia respiratoria, en base a este síntoma se puede hacer la siguiente división:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Figura 4. Algoritmo de la identificación de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II.D.I.A. IRA SIN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Dentro de este tipo de IRA, la rinofaringitis, la faringoamigdalitis y la otitis media constituyen el 87.5% del total de los episodios y la vasta mayoría son causadas por virus.

OTITIS MEDIA

Es una enfermedad del oído medio, que se caracteriza por la presencia de líquido, asociada a signos y síntomas de inflamación local, de la caja timpánica, celdillas mastoideas y la Trompa de Eustaquio.[60] Es causada en 80% de los casos por bacterias, entre las bacterias principales tenemos a el *Streptococcus pneumoniae* (40%), *Hemophilus influezae* (25-30%), *Maroxella catarrhalis* (10 a 20%); menos frecuente: streptococos del grupo A (3%), *S. aureus* (2%), y *P. Aeruginosa* 1 a 2%). Dentro de los virus más frecuentes encontramos la presencia de: *virus sincitial respiratorio* (49%), *virus parainfluenza* tipo 1, 2 y 3 (13.6), *virus influenza* tipo A y B (12.9%, *rinovirus* (6.8), *adenovirus* (4.8%).[27]

Son factores de riesgo para OMA: asistencia a guardería, exposición ambiental a humo de cigarro y otros irritantes respiratorios y alérgenos que interfieren con la función de la trompa de Eustaquio. Falta de alimentación con leche materna, posición supina para la alimentación. Uso de chupones. Anormalidades craneofaciales. Deficiencias inmunológicas. Reflujo gastroesofágico.[60]

<u>Síntomas</u>

El primer síntoma de la OMA es la hipoacusia. En segundo lugar pero como síntoma predominante en la OMA está la otalgia, que en lactantes es el primer síntoma. La caja timpánica se llena de exudado infectado (pus), trasformandose en un absceso teniendo como única salida la membrana timpánica por lo que ésta cambia sus características abombándose. La necrosis de la membrana tiampanica causa su rotura con la consecuente salida de material purulento, precedido de líquido hemorrágico por el estallido de la membrana. En este momento se presenta la otorrea, la fiebre baja, la otalgia desaparece y la hipoacusia mejora; el paciente siente alivio. En ocasiones antes de la ruptura de la membrana timpánica puede

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

existir acufeno, vértigo o sensación de inestabilidad, incluso se puede presentar una parálisis facial ipsilateral.[27]

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de OMA en niños se requiere de una combinación de historia de inicio agudo de signos y síntomas, presencia de líquido en oído medio, identificación de signos y síntomas de inflamación del oído medio mediante otoscopio neumático.[60]

Tratamiento

Los antimicrobianos deben indicarse cuando se requiere reducir la morbilidad que no puede disminuir con el uso de analgésicos. Se recomienda utilizar amoxicilina a dosis de 80 a 90 mg/kg de peso por día durante 5 a 10 días.[60]

Si el paciente es alérgico a la penicilina una opción es la eritromicina de 50mg/kg/día dividida en cuatro dosis o claritromicina a 15mg/kg/día en dos dosis. En caso de que esta terapéutica no produzca una mejoría en las primeras 48 a 72 horas, un buen antibiótico de segunda elección es cefuroxima 30mg/kg/día en dos dosis.[27]

FARINGOAMIGDALITIS O FARINGITIS.

La Faringoamigdalitis es una infección de la faringe y amígdalas, afecta a ambos sexos a todas las edades pero es mucho más frecuente en la infancia. Se ha documentado que la etiología más común de este padecimiento es de origen viral con un 90% en adultos, pero aproximadamente 15% de los episodios pueden deberse a estreptococo beta hemolítico del grupo A. [61]

Signos y síntomas

Los principales signos y síntomas de la enfermedad han sido clasificados conforme la edad y la etiología, en los menores de tres años (viral); cursan con un cuadro leve y muy variable o inclusive con fiebre, vómitos, tos, edema, eritema de faringe y amígdalas, conjuntivitis y rinitis.[27]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Randolph et al., describieron los criterios clínicos de la infección estreptocócica según la edad:

Lactantes:

• Irritable pero no agudamente enfermos.

• Fiebre baja e irregular.

• Secreción nasal serosa.

• Narinas escoriadas.

• Respuesta espectacular a la penicilina.

Niño preescolar:

• Fiebre, vómito, dolor abdominal.

• Habla nasal sin rinorrea mucoide.

• Mal aliento característico (halitosis).

• Secreción mucoide posnasal.

• Enrojecimiento faríngeo difuso.

• Dolor al abrir la boca.

• Ganglios cervicales anteriores dolorosos.

• Es común la otitis media.

Niño en edad escolar:

•Presentación aguda: fiebre (90%), cefalea (50%).

•Signos locales y sistémicos; disminuyen después de 24 h.

•Faringe enrojecida difusa, de moderada a muy enrojecida.

•Lengua roja con papilas hipertróficas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

•Paladar blando enrojecido.

•Dolor al deglutir.

• Exudados en amígdalas o faringe (29%).

• Ganglios linfáticos grandes y dolorosos en la región cervical anterior.[27]

Diagnóstico

El cultivo faríngeo continúa siendo el estándar de oro, es excelente en medios hospitalarios, pero poco disponible, solicitado y/o mal interpretado. El porcentaje de aislamiento es entre 11 y 63%, además el estado de portador es hasta de 35%, en escolares. Han aparecido diversas pruebas para *S. pyogenes,* basadas en la identificación de sus polisacáridos en las muestras clínicas. La sensibilidad es muy variable (50 a 70%) y la especificidad de 92 a 100%, por lo tanto deben interpretarse bajo criterio médico y de ser posible en comparación con el cultivo.[27]

Tratamiento

Faringoamigdalitis viral: el tratamiento es inicialmente sintomático durante los primeros tres días.[60]

Faringoamigdalitis bacteriana: menores de 6 años o <27 kg, 600 000 UI de penicilina G benzatínica (PGB) intramuscular en dosis única; mayores de 6 años o >27 kg, 1 200 000 UI de penicilina G benzatínica (PGB) intramuscular en dosis única; amoxicilina 40 a 80 mg/kg/día cada ocho horas por 7 a 10 días. En caso de hipersensibilidad a penicilina: eritromicina o claritromicina a 15mg/kg/día cada 12 horas por 7 días.[27]

RINOFARINGITIS

El resfriado común es una enfermedad viral aguda, autolimitada, de carácter benigno, transmisible llamado también «catarro común», «resfrío», «rinofaringitis» o «nasofaringitis», constituye 50% de las infecciones de las vías respiratorias superiores. Los virus más implicados son: *rhinovirus*, *adenovirus*, *coronavirus*, *parainfluenza, sincicial respiratorio*; *influenza A* y algunos *echovirus* como *Coxsackie* A. [32]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Síntomas

Después de un periodo de incubación que varía de dos a cinco días, aparecen los síntomas predominantes del resfriado común como rinorrea, obstrucción nasal y estornudos. Otros síntomas son: tos, dolor de garganta, cefalea y malestar general; la fiebre varía en intensidad y frecuencia; puede haber sintomatología en otros sistemas como vómitos, diarrea, dolor abdominal, mialgias e irritación ocular.[62]

Diagnóstico

El antecedente epidemiológico actual contribuye a establecer el diagnóstico. Pero el cuadro clínico, que es característico y autolimitado, es la base del diagnóstico.

El diagnóstico específico y los exámenes auxiliares son innecesarios por lo autolimitado de la enfermedad, solo se emplearía con fines epidemiológicos.[27]

Tratamiento

No se cuenta todavía con un tratamiento específico, eficaz para el resfriado común, por lo cual, básicamente se procura aliviar los síntomas. No hay medicamentos específicos antivirales disponibles para erradicar los virus que causan los resfriados.[62]

SINUSITIS

La sinusitis, definida como la inflamación de uno o más de los senos paranasales, en su forma aguda generalmente es precedida por una IRA viral con invasión bacteriana subsecuente de los senos por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, o *Moraxella catarrhalis*. Afecta a toda la población sin predominio de sexo o edad y se puede encontrar asociado a importantes factores de riesgo que influyen en su presentación recurrente.[32]

Síntomas

Se caracteriza por la presencia de rinorrea purulenta, obstrucción nasal, dolor facial, así como fiebre, tos, fatiga, hiposmia o anosmia, dolor dental maxilar y plenitud ótica.[52]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Diagnóstico

El diagnóstico clínico de sinusitis bacteriana requiere cumplir con los siguientes datos en los adultos y niños mayores: síntomas y signos persistentes de rinofaringitis con tos (más de 7-10 días) o cuadro clínico de infección respiratoria alta severa, como fiebre mayor de 39°C, inflamación o dolor facial o cefalea. En los niños pequeños, el diagnóstico puede elaborarse en presencia de un cuadro de rinofaringitis con tos de más de 7-10 días sin mejoría. La rinorrea mucopurulenta deberá considerarse como un dato de importancia para el diagnóstico sólo cuando es persistente por más de 7 días.[21]

Los estudios radiológicos de senos paranasales no son recomendados para el diagnóstico, ya que ha sido demostrada una elevada frecuencia de hallazgos anormales en los casos de cuadros virales.[21]

Tratamiento

El esquema recomendado es amoxicilina 500mg cada 8 horas durante 10-14 días, en caso de alergia utilizar Trimetoprima/Sulfametoxazol 160/800mg cada 12 horas durante 10 a 14 días. Oximetazolina al 0.5% 3 a 4 veces al día por 3 a 4 día. Paracetamol a 500mg cada 6 horas por vía oral en caso de fiebre o dolor.[52]

Dentro del tratamiento no farmacológico se incluye, tratamiento adecuado de alergias e IRA y evitar humo de cigarrillo, alergénicos, contaminación y trauma bárico.[52]

LARINGITIS, LARINGOTRAQUEITIS Y BRONQUITIS

Aunque la laringitis y la traqueitis pudieran considerarse como infecciones respiratorias bajas, con mucha frecuencia acompañan a los síndromes respiratorios altos, particularmente a la rinofaringitis o catarro común. La ronquera o pérdida completa de la voz es el signo característico de la laringitis, mientras que la tos acompañada de dolor retroesternal es un dato de traqueitis. En ambos casos, casi siempre la etiología es de origen viral, sobre todo en ausencia de insuficiencia respiratoria aguda; los virus más frecuentes son parainfluenza, rinovirus, adenovirus e influenza.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El diagnóstico de bronquitis se establece principalmente por la presencia de tos productiva sin otros datos específicos de infección respiratoria aguda; los agentes asociados a estos cuadros han sido virus parainfluenza, sincicial respiratorio e influenza.

El principal objetivo del tratamiento de los niños con LTA es controlar la vía respiratoria y este control de la dificultad respiratoria es más importante que cualquier otra prueba.

II. D.I.B. IRA CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

En niños pequeños, laringitis y traqueitis pueden ocasionar edema subglótico severo con obstrucción parcial de las vías aéreas, lo que ocasiona tos característica con estridor laríngeo inspiratorio conocido como crup.

NEUMONÍA

La tasa de mortalidad por neumonía es considerable en lactantes y niños menores de cinco años (2% a 7%). Se estima que más de cuatro millones de niños mueren anualmente por esta condición. Los factores de riesgo para morbilidad y mortalidad en neumonía son: edad, bajo peso al nacer, alto grado de desnutrición, bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, no lactancia materna, inmunizaciones incompletas y tabaquismo.[32]

El 80% es causado por dos bacterias: *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*.[21]

<u>Síntomas</u>

La neumonía en la mayoría de las veces está precedida por coriza, lo que sugiere infección viral del aparato respiratorio superior. El período de incubación es corto, dos a tres días. El inicio es brusco, con rinorrea, fiebre, estado tóxico, en los niños mayores es frecuente el dolor costal por irritación pleural.[32]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El examen físico del tórax del niño con neumonía bacteriana puede revelar muchos datos, los cuales varían desde sonidos respiratorios bronquiales (estertores crepitantes, hipoventilación y aumento de las vibraciones vocales), aumento de la frecuencia respiratoria, tirajes intercostales y subcostales, que nos indican inflamación parenquimatosa, hasta falta de ruidos respiratorios con matidez en la percusión, que sugiere presencia de líquido pleural.[27]

Diagnóstico

A los pacientes con neumonías graves o en quienes se sospeche complicaciones se les debe realizar idealmente radiografía de tórax AP y lateral para la confirmación del diagnóstico. Otros estudios: hemograma, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva, pueden ser sugestivos de infección bacteriana pero no son contundentes, puesto que son marcadores inespecíficos de inflamación. El diagnóstico de la etiología bacteriana es muy difícil en neumonía, por este motivo se recomienda el hemocultivo a pesar de que la positividad del estudio varía del 10% a 20%.[32]

Tratamiento

Los niños menores de dos meses de edad con neumonía y frecuencia respiratoria mayor de 60/minuto o tirajes muy marcados se consideran graves y requieren de tratamiento hospitalario; la administración de antibióticos es por vía parenteral. La asociación de ampicilina más aminoglucósido a dosis adecuadas ha sido ampliamente utilizada en nuestro medio y en todas las latitudes.[32]

Los lactantes de dos a 11 meses de edad que se presenten con aumento de frecuencia respiratoria no mayor de 50/minuto y sin tirajes subcostales, ni signos de peligro se clasifican como neumonía y deben ser tratados en forma ambulatoria con fármacos orales tales como: amoxicilina, ampicilina o trimetoprim-sulfametoxazol V.O. o penicilina procaínica I.M.[32]

En los niños mayores de dos meses a cinco años de edad, el aumento de la frecuencia respiratoria mayor de 50/minuto y la presencia de tirajes subcostales nos permiten clasificarla como neumonía grave y necesariamente el tratamiento es hospitalario, proporcionando cobertura contra *Streptococcus pneumoniae* y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Haemophilus influenzae. Por lo tanto, la penicilina G cristalina o la ampicilina es el tratamiento de elección. [32]

II.D.II. IMPORTANCIA

La infección respiratoria aguda es la primera causa de enfermedad en México; igualmente es el primer motivo por el cual se busca atención médica. La enfermedad se presenta en todos los grupos etarios; sin embargo, dos terceras partes de los casos observados en la población general ocurren en pacientes pediátricos; aproximadamente una tercera parte suceden en menores de 4 años de edad. [15]

Según la OMS estima que unos 6,3 millones de niños murieron antes de cumplir los cinco años en 2013. Más de la mitad de esas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles. Las principales causas de muerte entre los menores de cinco años son la neumonía, las complicaciones por parto prematuro, la asfixia perinatal y la malaria.[19]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

III. JUSTIFICACION

Según las estimaciones, unos 6.9 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años en 2011. Más de la mitad de esas prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles. De acuerdo con las estadísticas oficiales, en México las IRA constituyen la primera causa de morbilidad y egreso hospitalario en los menores de 5 años, con frecuencia de 13 episodios por cada 100 consultas médicas. Lo anterior representa dos a cuatro episodios de IRA al año por niño los cuales pueden complicarse con neumonía grave.

Lo anteriormente descrito prevalece pese a que se han implementado diferentes programas así como medidas correctivas. Aunque ha habido adelantos en la atención preventiva integrada, los servicios se otorgan de manera fragmentada, centrado en la consulta reactiva ante la enfermedad, tiempos de espera prolongados, bajo nivel de desempeño de los servicios preventivos y curativos, así como, falta de continuidad en los procesos de atención; es por eso la necesidad de evaluar los nuevos modelos de salud que se implementan; como el modelo de fortalecimiento del sistema de Medicina Familiar, implementado en la UMF 11 como modelo a seguir en las demás unidades de medicina familiar del Estado de Aguascalientes.

Los esfuerzos para evaluar la competencia clínica no han sido sistemáticos ni completos y se requiere valorar la competencia clínica que nos permita fortalecerla. Es importante que los médicos familiares sean evaluados formativamente de forma sistemática, porque se utiliza como una herramienta para fortalecer el conocimiento y aptitudes de los médicos, así como emprender mayores compromisos con este sector de la población.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

IV.A. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

En la Delegación Aguascalientes del Instituto Mexicano del Seguro Social el primer nivel de atención lo conforma el Médico Familiar que atiende cerca del 80% de los pacientes derechohabientes.[7]

Hasta el año 2010, en el estado de Aguascalientes se cuenta con una población entre 0 y 5 años de edad de 719, 237 habitantes, de los cuales el 51.72% son mujeres y el 48.27% corresponde a la población masculina.[6] La Unidad de Medicina Familiar 11 IMSS Delegación Aguascalientes, cuenta con una población total de 100,074, de entre los cuales 47.12% son hombres y 52.87% son mujeres. La población de entre 0 y 5 años corresponde a 9030, del cual el 51.32% corresponde a hombres y el 48.67% a mujeres.[7]

El primer nivel de atención lo conforman, 6 UMF urbanas, (UMF 1, UMF 7, UMF 8, UMF 9, UMF 10, UMF 11), que dan atención a usuarios con 7835 consultas diarias. En estas unidades se brinda atención a 186.8 derechohabientes para cada médico familiar, donde se resuelve el 80% de los problemas de salud.[7]

IV.B.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

La evaluación de las capacidades clínicas desde la perspectiva de las competencias profesionales, nace de la necesidad de establecer sistemas de normalización y certificación de competencias laborales en México. Así surgió un proyecto de educación tecnológica y modernización que inició en septiembre de 1997 en nuestro país. Esta propuesta sustenta varios elementos, entre los que destacan dar vital importancia a la reforma de la educación superior y de postgrado, con el propósito de alcanzar el punto de excelencia en la formación de recursos humanos al nivel profesional, así como elevar la eficiencia, calidad y pertinencia con respecto a las necesidades de la población y de la planta productiva nacional.[43]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Es importante tener en cuenta que el bajo nivel de competencia puede ser debido a un predominio de ambientes en el que no se favorece el desarrollo de competencia profesional, y a la dificultad que aún existe para llevar la información generada por la investigación al uso cotidiano de los clínicos, y a la falta de seguimiento para la difusión, implantación y evaluación de guías de procedimientos clínicos.[69]

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las IRAs ocasionanl la muerte de 4.3 millones de niños menores de 5 años, representando así el 30% del totoal de defunciones anuales de niños de este grupo de edad. Las IRAs son causantes del 30 al 40% de las consultas, y de 20 al 30% de las hospitalizaciones en todos los paises.[29]

Según estimaciones de los ultmios años en las Américas, se registran más de 100.00 defunciones anuales de menores de un año por procesos respiratorias. Aproximdamente el 90% de las muerte se deben a neumonia; el 99% o más se producen en los países en desarrollo de América Latina y el Caribe.[30]

IV.C.DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018[10]. Cuyos objetivos son los siguientes

Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad.

Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.

Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectora de la Secretaria de Salud.[10]

IV.C.I. Normas: la norma oficial mexicana 031-SSA2-1999; en donde se establecen que los criterios que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento, y el desarrollo de los niños menores de 5 años.[13]

Guia de práctica clínica. Guía Clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas. 2003. [21]

Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar (FSMF): Modelo implementado en la UMF 11. El trabajo transdisciplinario proporcionará atención preventiva, curativa, de rehabilitación y cuidados paliativos al individuo, familia y comunidad, con la corresponsabilidad para el cuidado de su salud, mejorar la calidad de vida y obtener resultados positivos e impactos en salud.[48]

IV.D. DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

La competencia clínica para el diagnóstico de la infección respiratoria aguda no se ha identificado con precisión. Esta descrito que el porcentaje de congruencia clínico-diagnóstico-terapéutico según los criterios para el diagnóstico de la Norma Oficial Mexicana (NOM) es alarmantemente bajo (26.8%). Proponiendo como causas probables la falta de conocimiento de la NOM, la ignorancia del médico de estos padecimientos, la falta de disposición del médico para realizar una adecuada atención de estos padecimientos, la falta de conocimiento de las nuevas guías diagnóstico-terapéuticas, falta de tiempo (15 minutos por paciente y en ese tiempo se supone que se debe crear una buena relación médico-paciente, realizar un interrogatorio, exploración física, redactar la nota médica, escribir la receta y cualquier otra papelería que se necesite, explicar al paciente su padecimiento y tratamiento) y recursos (falta de abatelenguas, de estuches de diagnóstico, etc.).[38]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Es también muy importante lo señalado por Lazalde (2009), al encontrar que el médico familiar no se apega a lo establecido por la norma oficial mexicana en el manejo de las infecciones respiratorias agudas, lo cual repercute en una deficiente atención por parte del médico, en perjuicio de sus pacientes, lo que refleja un mal funcionamiento de la institución, la cual se ve afectada por un gasto económico innecesario de antibióticos y diversos medicamentos, que no están indicados médicamente y que dificultan o complican la recuperación de la salud de los pacientes.[46]

El nivel de competencia clínica del médico familiar es desconocido, lo cual repercute en su conocimiento, habilidad y actitud hacia el diagnóstico de la enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años de edad, en el nuevo modelo de fortalecimiento del sistema de medicina familiar; lo que no permite una detección oportuna de los síntomas iniciales, siendo frecuente su agravamiento y complicaciones en pacientes con IRA no diagnosticados oportunamente.[66]

Encontró que el nivel de aptitud clínica del médico familiar en casos de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años es congruente con lo encontrado en los reportes de calidad en la atención (INDICA) en los últimos 3 años. También se resalta que aplicando un curso de aprendizaje en la unidad de medicina familiar No.1 de Sonora, no influyó para establecer una diferencia en el nivel de aptitud clínica entre los asistentes y no asistentes. Tampoco se observó diferencia al comprar los grupos de especialidad en medicina familiar y turno. [59]

IV.E. DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

El médico familiar desde su etapa de estudiante de medicina, internado de pregrado de pregrado, pasante del servicio social, residencia hasta su completa formación como especialista ha sido protagonista de estrategias educativas tradicionales.

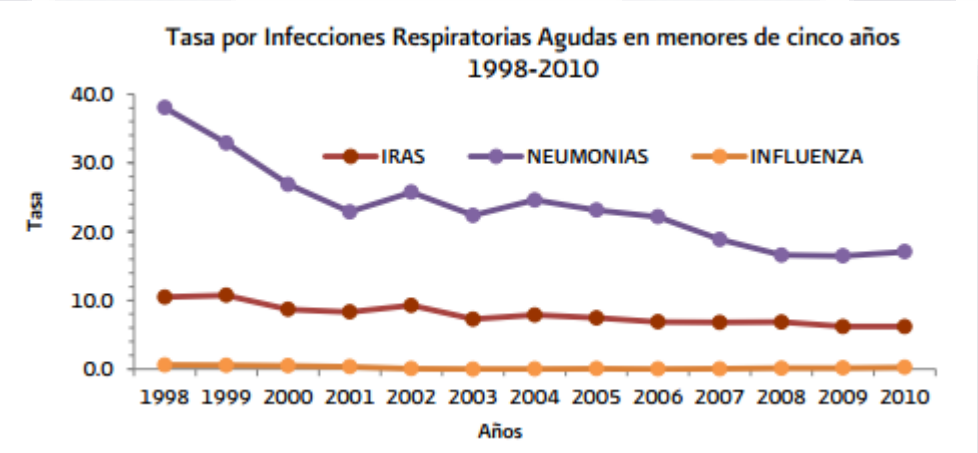
Se han encontrado que en el ámbito medico prevalece un nivel de competencia clínica muy bajo en el nivel en las dimensiones de conocimiento y habilidad de los médicos familiares, reflejándose actitud positiva del médico para aprender mediante

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un proceso de educación médica continua, lo que enriquece la competencia clínica en los médicos de primer nivel.[18]

En Aguascalientes para el 2010 la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas fue de 6.2 en los menores de 5 años de edad, para neumonías en mismo grupo etario fue de 17.1 por cada 100000 habitantes.[17] En lo que respecta a la mortalidad por influenza la tasa ha permanecido por debajo de 1 por cada 100000 habitantes a nivel nacional (Grafica 1)[17]. Para el 2010 la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en el estado de Aguascalientes se ubicó en 3.6.[17]

Grafica 1. Tasa por IRA en menores de cinco años



IV.F. DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

La evaluación de los médicos en nuestro país se ha hecho tradicionalmente de manera estereotipada, orientada a la memoria, muchas veces centradas en preguntas inconexas con la práctica clínica; por lo que, desde hace más de 20 años, Viniegra y colaboradores han investigado sobre el uso de instrumentos teóricos que se aproximen a la medición del aprendizaje derivado de la práctica clínica. Cuando su contenido se vincula estrechamente con ésta puede constituirse en testimonio indirecto del aprendizaje efectivo, aunque se necesita el contacto periódico con cierto tipo de pacientes (problema) para llevar al alumno a una práctica más reflexiva y que tenga impacto en los resultados de esa evaluación. [65]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

De acuerdo con las estadísticas oficiales, en México las IRA constituyen la primera causa de morbilidad y egreso hospitalario en los menores de 5 años, con frecuencia de 13 episodios por cada 100 consultas médicas. Lo anterior representa dos a cuatro episodios de IRA al año por niño los cuales pueden complicarse con neumonía grave.[4]

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

Los factores que influyen son: Institucionales: (Políticas: la participación de las instituciones sociales educativas gubernamentales y de salud. Recursos: No se han identificado los costos de atención en salud y recursos existentes. Capacitaciones: el nivel de competencia clínica es desconocido, aunque se cuenta con programas de niño sano e instrumentos de valoración que es necesario implementar, como intervenciones de educación médica continua, dirigidas a médicos que no son expertos y adecuadas a la población mexicana). En la práctica del personal de salud: La competencia clínica: (Conocimiento: lo que el médico debe de saber sobre el diagnóstico del paciente con enfermedad respiratoria aguda. Habilidad lo que el médico hace para el diagnóstico del paciente con enfermedad respiratoria aguda. Actitud lo que el médico siente hacia el diagnóstico del paciente con enfermedad respiratoria aguda).[67]

Otros factores son un pobre desempeño pudiendo quizás relacionarse con el cansancio, por exceso de trabajo, falta de motivación, actualización, asesoría inadecuada para resolución de problemas clínicos diagnósticos o terapéutica del consultorio así como la discusión de casos clínicos, bibliográficos, guías clínicas autoevaluación y autocrítica.[65]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IV.H. ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO.

A pesar de que la mayoría de las IRA son autolimitadas, los errores en el diagnóstico y tratamiento son un problema reconocido y demostrado por el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos, principalmente en las infecciones de vías respiratorias superiores, con aparición de resistencias bacterianas además de ocasionar desperdicio de medicamentos debido a la falta de cumplimiento de tratamientos una vez que los síntomas han desaparecido. Las principales complicaciones de las IRA no son detectadas ni tratadas oportunamente, lo que favorece una elevada mortalidad, aun en regiones con acceso adecuado a los servicios de salud.[21]

Una educación médica continúa en esta área, e implementación de métodos clínicos de diagnóstico, harían que el costo de salud, manutención y cuidados, que se tienen, se reduciría drásticamente. Solo que por ahora ha sido insuficiente para solucionarlo, por lo que es necesario realizar esfuerzos conjuntos, para incrementarlo y que todavía no se alcanza en nuestro medio.[67]

IV.I. BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA.

Zeitz y colaboradores (1994) en su estudio llamado “Competencia de los trabajadores de salud comunitarios para tratar infecciones respiratorias agudas infantiles en Bolivia” realizaron un estudio utilizando un método de adiestramiento y evaluación basado en la competencia para mejorar y evaluar el tratamiento de las infecciones respiratorias. Dicho estudio se realizó a 80 trabajadores de la salud comunitaria que asistieron a la evaluación básica (preliminar) y 64 (80%) de ellos asistieron al curso de actualización y participaron en la evaluación final. La puntuación media de la identificación de los signos e peligro fue solo 10% y la de los que conocían el tratamiento correcto de los casos de IRA, 34%. Los trabajadores midieron correctamente la frecuencia respiratoria en 37% de los casos y reconocieron el tiraje en 80% de ellos. [36]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cordero y Barrera (1995) realizaron un estudio para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que atiende a niños menores de 5 años así como de sus cuidadores. El estudio descriptivo, que empleo una metodología combinada (cuantitativa y cualitativa), se realizó en una muestra de 30 personas del servicio de salud urbano y rural de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz en el año 1995, empleando cuestionarios desarrollados por la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud para la observación de manejo de casos y cuestionarios semiestructurados para entrevistas a profundidad. La búsqueda de señales de alarma fue poco realizada. El conteo de la frecuencia respiratoria no fue realizado ni en la cuarta parte de los casos. Se puede percibir que los médicos tienen, en general una actitud vacilante frente a la aplicabilidad del manejo estandarizado de casos (MEC) de IRA. [37]

Méndez (2009) realizo un estudio para conocer la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica con respecto al uso de antibióticos en los casos de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional del I.S.S.S.T.T de la delegación Miguel Hidalgo. Se hizo un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo. Se recabaron 655 expedientes clínicos. El porcentaje de congruencia clínico-diagnóstica-terapéutica por tipo de médico fue el siguiente: médicos generales 23.2%, médicos familiares 27.9% y otros especialistas 25.3%. Los resultados son alarmantes ya que el porcentaje de congruencia clínico-diagnóstico-terapéutico como indicador de calidad de atención médica es inaceptable.[38]

Pérez AE (2009). Realizaron un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, donde se evaluó un universo de 24 médicos, de ambos turnos, no probabilístico por convivencia, aplicando un instrumento de aptitud clínica en el manejo integral de infección de vías respiratorias agudas. Los resultados obtenidos son una aptitud clínica intermedia (91.6%), con aptitud avanzada (4.15%) e incipiente (4.16%). No se encontró ningún médico con aptitud Clínica muy avanzada, muy incipiente ni explicable al azar. Llegaron a la conclusión de que se debe impartir cursos de actualización para todos los años para mantener o mejorar la aptitud clínica.[23]

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IV.J. DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Con el siguiente trabajo, lo que espero es identificar el nivel de competencia en los médicos familiares sobre las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en la UMF11- IMSS, en el cual se está implementando el nuevo modelo de fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar (FSMF) como única clínica dentro Delegación de Aguascalientes ; está información es importante ya que forma parte fundamental de una atención integral en donde participa el Médico Familiar como pilar y personal capacitado, Enfermera Especialista en Medicina de Familia (EEMF), Asistente Médica, Trabajadora Social, Trabajador Social Clínico, Nutricionista Dietista, Médico No Familiar Epidemiólogo, Salud en el Trabajo y Estomatólogo como herramienta importante en la prevención y buen apego a las normas y guías clínicas, si llega a dominar el manejo adecuado basado en la guía clina de las infecciones respiratorias agudas, se evitarían complicaciones y por consecuencia posibles muertes

Es necesario obtener nueva información con respecto a los beneficios de los nuevos modelos implementados para una difusión y rápida implementación en las instituciones restantes y así optimizar los tiempos y recursos institucionales.

IV.K. LISTA DE LOS CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Competencia: Es el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociado a la profesión, en todas las situaciones que se pueda confrontar en el ejercicio de la práctica profesional.

Conocimiento: Conocimientos relevantes acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Habilidad: Capacidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes, e interpretar el significado de la información obtenida.

Actitud: Es un sentimiento afectivo, es la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional y personal del médico que son observables en la interacción con el paciente.

Infecciones respiratorias agudas: tos o rinorrea de menos de 15 días de evolución acompañada de síndrome infeccioso (ataque al estado general y/o fiebre y/o hiporexia).

Dificultad respiratoria: a la alteración en el funcionamiento pulmonar, que se manifiesta por uno o más de los siguientes signos: aumento de la frecuencia respiratoria (polipnea o taquipnea); tiraje; estridor en reposo; o sibilancia en diferentes intensidades.

Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar: Es la reorganización del actual Sistema de Medicina Familiar, que tiene como eje central la Atención Integral a la Salud. Se caracterizará por que las actividades otorgadas por el equipo transdisciplinario tienen un enfoque de Atención Integral a la Salud, donde el médico familiar es el líder del equipo.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

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

¿Cuál es la competencia del Médico Familiar en el Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar en Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años de la UMF 11 en la delegación Aguascalientes?

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VI. OBJETIVOS

VI.A. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la competencia del Médico Familiar en el Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar en Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.

VI.B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la competencia del Médico Familiar en el Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar en Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.
- Identificar el Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.
- Identificar las Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.
- Evaluar el área cognitiva en médicos familiares de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.
- Evaluar la habilidad en médicos familiares de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.
- Evaluar la actitud en médicos familiares de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VII. HIPÓTESIS

VII.A. HIPÓTESIS ALTERNA

VIII.A.I. La competencia del Médico Familiar es adecuada en el Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar en Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.

VII.A.II. El área cognitiva es adecuada en médicos familiares de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.

VII.A.III. La habilidad es adecuada en médicos familiares de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.

VII.A.IV. La actitud es adecuada en médicos familiares de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.

VII.B. HIPÓTESIS NULA

VII.B.I. La competencia del Médico Familiar no es adecuada en el Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar en Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.

VII.B.II El área cognitiva no es adecuada en médicos familiares de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.

VII.B.III. La habilidad no es adecuada en médicos familiares de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.

VII.B.IV. La actitud no es adecuada en médicos familiares de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

VIII. MATERIAL Y METODOS

VIII.A. TIPO DE ESTUDIO

Se realizara un estudio observacional, descriptivo y transversal.

VII.B. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Médicos familiares de la UMF 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes

VIII.B.I.- UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los Médicos Familiares que estén trabajando dentro de la jornada matutina y vespertina así como médicos de atención continua del turno nocturno de la UMF 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Aguascalientes

VIII.B.II. UNIDAD DE ANÁLISIS

Médicos Familiares de la UMF 11del IMSS.

VIII.B.III. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Médicos con Especialidad en Medicina Familiar

Médicos Familiares de turno matutino, vespertino y de atención médica continua que se encuentren trabajando en la UMF-11

Médicos Familiares que realicen su práctica mediante expediente clínico.

Médicos de base y no de base, jefe de clínica, que estén dentro del turno correspondiente y acceso al expediente clínico.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Que acepten contestar el cuestionario, bajo la aprobación del consentimiento informado.

Que otorguen consulta en el primer nivel de atención.

VIII.B.IV. CRITERIOS NO INCLUSIÓN

No aceptar participar en el estudio.

VIII.B.V. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

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

VIII.C. TIPO DE MUESTRA

Se utilizó un tipo de muestreo intencional o de conveniencia. Se tomó todo el universo de médicos que laboran en la UMF 11.

VIII.D. LOGISTICA

Se realizó un registro de las características socio-demográficas de la población de estudio. Posteriormente en base a la guía práctica y clínica de las Infecciones Respiratorias Agudas se tomó una serie de preguntas para evaluar el nivel de competencia de médicos familiares en Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años bajo el modelo de fortalecimiento del sistema de medicina familiar en la UMF 11, formándose 42 ítems, de los cuales 22 fueron para el área cognitiva o conocimiento, 10 para el área de la habilidad y 10 para el área de actitud.

Se solicitó el permiso de los directivos de la UMF 11 junto con los delegados sindicales para la aplicación de dicho cuestionario, estableciéndose los tiempos adecuados para ingresar al campo de investigación sin interferir con las actividades de los médicos familiares. Se informó del proyecto de investigación dándoles a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

conocer objetivos y justificación del estudio. Aquellos que aceptaron participar en la encuesta, se les dio a leer y firmar la carta de consentimiento informado. Una vez firmada la carta, se aplicó el cuestionario para evaluar la competencia del Médico Familiar, asegurándose que el entrevistado entendiera las preguntas y las posibles respuestas de cada uno de los ítems del cuestionario, una vez aplicados todos los cuestionarios se procedió a capturarlos en una base de datos hecha en el programa estadístico SPSS versión 21 para su análisis e interpretación de resultados.

VIII.E. RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se realizó una entrevista en base al instrumento adaptado de la guía práctica y clínica de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Se empleó la técnica de cuestionario auto aplicado para medir la competencia del Médico Familiar acerca de las IRA's en niños menores de 5 años, que constara de 42 ítems compuesto de 3 dimensiones las cuales serán:

Cognitivo o Cultura medica

Habilidad o técnicas psicomotoras

Actitudes de relación médico-paciente.

VIII.F. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se llevará a cabo una entrevista directa o personal con cada encuestado, en la que se tiene la ventaja de ser controladas y guiadas por el encuestador, además de que se suele obtener más información que con otros medios.

Al abordar al usuario, se le explicará que se le realizara la encuesta de las dimensiones que se adaptaron en base a la Guía práctica clínica de las Infecciones Respiratorias Agudas en la UMF 11 Delegación Aguascalientes, se le expondrá en qué consiste la encuesta, se le dará a conocer la carta de consentimiento informado y se le pedirá que lo firme si está de acuerdo en contestar la encuesta.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Posterior a ello, se procederá a realizar la encuesta, teniendo la certeza de que el encuestado entienda la pregunta, así como las posibles respuestas.

VIII.G. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS.

Se realizó el instrumento de medición en base a las recomendaciones y evidencia de la guía de práctica y clínica de Infección Respiratorias Agudas. Se llevó a las unidades de medicina familiar donde se tomó una muestra de los usuarios para que la respondan, continuando hasta saturar el contenido, con el objetivo de evaluar la comprensión y viabilidad de las preguntas.

VIII.G.I. VALIDEZ APARENTE

Se llevó a cabo mediante el proceso de pilotaje en la Unidad de Medicina Familiar No.11, se realizó un grupo focal donde se observó una gran relación entre lo que se explicaba y lo que se quería medir.

VIII.G.II. VALIDEZ DE CONTENIDO

Se realizó una validez de contenido mediante un grupo de expertos, 9 para lograr un puntaje que no haya factibilidad de empate, los cuales analizaron de forma independiente y cegado el instrumento en cuestión, para analizar que las dimensiones fueran congruentes con la guía práctica, clínica de las Infecciones Respiratorias Agudas. Los expertos refirieron que cada ítem correspondió a cada dimensión, de acuerdo a la guía a la que corresponde. Verificaron que existiera similitud entre el cuestionario original y el adaptado. (Ver operacionalización en anexos).

El eje de conocimiento se midió mediante respuestas dicotómicas, dictaminadas como certeras por parte de los expertos, el cual fue observado mediante un caso clínico auto-aplicado, los ejes de habilidad y actitud fue observado mediante una escala cualitativa tipo likert (completamente de acuerdo, de acuerdo, indiferente,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

desacuerdo, completamente desacuerdo), correspondiendo a las habilidad y actitudes que toma ante el paciente.

VIII.H. PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Se realizó una base de datos en el programa SPSS Versión 21, el cual contuvo 42 variables correspondiendo 22 al eje de conocimiento contemplado de manera dicotómica (falso-verdadero) y 20 correspondiendo al eje de habilidad y aptitud observado mediante una escala tipo Likert.

Se utilizaron comandos estadísticos descriptivos para analizar las variables de las cuales se obtuvieron frecuencias y porcentajes y sus respectivas gráficas para las variables de estudio (cognitiva, habilidades y actitudes). Se realizó una búsqueda de diferencias estadísticamente significativas, utilizando la prueba de X2 y el valor de P. Además se utilizará la base de datos de Excel para la elaboración de gráficas de frecuencias.

VIII.H.I. ANÁLISIS DE VARIABLES

Las variables socio demográficas (edad, sexo, turno, antigüedad, certificación en MF, trabajo único/dos trabajos) se analizaron con estadísticas descriptivas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

IX. ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme al Título segundo, capitulo 1, artículo 17 categoría “I” que dice: “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se le identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño. Así mismo, la investigación no viola ninguna recomendación y está de acuerdo con estas para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenida en la declaración de Heisinki, enmendada en la 41° Asamblea Médica Mundial de Hong Kong en Septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

El proyecta se apegará a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalecerá es el de respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitará hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se asegurará la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación será voluntaria y se protegerá los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no habrá procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENE 2014	FEB 2014	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015
Elección del tema	X													
Acopio de bibliografía	X	X	X	X										
Revisión de literatura		X	X	X	X	X								
Diseño del protocolo					X	X								
Planteamiento Del problema						X	X							
Antecedentes							X	X						
Justificación								X	X					
Introducción									X	X				
Envió del Protocolo al Comité local											X			
Revisión y modificación del protocolo												X		
Registro del protocolo												X		
Aprobación del protocolo												X	X	
Trabajo de campo												X	X	
Captura y tabulación de datos													X	X
Análisis de resultados														X
Autorización														X
Elaboración de informe tesis final														X
Discusión de resultados														X
Examen de presentación de tesis														X

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

XI. RESULTADOS

Se estudió una muestra de 21 médicos familiares de turnos matutino, vespertino y de atención médica continua adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de la zona metropolitana de Aguascalientes.

Cuadro 2. Características sociodemográficas de los médicos familiares participantes.

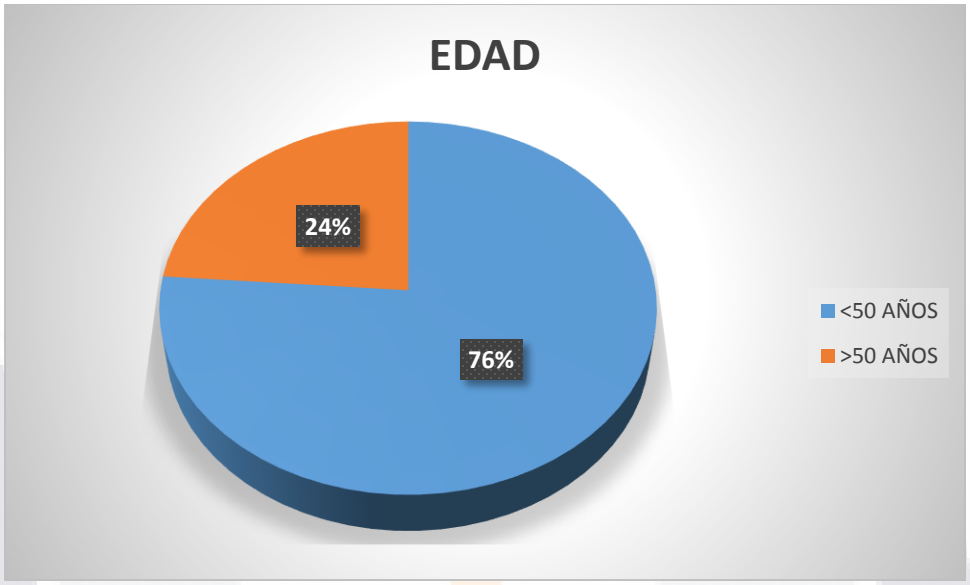
CARACTERISTICAS		FA	FR (%)
EDAD	<50 AÑOS	16	76.2
	>50 AÑOS	5	23.8
TURNO	MATUTINO	10	47.6
	VESPERTINO	11	52.4
SEXO	MASCULINO	13	61.9
	VESPERTINO	8	38.1
ANTIGÜEDAD	<5 AÑOS	5	23.8
	5.1-10 AÑOS	7	33.3
	>10.1 AÑOS	9	42.9
CERTIFICACIÓN	SI	9	42.9
	NO	12	57.1
TRABAJOS	1	20	95.2
	2 O MAS	1	4.8

El análisis estadístico descriptivo de los médicos familiares mostró como características sociodemográficas más sobresalientes:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

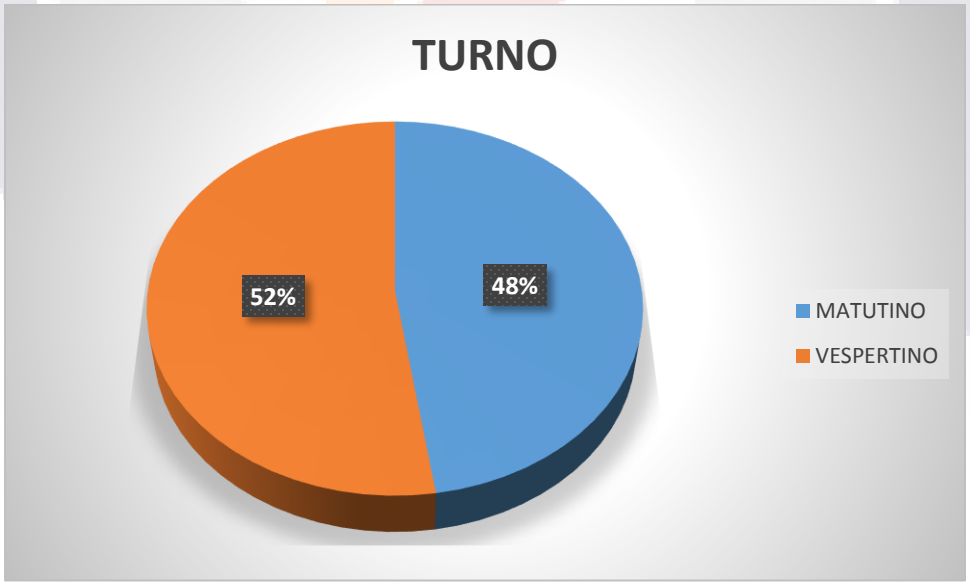
TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Grafica 2. Edad Médicos Familiares



En cuanto a la edad 76.2% fueron menores de 50 años y 23.8% mayores de 50 años. (Cuadro 2, grafica 2).

Grafica 3. Turno en Médicos Familiares.

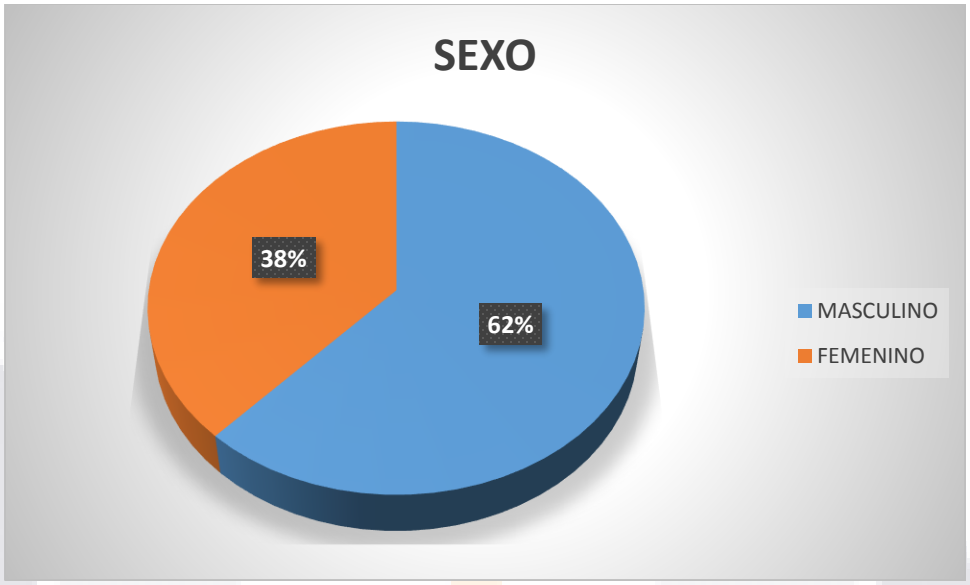


En cuanto a turno 47.6% corresponden al turno matutino y 52.4 al turno vespertino. (Cuadro 2, grafica 3).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Grafica 4. Género en Médicos Familiares.



Con respecto al sexo 61.9% fueron hombres y 38.1 mujeres. (Cuadro 2, grafica 4).

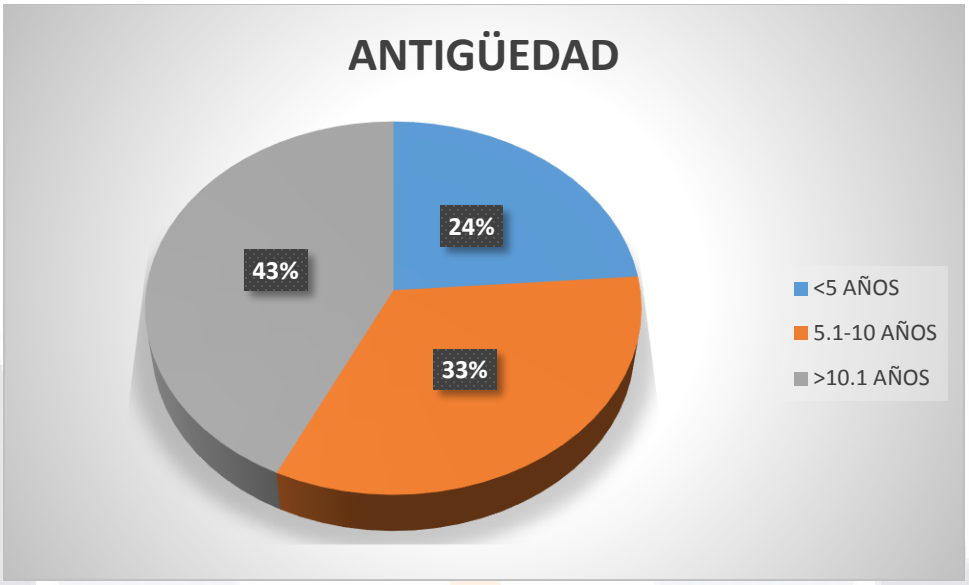
Grafica 5. Certificación en Médicos Familiares.

Dentro del rubro de certificación 42.9% estaban certificados y 57.1% no contaron con la certificación de su consejo correspondiente. (Cuadro 2, grafica 5).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Grafica 6. Antigüedad en Médicos Familiares.



Sobre los años de antigüedad laboral encontramos que se conformaron de la siguiente manera, 5 médicos con menos de 5 años de antigüedad; 7 médicos con un antigüedad de 5.1 años a 10 años y 9 médicos con una antigüedad mayor a 10.1 años. (Cuadro 2, grafica 6).

Grafica 7. Trabajos en Médicos Familiares.

En cuanto al número de trabajos 95% tenían un solo trabajo y 4.8% tenían más de dos trabajos. (Cuadro 2, grafica 7).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cuadro 3. Dimensiones de la competencia clínica del médico familiar en infecciones respiratorias agudas.

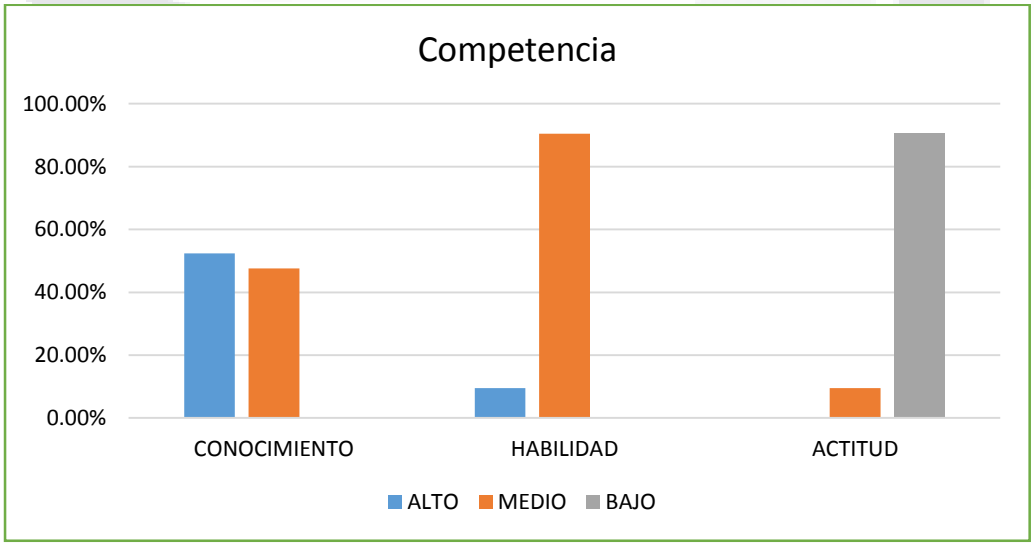
DIMENSION	ALTO		MEDIO		BAJO	
	FA	%	FA	%	FA	%
CONOCIMIENTO	11	52.4	10	47.6	0	0
HABILIDAD	0	0	2	9.5	19	90.5
ACTITUD	2	9.5	19	90.5	0	0

Al analizar los resultados obtenidos en la evaluación del conocimiento como parte de la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de infecciones respiratorias agudas se encontró que ningún médico familiar alcanzo el nivel bajo, el 47.6% correspondió al nivel medio, y el 52.4% al nivel alto. (Cuadro 3, gráfica 8).

En la valoración de las habilidades, ningún médico familiar alcanzo el nivel alto, el 9.5% correspondió al nivel medio, y el 90.5% al nivel bajo. (Cuadro 3, gráfica 8).

En cuanto a la actitud de los médicos el 9.5% mostró una actitud positiva, el 90.5% una actitud neutra, ningún médico califico con una actitud negativa hacia la competencia clínica del médico familiar en infecciones respiratorias agudas. (Cuadro 3, gráfica 8).

Grafica 8. Componentes de la competencia del Médico Familia en IRA



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cuadro 4. Distribución del nivel cognoscitivo sobre IRA en relación a las características sociodemográficas de los médicos familiares.

VARIABLES		ALTA	%	MEDIA	%	BAJA	%	X2	P
EDAD	<50 AÑOS	8	38	8	38	0	0	0.153	0.696
	>50 AÑOS	3	14.3	2	9.6	0	0		
SEXO	MASCULINO	6	28.6	7	33.3	0	0	0.531	0.466
	FEMENINO	5	23.8	3	14.2	0	0		
TURNO	MATUTINO	7	33.3	3	14.3	0	0	2.376	0.123
	VESPERTINO	4	19	7	33.3	0	0		
ANTIGÜEDAD	<5 AÑOS	4	19	1	4.8	0	0	2.011	0.366
	5.1-10 AÑOS	3	14.2	4	19	0	0		
	>10.1 AÑOS	4	19	5	24	0	0		
CERTIFICACION	SI	6	28.6	3	14.3	0	0	1.289	0.256
	NO	5	23.8	7	33.3	0	0		
TRABAJOS	1	10	47.6	10	47.6	0	0	0.955	0.329
	2 O MAS	1	4.8	0	0	0	0		

Al analizar los datos en busca de diferencias estadísticamente significativas entre las características sociodemográficas de los médicos familiares y los resultados obtenidos en la evaluación de la competencia del médico familiar en infecciones respiratorias agudas en la dimensión del conocimiento se encontró que en las variables cuantitativas como la edad: a menor edad (<50 años) los médicos presentan un nivel más alto de conocimiento y a mayor edad un nivel medio de conocimiento, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En cuanto al sexo se mostró que los médicos de sexo masculino obtuvieron el nivel más alto de conocimiento, las diferencias no fueron significativas. (Cuadro 4)

En las variables turno, los médicos familiares pertenecientes al turno matutino presentaron un nivel más alto de conocimiento que los médicos del turno vespertino. En cuanto a la antigüedad se mostró que los médicos con menor antigüedad (<5

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

años) y mayor antigüedad (>10.1 años) obtuvieron el nivel más alto de conocimiento, seguidos por los de mediana antigüedad (5.1-10 años). Respecto a la certificación los médicos familiares certificados mostraron un nivel de conocimiento más alto que los no certificados. Los médicos con un solo trabajo mostraron un nivel más alto de conocimiento que los que tenían más de dos trabajos. En todas estas relaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Cuadro 4).

Cuadro 5. Distribución del nivel habilidad sobre IRA en relación a las características sociodemográficas de los médicos familiares.

VARIABLES		ALTA	%	MEDIA	%	BAJA	%	X2	P
EDAD	<50 AÑOS	2	9.5	14	66.7	0	0	0.691	0.406
	>50 AÑOS	0	0	5	23.8	0	0		
SEXO	MASCULINO	2	9.5	11	52.4	0	0	1.36	0.243
	FEMENINO	0	0	8	38.1	0	0		
TURNO	MATUTINO	0	0	10	47.6	0	0	2.01	0.156
	VESPERTINO	2	9.5	9	42.9	0	0		
ANTIGÜEDAD	<5 AÑOS	1	4.8	4	19	0	0	1.768	0.413
	5.1-10 AÑOS	6	28.6	1	4.8	0	0		
	>10.1 AÑOS	9	42.8	0	0	0	0		
CERTIFICACION	SI	0	0	9	42.9	0	0	1.658	0.198
	NO	2	9.5	10	47.6	0	0		
TRABAJOS	1	2	9.5	18	85.7	0	0	0.111	0.74
	2 O MAS	0	0	1	4.8	0	0		

Al buscar diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de la evaluación de la dimensión habilidad para IRA y las características sociodemográficas de los médicos familiares incluidos en la muestra de la variable edad, se mostró que a menor edad mejor nivel de habilidad, sin encontrarse diferencia significativamente estadística. El sexo masculino presento un nivel más alto de habilidad que el sexo femenino, las diferencias no fueron significativas. (Cuadro 5).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Respecto a la variable turno se mostró que el turno vespertino presento un nivel más alto de habilidad que el turno matutino. En la antigüedad los médicos familiares con una antigüedad mayor a 10 años presentaron el nivel más alto de habilidad que los otros grupos de edad. En la certificación los médicos no certificados tienen un nivel más alto de habilidad que los médicos certificados. En el número de trabajos, aquellos médicos familiares con un solo trabajo mostraron un nivel más alto de habilidad que los que cuentan con más de dos trabajos, en todas estas relaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Cuadro 5).

Cuadro 6. Distribución del nivel actitud sobre IRA en relación a las características sociodemográficas de los médicos familiares.

VARIABLES		ALTA	%	MEDIA	%	BAJA	%	X2	P
EDAD	<50 AÑOS	0	0	2	9.5	14	66.7	0.691	0.406
	>50 AÑOS	0	0	0	0	5	23.8		
SEXO	MASCULINO	0	0	2	9.5	11	52.4	1.36	0.243
	FEMENINO	0	0	0	0	8	38.1		
TURNO	MATUTINO	0	0	1	4.8	9	42.8	0.005	0.943
	VESPERTINO	0	0	1	4.8	10	47.6		
ANTIGÜEDAD	<5 AÑOS	0	0	1	4.8	4	19	1.4	0.497
	5.1-10 AÑOS	0	0	0	0	7	33.3		
	>10.1 AÑOS	0	0	1	4.8	8	38.1		
CERTIFICACION	SI	0	0	1	4.8	8	38.1	0.046	0.83
	NO	0	0	1	4.8	11	52.3		
TRABAJOS	1	0	0	2	9.5	18	85.7	0.111	0.74
	2 O MAS	0	0	0	0	1	4.8		

Al analizar los resultados de la evaluación de la dimensión de la actitud en IRA y las características sociodemográficas de los médicos familiares incluidos en la muestra con respecto a la variable edad, se encontró que los médicos con menor edad mostraron un nivel más bajo de actitud positiva, triplicando los resultados del grupo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

de mayor edad. Respecto al sexo, el grupo de hombres mostró un nivel más bajo de actitud positiva que las mujeres. El turno vespertino obtuvo más bajo nivel de actitud positiva que el turno matutino. Los médicos con antigüedad mayor a 10 años presentaron el nivel más bajo de actitud positiva en relación a los otros grupos de antigüedad. Los médicos no certificados obtuvieron el nivel más bajo de actitud positiva que los médicos certificados. Los médicos con solo un trabajo mostraron el nivel más bajo de actitud positiva que los médicos con más de dos trabajos, en todas estas relaciones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Cuadro 6).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

XII. DISCUSION

En este estudio se presenta la información obtenida sobre la competencia en el modelo de fortalecimiento del sistema de medicina familiar en infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años de la UMF 11 en la delegación Aguascalientes.

Los instrumentos construidos mediante la operalización del concepto de la competencia clínica en el modelo de fortalecimiento del sistema de medicina familiar en infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, permitieron medir el conocimiento, las habilidades, y la actitud del médico familiar en infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, bajo el modelo de fortalecimiento del sistema de medicina familiar. Este instrumento se elaboró para la problematización de la práctica médica mediante un caso clínico real, que recrea los problemas de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años los que se enfrenta el médico familiar diariamente.

En la dimensión cognitiva se encontró que un 47.6% de los Médicos Familiares tienen un nivel medio de competencia y un 52.4% un nivel alto. Por lo que se observa que 6 de cada 10 Médicos Familiares tienen un nivel alto de conocimiento y 5 de cada 10 Médicos tienen un nivel medio de conocimiento. Estos datos discrepan con lo reportados por Hernández S. En su estudio competencia clínica de los Médicos Familiares en el diagnóstico de demencia senil, se encontró que el 97 % de los médicos Familiares tiene un nivel bajo de competencia clínica y un 3% un nivel medio. Esto refleja una adecuada reflexión al enfrentarse a situaciones clínicas problematizadas; al abordar una patología que por su frecuencia se encuentra dentro de los primeros diez motivos de consulta de la UMF No. 11. No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa al analizar la dimensión cognitiva con las variables sociodemográficas.

La dimensión de habilidades contrastan los resultados con la dimensión cognoscitiva, observándose un nivel medio en el 9.5% y el 90.5% al nivel bajo. Por lo que se observa que 8 de cada 10 médicos tienen un nivel bajo y solo 2 de cada 10 médicos presentan un nivel medio. Los datos encontrados concuerdan con lo visto por Sabido-Viniegra, en su estudio de competencia y desempeño clínicos en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

diabetes, donde se encontró que el 65% de los Médicos estudiados presentaron un nivel bajo en la dimensión de habilidad. Al mostrar un nivel bajo en la dimensión de habilidad, quizás se deba a que se encuentra una escasa habituación y poca familiaridad de los médicos con este tipo de valoración. Llama la atención la no congruencia entre los resultados encontrados, y los reportados en la evaluación de la calidad de la atención (INDICA) en infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, la cual considera como indicadores: porcentaje de expediente con registro de evaluación de la frecuencia respiratoria, de búsqueda de signos clínicos de infección respiratoria baja y de capacitación al cuidador para identificación de signos de alarma con dificultad respiratoria.

En la dimensión de actitud se encontró que el 90.5% de los médicos presento una actitud neutra y un 9.5% una actitud positivo, no observando ningún médico con una actitud negativa. Estos datos se asemejan a lo encontrado por Hernández. En su estudio de competencia clínica del Médico Familiar en el diagnóstico de demencia senil, donde observo que el 73.0% presento una actitud positiva y un 27.3% una actitud neutra. En ambos estudios no se observó una actitud negativa que guarda una relación con la dimensión cognitiva, pero no así con la dimensión habilidad. De la comparación por turnos se deduce que el laborar en cualquiera de los turno no influye en el nivel de competencia. En los médicos certificados en medicina familiar y sin ella, se infiere que el proceso educativo de la acreditación en medicina familiar tampoco lo favorece.

La comparación con otros estudios en competencia clínica en otras patologías reflejan una mejoría en el nivel de competencia clínica; teniendo un mejor desempeño en la dimensión cognitivo y en la dimensión actitud, trabajando con el nuevo modelo de fortalecimiento del sistema de medicina familiar, persistiendo como en otros estudios de competencia un nivel bajo en la dimensión habilidad.

Creemos que el análisis de los resultados presentados permite tener un panorama de la atención que ofrece el Médico Familiar a los pacientes con IRAs trabajando con el modelo de fortalecimiento del sistema de Medicina Familiar llevado a cabo en la UMF 11, y que es posible tomar decisiones y llevar a efecto acciones que continúen con la mejora en la calidad de atención, como desarrollar un proceso educativo que propicie un ambiente que permita la reflexión y la recuperación de la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

experiencia de los médicos participantes, a través de la discusión de casos clínicos reales problematizados, que favorezcan el desarrollo de capacidades complejas como las exploradas en este estudio.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

XIII. CONCLUSION

El instrumento de medición que se elaboro tiene validez y confiabilidad aceptable. El nivel de competencia del Médico Familiar en casos de IRAs en niños menores de 5 años en el modelo de fortalecimiento del sistema de Medicina Familiar fue mejor que lo encontrado en otros estudios en competencia clínica de otras patologías, principalmente en la dimensión cognitivo y actitud, en cuanto la dimensión habilidad continuo con un nivel bajo, congruente a lo encontrado en otros estudios sobre competencia clínica.

El 52.4% de los Médicos Familiares tienen un nivel de competencia alto en la dimensión cognitiva, 47.6% un nivel medio y ninguno presento un nivel bajo. En la dimensión habilidad el 9.5% mostraron un nivel medio y 90.5% un nivel bajo, ninguno alcanzo un nivel alto, en la dimensión de actitud, 9.5% mostró un nivel positivo y 90.5% un nivel neutro, ninguno alcanzando un nivel negativo.

En cuanto a las características sociodemográficas de los Médicos Familiares de la UMF 11 en el modelo de fortalecimiento del sistema de Medicina Familiar no proporcionaron el desarrollo de capacidades complejas como las exploradas en los indicadores de este estudio.

La evidencia es creciente de que las condiciones de trabajo son decisivas en el proceder colectivo. Considero que en ambientes estimulantes, reflexivos y críticos, se propicia la superación por lo que el incumplimiento suele ser la excepción, en cambio, cuando el ambiente es autoritario, agobiante y propicia la rutina, la transgresión puede convertirse en regla.

Considero necesario subrayar que el mejoramiento de la competencia clínica de estos médicos es un reto para la educación médica. Sin embargo, disminuir la probable brecha entre la competencia y el desempeño implica un reto aun mayor que difícilmente podrá ser afrontado con éxito mientras no se identifiquen y se aminores las barreras que favorecen esta situación. Sin desconocer lo anterior, los esfuerzos educativos deberán incidir en la problemática detectada, atendiendo en forma prioritaria los indicadores en los que se mostró un nivel más bajo de competencia clínica a pesar de las mejoras obtenidas con la implementación de un nuevo modelo de salud en la unidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

BIBLIOGRAFIA

1.- Mauricio Barría P., Mario Calvo G. (2008). Factores asociados a infecciones respiratorias dentro de los tres primeros meses de vida. Rev Chil Pediatr 2008; 79 (3): 281-289

2.- Moreno Rodríguez L. Infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Tesis Especialidad. UNAM; 2007.

3.- Delpiano Méndez L. Kabalán P. Díaz C. Pinto A. Características y costos directos de infecciones respiratorias agudas en niños de guarderías infantiles. Rev Chil Infect. 2006; 23 (2): 128-133

4.-Ferreira Guerrero E. Báez Saldaña R. Trejo Valdivia B. Ferreyra Reyes L. Delgado Sánchez G. Lingdao Chilián-Herrera O. Mendoza Alvarado L. García García L. Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. Salud Pública de México. 2013; 55 (2).

5.- Larios MH, Trejo MJ, Gaviño AS, Cortés GT. Evaluación de la competencia clínica en el área de Ginecología y Obstetricia en pregrado. Ginec Obstet Mex. 2002; 70: 558-565

6.- INEGI: [base de datos]. México: INEGI; c2010 [citado 07 de mayo 2014]. Disponible en: http://operativos.inegi.org.mx/sistemas/iter/consultar_info.aspx

7.- Estadísticas pacientes menores de 5 años. Departamento de informática. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes 2014.

8.- CONEVAL. [base de datos]. México: CONEVAL; c2010 [citado 7 junio 2014]. Disponible en:http://www.coneval.gob.mx/coordinacion/entidades/Paginas/Aguascalientes/pobreza.aspx

9.- Encuentra Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Aguascalientes. Primera Edición, 2013.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

10.- Secretaria de Salud. [homepage en Internet]. México: Secretaria de Salud c2013 [actualizado 12 diciembre 2013; consultado 4 junio 2014]. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programaDOF.pdf

11.- Diario Oficial de la Federación. [homepage en Internet]. Mexico: Diario oficial de la Federacion; c2014 [actualizado 1 septiembre 2014; consultado 8 junio 2014]. Disponible en: http://dof.gob.mx/constitucion/marzo_2014_constitucion.pdf

12.- Taylor R. et al, Medicina de Familia, Principios y Práctica. 6° Ed. Elsevier. 2006.

13.- Secretaria de Salud. [homepage en Internet]. México: Secretaria de Salud c2013 [actualizado 22 septiembre 1999; consultado 10 junio 2014]. Disponible en:

http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html

14.- Gómez O. Sesma S. Becerril V. Knaul F. "Sistema de Salud de México." Salud Pública de México. 2011; 53: (13).

15.- IMSS [homepage en Internet]. México: IMSS; c2014 [actualizado 1 junio 2013; consultado 2 marzo 2014]. Disponible en:

http://www.imss.gob.mx/prestaciones/sociales/Documents/deporte.pdf

16.-Dirección general de epidemiología [homepage en Internet]. México: Dirección general de epidemiologia; c2013 [actualizado 01 septiembre 2013; consultado 02 marzo 2014]. Disponible en:

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html

17. Dirección general de epidemiología [homepage en Internet]. México: Dirección general de epidemiologia; c2012 [actualizado 01 septiembre 2012; consultado 02 marzo 2014]. Disponible en:

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/A_Morta_%202010_FINAL_Junio%202012.pdf

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

18.- Hernández Santos I. Competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil en UMF del IMSS zona metropolitana Aguascalientes. [Tesis especialidad]. UNAM. 2009

19.- OMS [homepage en Internet]. Region de las Americas: OMS c2012 [actualizado septiembre 2014; consultado 15 octubre 2014]. Disponible en:

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/

20.- Brailovsky CA. Educación médica, evaluación de las competencias clínicas. Pág. 103-122

21.- Flores Hernández S, Trejo Pérez JA, Reyes Morales H, Pérez Cuevas R, Guiscafré Gallardo H. Guía Clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas. Rev Med IMSS 2003; 41 (Supl): S3-S14

22.- Gutiérrez Martínez O. Educación y Entrenamiento Basados en el Concepto de Competencia: Implicaciones para la Acreditación de los Programas de Psicología. Revista Mexicana de Psicologia. 2005; 22(Número especial):255-272

23.-Pérez A. Aptitud clínica del médico de primer nivel de atención en el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas, en la UMF 248 del IMSS, San Mateo Atenco Estado de México, en el mes de noviembre de 2011. [Tesis especialidad]. UNAM. 2013

24.- Sabido Siglher C, Viniegra Velázquez L. Competencia y desempeño clínicos en diabetes. Rev Invest Clin 1998; 50 (21) 1-6.

25.- Andalón Perry, S. García Vigil J. Viniegra Velázquez L. Espinosa Alarcón P. López Siller M. Competencia clínica y conducta prescriptiva del médico familiar en infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años. Efecto de una estrategia educativa. Rev. Med IMSS 1997; 35(4): 295-302.

26.- UNAM. Plan único de especializaciones médicas en Medicina Familiar. 3ª ed. México; 2003.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

27.- R. Martínez. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. 6ª ed. México: Manual Moderno; 2006

28.- Zabala A. Arnau L. Como aprender y enseñar competencias. 4ed. ISBN 978-84-7827-500-7 Editorial Graó. 2008

29.- González Valdés JA. Las infecciones respiratorias agudas en el niño. Rev Cubana Pediatr. 2013; 85 (2).

30.- París O, Castillo N, Dávila A, Angel C, Calvo V. Factores de riesgo modificables de infecciones respiratorias en Hogares Infantiles y Jardines Sociales del municipio de San José de Cúcuta. Rev Univ. salud. 2013; 15(1): 34-44

31.- M. Cruz. Nuevo Tratado de Pediatría. 9ª ed. España: Ergon; 2006

32.- ASCOFAME (Asociación colombiana de facultades de medicina). Guías de práctica clínica basada en evidencia. Infección respiratoria aguda. Seguro Social Salud. 2004.

33.- Feíto Alonso, R. Competencias educativas: hacia un aprendizaje genuino.

Andalucía Educativa. 2008: 24-36

34.- Rivero Canto O., Marty Jiménez I., Morales Rojas M., Salgado Fonseca A., Acosta Alonso N. Antecedentes Históricos de la Medicina Familiar. MEDICIEGO 2010; 16(2).

35.- Quiroz Pérez J., Irigoyen Coria A. Una visión histórica sobre la Medicina Familiar en México. MPA e-Journal Med. Fam. 2008 2 (1): 49-54

36.- Zeitz P, Harrison L, López M. Cornale G. Competencia de los trabajadores de salud comunitaria para tratar infecciones respiratorias agudas infantiles en Bolivia. Bol of Sanit Panam. 1994, 116 (1): 1-10

37.- Cordero Valdivia D, Barrera S. Conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Rev. Chil. Pediatr. 2001, 72 (4).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

38.- Méndez Campos A. Congruencia clínico-diagnóstica-terapéutica en las infecciones respiratorias agudas. Tesis de especialidad. UNAM. 2009

39.- Grisales V. Castaño Castrillon JC, Paredes E. Ramirez JA. Sanint J. Toro I. Villegas Arenas OA. Prevalencia de enfermedades respiratorias agudas en menores de 5 años hospitalizados en las clínicas de una entidad de primer nivel, Manizales años 2004-2006. Arch. Med. (Manizales) 2009; 9(1): 58-68.

40.- Odalys I. Rodrítuez H. Louzado Escrich EM. Espindola Artola A. Herena Rodríguez H. Intervención educativa sobre infecciones respiratorias agudas. Archivo Médico de Camagüey. 2010. 14(3).

41.- Morreale M. Developing Clinical Competence: A Workbook for the Ota. Slack Inc. 2014; 7-18

42.- Martínez Hernández G. Escalante Magaña JR. Vargas Mena R. Encuesta de percepción de competencias en médicos residentes de Ortopedia y Traumatología en un hospital de Yucatán, México. Acta Ortopédica Mexicana 2014; 28(3): 173-178

43.- Herrera Silva JC. Treviño Moore A. Moyeda Rodriguez J. Efecto de un programa educativo basado en competencias sobre las capacidades clínicas de pediatras para manejo de neonatos en estado crítico. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2005; 62(5).

44.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Evidencias y Recomendaciones. Diagnostico y Manejo de la Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en Pacientes Mayores de 3 meses hasta 18 años de Edad. 2009. IMSS

45.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Referencia Rápida. Diagnostico y Manejo de la Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en Pacientes Mayores de 3 meses hasta 18 años de Edad. 2009. IMSS

46.- Lazalde Longoria F. Apego del Medico Familiar a la norma oficial mexicana en las infecciones respiratorias agudas. Tesis de especialidad. UNAM. 2009

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

47.- Ramirez Moreno A. Determinar si la prescirpción de antibioticos en infecciones respiratorias agudas de pacientes que acuden al hospital pediatrico Villa de Enero a Diciembre del 2011 es acrodde a las guías de practica clinica. UNAM. 2013.

48.- Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar. Plan de trabajo para la prueba piloto. Direccion de prestaciones Medicas IMSS. 2013

49.- Ponce de León Castañeda ME, Ortiz Montalvo A, Bonilla González I, Berlanga Baleras FJ. Evaluación integral de la competencia clínica a través del Examen Profesional. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8(2): 119-129

50.- Miller G. The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. Academic Medicine. 1990; 65(9).

51.- Vazquez Carpizo JA. Guia para desarrollar evaluación de competencias clínicas. Episteme. 2005; 3 (1).

52.- García García JA, González Martínez JF, Estrada Aguilar L, González Plata SU. Educación médica basada en competencias. Rev. Med. Hosp. Gen. Mex. 2010; 73(1): 57-69.

53.- Martínez Martínez A, Miranda Martínez D, Crespo Toledo Y. Abraham Flexner, Benjamin Bloom y Fidel Ilizástigui Dupuy: paradigmas de la educación médica americana. Rev Ciencias Médicas. 2013; 17 (6).

54.- Correa Bautista JE. La importancia de la evaluación por competencias en contextos clínicos dentro de la docencia universitaria en salud. Rev. Cienc. Salud 2012; 10(1):73-82.

55.- De Serdio Romero E. ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. Medicina de Familia (And) 2002; 3(2):127-132.

56.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de referencia rápida. Diagnóstico, y Tratamiento de Sinusitis Aguda. 2008. IMSS

57.- Dirección de prestaciones médicas. Guía de implementación del fortalecimiento del sistema de medicina familiar. México Dirección de prestaciones médicas; 2014

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

58.- Dirección de prestaciones médicas. Fortalecimiento del sistema de medicina familiar. Síntesis Ejecutiva. México Dirección de prestaciones médicas; 2014

59.- López del Castillo-Sánchez D, Reynoso Arenas MP, Peñuelas Beltrán JA. Aptitud de un grupo de médicos familiares mexicanos ante las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Archivo en Medicina Familiar. 2008; 10(1): 21-35.

60.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de referencia rápida. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Otitis Media Aguda en la Edad Pediátrica. 2011. IMSS

61.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y Tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda. 2008. IMSS

62.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y Tratamiento de la Rinosinusitis Aguda en la Edad Pediátrica. 2010. IMSS

63.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de referencia rápida. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Epiglotitis Aguda en la Edad Preescolar y Escolar. 2009. IMSS

64.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de referencia rápida. Diagnóstico, y Manejo de la Laringotraqueitis Aguda en Pacientes Mayores de 3 Meses Hasta 15 años de Edad. 2010. IMSS

65.- Villavicencio Guzmán R. Competencia del médico familiar para el diagnostico de síndrome metabólico. Tesis de especialidad. UNAM. 2007

66.- García Hernández A, Viniegra Velázquez L. Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica. Rev Invest Clin. 1999; 51(2): 93-98.

67.- Hernández Santos IE. Competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil en UMF del IMSS zona metropolitana de Aguascalientes. Tesis de especialidad. UNAM. 2009

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

68.- Valencia Santoyo U. Competencia clínica en la reanimación cardiopulmonar básica en médicos internos de pregrado del Hospital General de Zona No. 89 en Guadalajara Jalisco. Tesis de especialidad. UNAM. 2014

69.- Aguilar Sandoval GI. Competencia clínica de médicos de urgencias, en la atención del paciente adulto con lesión traumática de mano en el Hospital General Regional 110. Tesis de especialidad. UNAM. 2012

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO A

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

"**COMPETENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL MODELO DE FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA UMF 11 EN LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES."**

UMF 11 IMSS Delegación Aguascalientes durante el periodo:

Número de registro: _____

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Conocer la competencia del Médico Familiar en el Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar en Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.
JUSTIFICACIÓN: Es importante que los Médicos Familiares sean evaluados formativamente de forma sistemática, porque se utiliza como una herramienta para fortalecer el conocimiento y aptitudes de los médicos, así como emprender mayores compromisos

Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir que se me aplique un cuestionario, con preguntas generales sobre pacientes menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas. Posibles riesgos: No existen riesgos potenciales. Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Obtener información acerca de la competencia del Médico Familiar en Infecciones de Vías Respiratorias Agudas en el Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar en la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes. Información sobre resultados: El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo deseé conveniente. Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo. Beneficios al término del estudio: conocer la competencia del Médico Familiar en el Modelo de Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar en Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años de la UMF 11 en la Delegación Aguascalientes.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a investigador responsable: Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes Medio Familiar adscrito a la UMF 11. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar 11 Domicilio: Mariano Hidalgo sin número, colonia Morelos 1. Aguascalientes CP 20280 Teléfono: 9774272 Correo: acane16@hotmail.com y con el Tesista: Dr. Juan Pablo Martínez Sandoval. Lugar de trabajo: Hospital General Zona 1. Adscripción: UMF 1 IMSS Aguascalientes Domicilio: José Ma. Chávez #1202. Col. Lindavista. Aguascalientes, CP 20270 Teléfono del trabajo: 4491558304 Correo: sanpablomtz@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del sujeto

_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

_____ Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

_____ Nombre, dirección, relación y firma

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO B

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad: Años de vida cumplidos al momento del cuestionario.	< 50 años > 50 años	1	Años cumplidos Cuantitativa Numérica Discreta
Sexo: Clasificación del sexo del médico escrito en el cuestionario	-Masculino -Femenino	2	Cualitativa Nominal
Turno laboral: es el momento del día en el cual el trabajador debe prestar su servicio prometido	-Matutino -Vespertino	3	Cualitativa Nominal
Antigüedad: años de servicio como médico familiar dentro de la instucion del seguro social (IMSS)	< 5 años 5.1-10 años 10.1 y más años	4	Cualitativa Nominal
Certificación en Medicina familiar (MF): evaluación de conocimientos por el consejo mexicano MF	Si No	5	Cualitativa Nominal
Número de trabajos: cantidad de trabajo como Medico.	1 2 o más	6	Cuantitativa discontinua

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

OBJETIVO	CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICACDORES	INDICES
Evaluar la competencia del médico familiar en el modelo de fortalecimiento del sistema de medicina familiar en infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años de la UMF 11 en la delegación Aguascalientes	Perrenoud (2001) para él competencia es la aptitud para enfrentar eficazmente una familia de situaciones análogas, movilizando a conciencia y de manera a la vez rápida, pertinente y creativa, múltiples recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetencias, informaciones, valores, actitudes, esquemas de percepción, de evaluación y de	Conocimiento Lo que el médico sabe sobre infecciones respiratorias agudas	Conocimiento Variación en lo que el MF sabe sobre el IRA	A. Conocimiento Sobre el diagnóstico clínico de IRA 1.-Clínico Etiología Epidemiologia Factores de riesgo Fisiopatológico Clasificación Cuadro Clínico Complicaciones Diagnóstico diferencial	Nivel de Competencia clínica en conocimiento Alto Toda aquella puntuación mayor o igual al 80%. Medio Toda aquella puntuación que se encuentra entre 60-79%. Bajo Toda aquella puntuación menor o igual a 59%.
		Habilidades Lo que el médico hace para el diagnóstico del paciente con infecciones respiratoria aguda	Habilidades Variación en lo que el MF hace para el	B. Habilidad Historia clínica Valoración de frecuencia respiratoria Exploración	Nivel de Competencia clínica en habilidad Alto

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

	razonamiento.		diagnóstico de IRA	Interpretación de estudios de laboratorio y gabinete	Toda aquella puntuación mayor o igual al 80%. Medio Toda aquella puntuación que se encuentra entre 60-79%. Bajo Toda aquella puntuación menor o igual a 59%.
		Actitud Lo que el médico siente hacia el diagnóstico de infección respiratoria aguda.	Actitud Variación en lo que el MF siente hacia el diagnóstico de IRA	C. Actitud Interés-desinterés Agrado-desagrado Motivación-desmotivación Tolerante-intolerante Accesible-inaccesible Soportable-insoportable Positivo-negativo hacia el diagnóstico de IRA	Nivel de Competencia clínica en actitud Alto Toda aquella puntuación mayor o igual al 80%.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

					Medio Toda aquella puntuación que se encuentra entre 60-79%. Bajo Toda aquella puntuación menor o igual a 59%.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO C

ESTUDIO "COMPETENCIA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL MODELO DE FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS DE LA UMF 11 EN LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES".

Instrucciones: Estimado Doctor, agradeciendo de antemano su participación en este estudio, recordándole que la información que nos proporcione será confidencial y con fines exclusivamente de investigación, por favor marque con una X el ítem en el espacio correspondiente.

1.- Edad: _____< 50 años
_____ > 50 años

2.- Sexo: _____ Masculino
_____ Femenino

3.- Turno laboral: _____ Matutino
_____ Vespertino

4.- Antigüedad: _____ < 5 años
_____ 5.1-10 años
_____ 10.1 y más años

5.- Certificación en Medicina familiar (MF): ____ Si
____ No

6.- Número de trabajos: _____ 1
_____ 2 o más

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO D

CASO CLINICO PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO Y HABILDIAD SOBRE LA COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

A continuación encontrará una serie de preguntas. Lea detenidamente cada pregunta y valórelo de acuerdo a las siguientes opciones

Responda como **VERDADERO (V)**, si considera que el enunciado corresponde a lo que explícitamente se afirma o se niega en la pregunta, o bien si según su criterio el enunciado es deducción o una conclusión acertada que puede derivarse de lo que está descrito en la pregunta.

Responda **FALSO (F)**, si considera que el enunciado corresponde a lo que explícitamente se afirma o se niega en la pregunta, o bien si según su criterio el enunciado es una deducción o una conclusión errónea que puede derivarse porque no puede derivarse de lo que está escrito en la pregunta.

Masculino, lactante mayor de 2 años de edad, eutrófico, producto de primer embarazo de madre adolescente, acudió a control prenatal en 6 ocasiones con su médico familiar, obtenido por parto eutócico, sin complicaciones al nacimiento. Alimentación combinada hasta el año y medio de edad, continuación con fórmula láctea en biberón hasta la actualidad, ablactación a los 4 meses. Baño diario, alimentación: integrado a la dieta familiar. Antecedentes Personales Patológicos: Alergias negadas, bronquiolitis a los 6 meses, cuadros gripales 3 veces por año, faringoamigdalitis hace una semana la cual fue tratada sintomáticamente. Reflujo gastroesofágico manifestado por vómitos postprandiales hasta los 7 meses de edad, controlado con procinéticos del tipo de la cisaprida. Padecimiento Actual: inicia con irritabilidad y llanto que lo despierta por la noche tocándose el pabellón auricular izquierdo acompañado de fiebre no cuantificada y rinorrea hialina. A la exploración física: peso 13k, talla 82cm, temperatura 38.5°C frecuencia respiratoria. 26x´ frecuencia cardiaca. 120x´ bien hidratado, irritable, activo, reactivo, adenomegalias cervicales, orofaringe con hiperemia e hipertrofia amigdalina con puntilleo purulento periamigdalino, conducto auditivo externo derecho permeable, membrana timpánica íntegra de adecuada coloración, conducto auditivo externo izquierdo permeable, congestivo membrana timpánica íntegra e hiperémica sin brillo ligeramente abombada, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen blando depresible sin datos de irritación peritoneal peristalsis presentes, resto sin datos que comentar.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

SON FACTORES DE RIESGO EN EL PRESENTE CASO:

1.- ___ Los antecedentes personales patológicos.
2.- ___ Estado nutricional del paciente.

SON DATOS A FAVOR DE OTITIS MEDIA AGUDA EN ESTE CASO:

3.- ___ Tiempo de evolución del padecimiento.
4.- ___ Las características de la rinorrea.
5.- ___ Los datos encontrados en los oídos.
6.- ___ Los hallazgos en la orofaringe.

SON DATOS A FAVOR DE RINOFARINGITIS AGUDA EN ESTE CASO:

7.- ___ Los hallazgos en la faringe.
8.- ___ La temperatura encontrada.
9.- ___ Lo encontrado en los oídos a la exploración.
10.- ___ Las características de la rinorrea.

LOS SIGNOS CLÍNICOS SON COMPATIBLES CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS EN ESTE CASO:

11.- ___ Amigdalitis Bacteriana.
12.- ___ Otitis Media Aguda.
13.- ___ Bronquitis.
14.- ___ Reflujo Gastroesofágico.
15.- ___ Obesidad

SON EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE ÚTILES EN ESTE CASO:

16.- ___ Solicitar biometría hemática completa.
17.- ___ Cultivo de exudado faríngeo.
18.- ___ Solicitar antiestreptolisinas.

SON MEDIDAS TERAPÉUTICAS APROPIADAS PARA ESTE CASO:

19.- ___ Continuar con la misma dieta.
20.- ___ Paracetamol gotas 26 gotas c/8hrs.
21.- ___ Ambroxol jarabe 3ml c/8hrs.
22.- ___ Cloranfenicol ótico.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO E

ESCALA DE LIKERT PARA EVALUAR LA HABILIDAD Y ACTITUD DE LA COMPETENCIA CLINICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

INSTRUCCIONES: Siga las indicaciones por favor, marque con una X su grado de acuerdo o desacuerdo en los reactivo de la columna correspondiente.

Reactivos	**Completamente de acuerdo**	**De Acuerdo**	**Indiferente**	**Desacuerdo**	**Completamente desacuerdo**
1.- Me interesa conocer los síntomas de las infecciones respiratorias agudas para valorar a mis pacientes y diagnosticarlos					
2.- Considero que necesito conocimientos, habilidades y actitud para diagnosticar IRAs					
3.- No conozco y no se aplicar la guía clínica de IRA's					
4.- Siempre busco en los pacientes signos de enfermedad grave: vómito persistente, oliguria, exantema petequial o purpúrico.					
5.-El diagnosticar un caso de IRA, es mi responsabilidad registrarlo en el expediente					
6.- Siempre debe quedar plasmado en la nota médica la exploración física del paciente así como sus signos vitales.					
7.- Me interesa conocer la presencia de taquipnea en los pacientes con sospecha de IRA.					

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

8.- Considero que las guías clínicas de IRA's son instrumentos burocráticos e inaccesibles al médico familiar					
9.- No me interesa tratar los factores de riesgo de IRAs ya que son padecimientos comunos y sin relevancia.					
10.- Utilizo el exudado faríngeo para el aislamiento de *Streptococcus pyogenes* del grupo A y confirmar un cuadro de faringitis estreptocócica aguda.					
11.- Soy franco no valoro la frecuencia respiratoria de mis pacientes con sospecha de IRA					
12.- Me desespera dar consulta a paciente con IRA porque tengo poca tolerancia hacia los niños					
13.- Me deprime atender a pacientes con IRA					
14.- Me frustra atender al paciente con IRA ya que no siguen las indicaciones					
15.- Interrogo a los padres o cuidadores sobre factores de riesgo.					
16.- Me motiva saber si mi paciente con Ira está siendo bien atendido por el familiar					
17.- No me preocupa el seguimiento especial a estos enfermos que no me exigen nada					
18.- Al realizar el diagnóstico de IRA oriento sobre cuidados y datos de alarma a padres o cuidadores					
19.- Realizo exploración física en cada paciente (talla, peso, signos vitales, inspección, auscultación, etc.).					
20.- Interrogo el padecimiento actual (forma de inicio y tiempo de evolución).					

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS