



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1

TESIS

COMPETENCIA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL EN LA
PRESCRIPCIÓN RAZONADA FARMACOLÓGICA DEL ADULTO
MAYOR. EN LA UMF 1, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

PRESENTA

Juan José Briano de Luna

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

ASESORA

Dra. Campos Sánchez Diana Carolina.

AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO DEL 2016



AGUASCALIENTES, AGS., A 29 DE ENERO DE 2016

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

Por medio de la presente, me permito informarle que el médico residente de la Especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dr. Juan José Briano de Luna

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“COMPETENCIA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL EN LA PRESCRIPCIÓN
RAZONADA FARMACOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR. EN LA UMF 1, DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES”**

Número de registro: **R-2015-101-26** del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

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

El Dr. Juan José Briano de Luna asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se realice la impresión definitiva del trabajo, con la finalidad de presentarla ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad.

Sin otro particular, agradezco su atención que sirve a la presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE

Diana Campos S'

DRA. DIANA CAROLINA CAMPOS SÁNCHEZ

ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO



AGUASCALIENTES, AGS., FEBRERO DE 2016

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

Por medio de la presente, me permito informarle que el médico residente de la Especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dr. Juan José Briano de Luna.

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“COMPETENCIA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL EN LA PRESCRIPCIÓN
RAZONADA FARMACOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR. EN LA UMF 1, DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES”**

Número de registro: **R-2015-101-26** del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

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

El Dr. Juan José Briano de Luna, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación en salud vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que no tengo inconveniente de que se continúe con los trámites correspondientes a la titulación en su especialidad ante el centro que usted preside.

Sin otro particular, agradezco su atención que sirve a la presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE

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

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

JUAN JOSÉ BRIANO DE LUNA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

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

“COMPETENCIA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL EN LA PRESCRIPCIÓN RAZONADA FARMACOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR. EN LA UMF 1, 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., 8 de Febrero de 2016.

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, por haberme permitido conocer su infinita bondad y amor, para así llegar hasta este momento, por haberme dado salud, fuerza y fe para lograr mis objetivos.

A mis padres por haberme brindado su apoyo en todo momento, de forma incondicional, sus consejos, sus valores y sus oraciones, Don José con su ejemplo de fortaleza y deseo constante de seguir siempre adelante, Doña Irene por su dedicación y bondad inmensa. que siempre han estado al lado mío, pero sobre todo por el gran amor demostrado.

A mi esposa Mayra Janette por haber sido parte crucial en este proceso para mí, así como la culminación del mismo, por luchar hombro con hombro a mi lado, amor incondicional y sobre todo por ser mi amiga y compañera inseparable.

Para mi hijo José Maximiliano que llega en el momento exacto para dar más impulso a mi vida y ser parte de este sueño.

A mis hermanos Héctor Efrén, Edgar Fabián y David, y a sus familias por ser parte mi este objetivo, sabiendo que cuento con su apoyo moral y espiritual. Así como participar en mi sueño de tener una gran familia unida.

A mis amigos de la especialidad por ser parte de esta etapa de mi vida tan importante, así como el privilegio de conocer nuevos amigos.

Gracias a todos y cada una de las personas que participaron en este proyecto de investigación, pues invirtieron su tiempo, conocimiento y esfuerzo, solo por querer ayudarme a completar este proyecto de tesis.

DEDICATORIAS

A mis padres, que siempre han estado ahí apoyándome, incondicionalmente y esforzarse para hacer de mí una mejor persona.

A mi esposa que me acompaño en este camino, lleno de aventuras siempre con la idea de una vida mejor.

A mi hijo, por darme la oportunidad de convertirse en una de mis mejores motivaciones para seguir adelante.

A cada miembro de mi familia que forman parte importante de mi existir.

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL 1

INDICE DE TABLAS 4

INDICE DE GRAFICAS 5

ACRONIMOS 6

I. RESUMEN 7

II. SUMMARY 9

III.- INTRODUCCION..... 11

IV.- MARCO TEORICO 12

 IV.A.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS..... 12

 IV. B.- ATECEDENTES DE PRESCRIPCIÓN RAZONADA FARMACOLOGICA DEL ADULTO MAYOR..... 13

 IV.C. TEORIAS QUE APOYAN LAS VARIABLES A ESTUDIAR..... 18

 IV.C.1 CLASIFICACIÓN DE COMPETENCIAS. 20

 IV.C.2. EXPECTATIVAS EN EL PERFIL DEL MEDICO. 21

 IV.C.3 EVALUACION DE LA COMPETENCIA..... 22

 IV.C.4.- PIRAMIDE DE MILLER..... 23

 IV. D.- ENVEJECIMIENTO 26

V.- JUSTIFICACION 27

VI.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. 28

 VI.A.1.- DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO..... 28

 VI.A.2.- PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD 29

 VI.A.3.-DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD..... 30

 VI.A.3.A NORMAS 32

 VI.B.1.- DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA 32

 VI.B.2.- DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA 34

 VI.B.3.- DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA 35

VI.C.1.- ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA..... 35

VI.C.2.- ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO..... 37

VI.D.1.- BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA..... 37

VI.E.1.- DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA. 39

VI.F.1.- LISTA DE LOS CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 40

VII.- OBJETIVO GENERAL 41

 VII.A.- OBJETIVOS ESPECIFICOS 41

VIII.- HIPOTESIS..... 41

 VIII.A.- HIPOTESIS DE TRABAJO..... 41

 VIII.A.1.- HIPOTESIS NULA..... 41

 VIII.B.- HIPOTESIS ESPECÍFICAS..... 41

 VIII.C.- HIPOTESIS ESPECIFIAS NULAS..... 42

IX.- MATERIAL Y METODOS 42

 IX.A.- DISEÑO DE ESTUDIO..... 42

 IX.B.1.- TIPO DE POBLACION EN ESTUDIO 42

 IX.B.2.-UNIVERSO DE TRABAJO 42

 IX.B.3.-UNIDAD DE ANALISIS 43

 IX.B.4.-CRITERIOS DE INCLUSION 43

 IX.B.4.- CRITERIOS DE NO INCLUSION..... 43

 IX.B.5.-CRITERIOS DE ELIMINACION..... 43

 IX.B.6.-TIPO DE MUESTRA..... 43

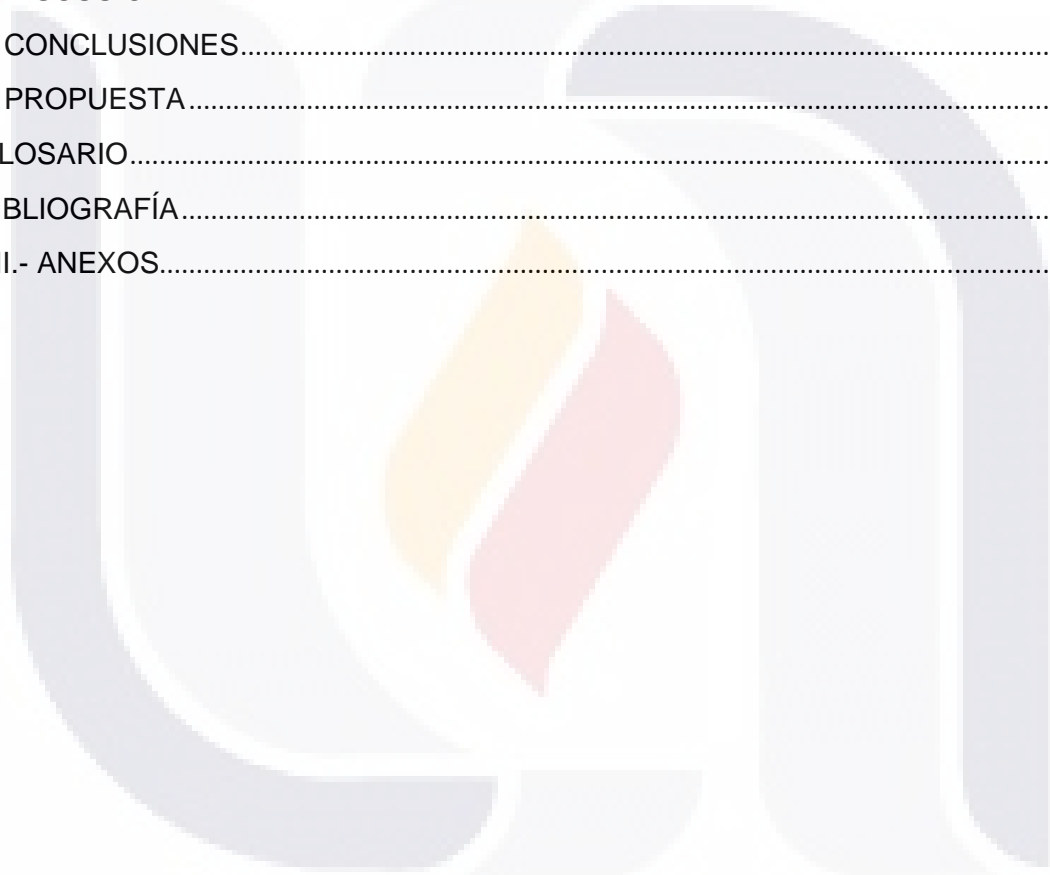
 IX.C.-RECOLECCION DE DATOS..... 43

 IX.C.1.-TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS 44

 IX.D.-VALIDEZ DE INSTRUMENTO..... 44

 IX.D.1.-VALIDEZ DE CONTENIDO..... 44

IX.E.-PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	46
IX.E.1.-PARA LAS VARIABLES DE COMPETENCIA EN PRESCRIPCION RAZONADA.	46
IX.F.-ASPECTOS ÉTICOS:.....	46
IX.G.-RECURSO FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD	47
IX.H.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	48
X.- RESULTADOS OBTENIDOS.....	50
DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES.....	60
PROPUESTA.....	61
GLOSARIO.....	63
BIBLIOGRAFÍA.....	64
XII.- ANEXOS.....	70



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Materiales y métodos47
Tabla 2. Cronograma de actividades.....48



INDICE DE GRAFICAS

Grafica 1. Distribución del sexo en los encuestados.51

Grafica 2. Distribución del turno laboral en los encuestados.....52

Grafica 3. Distribución de la antigüedad laboral en los encuestados.52

Grafica 4. Distribución de encuestados que han realizado algún curso farmacología extra a su formación.53

Grafica 5. Distribución de encuestados que han realizado algún curso de Geriatria extraordinario a su formación.53

Grafica 6. Distribución de encuestados que han realizado algún curso de competencias laborales.54

Grafica 7. Distribución de los encuestados que cuentan con certificación médica.54

Grafica 8. Distribución de los encuestados que cuentan con otro trabajo.55

Grafica 9. Resultados de encuesta respecto al rubro de conocimiento.56

Grafica 10. Resultados de encuesta respecto al rubro de actitud.57

Grafica 11. Resultados de encuesta respecto al rubro de habilidad.58

Grafica 12. Distribución de Competencia en la prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor.59

ACRONIMOS

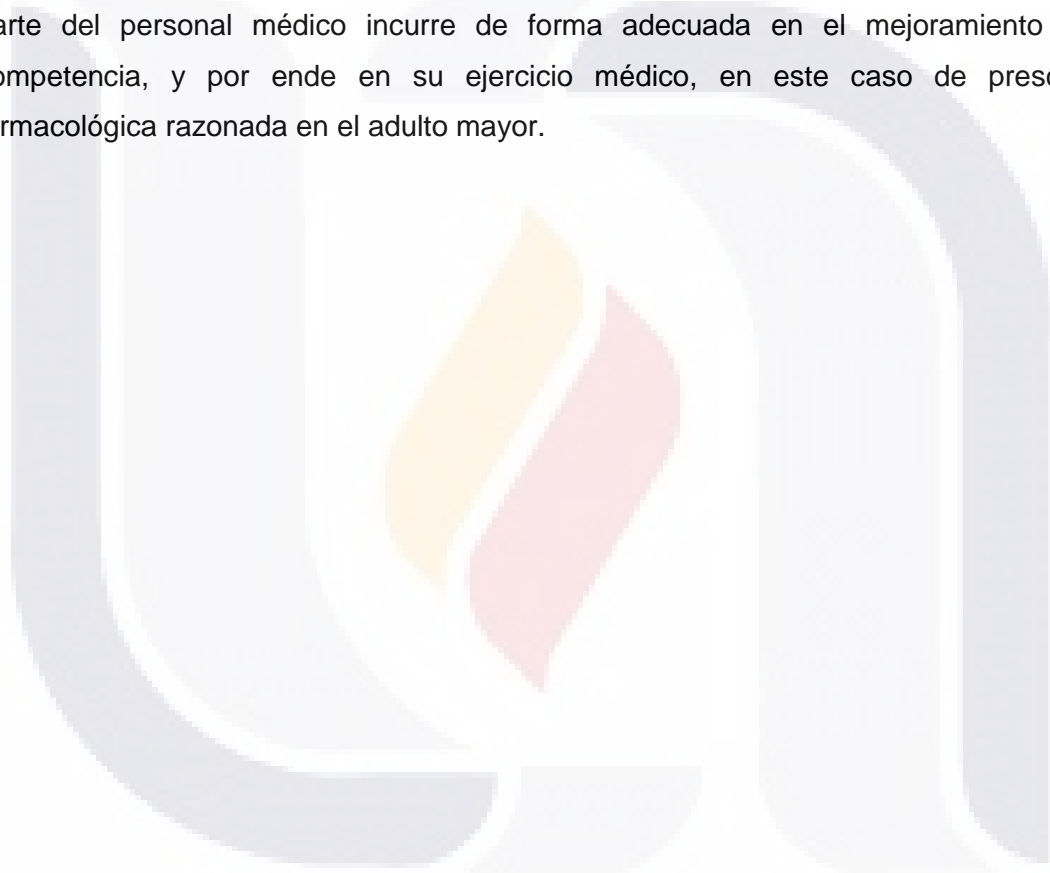
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
UMF	Unidad de Medicina Familiar
STOPP	Screening Tool of Older Person's Prescriptions
START	Screening Tool to Alert doctors to Right i.e. appropriate, indicated Treatment
ECOE	Examen Clínico Objetivo Estructurado.
MIP	Médico Interno de Pregrado.
AM	Adulto Mayor
CESFAM	Centros de Salud Familiar
UNESCO	La organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNAM	Universidad Autónoma de México
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización mundial de la Salud

I. RESUMEN

COMPETENCIA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL EN LA PRESCRIPCIÓN RAZONADA FARMACOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR EN LA UMF 1, DELEGACION AGUASCALIENTES. Briano de Luna Juan José, Campos Sánchez Diana Carolina.

INTRODUCCIÓN: La palabra “competencia” es ambigua (1), procede del latín, “Competentia” que significa disputa o contienda, y se relaciona con capacidad, pericia, aptitud, idoneidad (2), Su empleo es cada vez más frecuente e indiscriminado, la tarea es procurar un sujeto ético, autónomo y responsable, en el contexto laboral-empresarial, disciplinar-investigativo y social (1). Miller desarrolló un modelo para describir la competencia es decir: “Sabe”, “sabe cómo”, “muestra cómo”, y “hace” (17,18). En Aguascalientes, se espera que la población de adulto mayor en 2030 sea de 13.5 por ciento. (7). En 2007, del total del gasto en salud, México invirtió 24 % en medicamentos, equivalente a 1.4 % del producto interno bruto del cual el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) concentró el 47.9 % del gasto en medicamentos. (8). La organización mundial de la salud define polifarmacia como el uso simultáneo de más de tres fármacos. El grupo más susceptible son los adultos mayores, debido a las enfermedades crónicas degenerativas y a los cambios fisiológicos del envejecimiento, lo cual genera que las instituciones de salud presenten una capacidad limitada de respuesta. (3). La prevalencia de polifarmacia y el consecuente riesgo de interacciones medicamentosas es variable, En términos generales se reporta de un 20 a 50 %. (4). Considerando esto podemos decir que la poli medicación en las personas mayores se asocia con la prescripción inapropiada, lo cual conlleva a un aumento significativo de eventos adversos. (5). **OBJETIVO:** Conocer la competencia del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio trasversal, descriptivo. En donde se construyó un instrumento para medir la competencia en base a las recomendaciones de guía de práctica clínica para la prescripción razonada del adulto mayor, así como los criterios STOPP/START descritos en esta misma mediante la representación de casos clínicos con diferentes situaciones del paciente adulto mayor, se sometió a validación con alfa de crombach aceptable (.75). Posterior a ello se realizó, en todos los médicos adscritos a la UMF 1 (37) ya que 3 no quisieron participar, se realizó un cuestionario autoadministrado (instrumento), previa carta de consentimiento informado, Se vaciaron a una base de datos de excel y se analizó con el programa SPSS versión 21, en donde se obtuvieron los siguientes. **RESULTADOS:** En cuanto a la prescripción

farmacológica razonada en el adulto mayor encontró que el 48.6 % cuentan con un conocimiento alto, el 24.3% con actitud alta y el 32.4% tiene una habilidad alta, y la competencia global se encontró que el 0% presento una competencia baja, el 78.3% presenta una competencia media y el 21.6% presenta una competencia alta. Así mismo se encuentra relación significativa con la competencia entre la antigüedad (a más antigüedad mejor competencia), haber realizado un curso de Geriátría (a mayor preparación mejor competencia) y la certificación por el colegio médico (Estar certificado igual a mejor competencia). **CONCLUSIONES:** se refuerza la idea de que la capacitación continua por parte del personal médico incurre de forma adecuada en el mejoramiento de su competencia, y por ende en su ejercicio médico, en este caso de prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor.



II. SUMMARY

PRIMARY CARE PHYSICIAN'S COMPETENCE FOR REASONABLE DRUG PRESCRIBING TO THE ELDERLY AT FMU No. 1 AGUASCALIENTES DELEGATION. Briano-de Luna JJ and Sánchez-Campos DC.

INTRODUCTION: The word "competence" is ambiguous (1), it derives from the Latin root *competentia* "which means dispute or contest, and it is related to the ability, skill, aptitude, fitness (2). Its use is becoming more frequent and indiscriminated, the task is to ensure an ethical, independent and responsible person, in the labor-business, discipline-research and social environments. (1) Miller developed a model to describe competences that is: "one knows", "one knows how", "one shows how" and "one does". (17-18) In Aguascalientes, it is expected that the elderly population in 2030 will be an estimated 13.5 percent. (7). In 2007, from the total health expenditure of Mexico, 24% was invested in drugs, the equivalent to 1.4% of the gross national product, which the Mexican Social Security Institute (IMSS) accounted for 47.9% of spending on medicines. (8). The World Health Organization defines polypharmacy as the simultaneous use of more than three drugs. The most susceptible group are the elderly, due to chronic degenerative diseases and physiological aging changes, which lead the health institutions to pose a limited capacity to respond. (3). The prevalence of polypharmacy and the consequent risk of drug interactions is variable, in general terms, a 20 to 50% is reported. (4). Considering this we can say that polypharmacy in the elderly is associated with inappropriate prescribing, which leads to a significant increase in adverse events. (5). OBJECTIVE: To determine the competence of the primary care physician for reasonable drug prescribing to the elderly in the FMU 1 Aguascalientes Delegation. MATERIAL AND METHODS: A cross-sectional descriptive study. Where an instrument for reasonable drug prescribing to the elderly was developed on the basis of recommendations of the clinical practice guidelines and the STOPP / START criteria described in this study by means of stating clinical cases with different elderly patient situations, and such instrument underwent validation with an acceptable Cronbach's alpha. (75) Afterwards a self-administered questionnaire (instrument) was applied to the participating physicians at FMU 1 (n=37) because 3 refused to participate, prior informed consent letter, then they were emptied into an Excel database and it was analyzed with the SPSS version 21, wherein the following results were obtained. RESULTS: Regarding the reasonable drug prescription to the elderly, 48.6% have a high knowledge, 24.3% have high attitude and 32.4% have high skills; and as a global competence it was found that 0% posed

low competence, 78.3% show an average competence, and 21.6% have high competence. Also there is a significant relation between competence and the following 3 variables: seniority (the longer the seniority the better competence); having completed a course in Geriatrics (the better qualified, the better competence) and the certification by the medical fellowship (being certified equals to better competence). CONCLUSIONS: the idea that continuous training for medical personnel properly incurs in improving their competence, and therefore in their medical practice is reinforced, in this case for reasoning drug prescribing to the elderly.



III.- INTRODUCCION

La palabra “competencia” es ambigua (1), procede del latín, “Competencia” que significa disputa o contienda, y se relaciona con capacidad, pericia, aptitud, idoneidad (2), Su empleo es cada vez más frecuente e indiscriminado, llevaría a pensar que sobre ella no existe una definición, La tarea es procurar un sujeto ético, autónomo y responsable, en el contexto laboral-empresarial, disciplinar-investigativo y social (1). Miller desarrolló un modelo para describir la competencia es decir:” Sabe”, “sabe cómo”, ”muestra cómo”, y “hace” (17,18). en Aguascalientes, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, mostrando una inercia que cada vez se hace más notoria; en 2012 la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990, debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, mientras que la participación relativa de adultos mayores pasa de 5.9% a 7.9% y se espera que en 2030 sea de 13.5 por ciento. (7). En 2007, del total del gasto en salud, México invirtió 24 % en medicamentos, equivalente a 1.4 % del producto interno bruto del cual el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) concentró el 47.9 % del gasto en medicamentos. (8).

En los últimos años se ha configurado el concepto de polifarmacia como consecuencia del empleo de múltiples fármacos. La organización mundial de la salud la define como el uso simultáneo de más de tres fármacos. El factor desencadenante de este fenómeno es la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas. El grupo etario más susceptible para la polifarmacia son los adultos mayores, debido a la polipatología secundaria a los múltiples cambios fisiológicos propios del envejecimiento, que se acompaña del incremento de la demanda de los servicios de salud, lo cual genera que las instituciones de salud presenten una capacidad limitada de respuesta. (3). La prevalencia de polifarmacia y el consecuente riesgo de interacciones medicamentosas en adultos mayores es variable entre países, regiones, y escenarios. En términos generales se reporta de un 20 a 50 %, cuyas magnitudes son influenciadas por la edad de los sujetos, estado de salud, evaluación durante la estancia hospitalaria, lugar de residencia (rural o urbana), automedicación y tipo de medicamentos considerados. (4). Considerando esto podemos decir que la poli medicación en las personas mayores se asocia con la prescripción inapropiada, lo cual conlleva a un aumento significativo de eventos adversos. (5).

IV.- MARCO TEORICO

IV.A.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Trujillo Galván en el 2001 realiza un estudio longitudinal, comparativo para medir la Competencia clínica en diabetes Mellitus en los médicos internos de pregrado antes y después de terminarlo, en donde se encuentra una mejoría, respecto a la terminación del internado de pregrado, concluyendo que este fenómeno aparece por que las teorías de enseñanza no proporcionan el encuentro entre la teoría y práctica en el marco de la reflexión crítica. (32). Dicho esto, es posible considerar que entre más práctica y experiencia quizás se podría aseverar más competencia.

Cabrera-Pivaral (2011), realiza una evaluación de la competencia para el tratamiento de artritis reumatoide por médicos de primer contacto, en México, mediante un instrumento validado, realizo un diseño es transversal y comparativo. El universo de estudio se conformó de un total de 450 médicos de primer contacto del primer nivel de atención de Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Se incluyeron a médicos de primer contacto con contratación definitiva y temporal, de los turnos matutino o vespertino. El instrumento consta de casos clínicos reales condensados, ajustados y divididos en fragmentos a los fines del estudio a los que les siguen preguntas con tres opciones de respuesta: 'verdadero', 'falso' y 'no sé'. Los dominios evaluados para identificar aptitud clínica fueron: factor de riesgo, datos clínicos, integración diagnóstica, medidas diagnósticas, medidas terapéuticas y puntaje Global. La unidad de análisis fue: la competencia clínica para identificar la enfermedad reumática en donde se concluyó que el 15.3% de los médicos familiares reúne la competencia para el manejo de las principales enfermedades reumáticas. (18)

Parra-Acosta (2014) realiza un estudio descriptivo correlacional y trasversal para evaluar la competencia de un modelo novedoso de gestión de calidad en medico internos de pregrado, mediante la aplicación de un examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) a 46 MIP para valorar su desempeño humanista por competencias con pacientes

estandarizados. En donde se midió la relación significativa del Modelo de Gestión de calidad y las competencias de los Médicos Internos de Pregrado (MIP) con cuatro niveles desempeño: receptivo, resolutivo, autónomo y estratégico. Los MIP alcanzaron un nivel autónomo en las competencias de comunicación, sociocultural, diagnóstico y manejo de patologías en forma completa respetando la dignidad del paciente, se ubicaron en un nivel receptivo y nivel resolutivo en la competencia cultura en salud y solución de problemas. (19).

Cabrera-Pivaral en el 2015 realiza una medición de la competencia clínica para la atención del climaterio en médicos de atención primaria a la salud de la ciudad de Guatemala, en donde se realiza un estudio trasversal en las 12 unidades médicas del instituto Guatemalteco de seguridad social, se diseñó y validó un instrumento que evaluó la competencia clínica en 5 dimensiones con una fiabilidad del 94% según prueba de kuder-Richardson. En donde se concluye que la competencia clínica de los médicos de primer contacto para la atención del climaterio no es la adecuada. (6)

Castañeda-Sánchez en el 2015 realiza un estudio trasversal prospectivo, para determinar los costos de la polifarmacia en ancianos en una unidad de primer nivel de atención en la unidad de medicina familiar (UMF) no. 1 de Ciudad Obregón, Sonora, México. Se incluyeron recetas expedidas a adultos mayores; se revisó la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica en el expediente electrónico, y finalmente, se estimaron los costos y la prescripción razonada. Para el análisis se utilizaron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central, dispersión y anova. Dentro de los resultados se encuentra con una congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica en 22.2% de los casos, en la que el gasto, relación costo-gasto y la inversión en medicamentos del cuadro básico de la unidad fueron significativas ($p < 0.05$). Concluyendo que se prescriben medicamentos no justificados al adulto mayor, lo cual incrementa el riesgo de eventos adversos. (35)

IV. B.- ATECEDENTES DE PRESCRIPCIÓN RAZONADA FARMACOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

De la fuente JC.(2003) en su artículo “Understanding and preventing drug interactions in elderly patients.” (Comprensión y prevención de las interacciones entre medicamentos en

pacientes ancianos). Menciona que los ancianos consumen una cantidad desproporcionada de los medicamentos recetados y de venta libre. Las alteraciones en la fisiología, la polifarmacia, múltiples prescriptores y otros factores ponen a la población de edad avanzada en riesgo de desarrollar interacciones clínicamente significativas entre medicamentos. La incidencia de las posibles interacciones entre medicamentos aumenta con el aumento de consumo de drogas y son responsables de numerosas urgencias y las visitas al médico. Utilizando un análisis combinatorio hay una probabilidad teórica de más de un 50% para tener una interacción medicamentosa cuando un paciente está recibiendo cinco medicamentos, y la probabilidad aumenta a 100% cuando se utilizan siete medicamentos. No se estimaron los efectos clínicos, pero se consideró que el 20% podrían ser clínicamente significativos. Mencionando además como factor la discrepancia o desconocimiento entre dos prescriptores, y la fisiología del envejecimiento en donde ocurren cambios de absorción alterada de medicamentos ya sea por motilidad alterada o cambios de pH; alteraciones en la distribución de los medicamentos, alteración de las isoenzimas del citocromo p450 ya sea por inhibición, inducción o deterioro en su función, disminución de la función renal, así como interacciones farmacodinámicas. (10)

García Orihuela (2006) en su estudio llamado "Polifarmacia y dependencia funcional en adultos mayores ingresados al Hospital Calixto García" de la ciudad de la Habana, una investigación observacional descriptiva de tipo cuantitativa transversal, en donde se acopio información de los adultos mayores durante el 2006, con una muestra de 267 pacientes mayores de 60 años, en donde se recabaron el número de medicamentos consumidos y el estado funcional del paciente expresado a través de las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, encontrando que la mayoría sufría polifarmacia, siendo más afectados los de mayor edad, fueron las enfermedades crónicas no transmisibles las que se asociaron a mayor consumo de medicamentos.(21)

Malinali (2006) en su estudio de título "Prevalencia y factores de riesgo para polifarmacia en adultos mayores del Valle del Mezquital, Hidalgo" Se llevó a cabo un estudio transversal en una muestra de 311 adultos mayores con residencia en el Valle del Mezquital Hidalgo, con el propósito de determinar la prevalencia y factores de riesgo de polifarmacia en adultos mayores. Realizando un cálculo de riesgos (razón de momios) a través del análisis multivariado de regresión logística. La prevalencia de polifarmacia fue del 18%, de los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuales el 32% reportó Consumir productos de herbolaria. Por otro lado, se detectaron como principales factores de riesgo, la polipatología con una razón de momios de 11.2 (IC95% 4.5-28.3; $p < 0.001$) y visitas a varios médicos (3 o más) por el mismo problema de salud, por insatisfacción en su tratamiento, con una razón de momios de 7.5 (IC95% 3.4-16.4; $p < 0.01$). (22)

Sánchez-Gutiérrez (2007) en su estudio llamado “Efectos de la Polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores” se realizó un estudio cuantitativo, transversal, explicativo. En donde se incluyeron en el estudio, adultos mayores de la Colonia Moctezuma de Tepic, Nayarit, que consumían más de tres medicamentos al día. El total de elementos fueron 143 adultos mayores de más de 65 de edad de ambos sexos, que tomen más de tres medicamentos por día, y los criterios de exclusión; adultos mayores con demencia senil. Encontrando como resultado que la polifarmacia predominó en el grupo de edad de 75-79 años, de los cuales 76.3% correspondió a mujeres y 62.8% a hombres de la población encuestada. También se encontró que un mayor número de enfermedades presentes en el AM se asoció con un mayor número de medicamentos utilizados, que a su vez causaron múltiples efectos adversos, que en orden de frecuencia fueron: sequedad bucal (21.4%), dolor epigástrico (14.9%), palpitaciones (13.5%), cefalea (13.5%), insomnio (9.6%), flatulencia (7.4%), anorexia (6.6%), tos seca (4.8%), náuseas (4.4%) y somnolencia (3.9%). Además, se detectó que el 71.2% de los pacientes no recibieron información del prescriptor sobre estas posibles reacciones adversas. (23)

Hortensia Arlette (2009) en su tesis “Polifarmacia en los adultos mayores en la ciudad de Valdivia: magnitud y desafíos para los CESFAM de la ciudad de Valdivia” se realiza un estudio descriptivo con el propósito de determinar las características de la polifarmacia en los adultos mayores inscritos en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) municipales de Valdivia de la Región de los Ríos, Chile. En una muestra de 2594 pacientes adultos mayores de 60 años con la primera medicación indicada entre las fechas del estudio. Se realiza una sistematización de los datos de los medicamentos prescritos desde las fichas electrónicas y se aplica una entrevista individual semiestructurada para recabar datos complementarios respecto de otros medicamentos no prescritos y de la capacidad de cumplimiento de las prescripciones indicadas. Los resultados encontrados muestran que

un 60,2 % de los mayores de 60 años inscritos en los CESFAM Municipales de Valdivia presentan polifarmacia. (28)

Santibáñez-Beltrán (2013) en su estudio “Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención” en donde realiza un estudio de costos en adultos mayores con polifarmacia, pertenecientes a dos unidades de Medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Querétaro, México, en el año 2011. Fueron incluidos adultos de 60 años o más, con diagnóstico de una o más enfermedades crónicas degenerativas y al menos una consulta al año registrada en el expediente electrónico. Se eliminaron las personas que acudieron a consulta subsecuente y en quienes en la nota médica se omitió el nombre o la cantidad del medicamento otorgado. El estudio se realizó en 131 pacientes, muestra calculada con la fórmula de población finita para promedios, con un nivel de confianza de 95 % para una zona de rechazo ($Z = 1.64$), en una población de 26 300 pacientes geriátricos con polifarmacia, considerando un costo promedio de 5000 pesos, con una desviación estándar de 800 y un margen de error de 115. El costo de polifarmacia fue evaluado en tres dimensiones: consulta médica, medicamentos y servicio de farmacia. Se mostró que el costo anual de la polifarmacia en el adulto mayor fue de \$2201.17. Vale la pena mencionar que solo se estimó el costo de la polifarmacia, sin embargo, no se tomaron en cuenta el costo de interacciones medicamentosas o de hospitalizaciones a causa de polifarmacia. (29)

Luna-Medina MA et al.(2013) en su estudio “Prescripción inapropiada en el adulto mayor” tuvo como objetivo evaluar la utilidad del instrumento STOPP-START para la detección de prescripción potencialmente inapropiada, realizando un estudio transversal descriptivo, con selección aleatoria de expedientes de adultos mayores, 285 en total, con al menos una enfermedad crónica degenerativa, cuya última consulta tuviera máximo dos meses y que hubiesen cumplido con su cita mensual cuando menos cuatro veces en el últimos semestre. La prescripción inapropiada tuvo una prevalencia de 55 % (IC 95 % = 49-61) y la polifarmacia de 87 % (IC 95 % = 83-91). Además, se detectó la omisión de uno o más medicamentos indicados en 72 % de 75 circunstancias clínicas específicas. (30)

En esta época de desmantelamiento del sistema de salud, nos preguntamos si un uso más saludable y prudente de los medicamentos podría generar ahorros que permitieran evitar

o minimizar los recortes en otros capítulos, como personal y prestaciones asistenciales. La OMS define la utilización de medicamentos como el proceso de su desarrollo, regulación, comercialización, distribución, prescripción, dispensación y uso en una sociedad, así como sus consecuencias médicas, sociales y económicas. Estos procesos describen el paso de los medicamentos por la sociedad. (36)

La prescripción racional de medicamentos se consigue cuando un fármaco es bien seleccionado, en su dosis adecuada, durante un período de tiempo apropiado, al menor costo para el paciente y la comunidad. Según la OMS el 50% de los medicamentos se prescriben, dispensan y comercializan en forma inadecuada. La prescripción irracional constituye un riesgo inadmisibles, origina tratamientos inefectivos, provoca daño y gastos innecesarios, reduce la calidad en la atención; difundiendo la creencia de que existe una píldora para cada problema de salud. Diversos factores influyen en este proceso: actividades promocionales de la industria, ausencia de información independiente, falta de educación continua, etc. Así mismo se considera a la enseñanza basada en problemas para que la prescripción sea un ejercicio de inteligencia clínica y no un reflejo espinal. (33).

El uso racional de los medicamentos es una parte esencial de la medicina, en ello se basa la restauración de la salud en la población, sin embargo, el uso irracional de medicamentos es un hecho predominante que se ha convertido ya en un problema de salud pública, dada sus implicaciones socioeconómicas además de las propias relacionadas con la salud-enfermedad. Dado que la mayor proporción de medicamentos se prescriben en el primer nivel de atención médica, toda vez que es en este nivel en el que se atiende a la mayor cantidad de población. (34)

Se definió el uso racional de medicamentos como la prescripción del medicamento más adecuado para el paciente que lo necesite, administrado a las dosis apropiadas durante el tiempo necesario y proporcionando al enfermo la información requerida sobre su tratamiento. Esta definición contiene tres elementos clave para la utilización ideal de un fármaco, y de ella se desprenden tres afirmaciones que serán el eje de la presente revisión, a saber: 1. No siempre se requieren medicamentos para tratar una dolencia; 2. Prescribir es algo más que extender una receta con un nombre comercial, y 3. Es necesario implicar al paciente en su propio tratamiento. (37)

Por otro lado, la prescripción de medicamentos es la forma de intervención en salud más frecuente en atención médica, no obstante, son escasos los estudios del patrón de prescripción en todos los niveles de atención médica. La intervención en salud es cualquier acción dirigida a reducir riesgos, tratar enfermedades, aliviar las consecuencias de la enfermedad y la incapacidad subsecuente. En la atención a la salud, en el campo clínico o en la administración de los servicios, la toma de decisiones esta intrínsecamente relacionada con la asignación de recursos y, por lo tanto, con el hecho implícito de valorar distintas alternativas y elegir entre ellas. (34).

IV.C. TEORIAS QUE APOYAN LAS VARIABLES A ESTUDIAR.

La palabra “competencia” es ambigua. Su empleo es cada vez más frecuente e indiscriminado, llevaría a pensar que sobre ella no existe una definición, llevaría a pensar que sobre ella no existe una definición uniforme o unívoca, sino que, por el contrario, allí se mezclan multitud de significaciones, a veces tan alejadas entre sí, que harían pensar que no existe conexión alguna entre ellas. La tarea que corresponde consolidar es la de procurar un enfoque de competencias que aspire a la formación de un “ser competente”, es decir, un sujeto ético, autónomo y responsable, con capacidad realizante no solo en el contexto laboral-empresarial sino también en los contextos disciplinar-investigativo y social en los que se articulen armónicamente el ser con el saber y el hacer. (7)

Competencia procede del latín, “Competencia” que significa disputa o contienda sobre algo entre dos o más personas y se relaciona con los siguientes significados: capacidad, pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado. La organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) lo define como el comportamiento socio afectivo y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que le permiten al individuo llevar a cabo adecuadamente un desempeño, una función, una actividad o una tarea. (2)

El concepto de “competencias” Comenzó a ser utilizado como resultado de las investigaciones del psicólogo David McClelland en los años 70. Este investigador demostró

la aplicabilidad de “Los tests académicos de aptitud tradicionales y los de conocimientos, al igual que las notas escolares” y logró confeccionar un marco de características que diferenciaban los distintos niveles de rendimiento de los trabajadores a partir de una serie de entrevistas y observaciones. La forma en que describió tales factores se centró más en las características y comportamientos de las personas que desempeñaban los empleos que en las tradicionales descripciones de tareas y atributos de los puestos de trabajo, para lograrlo, estudió directamente a las personas en el trabajo, contrastando las características de quienes son particularmente exitosos, con las de quienes son solamente promedio. (9). Con la afirmación de que el desempeño de un trabajo está más relacionado con las características propias de la persona y su competencia que con aspectos relacionados con los conocimientos y habilidades. (2).

Competencia es el “Uso habitual y juicioso de comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores, y reflexión en la práctica cotidiana para el beneficio del individuo y la comunidad de acuerdo a Epstein y Hundert (2002)

La Dra. Minerva Noriega Sotolongo, asume el concepto de competencia como un concepto operacional, que sirva de instrumento para su identificación, formación y desarrollo, por ello consideran que las competencias constituyen “la posibilidad real que tiene el ser humano de integrar y movilizar sistemas de conocimientos, habilidades, hábitos, actitudes, afectividad y valores para la solución exitosa de aquellas actividades vinculadas a la satisfacción de sus necesidades cognitivas y profesionales, demostradas en su desempeño, al tomar decisiones y solucionar las situaciones que se presenten en su esfera de trabajo” (7)

En las variadas definiciones encontradas se observan elementos comunes. Incluye todo conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados, en el sentido que el individuo ha de “saber”, saber hacer” y “saber ser”, las cuales solo pueden ser definibles en la acción es decir en la práctica, así mismo poseen un carácter dinámico y flexible, implica una relación entre lo interno y externo de la persona, es multidimensional, implica un compromiso individual, institucional y social. (9)

El Dr. Cuauhtémoc Guerrero Davalos, en el 2013, Después de su revisión sistemática la define como: “Al conjunto de las habilidades, conocimientos, valores y características subyacentes, como recursos que se ponen en juego en nuestro trabajo o una situación específica, que pueden ser desarrolladas por la experiencia y la formación profesional, posicionando en un estado de mejora continua al individuo u organización que las posee, en el cumplimiento satisfactorio de las tareas u objetivos relacionados con su estrategia, vinculadas a una misión organizativa, en el marco de su cultura” así mismo cabe mencionar que después de las múltiples variables, conocimientos y habilidades se presentan con mayor frecuencia como los principales componentes de las competencias.(11).

IV.C.1 CLASIFICACIÓN DE COMPETENCIAS.

Las competencias las podemos clasificar en 3 grandes grupos:

1.- Las competencias básicas, claves o esenciales: las cuales se refieren a los conocimientos, habilidades, actitudes y valores mínimos que posee todo profesionista, es decir son los aprendizajes mínimos indispensables que debe obtener cualquier educando, estas requieren un enlace de conceptos, habilidades, destrezas actitudes, valores y estrategias, para enfrentar los retos que se presentan de manera cotidiana. A manera de ejemplo en la facultad de Medicina de UNAM se establece las competencias básicas de profesionalismo incluyendo aspectos éticos y responsabilidades legales, comunicación afectiva, conocimiento, y aplicación de las ciencias biológicas y socio médicas. (2).

2.- Las competencias genéricas o transversales: estas están determinadas por las instituciones de salud y educativas e integran aspectos cognitivos y de habilidades, así como elementos éticos y el pensamiento crítico requerido para asegurar la calidad del conocimiento, para la vida social y personal son aquellas cuya formación permita un mejor desempeño ciudadano (2). Estas además representan el factor común entre profesiones y permiten la integración entre las disciplinas, en general se refieren a procesos de integración. Son el fundamento de trabajo en equipo. (12).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Dichas competencias no son exclusivas de alguna actividad en específico sino para todas. Estas a su vez pueden ser las vinculadas con el desempeño profesional, es decir la habilidad profesional y la denominada práctica profesional. (2).

En cuanto a medicina dentro de las competencias transversales los aspectos cognitivos son esenciales, toda vez que la capacidad analítica y su aplicación para la resolución de problemas y la toma de decisiones forma parte de su vida diaria, así como un pensamiento crítico que permite funcionar como experto y aplicar principios racionales a diversas situaciones. (2),

3.- Competencias específicas: dichas competencias corresponden a las actuaciones propias de cada profesión, definen lo que un profesional es capaz de hacer. (12). Por obvias razones alcanza mayor prioridad ya que deben destacarse los conocimientos en el área de estudios y la profesión; la capacidad de abstracción, análisis, síntesis, es decir la capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica y así identificar, plantear y resolver problemas, además de la capacidad de investigación. (2).

IV.C.2. EXPECTATIVAS EN EL PERFIL DEL MEDICO.

En el “Perfil por Competencias del Médico General Mexicano” en el 2008 emitido por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. se describe que la profesión médica se estructura en torno de dos ejes: el primero consiste en la relación entre conocimiento científico y práctica clínica; el segundo, por la relación entre legos y expertos. Estos dos ejes organizan la acción profesional, siendo la metodología el elemento que permite articular a estos dos ejes. De esta forma, se pueden definir siete grandes competencias genéricas (13).

Las siete competencias genéricas son:

1. Dominio de la atención médica general
2. Dominio de las bases científicas de la medicina
3. Capacidad metodológica e instrumental en ciencias y humanidades
4. Dominio ético y del profesionalismo
5. Dominio de la calidad de la atención médica y trabajo en equipo
6. Dominio de la atención comunitaria

7. Capacidad de participación en el sistema de salud. (13).

Altagracia García en el 1999 refiere en su artículo de competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica manifiesta que el estudio de la competencia clínica es considerado como una manera de profundizar a esta problemática de la educación media continua. Considerando que el mejoramiento de la competencia es la clave si se desean obtener mejores resultados en la práctica clínica de los médicos. (14)

IV.C.3 EVALUACION DE LA COMPETENCIA

Podemos asegurar que no existe un instrumento de evaluación de manera completa, integral y objetiva de la competencia clínica de los individuos. (15). Podemos encontrar algunas formas de interpretar o bien se podrían usar las siguientes propuestas. (16)

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.

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

Competencia clínica del médico, expresada en términos de responsabilidad. (16).

Sin embargo, debemos considerar que, en la actualidad, se realizan esfuerzos para evaluar más allá del simple conocimiento memorístico; se pretende evaluar la aplicación teórica de éste (saber cómo), mediante la utilización de secuencias de reactivos (falso-verdadero, opción múltiple) con una base común (caso clínico o problema). (15).

En cuanto a las dimensiones de la competencia clínica podemos evaluar.

Conocimiento: Conocimientos relevantes acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes. (15)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Habilidad: Capacidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes, e interpretar el significado de la información obtenida. (15)

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. (15).

Miller (1990) realiza un estudio acerca de la evaluación de habilidades, competencias y desarrollo el cual marca un hito en la educación. (2), Pues desarrolló un modelo representado por una pirámide en donde de forma sencilla, incluye los diferentes niveles de capacitación mínimos o básicos en los que se sustenta la competencia profesional del médico, en los que a su vez se puede desarrollar la evaluación; en la base de la pirámide sitúa los conocimientos que necesita para desempeñar sus tareas de manera eficaz. En decir en conocimiento. "Sabe", en el siguiente nivel la capacidad del profesional para utilizar los conocimientos "sabe cómo", en tercer nivel es cómo actuaría y llevaría a cabo sus funciones si se encontrara en una determinada situación "muestra cómo", finalmente en el vértice se sitúa la actuación, en lo que concierne al profesional su práctica habitual con pacientes y situaciones clínicas reales "hace". (16). (17)

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 y 2). (16) (17).

IV.C.4.- PIRAMIDE DE MILLER

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

II Nivel, Saber Cómo: (Actitud) 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: (Destreza) 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.

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. (16)(17)

Figura 1. Pirámide de competencia de Miller (16)

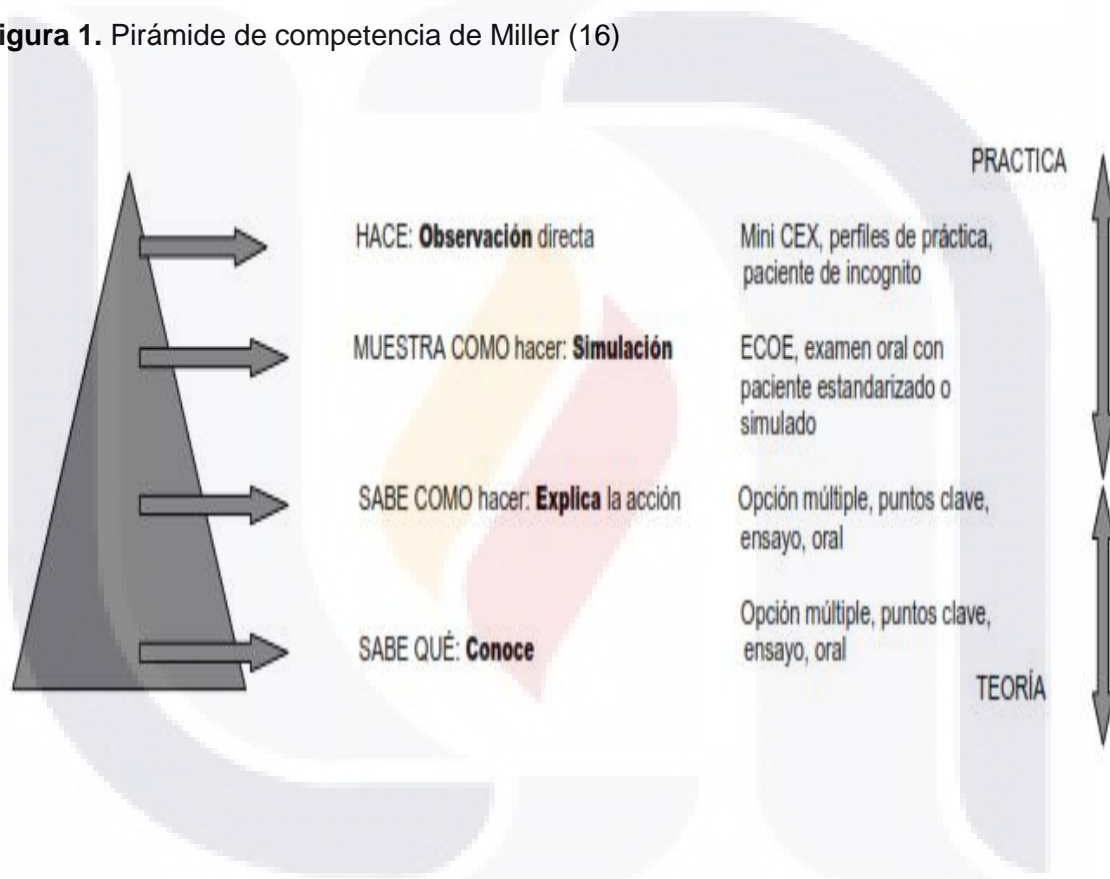


Figura 2. Pirámide de competencia modificada de Miller (16)



Figura 2. Pirámide de Miller y los instrumentos de evaluación. Modificada de Miller GE.¹¹

Carraa

Dentro del contexto como una de las formas de evaluar la competencia 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 suficientemente tres de los cuatro niveles de la pirámide de Miller: saber, saber cómo y demostrar cómo. (19)

Para evaluar la competencia clínica se requiere de una estrategia de indagación estructurada, una manera es a lo que llamamos problematización de las situaciones clínicas descritas (casos clínicos reales); esto significa que el respondiente de los instrumentos utilizados debe poner en juego su propio criterio al reconocer con mayor o menor claridad las particularidades de cada situación clínica que enfrenta, identificar las alternativas que se proponen con fines de diagnóstico tratamiento o prevención y diferenciar las que a su juicio resultan apropiadas, útiles, oportunas o beneficiosas, de las inapropiadas, inútiles, extemporáneas, inconvenientes o perjudiciales. (20)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Dentro del contexto como una de las formas de evaluar la competencia La Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO) 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 suficientemente tres de los cuatro niveles de la pirámide de Miller: saber, saber cómo y demostrar cómo. (16) (19).

IV. D.- ENVEJECIMIENTO

Hablar del adulto mayor, nos obliga a hablar del concepto de envejecimiento, el cual se considera como un proceso de deterioro biológico y disminución de la capacidad funcional, así mismo esto se evidencia posteriormente en la aparición de algunas enfermedades tanto biológicas como mentales. (24). Sin olvidar que cuenta con múltiples características como lo son, un proceso universal debido a que todos estamos expuestos a ello, así mismo es continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante sin llegar a perder la funcionalidad por completo, y heterogéneo, el cual además es inevitable, todo esto coadyuvante a la interacción de factores genéticos, estilo de vida, presencia de enfermedades sin olvidar sociales y culturales. (25).

Dicho esto, es importante conocer las dimensiones de la población actual ya que todos estamos expuestos a ello, en el 2012 en el Fondo de Población de Naciones Unidas describe que 11.5% de la población mundial tiene 60 años o más. Y para el 2050 1 de cada 5 habitantes en el planeta tendrá 1 de cada 5. (26) Así mismo en México de acuerdo al censo de población y vivienda del 2010, representa al 9.3% alcanzando los 10.9 millones de habitantes. (27) De tal forma que el aumento de esperanza de vida no significa necesariamente una mejoría en las condiciones de salud, al contrario, ya que surge uno de los problemas más importantes como lo es la pérdida de las funciones, emocionales y cognitivas. (24)

Así mismo a un deterioro de salud y como ya lo hemos mencionado en artículos anteriores a un riesgo elevado de polifarmacia, por consiguiente, a una prescripción farmacológica no razonada.

V.- JUSTIFICACION

En Aguascalientes, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, mostrando una inercia que cada vez se hace más notoria; en 2012 la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990, debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, mientras que la participación relativa de adultos mayores pasa de 5.9% a 7.9% y se espera que en 2030 sea de 13.5 por ciento. (7).

En 2007, del total del gasto en salud, México invirtió 24 % en medicamentos, equivalente a 1.4 % del producto interno bruto del cual el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) concentró el 47.9 % del gasto público en medicamentos. (2).

En los últimos años se ha configurado el concepto de polifarmacia como consecuencia del empleo de múltiples fármacos. La organización mundial de la salud la define como el uso simultáneo de más de tres fármacos. El factor desencadenante de este fenómeno es la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas. El grupo etario más susceptible para la polifarmacia son los adultos mayores, debido a la polipatología secundaria a los múltiples cambios fisiológicos propios del envejecimiento, que se acompaña del incremento de la demanda de los servicios de salud, lo cual genera que las instituciones de salud presenten una capacidad limitada de respuesta. (3).

La prevalencia de polifarmacia y el consecuente riesgo de interacciones medicamentosas en adultos mayores es variable entre países, regiones, y escenarios. En términos generales se reporta de un 20 a 50 %, cuyas magnitudes son influenciadas por la edad de los sujetos, estado de salud, evaluación durante la estancia hospitalaria, lugar de residencia (rural o urbana), automedicación y tipo de medicamentos considerados. (4). Considerando esto podemos decir que la poli medicación en las personas mayores se asocia con la prescripción inapropiada, lo cual conlleva a un aumento significativo de eventos adversos. (5).

Así mismo se estudiaron los costos de la polifarmacia en ancianos, así como las congruencias clínico diagnóstica terapéutica en el expediente clínico, en la ciudad de

Obregón, Concluyendo que se prescriben medicamentos no justificados al adulto mayor, lo cual incrementa el riesgo de eventos adversos. (35)

Como parte de la evolución médica continua es importante realizar autoevaluaciones, de igual modo con los cambios actuales de la educación médica, es importante evaluar las competencias del médico de primer contacto, de este modo me permite identificar mis debilidades, para tener un punto de partida en el caso particular de la prescripción razonada farmacológica en el adulto mayor considerando a estos como pacientes con alto consumo de medicamentos, además bajo este contexto se puede contribuir al reto en el Fortalecimiento del Sistema de Medicina Familiar como es el uso eficiente de recursos, a través de la prescripción razonada de: medicamentos, apoyos diagnósticos y días incapacidad. (41)

VI.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

VI.A.1.- DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

En México hay 277 mil médicos ocupados de una población de 112 millones de habitantes, así mismo según el INEGI en el 2011 en México existen 0.6 médicos por cada 1000 habitantes, así mismo en Aguascalientes conserva el mismo promedio por habitante. (48). Dentro del IMSS en la UMF 1, Delegación Aguascalientes, se encuentran laborando 40 médicos familiares, 20 para el turno matutino y 20 para el vespertino, los cuales se encuentran en consultorios asignados, es decir que atiende a la población general. (38)

De acuerdo a las estadísticas de IMSS Delegación Aguascalientes, en MEXICO hay 48,368,414 derechohabientes de los cuales 643,672 pertenecen al estado de Aguascalientes, así mismo de estos 85222 corresponden a población de Adultos mayores. 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. (38)

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. (40)

En el 2012 en el Fondo de Población de Naciones Unidas describe que 11.5% de la población mundial tiene 60 años o más. Y para el 2050 1 de cada 5 habitantes en el planeta tendrá 1 de cada 5. (26) Así mismo en México de acuerdo al censo de población y vivienda del 2010, representa al 9.3% alcanzando los 10.9 millones de habitantes. (27)

En Aguascalientes, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, mostrando una inercia que cada vez se hace más notoria; en 2012 la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990, debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, mientras que la participación relativa de adultos mayores pasa de 5.9% a 7.9% y se espera que en 2030 sea de 13.5 por ciento. (7).

VI.A.2.- 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. Por lo que 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. (39)

Se podría considerar que en algunos casos 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. (40)

La prevalencia de polifarmacia y el consecuente riesgo de interacciones medicamentosas en adultos mayores es variable entre países, regiones, y escenarios. En términos generales se reporta de un 20 a 50 %, cuyas magnitudes son influenciadas por la edad de los sujetos, estado de salud, evaluación durante la estancia hospitalaria, lugar de residencia (rural o urbana), automedicación y tipo de medicamentos considerados. (4). Considerando esto podemos decir que la poli medicación en las personas mayores se asocia con la prescripción inapropiada, lo cual conlleva a un aumento significativo de eventos adversos. (5).

VI.A.3.-DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (41).

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.
- Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectora de la Secretaria de Salud.

Dentro del objetivo. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Lo define como. El Estado deberá instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral.

La agenda es ambiciosa; se deberán abordar temas de ampliación de infraestructura y otras modalidades de servicios médicos, especialmente en las localidades más aisladas y

dispersas; así como el incremento de recursos humanos resolutivos y acercándose al perfil epidemiológico. No obstante, la experiencia indica que esto no es suficiente, se deberá avanzar en mejorar la calidad de la atención, que implica, entre otras acciones, una mejora continua de procesos y capacitación. Las prioridades del país señalan que es urgente mejorar la atención primaria. Todas las instituciones del sector enfocarán sus esfuerzos a fortalecerla. No obstante, el reto es tan grande que hoy más que nunca se requiere la coordinación entre todas las instituciones para poder llevar a cabo una integración efectiva que permita responder a las necesidades y las expectativas de la población. En este sentido, se revisarán las acciones emprendidas en los años anteriores y se consolidarán aquéllas que han dado resultados, pero se deberán de adecuar profundamente las que no han sido eficaces.

Dentro de estas se resaltan:

Estrategia para Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores. Con las siguientes líneas de acción:

- Implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales.
- Cerrar brechas de género en comunidades que garantice envejecimiento saludable.
- Fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos y osteoporosis y caídas.
- Ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental.
- Incrementar las acciones de promoción de la salud para lograr el autocuidado de las personas adultas mayores.
- Fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores.
- Instrumentar mecanismos para asegurar que los adultos mayores que reciban la Pensión Universal cumplan con la corresponsabilidad en salud

Estrategia para Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Fortalecer la cadena de suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas de salud.
 - Incrementar el abasto de medicamentos y biológicos de acuerdo a las necesidades locales.
 - Implementar programas de distribución de medicamentos que alineen los incentivos de las instituciones de todos los participantes.
 - **Fomentar el uso racional de la prescripción de medicamentos**

VI.A.3.A NORMAS

Normas: la norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. En donde se describe la atención de la salud del adulto mayor de forma general. (42).

Guía de práctica clínica. Prescripción farmacológica en el adulto mayor. En donde se describen las recomendaciones sobre la prescripción farmacológica, así como guías y herramientas para una mejor prescripción en el adulto mayor que se recomiendan en la misma. (8)

Guía de práctica clínica. Valoración Geronto-Geriatrica Integral en el Adulto mayor en donde además de las recomendaciones de una valoración integral, se incluye el apartado de valoración de polifarmacia, así como recomendación y herramientas para una adecuada prescripción farmacológica. (43).

VI.B.1.- DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

La transición demográfica que deriva de una movilización de enfermedades infecto contagiosas a una mayor prevalencia de procesos crónico degenerativos o no infecciosos, los cuales son de mayor duración, ocasiona mayor discapacidad y dependencia, lo cual traduce en mala percepción de salud y de la calidad de vida por parte de los adultos mayores; dicho fenómeno trae consigo mayor necesidad del uso de los servicios de salud, lo que de continuar con capital humano no adiestrado o capacitado para atender las necesidades de la población, envejecida, llevara consigo la mayor utilización de fármacos

que al ser más de tres medicamentos se considera polifarmacia en consecuencia mayor probabilidad de reacción adversa a medicamentos. (8)

Debido a la variabilidad de patologías concomitantes en el mismo paciente, es posible que, en su evolución, pueda ser visitado por un gran número de profesionales. El uso de las guías ha sido promovido como uno de los métodos para trasladar la medicina basada en la evidencia a la práctica clínica. La evidencia debería cambiar la práctica clínica. Sin embargo, hay estudios cualitativos y cuantitativos que muestran las diferencias en la adherencia a las guías, mostrando menor seguimiento en médicos de atención primaria que en otros especialistas. (44)

La competencia clínica para la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor no se ha identificado con precisión, ya que en la guía de practica se realizar recomendaciones e instrumentos para facilitar la prescripción razonada farmacológica, así mismo considerando cada caso debe de manejarse en particular. Pero no existe un sistema de evaluación, sin embrago dentro delas recomendaciones se describen los criterios STOPP START en donde se describen una serie de situaciones específicas con patologías de adultos mayores y estos divididos en secciones por sistemas, y patologías. (5), (43).

Mendez en el 2009 en su estudio Congruencia clínico-diagnóstica-terapéutica en las infecciones respiratorias agudas considera como falta de conocimiento de la competencia en sí, la ignorancia del médico en los 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.).(45)

Lazalde (2009), en su estudio para valorar la competencia en infecciones respiratorias en menores de 5 años en donde refiere 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). Dicho de antemano esta última aseveración podría inferirse para la competencia en la atención clínica en general, no excluyéndose para la prescripción farmacológica del adulto mayor.

Como ya se ha mencionado el grupo más susceptible para la polifarmacia son los adultos mayores, debido a la polipatología secundaria a los múltiples cambios fisiológicos, que se acompaña del incremento de la demanda de los servicios de salud, lo cual genera para el sector salud un aumento específicamente de los costos de la atención, que en la actual dinámica económica se han convertido en una prioridad. Las estrategias para abordar este tema incluyen la evaluación costo-efectividad y la evaluación de los costos de producción. En esta dinámica, la polifarmacia ha creado un abismo en el conocimiento de los costos que genera. (29)

VI.B.2.- DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

En la formación del personal médico, las instituciones educativas y de salud comparten responsabilidades. Para mejorar la práctica clínica y alcanzar grados de competencia clínica. Se trata de que la educación médica como tal, contribuya con su parte a mejorar la atención a la salud y la calidad de vida de aquellos a quienes atenderán los médicos, Está claro que el mejor sistema de evaluación es insuficiente para agotar la diversidad de las manifestaciones de la aptitud clínica y que un método de evaluación por sí solo no alcanza a responder las necesidades de información de las acciones educativas emprendidas. (49)

Se han encontrado que en el ámbito médico 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 un proceso de educación médica continua, lo que enriquece la competencia clínica en los médicos de primer nivel. (45)

En Aguascalientes no existe una estadística de los pacientes adultos mayores que cuentan con polifarmacia, por lo que se manejan las estadísticas ya antes descritas. Sin embargo,

considerando que la población de Aguascalientes derechohabiente adulto mayor es de 85222 con alta probabilidad de más de la mitad podría tener polifarmacia. (38)

VI.B.3.- 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 centrada en preguntas inconexas con la práctica clínica. Ocasionalmente se realiza con casos clínicos, casi siempre obtenidos de un libro y con respuestas de opción múltiple. En México, se han realizado varios estudios orientados a evaluar distintas habilidades clínicas mediante exámenes escritos, y con estaciones. En diversos estudios, se han construido instrumentos basados en casos clínicos reales para evaluar el grado de aptitud clínica ante diferentes patologías, tanto en estudiantes de medicina, como en médicos residentes de anestesiología, medicina familiar, etcétera; instrumentos donde se encontró que el desarrollo de estas aptitudes suele ser deficiente (49)

Cuando el contenido de estos instrumentos 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 llegar a una práctica más reflexiva y que tenga impacto en los resultados de las evaluaciones. (47).

VI.C.1.- 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. Capacitaciones: el nivel de competencia clínica es desconocido, (17), Aunque se cuenta con programas de actualización continua, dirigidas a médicos que no son expertos y adecuadas a la población mexicana). Así mismo existe un servicio para referir a estos pacientes como lo es GeriatrIMSS.

Factores intrínsecos dependientes del profesional médico (50)

Ética profesional: A un profesional de la medicina se le supone que busca el bienestar de su paciente, y ello lo hace con todo el arsenal terapéutico de que dispone. También se

supone que «el bien hacer» guía su práctica clínica, y para ello busca la información necesaria que le permita mantener un nivel suficiente de competencia.

Falta de cultura de evaluación: Para establecer mejoras cualitativas en la prescripción, es absolutamente necesario entrar en una cultura de evaluación. Entrar en el mundo de la evaluación individual, en un contexto profesional teóricamente liberal organizado en equipos, es difícil. No obstante, si la evaluación se entiende como una oportunidad de mejora, porque es capaz de proporcionar instrumentos útiles para hacerlo mejor, podrá aceptarse con naturalidad como una actividad más de las que se llevan a cabo en los equipos de atención primaria.

Formación de pregrado: Del fármaco al problema frente del problema al fármaco. La farmacología clínica es una disciplina académica y práctica que debería salvar ese abismo. El problema terapéutico se debe revisar desde el punto de vista del prescriptor, revisando el papel de un fármaco específico, discutiendo las pruebas científicas de su valor práctico y presentando conclusiones sobre cuándo, por qué y forma de utilizar un determinado tratamiento. Por otro lado, debería ser un componente fundamental de los sistemas de exámenes calificadoros.

Formación de posgrado: Consideramos prescripción terapéutica un acto libre y responsable del médico, derivado de una decisión preventiva o terapéutica, que conduce a la administración de medicamentos a la población atendida. Entendiéndolo pues como un proceso, una técnica o incluso un procedimiento administrativo, requerirá de unos conocimientos, habilidades y aptitudes que habrá que aprender y adquirir. La formación de posgrado es una variable asociada a un menor gasto farmacéutico y a una mayor calidad de la prescripción, siendo un hallazgo ampliamente contrastado en la literatura.

Formación continuada. El farmacéutico de atención primaria: Disponer de una formación continuada en terapéutica de carácter independiente y crítico es, en la actualidad, un esfuerzo personal, voluntario y costoso y, por tanto, escaso.

Relación interprofesional y paciente pluripatológico: Como es en el caso de pacientes adultos mayores no es infrecuente encontrarnos con pluripatología que precisan valoración y seguimiento de sus problemas por distintos especialistas. Tampoco es infrecuente que,

en esta policonsulta, los tratamientos previos del paciente no sean tomados en consideración (masificación de las consultas especializadas, falta de informe escrito de otros especialistas, olvido del paciente de los medicamentos que está tomando). En esta dimensión el médico de familia adquiere gran relevancia como figura indispensable para armonizar el tratamiento final y decidir sobre la relación beneficio/riesgo que distintos fármacos pueden tener para un paciente concreto. No cabe olvidar que la responsabilidad final de cualquier tratamiento debe recaer en el médico de atención primaria. (50)

VI.C.2.- ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO.

En este marco, los médicos de familia nos encontramos en el centro de un complejísimo entramado de influencias que acaban configurando la prescripción farmacéutica de nuestro sistema de salud. Pacientes, autoridades sanitarias y laboratorios influyen de forma diferente sobre el médico de familia, condicionando los principios éticos de beneficencia, justicia, solidaridad y autonomía en la prescripción farmacéutica. El uso racional de los medicamentos comienza por una postura ética correcta en el médico de mantener, necesariamente, una voluntad de ser efectivo, para resolver un caso clínico concreto, y también una voluntad de ser eficiente con los recursos empleados; sin la voluntad en ambos terrenos no será posible racionalizar la prescripción. (50)

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. (16)

VI.D.1.- BREVE DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS OTROS PROYECTOS RELACIONADOS CON EL MISMO PROBLEMA.

Trujillo Galván en el 2001 realiza un estudio longitudinal, comparativo para medir la Competencia clínica en diabetes Mellitus en los médicos internos de pregrado antes y después de terminarlo, en donde se encuentra una mejoría, respecto a la terminación del internado de pregrado, concluyendo que este fenómeno aparece por que las teorías de enseñanza no proporcionan el encuentro entre la teoría y práctica en el marco de la

reflexión crítica. (32). Dicho esto, es posible considerar que entre más práctica y experiencia quizás se podría aseverar más competencia.

Cabrera-Pivaral (2011), realiza una evaluación de la competencia para el tratamiento de artritis reumatoide por médicos de primer contacto, en México, mediante un instrumento validado, realizo un diseño es transversal y comparativo. El universo de estudio se conformó de un total de 450 médicos de primer contacto del primer nivel de atención de Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Se incluyeron a médicos de primer contacto con contratación definitiva y temporal, de los turnos matutino o vespertino. El instrumento consta de casos clínicos reales condensados, ajustados y divididos en fragmentos a los fines del estudio a los que les siguen preguntas con tres opciones de respuesta: 'verdadero', 'falso' y 'no sé'. Los dominios evaluados para identificar aptitud clínica fueron: factor de riesgo, datos clínicos, integración diagnóstica, medidas diagnósticas, medidas terapéuticas y puntaje Global. La unidad de análisis fue: la competencia clínica para identificar la enfermedad reumática en donde se concluyó que el 15.3% de los médicos familiares reúne la competencia para el manejo de las principales enfermedades reumáticas. (18)

Parra-Acosta (2014) realiza un estudio descriptivo correlacional y trasversal para evaluar la competencia de un modelo novedoso de gestión de calidad en medico internos de pregrado, mediante la aplicación de un examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) a 46 MIP para valorar su desempeño humanista por competencias con pacientes estandarizados. En donde se midió la relación significativa del Modelo de Gestión de calidad y las competencias de los Médicos Internos de Pregrado (MIP) con cuatro niveles desempeño: receptivo, resolutivo, autónomo y estratégico. Los MIP alcanzaron un nivel autónomo en las competencias de comunicación, sociocultural, diagnóstico y manejo de patologías en forma completa respetando la dignidad del paciente, se ubicaron en un nivel receptivo y nivel resolutivo en la competencia cultura en salud y solución de problemas. (19).

Cabrera-Pivaral en el 2015 realiza una medición de la competencia clínica para la atención del climaterio en médicos de atención primaria a la salud de la ciudad de Guatemala, en

donde se realiza un estudio transversal en las 12 unidades médicas del instituto Guatemalteco de seguridad social, se diseñó y validó un instrumento que evaluó la competencia clínica en 5 dimensiones con una fiabilidad del 94% según prueba de Kuder-Richardson. En donde se concluye que la competencia clínica de los médicos de primer contacto para la atención del climaterio no es la adecuada. (6)

Castañeda-Sánchez en el 2015 realiza un estudio transversal prospectivo, para determinar los costos de la polifarmacia en ancianos en una unidad de primer nivel de atención en la unidad de medicina familiar (UMF) no. 1 de Ciudad Obregón, Sonora, México. Se incluyeron recetas expedidas a adultos mayores; se revisó la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica en el expediente electrónico, y finalmente, se estimaron los costos y la prescripción razonada. Para el análisis se utilizaron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central, dispersión y anova. Dentro de los resultados se encuentra con una congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica en 22.2% de los casos, en la que el gasto, relación costo-gasto y la inversión en medicamentos del cuadro básico de la unidad fueron significativas ($p < 0.05$). Concluyendo que se prescriben medicamentos no justificados al adulto mayor, lo cual incrementa el riesgo de eventos adversos. (35)

VI.E.1.- DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARÁ PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

Con el siguiente trabajo, lo que espero es identificar el nivel de competencia en los médicos familiares sobre la prescripción razonada farmacológica en el Adulto mayor, en la UMF 1-IMSS, esta información es importante ya que forma parte fundamental de una atención integral en donde participa el Médico Familiar como pilar y personal capacitado como herramienta importante en la prevención y buen apego a las normas y guías clínicas, si llega a dominar el manejo adecuado basado en las guías clínicas de atención al adulto mayor, se evitarían complicaciones, reacciones adversas y por consecuencia posibles muertes

Es necesario obtener nueva información con respecto a la competencia del médico de primer contacto de forma descriptiva para dar una perspectiva local de la gravedad del

problema, así como para a futuro poder implementar acciones para una mejoría en la optimización de los tiempos y recursos institucionales.

VI.F.1.- 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.

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.

Prescripción razonada: implica la definición de un problema a través del diagnóstico, el planteamiento de un objetivo terapéutico y la discriminación de la adecuada terapéutica para cada caso, con la mejora de la relación médico-paciente y garantía del seguimiento.

Adulto mayor: La Organización mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más quienes viven en países desarrollados.

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

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿CUÁL ES LA COMPETENCIA DEL MEDICO DE PRIMER NIVEL EN LA PRESCRIPCION RAZONADA FARMACOLOGICA DEL ADULTO MAYOR EN LA UMF 1 DELEGACION AGUASCALIENTES?

VII.- OBJETIVO GENERAL

Conocer la competencia del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes

VII.A.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Medir el conocimiento del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes.
- Medir la habilidad del medio de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes.
- Medir la actitud del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes.

VIII.- HIPOTESIS

VIII.A.- HIPOTESIS DE TRABAJO

EXISTE UNA ADECUADA COMPETENCIA DEL MEDICO DE PRIMER NIVEL EN LA PRESCRIPCION RAZONADA FARMACOLOGICA DEL ADULTO MAYOR. EN LA UMF 1 DELEGACION AGUASCALIENTES.

VIII.A.1.- HIPOTESIS NULA

EXISTE FALTA DE COMPETENCIA DEL MEDICO DE PRIMER NIVEL EN LA PRESCRIPCION RAZONADA FARMACOLOGICA DEL ADULTO MAYOR. EN LA UMF 1 DELEGACION AGUASCALIENTES.

VIII.B.- HIPOTESIS ESPECÍFICAS

VIII.B.1.- Existe un adecuado conocimiento del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes.

VIII.B.2.- Existe adecuada habilidad del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes.

VIII.B.3.- Existe adecuada actitud del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes.

VIII.C.- HIPOTESIS ESPECIFIAS NULAS

VIII.C.1.- Existe falta de conocimiento del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes.

VIII.C.2.- Existe falta de habilidad del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes.

VIII.C.3.- Existe falta de actitud del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes.

IX.- MATERIAL Y METODOS

IX.A.- DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio no experimental trasversal de tipo descriptivo.

IX.B.1.- TIPO DE POBLACION EN ESTUDIO

Médicos de primer nivel de atención en una UMF 1 del Instituto Mexicano del seguro Social, Delegación Aguascalientes.

IX.B.2.-UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los Médicos de Primer Nivel de Atención que estén trabajando dentro de la jornada matutina y vespertina de la UMF 1 del Instituto Mexicano del seguro Social, Delegación Aguascalientes y que acepten la aplicación de la encuesta.

IX.B.3.-UNIDAD DE ANALISIS

Médicos de primer nivel de atención de la UMF 1 del IMSS

IX.B.4.-CRITERIOS DE INCLUSION

- Médicos adscritos a la consulta externa en Medicina Familiar, pertenecientes a la UMF 1. Del turno matutino
- Médicos adscritos a la consulta externa en Medicina Familiar, pertenecientes a la UMF 1. Del turno vespertino
- Médicos de primer nivel de atención que acepten contestar el cuestionario bajo la aprobación de consentimiento informado.

IX.B.4.- CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Quien decida no aceptar participar en el estudio.

IX.B.5.-CRITERIOS DE ELIMINACION

- Quienes no contesten el 80% del total de la encuesta.
- Quién decida abandonar su participación

IX.B.6.-TIPO DE MUESTRA

La muestra fue tipo censo en donde se incluye a todos los médicos adscritos a la UMF 1 ambos turnos haciendo un total de 37 ya que 3 no aceptaron.

IX.C.-RECOLECCION DE DATOS

Se realizó un registro de las características socio-demográficas de la población de estudio. Posteriormente en base a la guía de práctica clínica de prescripción farmacológica razonada del adulto mayor y los criterios STOP START, se construyeron 6 casos clínicos, con una serie de preguntas para evaluar el nivel de competencia de médicos de primer nivel en la prescripción farmacológica razonada del adulto mayor, en la UMF 1. Formándose 40 ítems compuesto de 3 dimensiones las cuales son:

- Conocimiento
- Actitud

- Habilidad.

IX.C.1.-TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Se llevó a cabo una entrevista directa o personal a cada médico, con la ventaja de ser controladas y guiada por el entrevistador.

Se solicitó el permiso de los directivos de la UMF 1 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 informará del proyecto de investigación dándoles a conocer objetivos y justificación del estudio. Aquellos que aceptaron en 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 de primer nivel, asegurándose que el entrevistado entienda 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.

IX.D.-VALIDEZ DE INSTRUMENTO

Se realizó un instrumento de medición en base a las recomendaciones y evidencia de la guía de práctica clínica de prescripción farmacológica razonada del adulto mayor. Se llevó a las unidades de medicina familiar donde se repartió a 10 médicos familiares para que la respondieran, con el objetivo de evaluar la comprensión y viabilidad de las preguntas continuando hasta saturar el contenido.

IX.D.1.-VALIDEZ DE CONTENIDO

Dicho instrumento elaborado en base a las recomendaciones y evidencia de la guía de práctica clínica de prescripción farmacológica razonada del adulto mayor y criterios STOPP START ahí recomendados. Posteriormente el cuestionario fue validado por el cálculo de Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems para un instrumento de medida, ya

que el método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. Dicho procedimiento se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS Versión 21. (31).

La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Oviedo & Campos Arias) Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación. Como criterio general, Oviedo & Campos Arias; 2005 sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach: (31)

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable

Dicho cuestionario fue Validado al Obtenerse un Coeficiente de Alfa de Cronbach de $>.75$, el cual como criterio general, de acuerdo a los autores Oviedo & Campo; 2005 definen que es un nivel: Aceptable.

Los ejes de conocimiento, habilidad y actitud se midieron mediante respuestas dicotómicas, dictaminadas como certeras, las cuales fueron observado mediante casos clínicos en los que para el conocimiento eran respuestas concretas, en cuanto a habilidad y actitud son respuestas con formas de actuar, así como respuesta a situaciones específicas relacionadas con cada caso clínico en cuestión, correspondiendo a la habilidad y actitud que toma ante el paciente.

IX.E.-PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

IX.E.1.-PARA LAS VARIABLES DE COMPETENCIA EN PRESCRIPCIÓN RAZONADA.

Se realizó una base de datos en el programa SPSS Versión 21, el cual contiene 40 variables correspondiendo 8 al eje de conocimiento, 16 para el eje de actitud y 16 para el eje de habilidad, todos contemplados de manera dicotómica (falso-verdadero).

Se utilizarán comandos estadísticos descriptivos para analizar las variables de las cuales se obtuvieron frecuencias y porcentajes y sus respectivas gráficas para las variables de estudio (conocimiento, habilidades y actitudes). Además, se utilizó la base de datos de Excel para la elaboración de gráficas de frecuencias.

Las variables socio demográficas (sexo, turno, antigüedad, curso de farmacología, curso de geriatría, curso de competencia laboral, certificación en Medicina Familiar, trabajo único/dos trabajos) se analizaron con estadísticas descriptivas.

IX.F.-ASPECTOS ÉTICOS:

El siguiente estudio descrito no representa ningún riesgo alguno para la integridad del paciente, porque se solicita consentimiento por escrito (anexo 1) y se apega a las normas de investigación de la declaración de Helsinki, Finlandia (junio 1964) enmendada en la 52 Asamblea General de Edimburgo, Escocia, Octubre del 2000, se protegerá la privacidad y la integridad de los pacientes participantes en el estudio.

De acuerdo con la Ley General de Salud en materia de investigación, en relación a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

- 1.- Artículo 13, respeto a su dignidad y protección de sus derechos
- 2.- Artículo 16, Privacidad del Individuo
- 3.- Artículo 17, En relación al riesgo de la investigación

Así como las normas establecidas por el Comité De Investigación Científica del Instituto Mexicano del seguro Social Aguascalientes

IX.G.-RECURSO FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

HUMANOS

Investigador: Dr. Juan José Briano de Luna.

Asesor Clínico: Dra. Diana Carolina Campos Sánchez.

TABLA 1. MATERIALES Y PRESUPUESTO

NO.	RECURSOS	COSTO UNITARIO (PESOS MN)	COSTO TOTAL (PESOS MN)
12	SERVICIO DE INTERNET EN DOMICILIO MENSUAL	\$ 250	\$ 2500
1	COMPUTADORA	\$7500	\$7500
2	LAPICES (CAJA)	\$30	\$60
2	BOLIGRAFOS (CAJA)	\$54	\$108
3	MARCATEXTOS	\$ 25	\$75
1	CLIP (CAJA)	\$20	\$20
1	IMPRESORA	\$700	\$700
3	TINTA DE IMPRESIÓN	\$300	\$900
500	FOTOCOPIAS	\$1	\$500
1	USB 16 GB	\$ 240	\$240
1	LIBRETA	\$20	\$20
12	ENCUADERNADO	\$250	\$3000
3	TRASPORTE (TANQUE	\$700	\$2100
3	LLENO)		
		TOTAL	\$ 17723.

FINANCIEROS

El costo será absorbido en su totalidad por el investigador

IX.H.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

TABLA 2. Cronograma de actividades

Actividades	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Selección del tema y planteamiento del problema.	*												
Búsqueda de información		*	*	*	*	*	*						
Solicitud de asesores y gestiones		*	*										
Sesiones con sus Masesores		*	*	*	*	*	*	*	*	*			
Elaboración marco teórico: antecedentes, estado actual del conocimiento		*	*	*	*	*	*	*					
Elaboración de: justificación, hipótesis, objetivos		*	*	*		*	*	*					
Cronograma de actividades		*	*	*									
Elaboración carta de consentimiento informado						*							
Elaboración de material y métodos: Diseño, definición de universo, muestra, tipo de			*	*	*	*	*	*	*	*			

muestreo, unidades de observación, criterios de selección, definición de variables, operacionalización de variables, consideraciones éticas, procesamiento estadístico.																				
Elaboración de instrumentos				*	*															
Organización de la investigación				*																
Organización de la bibliografía				*	*	*	*													
Presentación de avances del anteproyecto				*	*	*	*													
Entrega del anteproyecto							*	*												
Correcciones								*												
Aprobación del protocolo																				
Trabajo de campo.									*	*	*									
Recolección de datos.																			*	
Captura de datos.																			*	
Procesamiento de datos																				
Análisis de datos.											*	*								
Revisión y validación de Resultados.										*	*									
Discusión y reporte final.										*	*									
Tramites finales																			*	
Examen profesional																				*

X.- RESULTADOS OBTENIDOS

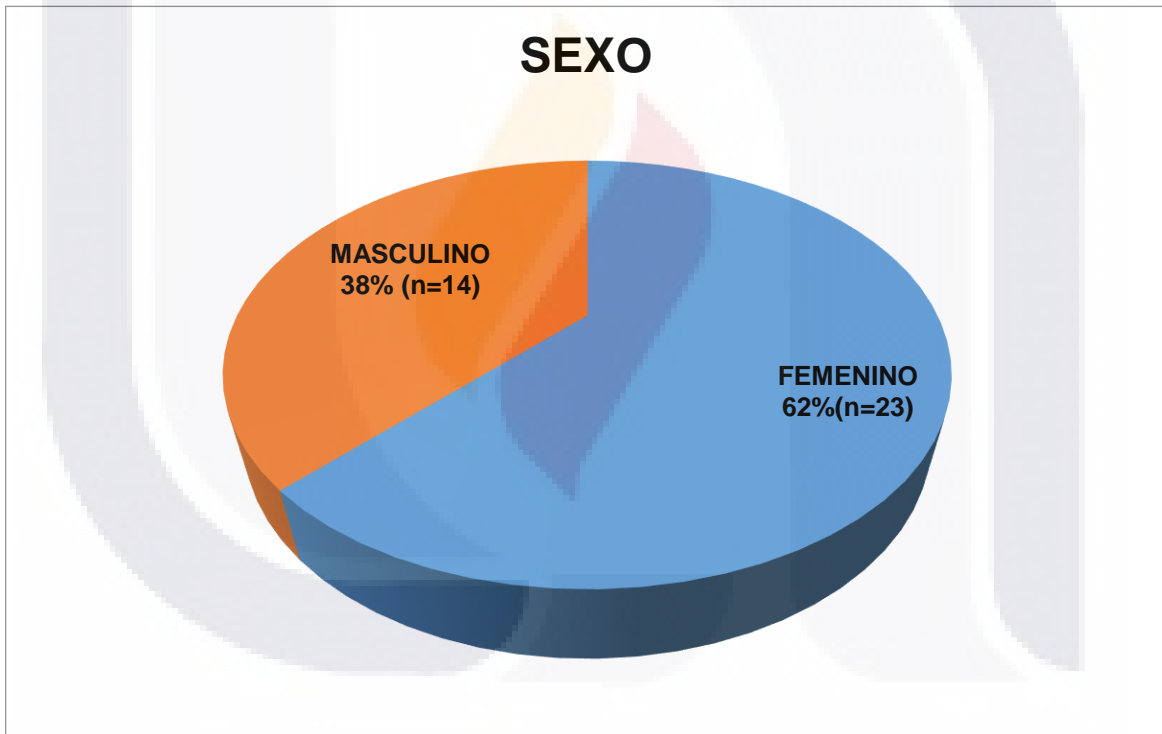
Después de realizar el análisis estadístico se obtuvieron los siguientes resultados.

Dentro de la muestra original de 40 médicos, solo se realizó el análisis estadístico de 37 encuestas, de las 3 que no se incluyeron 2 abandonaron y 1 no quiso participar en el estudio.

Las características sociodemográficas siguientes.

De acuerdo al género se encontró un predominio del sexo femenino.

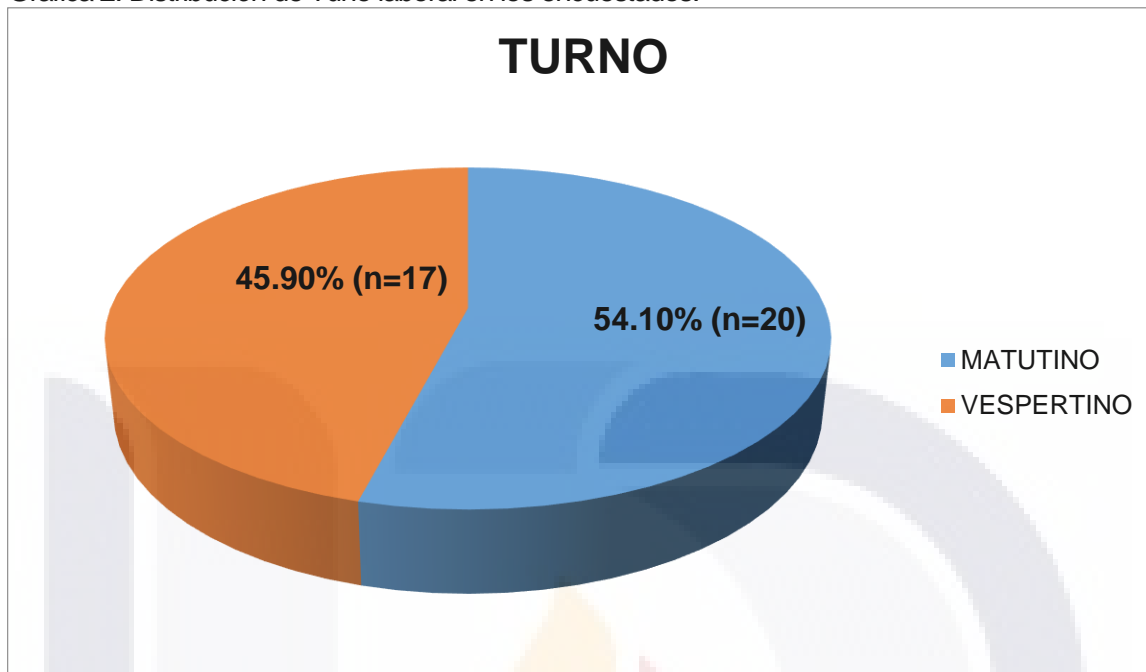
Grafica 1. Distribución del sexo en los encuestados.



Fuente: Encuesta para la competencia en la prescripción farmacológica razonada en el Adulto Mayor.

Con respecto al turno solo se realizaron encuestas en el turno matutino y vespertino, ya que solo existen esos turnos en la unidad, predominando el turno matutino sobre el vespertino por la cantidad de las encuestas.

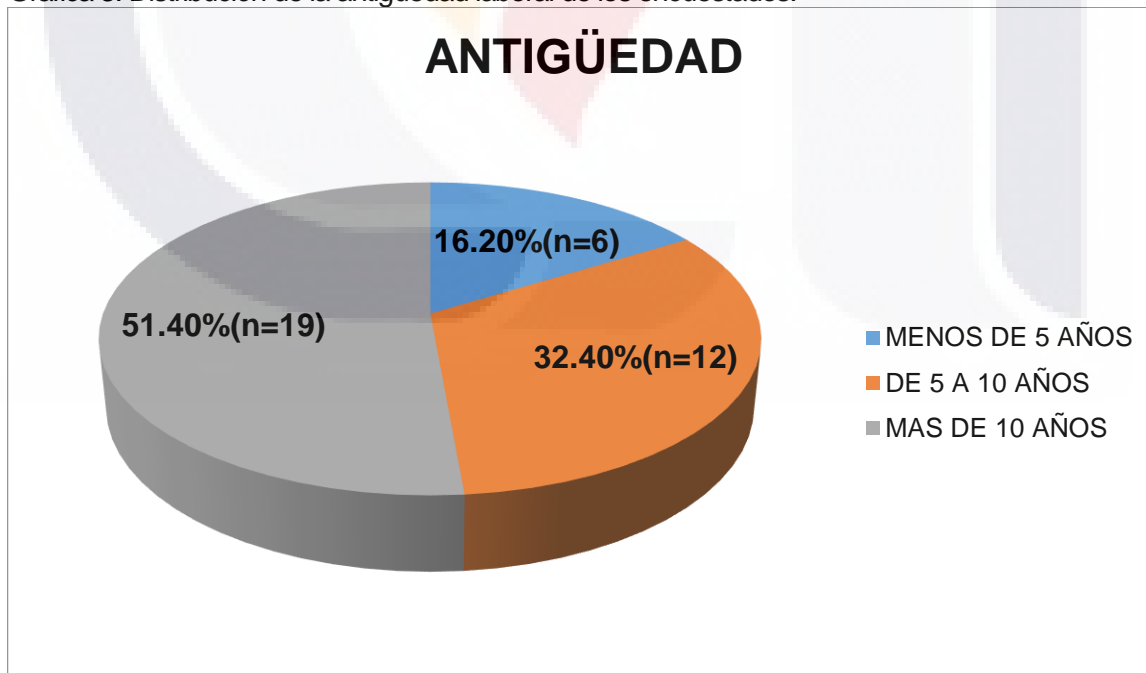
Grafica 2: Distribución de Turno laboral en los encuestados.



Fuente: Encuesta para la competencia en la prescripción farmacológica razonada en el Adulto Mayor.

En cuanto a la antigüedad observamos un predominio de médicos respecto a más de 10 años en la institución.

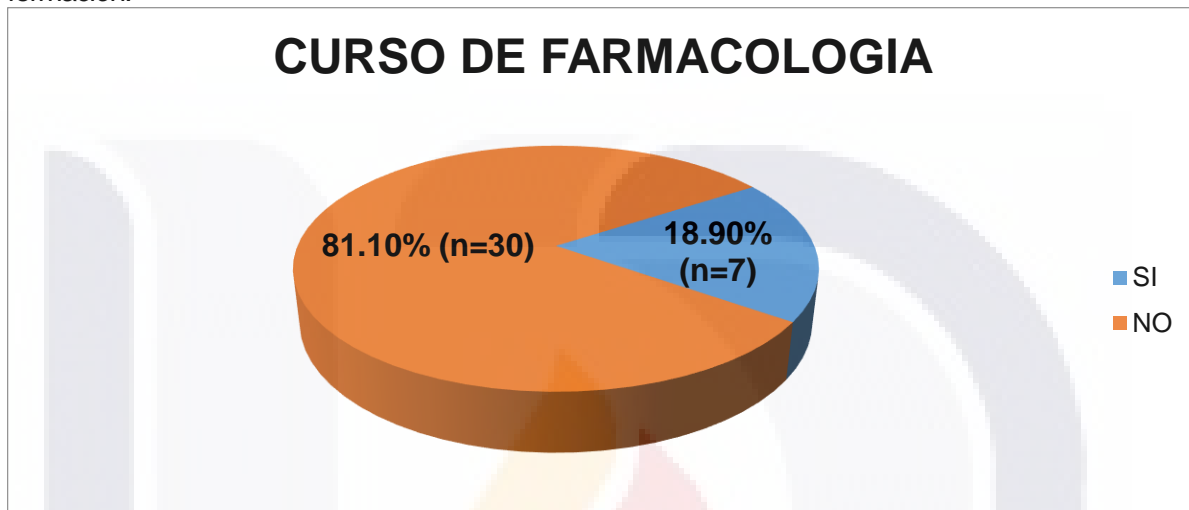
Grafica 3: Distribución de la antigüedad laboral de los encuestados.



Fuente: Encuesta para la competencia en la prescripción farmacológica razonada en el Adulto Mayor.

Solo pocos médicos han realizado un curso de farmacología extraordinario a su formación profesional.

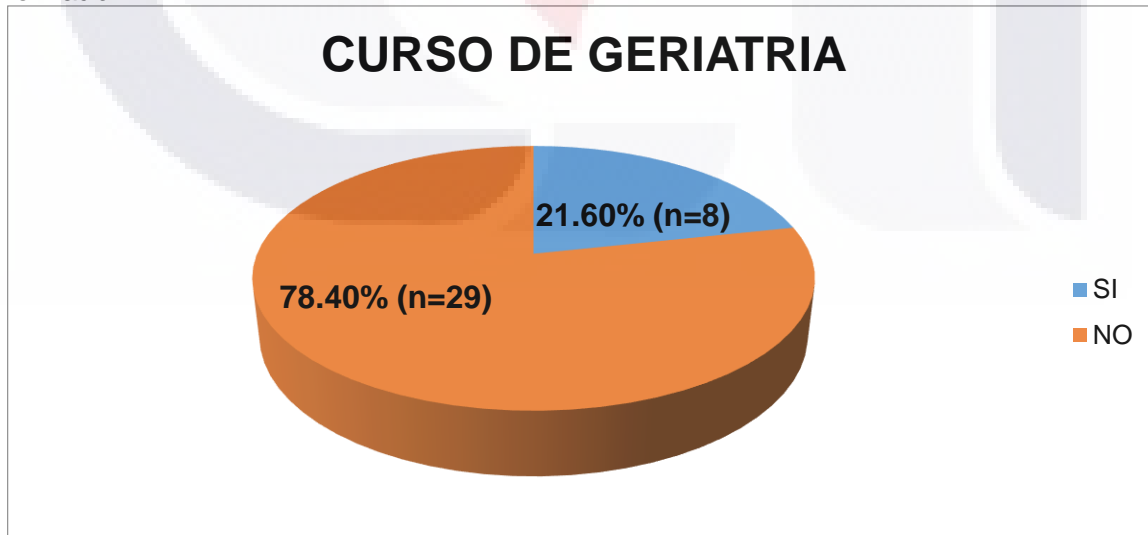
Grafica 4: Distribución de encuestados, quienes tomaron algún curso de farmacología extra a su formación.



Fuente: Encuesta para la competencia en la prescripción farmacológica razonada en el Adulto Mayor.

Aproximadamente 1 de cada 5 médicos han realizado un curso de Geriatria extraordinario a su formación profesional.

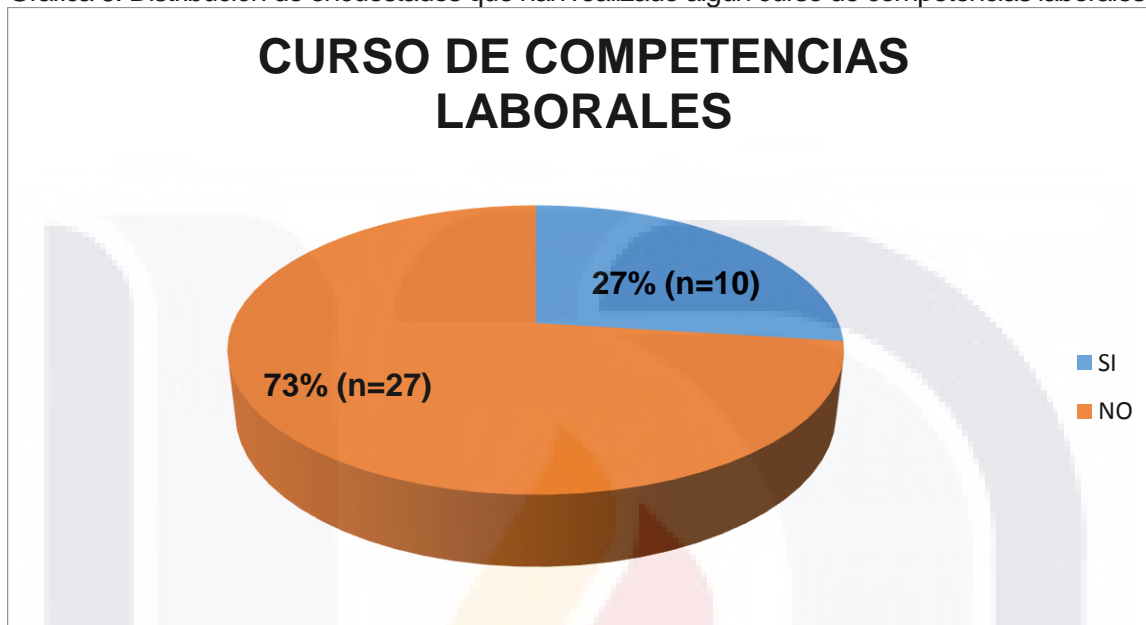
Grafica 5: Distribución de encuestados quienes tomaron un curso de Geriatria extraordinario a su formación.



Fuente: Encuesta para la competencia en la prescripción farmacológica razonada en el Adulto Mayor.

Solo pocos médicos han realizado un curso de competencias laborales extraordinario a su formación profesional.

Grafica 6: Distribución de encuestados que han realizado algún curso de competencias laborales.



Fuente: Encuesta para la competencia en la prescripción farmacológica razonada en el Adulto Mayor.

Dentro de la certificación por el colegio médico, menos de la mitad no cuentan con una certificación médica.

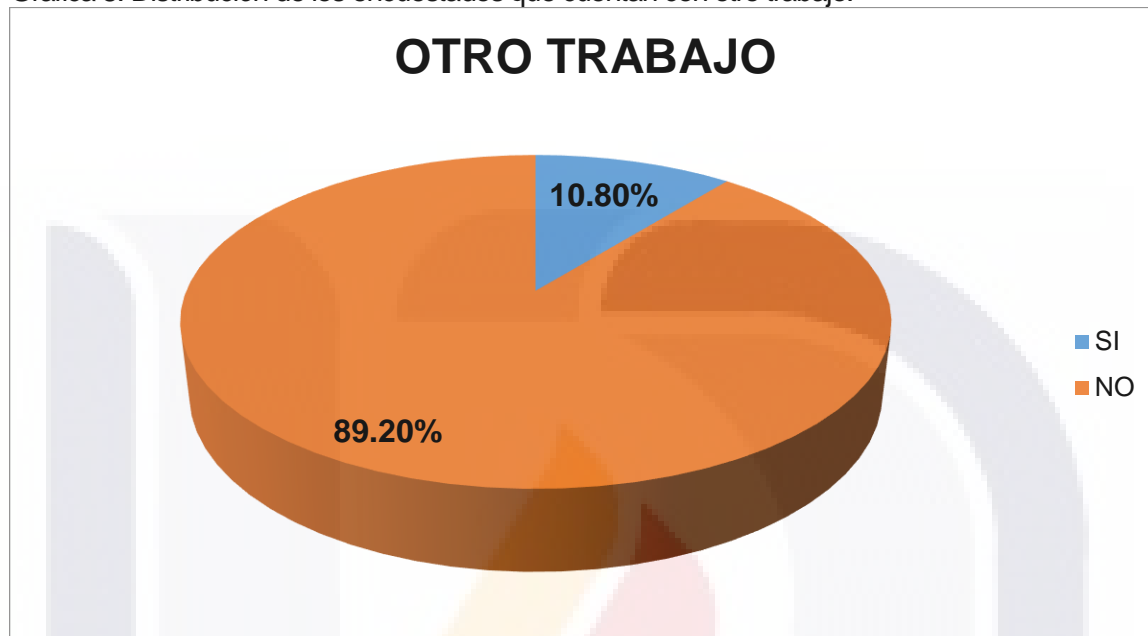
Grafica 7: Distribución de encuestados que contaban con certificación médica.



Fuente: Encuesta para la competencia en la prescripción farmacológica razonada en el Adulto Mayor.

Solo una pequeña parte de los médicos encuestados cuentan con otro trabajo, además del realizado en el instituto.

Grafica 8: Distribución de los encuestados que cuentan con otro trabajo.

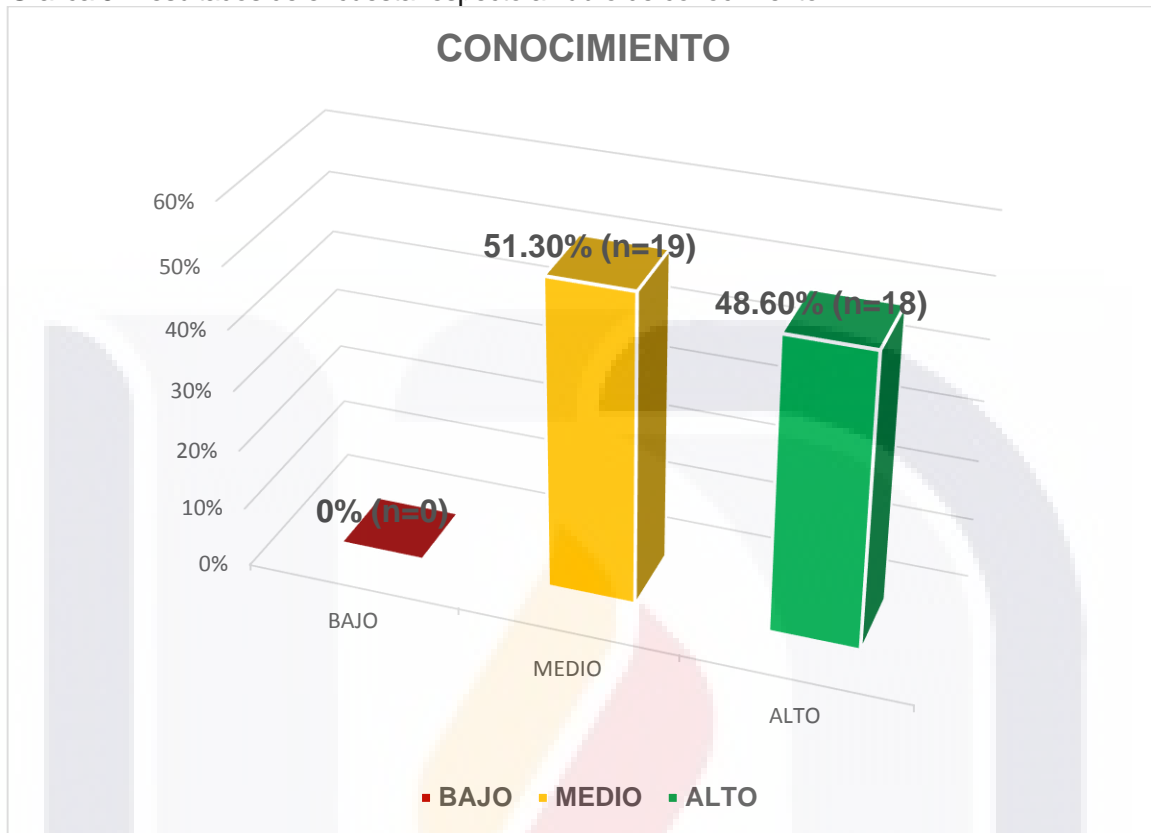


Fuente: Encuesta para la competencia en la prescripción farmacológica razonada en el Adulto Mayor.

CONOCIMIENTO

En cuanto a la valoración de conocimiento el puntaje más alto es de 33.28 en donde el 13.5% (n=5) obtuvo este puntaje, así mismo el puntaje menor obtenido fue 20.8 y fue obtenido por el 13.5% (n=5) de los participantes, que se encuadran en los rubros de medio y alto respectivamente. En cuanto a la valoración de conocimiento es importante mencionar que nadie obtuvo un conocimiento bajo.

Grafica 9: Resultados de encuesta respecto al rubro de conocimiento.

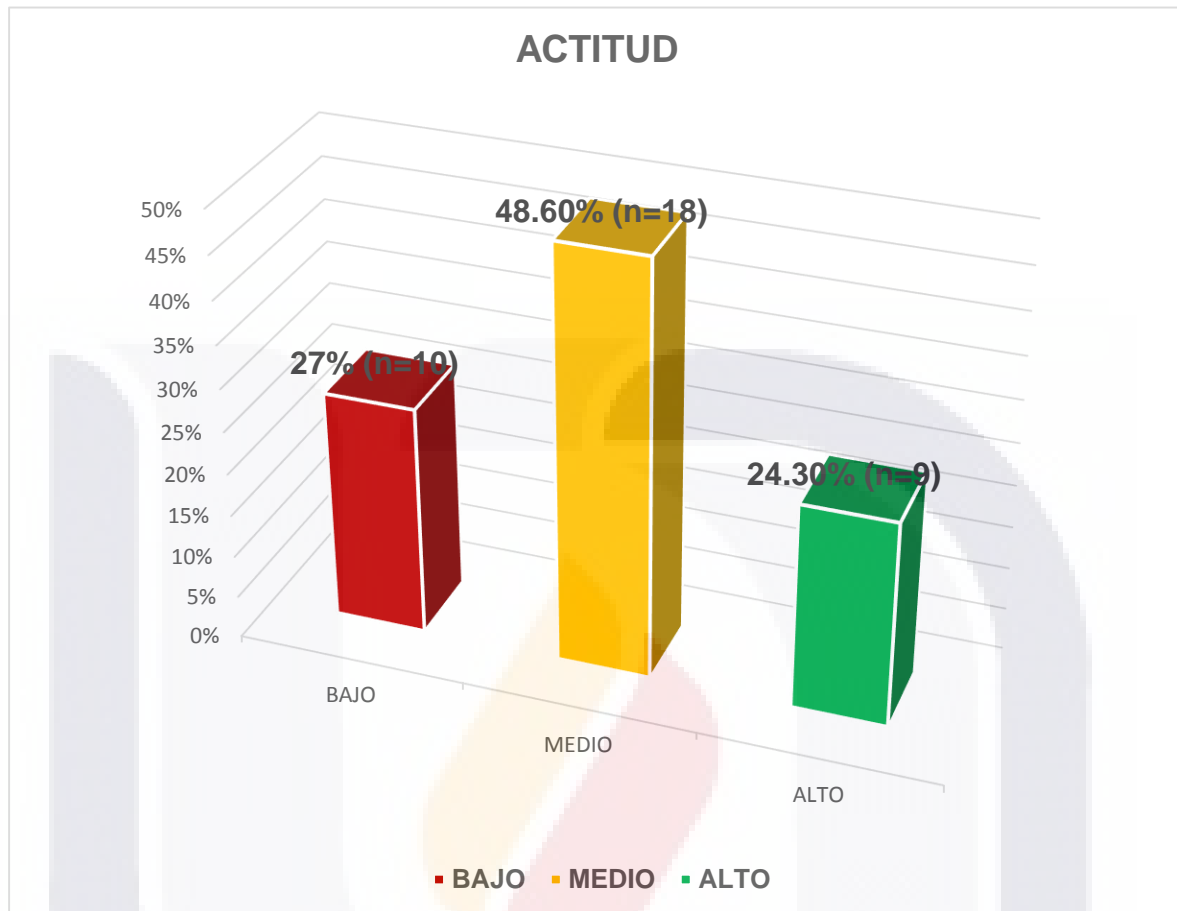


Fuente: Encuesta para la competencia en la prescripción farmacológica razonada en el Adulto Mayor.

ACTITUD

Al realizar la valoración de actitud de acorde al instrumento, el puntaje más alto es de 31.2 en donde el 2.7 % (n=1) obtuvo este puntaje, así mismo el puntaje menor obtenido fue 18.72 y fue obtenido por el 27% (n=10) de los participantes.

Grafica 10: Resultados de encuesta respecto al rubro de Actitud.

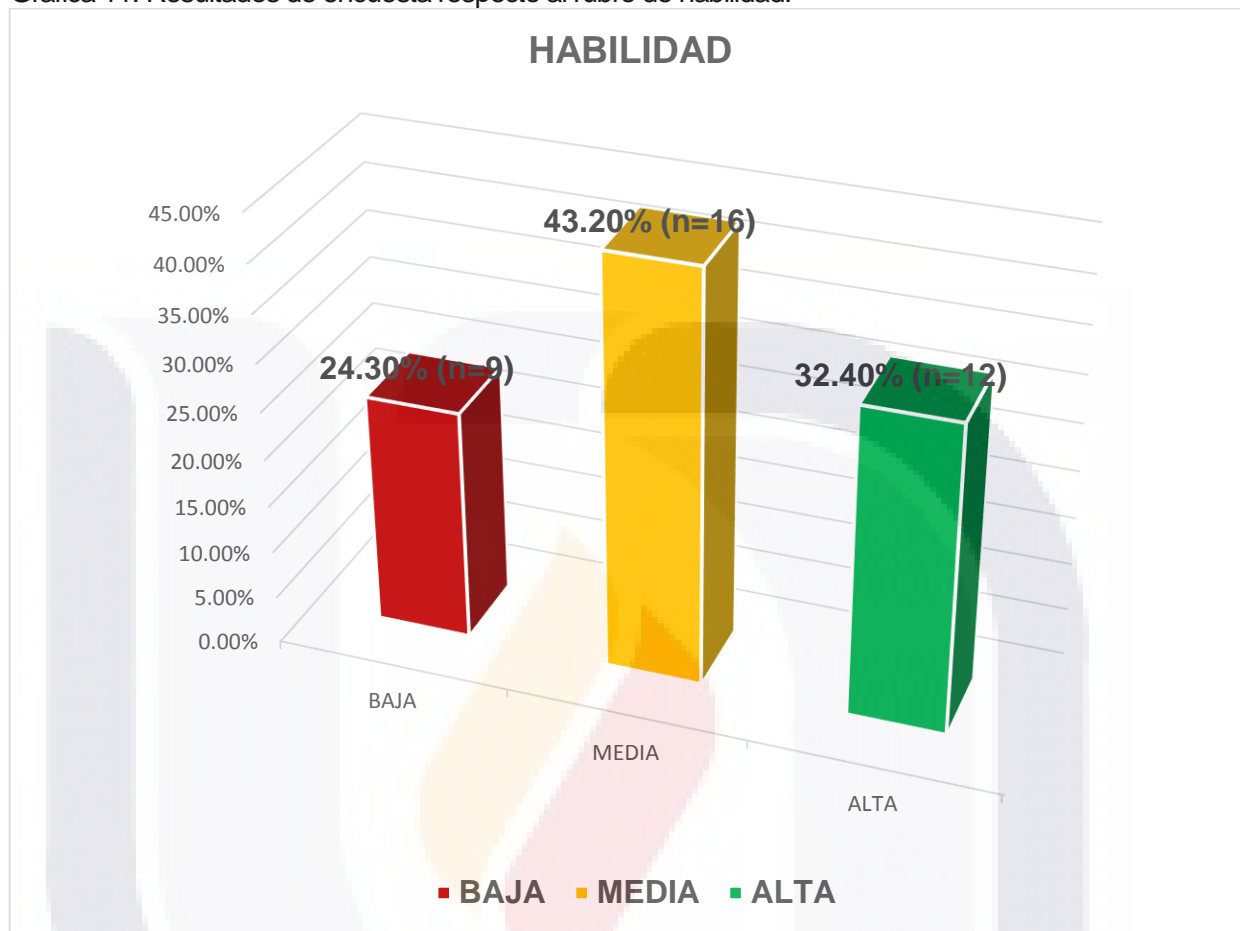


Fuente: Encuesta para la competencia en la prescripción farmacológica razonada en el Adulto Mayor.

HABILIDAD

Al realizar la valoración de Habilidad de acorde al instrumento, el puntaje más alto obtenido fue de 29.12 en donde el 18.9 (n=7) % obtuvo este puntaje, así mismo el puntaje menor obtenido fue 12.48 y fue obtenido por el 2.7% (n=1) de los participantes.

Grafica 11: Resultados de encuesta respecto al rubro de habilidad.

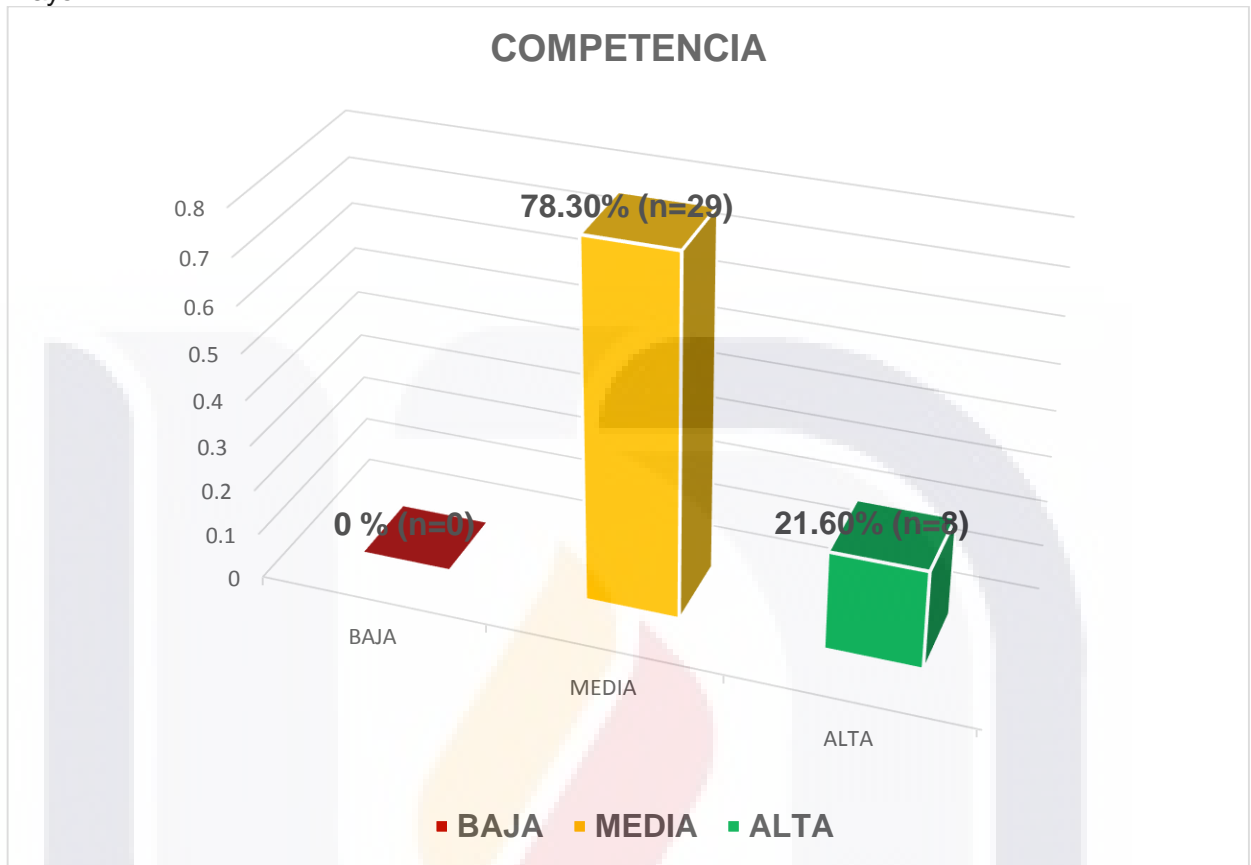


Fuente: Encuesta para la competencia en la prescripción farmacológica razonada en el Adulto Mayor.

COMPETENCIA

Para valorar la competencia se tomaron en cuenta los tres rubros anteriores, para valorar de forma estadística la competencia. En donde se encuentra un puntaje máximo de 87.36 obtenido por el 2.7% (n=1) de los participantes. Así mismo el menor puntaje obtenido fue de 62.4 obtenido por 10.8% (n=4) de los participantes.

Grafica 12: Distribución de Competencia en la prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor.



Fuente: Encuesta para la competencia en la prescripción farmacológica razonada en el Adulto Mayor.

OTROS ANALISIS

Con la finalidad de hacer más enriquecedor este trabajo se realizaron tablas de contingencia y obtener Chi-Cuadrado (X2) para mostrar la relación que existía con la competencia, así como sus rubros de conocimiento, actitud y habilidad con las demás variables,

Se realiza entonces en el rubro de **Conocimiento** comparado con las demás variables en donde se obtiene lo siguiente: que solo se encuentra relación con el **Turno (0.045)** y **Antigüedad (0.031)**.

Para el rubro de **Actitud** comparado con las demás variables no se encontró relación significativa con ninguna otra variable.

Se realiza entonces en el rubro de **Habilidad** comparado con las demás variables en donde se obtiene relación con el **Sexo (0.008)**, **Turno (0.036)**, **Antigüedad (0.003)**, Curso de **Competencias laborales** extra a su educación profesional (**0.002**), **Certificación** por el colegio médico (**0.045**), si cuenta con **otro trabajo (0.002)**.

Para la variable principal que en la **Competencia** comparado con las demás variables en donde se obtiene significancia lo siguiente: Sexo (0.060), manifestando de ante, mano que el Turno (0.304), **Antigüedad (0.043)**, Curso de Farmacología extra a su educación profesional (0.141), **Curso de Geriatría** extra a su educación profesional (**0.001**), Curso de Competencias laborales extra a su educación profesional (0.157), **Certificación** por el colegio médico (**0.018**), si cuenta con otro trabajo (0.096).

DISCUSIÓN

Dentro de los resultados más impactantes encontramos, en el presente estudio al igual que el de Trujillo Galvan en el 2001 el cual realizo un estudio longitudinal, comparativo para medir la Competencia clínica en diabetes Mellitus en los médicos internos de pregrado antes y después de terminarlo, en donde se encuentra una mejoría, respecto a la terminación del internado de pregrado, Dicho esto es posible considerar que entre más práctica y experiencia quizás se podría aseverar más competencia. Coincidiendo con algunos de los resultados en donde tener una experiencia laboral más amplia da una mejor habilidad y conocimiento.

En cuanto a la competencia la calificación global en el presente estudio encontramos que el 21.6% de los médicos cuenta con la competencia para la prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor, cifras relativamente similares, aunque patologías diferentes, a las encontradas por Cabrera-Pivaral (2011), en donde realiza una evaluación de la competencia para el tratamiento de artritis reumatoide por médicos de primer contacto, en México, en donde se concluyó que el 15.3% de los médicos familiares reúne la competencia

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para el manejo de las principales enfermedades reumáticas. (18). Esto quizás como el reflejo de las circunstancias en donde hace falta aumentar la preparación de los médicos de forma general impulsando para ser más competentes.

Así mismo en forma de promedio podemos decir que menos de la mitad de los médicos no cumplen con una competencia adecuada aunque en realidad nadie obtuvo un resultado bajo, y esto considerado similar a un estudio de Cabrera-Pivaral en el 2015 realiza una medición de la competencia clínica para la atención del climaterio en médicos de atención primaria a la salud de la ciudad de Guatemala, en donde se realiza un estudio transversal en las 12 unidades médicas, en donde se concluye que la competencia clínica de los médicos de primer contacto para la atención del climaterio no es la adecuada. (6). En nuestro caso en específico encontramos que este valor está predispuesto por las variables de actitud y habilidad ya que nadie presentó un resultado bajo en conocimiento, pero si en las otras variables.

CONCLUSIONES

Con el presente trabajo se cumplió el objetivo general que era conocer la competencia del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica en el adulto mayor en la UMF 1, esta información desde el punto de vista descriptivo, es parte fundamental de una atención integral en donde participa el Médico Familiar como pilar y personal capacitado como herramienta importante en la prevención y buen apego a las normas y guías clínicas, ya que al tener el panorama de las necesidades, se pueden implementar las acciones necesarias y así dominar el manejo adecuado basado en las guías clínicas de atención al adulto mayor; con esto se evitarían complicaciones, reacciones adversas y por consecuencia posibles muertes, sin mencionar la optimización de los tiempos y recursos institucionales.

Encontramos reflejando quizás el poco interés en la capacitación continua sobre la prescripción farmacológica. Así mismo nos hace pensar que no ha impactado en ellos la importancia de la profesionalización contextual, sobre el adulto mayor ya que, debido al cambio de la pirámide poblacional, son estos temas los que deberían ser de su interés,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pudiendo inferir que los cursos tomados son realizados por obligación indicada por la unidad y no por convicción. El hecho de que pocos médicos se encuentren certificados por el colegio médico, siendo que ahora normativamente es una exigencia para la ejecución de la profesión y para garantizar la profesionalización del médico, y el aun no cumplimiento por la mayoría es un punto importante a seguir en un futuro.

Además, comprobamos que el medico tiene el conocimiento necesario para la prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor, aunque con menor impacto en la actitud y habilidad lo que repercute directamente en el grado de competencia. Quizás la carga de trabajo, los tiempos cortos de a consulta o bien la rutina laboral disminuye la posibilidad de una mejor actitud y desarrollo de habilidad; aún hace falta fortalecer estos rubros para una mejor competencia de forma global.

Se refuerza la idea de que la capacitación continua por parte del personal médico incurre de forma adecuada en el mejoramiento de su competencia, y por ende en su ejercicio médico, en este caso de prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor.

PROPUESTA

De acuerdo a lo ya mencionado es importante considerar que para establecer mejoras cualitativas en la prescripción, es absolutamente necesario entrar en una cultura de evaluación. Entendiéndola como una oportunidad de mejora y para esto es importante desde las rotaciones por parte de los estudiantes el fomento de la misma cultura de la evaluación, y para llegar a ello es importante entender que requerimos de unos conocimientos, habilidades y aptitudes que habremos de aprender y adquirir. Para una mayor calidad de la prescripción, siendo un hallazgo ampliamente contrastado en la literatura. A sabiendas de que el médico familiar es el que armoniza el tratamiento final y decide sobre la relación beneficio/riesgo que distintos fármacos pueden tener para un paciente concreto.

De aquí que no solo proponemos actualización continua en cuanto a la prescripción farmacológica en el adulto mayor, síndromes Geriátricos, así como valoración integral, dar a conocer al médico las herramientas disponibles desde una forma razonada es decir con

mesas de análisis y opinión que den crecimiento en cuanto a su competencia, con el compromiso ético personal y no solo institucional. Y como opción considerando el aprendizaje y evaluación basado en problemas de forma rutinaria, con casos clínicos que den pauta a un mejoramiento continuo. De aquí que deja puerta abierta para evolucionar este trabajo a realizar una intervención, para mejorar la competencia del médico como un profesional de calidad.



GLOSARIO

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.

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.

Prescripción razonada: implica la definición de un problema a través del diagnóstico, el planteamiento de un objetivo terapéutico y la discriminación de la adecuada terapéutica para cada caso, con la mejora de la relación médico-paciente y garantía del seguimiento.

Adulto mayor: La Organización mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más quienes viven en países desarrollados.

XI.- BIBLIOGRAFÍA

1.-Vega, R. A. C. (2010). "Competencia: Variaciones y fuga: Hacia la noción de ser competente." Revista Médica de Risaralda**16**(1): 53-61.

2.- Maldonado, G. G., W. S. Márquez, H. R. S. Nuncio and F. P. Rivera (2013). "APRENDIZAJE POR COMPETENCIAS. UN RETO EDUCATIVO PARA LAS ESCUELAS DE MEDICINA EN MÉXICO." Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad**3**(3): 19.

3.- Santibáñez Beltrán, S., E. Villarreal Ríos, L. Galicia Rodríguez, L. Martínez González, E. R. Vargas Daza and J. M. Ramos López (2013). "Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención." Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**51**(2): 192-199.

4.- Orozco, M. A. and V. M. M. Núñez (2006). "Prevalencia y factores de riesgo para polifarmacia en adultos mayores del Valle del Mezquital, Hidalgo." Revista Mexicana De Ciencias Farmacéuticas**37**(4): 12-20.

5.- Silveira, E. D., M. M. García, B. M. Errasquin, C. S. Castellano, P. F. Gallagher and A. J. Cruz-Jentoft (2009). "Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START." Revista Española de Geriátría y Gerontología**44**(5): 273-279.

6.-de Seguridad Social, G. (2015). "Competencia clínica para la atención del climaterio en médicos de atención primaria a la salud de Ciudad de Guatemala, Guatemala." Archivos de Medicina**11**(2):

7.- 1.-
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos1.pdf>

8.- Peralta-Pedrero, M. L., F. J. Valdivia-Ibarra, M. Hernández-Manzano, G. R. Medina-Beltrán, M. Á. Cordero-Guillén, J. Baca-Zúñiga, A. Cruz-Avelar, I. Aguilar-Salas and A. M.

Ávalos-Mejía (2013). "Prescripción farmacológica en el adulto mayor." RevMedInstMex Seguro Soc51(2): 228-239.

9.- Oñate, O. F. "EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD PARA LA APLICACIÓN E INDICACIÓN DE LA TERAPIA FLORAL."

10.- De la fuente, J. C. (2003). "Understanding and preventing drug interactions in elderly patients." Criticalreviews in oncology/hematology48(2): 133-143.

11.- Dávalos, C. G. and G. A. N. Vásquez (2014). "LAS COMPETENCIAS: UNA PROPUESTA CONCEPTUAL HACIA LA UNIFICACIÓN MULTIDIMENSIONAL EN EL CONTEXTO DE LOS RECURSOS HUMANOS." EuropeanScientificJournal.

12.- Proyecto de fortalecimiento de la especialización en Medicina Familiar, Ministerio de salud Pública y prestación de servicios, Colombia, Febrero del 2014.

13.- Abreu, H., G. Cid, C. Herrera, V. Lara, D. Laviada and A. Rodríguez (2008). Perfil por competencias del médico general mexicano. México: Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), ElsevierMassonDoyma.

14.- García Hernández, A. and V. Velázquez (1999). "Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica [Clinical competence of family physicians in systemic arterial hypertension]."

15.- García Hernández, A. and L. Viniegra Velázquez (1999). "Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica." Rev. invest. clín51(2): 93-98.

16.- Martínez Sandoval, J. P. (2015). "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."

17.- Montiel, M. B. I. D., A. M. González, S. M. López, J. R. L. Sánchez and M. S. Mendiola "Educación por competencias: de estudiante a médico." www.revistafacmed.com: 42.

18.- Cabrera-Pivaral, C. E., C. Alonso-Reynoso, M. L. Vázquez-Villegas, M. Salazar-Páramo, G. J. González-Pérez, M. G. Vega-López, J. I. Gámez-Nava and A. Nava (2011). "Evaluación de la competencia para el tratamiento de la artritis reumatoide por médicos de primer contacto." Comunicación breve**58**(4): 185.

19.- Parra-Acosta, H., J. G. Benavides-Olivera, J. C. López-González, R. M. Favela-Campos, C. Guevara-López and A. D. Vázquez-Aguirre (2014). "Evaluación por competencias de un modelo novedoso de gestión de calidad en médicos internos de pregrado." Investigación en educación médica**3**(10): 65-73.

20.- Trejo-Mejía, J., D. Estrada-Salgado, J. Peña-Balderas, J. Garnica-García, R. Ángeles-Cruz, J. Díaz-Reyes, R. Salinas-Velasco and R. Luis-Hernández (2005). "Desafíos en la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado: el caso de México." Medicina Familiar**7**: 109-116.

21.- Calle, G. and M. P. d. I. R. Vedado "Título:" Polifarmacia y dependencia funcional en adultos mayores ingresados en el hospital "Calixto García, año 2006".

22.- Orozco, M. A. and V. M. M. Núñez (2006). "Prevalencia y factores de riesgo para polifarmacia en adultos mayores del Valle del Mezquital, Hidalgo." Revista Mexicana De Ciencias Farmacéuticas**37**(4): 12-20.

23.- Sánchez-Gutiérrez, R., A. Flores-García, P. Aguiar-García, S. Ruiz-Bernés, C. A. Sánchez-Beltran, V. Benítez-Guerrero and M. R. Moya-García (2012). "Efectos de la Polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores." Revista Fuente Año**4**(10).

24.- Martín Silva, E. (2015). "Percepción de la funcionalidad del adulto mayor a través de la teoría socio cognitiva de Albert Bandura en la Unidad de Medicina Familiar Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes."

25.- Córdoba, A. M. C., L. O. F. Jaimes and M. M. L. Restrepo (2010). "Autopercepción de la salud en el adulto mayor." Revista Virtual Universidad Católica del Norte(31): 407-428.

26.- GeografíaINdEy "ESTADÍSTICAS APROPOSITO DEL DIA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS DE EDAD" 2012. INEGI.

27.- GeografíaINdEy. Censo de población y Vivienda 2010. INEGI México eD. FDF; 2010.

28.- Hortencia Arlette Weber Flández. Polifarmacia en los adultos mayores en la ciudad de Valdivia: Magnitud y desafíos para los CESFAM de la ciudad de Valdivia. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fcw373p/doc/fcw373p.pdf>. Universidad Austral de Chile, Facultad de ciencias, Escuela de química y farmacia, Chile 2011.

29.- Santibáñez Beltrán, S., E. Villarreal Ríos, L. Galicia Rodríguez, L. Martínez González, E. R. Vargas Daza and J. M. Ramos López (2013). "Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención." Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social51(2): 192-199.

30.- del Carmen Aguirre-García, M. (2013). "Prescripción inapropiada en el adulto mayor con padecimiento crónico degenerativo." RevMedInstMex Seguro Soc51(2): 142-149.

31.- Oviedo, H. C. and A. Campo-Arias (2005). "Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach." Revista colombiana de psiquiatría34(4): 572-580.

32.- David, F., T. Galván, G. Cobos and M. Miranda (2002). "Competencia clínica en diabetes mellitus." Rev Med IMSS40(6): 467-472

33.- Aguirre, J., C. Milone, C. Roitter, A. López and M. Carbajal (2005). "Experiencia docente de post-grado con la guía de la buena prescripción en el Plan Nacional Remediar." Revista de Salud Pública9(2): 61-66.

34.- Ramírez-Ramírez, M. O., M. A. Zavala-González and R. A. Vivas-Pérez (2007). "Prescripción y abasto de medicamentos en el primer nivel de atención." Salud en Tabasco**13**(2): 655.

35.- Castañeda-Sánchez, O. and B. Valenzuela-García "Análisis de costos de la polifarmacia en ancianos." Atención Familiar**22**(3).

36.- Gómez, L. G. T. and J. L. C. Muñoz (2006). "Análisis de la prescripción y gasto de medicamentos en gineco-obstetricia en unidades médicas del noroccidente del IMSS." GinecolObstetMex**74**: 410-417.

37.- Figueras, A. (2009). "Dificultades para el uso racional de medicamentos." Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**26**(4): 549-552.

38.- Estadísticas pacientes. Departamento de informática. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes 2014.

39.- 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).

40.- 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

41.- Secretaria de Salud. [homepage en Internet]. México: Secretaria de Salud c2013 [actualizado 12 diciembre 2013; consultado Diciembre 2015]. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programaDOF.pdf

42.- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad

43.- Guía de práctica clínica de Valoración Geronto-Geriatrica Integral en el Adulto mayor ambulatorio. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>

44.- Badorrey, B. B. (2012). El problema de la inercia terapéutica en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en España. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 29, 41-46.

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

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

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

48.-

http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/ecomico/cior/cior.pdf

49.- 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.

50.- Abanades Herranz, J. C., Cabedo García, V. R., Cunillera Grañó, R., García Díaz, J. J., Jolín Garijo, L., Martín Brun, M., ... & Vicens Caldentey, C. (1998). Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. *Atención primaria*, 22(6), 391-398.

XII.- ANEXOS

ANEXO A



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

Nombre del estudio: **“Competencia del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor. En la UMF 1, delegación Aguascalientes”.**

Lugar y fecha: Aguascalientes, Aguascalientes. A de del 2015.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número:

Justificación y objetivo del estudio: determinar competencia del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor. En la UMF 1, delegación Aguascalientes.

Procedimiento: se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una entrevista que consta de 40 preguntas relacionadas con la competencia que se divide en conocimiento, actitud y destreza, en la prescripción razonada del adulto mayor, en la UMF 1, delegación Aguascalientes. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los inconvenientes y beneficios de mi participación en este proyecto.

Posibles riesgos y molestias: no existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la molestia de proveer unos minutos para contestar las preguntas que se me solicitan.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: no recibiré ningún beneficio personal por participar en este estudio, pero se me explicó que los resultados del presente estudio contribuirán al avance del conocimiento de la competencia del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor. Frente a la optimización de recursos, así mismo para fortalecer la atención integral en medicina familiar, y en el futuro gestionar la calidad, optimizar los recursos disponibles de la institución y generar un impacto positivo en la salud del adulto mayor. .

Participación o retiro: entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de lo que quiera dar respuesta o de la que tenga duda en responder..

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 y acerca de las dudas que tenga en el momento que sea realizada la encuesta, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a investigador responsable: Dra. Campos Sánchez Diana Carolina. ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar Numero 1. Con LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar Numero 1. Con DOMICILIO: Calle José María Chavez # 1202. Col. Lindavista. Aguascalientes, Ags. CP: 20270, TEL: 449 212 2621, CORREO: dianoflas81@hotmail.com y con el Dr. Juan José Briano de Luna. ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar Numero 1. Con LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar Numero 1. Con DOMICILIO: Calle José María Chavez # 1202. Col. Lindavista. Aguascalientes, Ags. CP: 20270, TEL: 449 197 0123, CORREO:lasombra71@hotmail.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 participante

Dr. Juan José Briano de Luna, Tesista

Nombre y Firma del testigo 1

Nombre y Firma del testigo 2

ANEXO B

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

CONCEPTO	INDICADOR	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN
Sexo: Clasificación del sexo del médico escrito en el cuestionario	-Masculino -Femenino	a	Cualitativa Nominal
Turno laboral: es el momento del día en el cual el trabajador debe prestar su servicio prometido	-Matutino -Vespertino	b	Cualitativa Nominal
Antigüedad: años de servicio como médico familiar dentro de la institución del seguro social (IMSS)	< 5 años	c	Cualitativa Nominal
	5.1-10 años		
	10.1 y mas años		
Curso de Farmacología: Si el médico ha tomado un curso o diplomado de farmacología o prescripción razonada.	Si No	d	Cualitativa Nominal
Curso de Geriátrica: Si el médico ha tomado un curso o diplomado de atención geriátrica.	si no	e	Cualitativa Nominal
Curso de Competencia laboral: Si el médico ha tomado un curso o diplomado sobre competencias laborales.	si no	f	Cualitativa Nominal
Certificación en Medicina familiar (MF): evaluación de conocimientos por el consejo mexicano MF	si no	g	Cualitativa Nominal

Número de trabajos: cantidad de trabajo como Medico.	1 2 o más	h	Cuantitativa discontinua
--	--------------	---	-----------------------------

ANEXO D.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE COMPETENCIA.

OBJETIVO	CONCEPTO	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	INDICES
Conocer la competencia del médico de primer nivel en la prescripción razonada farmacológica del adulto mayor en la UMF 1 delegación Aguascalientes	Guerrero Davalos, (2013), Después de su revisión sistemática la define como: “Al conjunto de las habilidades, conocimientos, valores y características subyacentes, como recursos que se	<p>Conocimiento</p> <p>Lo que el médico de primer nivel sabe sobre prescripción razonada farmacológica</p> <p>Habilidades</p>	<p>Conocimiento</p> <p>Son las variaciones entre lo que el médico de primer nivel conoce acerca de la prescripción farmacológica razonada del adulto mayor.</p>	<p>A. Conocimiento</p> <p>Sobre la detección de prescripción farmacológica no razonada. No clínico. Farmacología: Farmacodinamia y farmacocinética. Clínico Efectos secundarios y adversos de medicamentos de medicamentos. Interacciones medicamentosas</p>	<p>Nivel de Competencia clínica en conocimiento Alto</p> <p>Toda aquella puntuación mayor o igual al 80%.</p> <p>Medio</p> <p>Toda aquella puntuación que se encuentra entre 60-79%.</p>

<p>ponen en juego en nuestro trabajo o una situación específica, que pueden ser desarrolladas por la experiencia y la formación profesional, posicionando en un estado de mejora continua al individuo u organización que las posee, en el cumplimiento satisfactor</p>	<p>Las acciones que el médico realiza ante una prescripción farmacológica no razonada del adulto mayor.</p> <p>Actitud Lo que el médico siente ante la presencia de una prescripción farmacológica no razonada en el adulto mayor.</p>	<p>Habilidad es Son las variaciones entre lo que el médico de primer contacto realiza ante una prescripción farmacológica no razonada del adulto mayor.</p>	<p>s en el adulto mayor.</p> <p>B. Habilidad Historia clínica Detección de polifarmacia. Detección de prescripción farmacológica no razonada. Búsqueda de efectos secundarios de medicamentos. Búsqueda intencionada de interacciones medicamentosas. Valorar la prescripción razonada de acuerdo a las condiciones y patologías del paciente.</p> <p>C. Actitud</p>	<p>Bajo Toda aquella puntuación menor o igual a 59%.</p> <p>Nivel de Competencia clínica en Habilidad. Alto Toda aquella puntuación mayor o igual al 80%.</p> <p>Medio Toda aquella puntuación que se encuentra entre 60-79%.</p> <p>Bajo Toda aquella</p>
---	---	--	--	---

	<p>io de las tareas u objetivos relacionados con su estrategia, vinculada s a una misión organizati va, en el marco de su cultura”</p>		<p>Actitud</p> <p>Son las variacione s entre lo que el médico de primer nivel siente ante la presencia de una prescripci ón farmacoló gica no razonada en el adulto mayor.</p>	<p>Interés-desinterés en la búsqueda de prescripción razonada.</p> <p>Agrado-desagrado hacia la detección de prescripción razonada.</p> <p>Tolerante-intolerante ante los cambios por una prescripción razonada</p> <p>Accesible-inaccesible ante las situaciones de detección de prescripción razonada</p> <p>Positivo-negativo hacia las recomendacion es para una prescripción razonada.</p>	<p>puntuació n menor o igual a 59%.</p> <p>Nivel de Compete ncia clínica en Habilidad</p> <p>Alto</p> <p>Toda aquella puntuació n mayor o igual al 80%.</p> <p>Medio</p> <p>Toda aquella puntuació n que se encuentra entre 60-79%.</p> <p>Bajo</p>
--	--	--	---	---	---

					Toda aquella puntuación menor o igual a 59%.
--	--	--	--	--	--



ANEXO D

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA COMPETENCIA DEL MEDICO DE PRIMER NIVEL EN LA PRESCRIPCION RAZONADA FARMACOLOGICA DEL ADULTO MAYOR.

PRIMERA PARTE DATOS GENERALES:

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

- a) Sexo: Masculino Femenino:
- b) Turno: Matutino: Vespertino:
- c) Antigüedad: Menos de 5 años: Mas de 5 años: Mas de 10 años:
- d) Ha realizado algún curso extra de farmacología: Si: No:
- e) Ha realizado algún curso de atención geriátrica: Si: No:
- f) Ha realizado algún curso de competencia laborales: Si: No:
- g) Cuenta con certificación de parte del colegio médico: Si: No:
- h) Cuenta con otro trabajo: Si: No:

SEGUNDA PARTE CUESTIONARIO

INDICACIONES: Se enunciarán casos clínicos en donde se evalúa la competencia (conocimiento, habilidad, y actitud), en la prescripción razonada del adulto mayor. En base a lo siguiente, conteste circulando la respuesta correcta, y en donde se encuentre espacio vacío, contestar verdadero (V), falso (F), no se (NS). En caso de dejar en blanco la respuesta se le restara un punto

CONOCIMIENTO

I.- Paciente masculino de 70 años, con antecedentes de diabetes mellitus, manejado con metformina, glibenclamida, además de gonartrosis con manejo a base de paracetamol,

EPOC con manejo a base de salbutamol e ipratropio. así como con ácido acetil salicílico 300 cada 24 hrs, el cual acude a control médico, al parecer con adecuado control metabólico, el día de hoy además refiere edema bimalear, de 3 días de evolución, así mismo dentro de sus signos vitales encuentra elevación de la tensión arterial. ¿Cómo forma de ofrecer un manejo al respecto usted?

1.- ¿Oferta utilizar diuréticos de asa de primera instancia?

a) si

b) no

c) no sé.

2.- Es correcto seguir usando ácido acetilsalicílico a esta dosificación.

a) si

b) no

c) no sé.

3.- Podemos iniciar betabloqueador en este paciente, como manejo inicial antihipertensivo.

a) si

b) no

c) no sé.

4.- Se podría iniciar manejo a base de calcio antagonistas para su hipertensión arterial.

a) si

b) no

c) no sé.

II.- Paciente masculino de 78 años, el cual sin antecedentes aparentes, acude a valoración con elevación de tensión arterial, a 160/90, así como glucosa capilar de 200 mg/dl, urolapstix con proteínas ++, acude por presentar poliuria, polidipsia, así como pérdida de peso, menciona que él se ha estado auto medicando con poli vitaminas, ácido fólico, calcio y medicamentos naturista. Niega otra sintomatología. ¿Usted debería?

5.- Iniciar manejo con glibenclamida, así como medidas higiénico dietéticas.

a) si

b) no

c) no se

6.- Iniciar manejo con metformina, así como medidas higiénico dietéticas

a) si

- b) no
c) no se

7.- Iniciar IECAS o ARAll, como manejo inicial de la tensión arterial.

a) si

- b) no
c) no se

8.- Iniciar antiagregante plaquetario, pues considera paciente con factores de riesgo.

a) si

- b) no
c) no se

ACTITUD

III.- Paciente masculino de 78 años, con antecedentes hipertensión arterial, con manejo a base de losartan, amlodipino, diabetes mellitus con manejo a base de metformina, cardiopatía isquémica manejada con tratamiento a base de atorvastatina, ácido acetil salicílico, clopidroguel, e isosorbide en caso de dolor precordial. Además de manejo con acenocumarina hace 6 meses por antecedente de trombosis venosa, profunda. El día de hoy es llevado a consulta médica refiriendo que ha presentado evacuaciones negruzcas fétidas, desde hace 3 días, al parecer 1 por día, así mismo con leve dolor epigástrico.

A) Usted realiza las siguientes acciones.

9.- F Otorga receta por aluminio y magnesio suspensión además de sucralfato.

10.- F Otorga receta por ranitidina tabletas 1 cada 12 hrs. además de sucralfato.

11.- V **Otorgar receta por omeprazol capsulas 80 mg dosis única y posterior cada 40 mg cada 12 hrs. además de sucralfato.**

12.- F Dar receta por los 3 medicamentos anteriores.

B) Además de la receta médica usted realiza lo siguiente.

13.- F Citar en una semana, así como dar medidas higiénico dietéticas.

14.- F Solo citar en una semana.

15.- F Valora el retiro de medicamento que pueda exacerbar probable cuadro de sangrado de tubo digestivo y envió a gastroenterología.

16.- **Revalorar los medicamentos que el paciente está usando, así mismo realiza valoración para determinar probable retiro de medicamentos que no sean necesarios en este momento. Así misma valoración con exámenes de laboratorio y valorar envió al servicio de urgencias.**

IV.- Paciente femenino de 65 años con antecedentes de artritis reumatoide, al cual se inició manejo, hace más de 12 semanas a base de metotrexate, ácido fólico, y prednisona a dosis de mantenimiento, cuenta además con manejo para hipertensión arterial a base de amlodipino así como losartan. Por el momento se refiere controlada al respecto. Niega exacerbación del cuadro reumatológico, solo dolor ocasional a nivel dorsal.

a) ¿Usted inicia las siguientes acciones?

17.- Se continua con tratamiento, ya que la paciente está controlada, no requiere de modificaciones.

18.- Se otorgan medidas alentarías a la paciente, así como se alienta para continuar con actividad física, se agrega además suplemento de calcio.

19.- Reenviara con medico reumatólogo e internista para valorar disminución de dosis de metotrexate así como de antihipertensivos.

20.- **Se sugiere inicio de bifosfonatos por el uso prolongado de esteroides, así mismo, se solicitan radiografías para valorar, datos de osteopenia.**

b) Al cabo de un mes la paciente regresa, con estudios radiológicos en donde se documenta cifosis dorsal adquirida. Hasta este momento sin datos de fractura, aparentes, pero si con leve dolor articular.

21.- **Se inicia con manejo a base de calcitriol y calcio.**

22.- Continuar solo con calcio efervescente.

23.- Se envía al servicio de rehabilitación, para iniciar terapia y disminuir molestias dorsales.

24.- Agregamos aines para control del dolor.

HABILIDAD

V.- Paciente femenino de 81 años con antecedentes de hipertensión arterial, manejada con amlodipino y losaratan, aparente EVC (evento vascular cerebral) isquémico al parecer sin secuelas, sin embargo, a partir del evento en cuestión ha presentado alteraciones de

memoria, así como desorientación ocasional, con manejo a base de clopidogrel, y paracetamol de forma ocasional, además de ranitidina tabletas, el día de hoy es traída por referirla apática, triste con llanto fácil.

a).- Usted decide.

25.- V **Iniciar manejo antidepresivo triciclico a dosis bajas, refiriendo a los familiares efectos secundarios y reaccione adversas.**

26.- F Iniciar multivitaminico y fumarato ferroso. Refiriendo a los familiares efectos secundarios y reaccione adversas.

27.- F Enviar a psicología, para valoración de trastorno depresivo, así como terapia a la familia.

28.- F Enviar a urgencias de hospital para realización de tac de cráneo, así mismo hospitalizar para la realización de otros estudios para clínicos.

b) Posteriormente después de 15 días, el paciente acude nuevamente con aumento de desorientación, así mismo ha presentado estreñimiento.

29.- F Se da nueva receta por senosidos, así como medidas higiénicas.

30.- F Se dan medidas higiénicas, y se pide que se continúe con mismo manejo.

31.- V **Detectar prescripción inapropiada, ver probables interacciones medicamentosas, y valorar retiro de medicamento.**

32.- F Enviar a urgencias para revalorar caso y necesidad de hospitalización y estudios complementarios.

VI.- Paciente masculino de 70 años, el cual cuenta con antecedente de hipertensión arterial manejado con losartan, enalapril; diabetes mellitus con manejo a base de insulina NPH 20 UI por la mañana y 10 UI por la noche. El día de hoy con glucosa capilar de 110, tensión arterial de 160/100, así mismo refiere ha estado presentando dolor en región lumbar y ambas rodillas, por lo que acudió con médico particular en donde se le recetan ibuprofeno vía oral, así como diclofenaco en caso de dolor intenso, además de metilprednisolona 80 mg intramuscular, como dosis única, el paciente refirió sentirse bien por lo que ha continuado con manejo desde hace 3 semanas. El día de hoy solo acude por control de tensión arterial.

a) ¿Usted recomienda lo siguiente?

33.- F Continuar con tratamiento, y se revalorara el siguiente mes, o en próximas consultas.

- 34.- F Referir que solo se tome los medicamentos para el dolor (aine's) en caso necesario.
- 35.- F Agregar además analgésico al manejo establecido para el dolor.
- 36.- V **Retirar un aine, así mismo, se podría sustituir por analgésico simple y utilizar aine por razón necesaria.**
- b) ¿Además de lo visto anteriormente que otras modificaciones haría?
- 37.- F Agregar otro antihipertensivo, para un mejor control así mismo, refrendar medidas dietéticas, así como fomento a la actividad física.
- 38.- F Aumentar a dosis máximas los antihipertensivos, así como valorara el apego del tratamiento.
- 39.- F El uso conjunto de aines por tiempo prolongado puede descontrolar la tensión arterial, por lo que se recomienda quitar aine.
- 40.- V **Se debe revalorar el uso de antihipertensivos, ya que debe optimizarse la monoterapia antes de cambiar a otra clase de fármaco.**

ANEXO E

MANUAL OPERACIONAL PARA LA COMPETENCIA DEL MEDICO DE PRIMER NIVEL EN LA PRESCRIPCION RAZONADA FARMACOLOGICA DEL ADULTO MAYOR.

PRIMERA PARTE DATOS GENERALES:

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

- a) Sexo: Masculino____ Femenino:____
- b) Turno: Matutino:____ Vespertino:____
- c) Antigüedad: Menos de 5 años:____ Mas de 5 años:____ Mas de 10 años: ____
- d) Ha realizado algún curso extra de farmacología: Si:____ No:____
- e) Ha realizado algún curso de atención geriátrica: Si:____ No:____
- f) Ha realizado algún curso de competencia laborales: Si:____ No:____
- g) Cuenta con certificación de parte del colegio médico: Si:____ No:____
- h) Cuenta con otro trabajo: Si:____ No:____

Explicación: En esta parte, del instrumento pretendemos realizar la recopilación de las características generales del médico encuestado, así como diversas variables, en donde solo se tiene que marcar con una “X” la variable de acorde con la situación de cada encuestado.

SEGUNDA PARTE CUESTIONARIO.

INDICACIONES: Se enunciarán casos clínicos en donde se evalúa la competencia (conocimiento, habilidad, y actitud), en la prescripción razonada del adulto mayor. En el área de conocimiento subraye la respuesta correcta de acuerdo a como lo considere; en las aéreas que se representan, habilidad y actitud en donde se encuentre espacio vacío, contestar verdadero (V), falso (F), no se (NS) de acorde a como considere la situación descrita, previo a la valoración del caso clínico descrito.

CONOCIMIENTO

I.- Paciente masculino de 70 años, con antecedentes de diabetes mellitus, manejado con metformina, glibenclamida, además de gonartrosis con manejo a base de paracetamol, EPOC con manejo a base de salbutamol e ipratropio. así como con ácido acetil salicílico 300 cada 24 hrs, el cual acude a control médico, al parecer con adecuado control metabólico, el día de hoy además refiere edema bimalleolar, de 3 días de evolución, así mismo dentro de sus signos vitales encuentra elevación de la tensión arterial. ¿Cómo forma de ofrecer un manejo al respecto usted?

1.- ¿Oferta utilizar diuréticos de asa de primera instancia?

- a) si
- b) no**
- c) no sé.

Explicación: en esta pregunta se pretende valorar si el médico sabe cuándo iniciar un diurético de ASA en un adulto mayor. .

2.- Es correcto seguir usando ácido acetilsalicílico a esta dosificación.

- a) si
- b) no**
- c) no sé.

Explicación: en esta pregunta se pretende valorar si la dosificación del ácido acetilsalicílico es adecuada en un adulto mayor.

3.- Podemos iniciar beta bloqueador en este paciente, como manejo inicial antihipertensivo.

- a) si
- b) no**
- c) no sé.

Explicación: en esta pregunta se pretende valorar si el médico sabe cuándo valorar el inicio de un beta bloqueador en un adulto mayor. .

4.- Se podría iniciar manejo a base de calcio antagonistas para su hipertensión arterial.

- a) si**

- b) no
- c) no sé.

Explicación: en esta pregunta se pretende valorar si el médico sabe la indicación para iniciar un calcio antagonista para hipertensión arterial en un adulto mayor.

II.- Paciente masculino de 78 años, el cual sin antecedentes aparentes, acude a valoración con elevación de tensión arterial, a 160/90, así como glucosa capilar de 200 mg/dl, urolapstix con proteínas ++, acude por presentar poliuria, polidipsia, así como pérdida de peso, menciona que él se ha estado auto medicando con poli vitaminas, ácido fólico, calcio y medicamentos naturista. Niega otra sintomatología. ¿Usted debería?

5.- Iniciar manejo con glibenclamida, así como medidas higiénico dietéticas.

- a) si
- b) no**
- c) no se

Explicación: en esta pregunta se pretende valorar si el médico sabe cuándo iniciar manejo a base de glibenclamida en un adulto mayor con diabetes mellitus.

6.- Iniciar manejo con metformina, así como medidas higiénico dietéticas

- a) si**
- b) no
- c) no se

Explicación: en esta pregunta se pretende valorar si el médico sabe cuándo iniciar manejo a base de metformina en un adulto mayor con diabetes mellitus.

7.- ¿Iniciar IECAS o ARAll, como manejo inicial de la tensión arterial en este paciente?

- a) si**
- b) no
- c) no se

Explicación: en esta pregunta se pretende valorar si el médico sabe cuándo iniciar tratamiento antihipertensivo con IECAS o ARAll. En un adulto mayor con Hipertensión arterial.

8.- Iniciar antiagregante plaquetario, pues considera paciente con factores de riesgo.

a) si

b) no

c) no se

Explicación: En esta pregunta se pretende valorar si el médico sabe cuándo iniciar manejo a base de antiagregante plaquetario en un adulto mayor. Considerando si amerita o no su utilización.

ACTITUD

III.- Paciente masculino de 78 años, con antecedentes hipertensión arterial, con manejo a base de losartan, amlodipino, diabetes mellitus con manejo a base de metformina, cardiopatía isquémica manejada con tratamiento a base de atorvastatina, ácido acetil salicílico, clopidroguel, e isosorbide en caso de dolor precordial. Además de manejo con acenocumarina hace 6 meses por antecedente de trombosis venosa, profunda. El día de hoy es llevado a consulta médica refiriendo que ha presentado evacuaciones negruzcas fétidas, desde hace 3 días, al parecer 1 por día, así mismo con leve dolor epigástrico.

A) Usted realiza las siguientes acciones?

9.- F O Otorga receta por aluminio y magnesio suspensión además de sucralfato.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud en cuanto a la prescripción razonada del médico respecto a la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Considerando sus antecedentes y el diagnóstico principal de sangrado de tubo digestivo en el adulto mayor.

10.- F O Otorga receta por ranitidina tabletas 1 cada 12 hrs. además de sucralfato.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud en cuanto a la prescripción razonada del médico respecto a la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Considerando sus antecedentes y el diagnóstico principal de sangrado de tubo digestivo en el adulto mayor.

11.- **Otorgar receta por omeprazol capsulas 80 mg dosis única y posterior cada 40 mg cada 12 hrs. además de sucralfato.**

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud en cuanto a la prescripción razonada del médico respecto a la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Considerando sus antecedentes y el diagnostico principal de sangrado de tubo digestivo en el adulto mayor.

12.- Dar receta por los 3 medicamentos anteriores.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud en cuanto a la prescripción razonada del médico respecto a la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Considerando sus antecedentes y el diagnostico principal de sangrado de tubo digestivo en el adulto mayor.

B) Además de la receta médica usted realiza lo siguiente.

13.- Citar en una semana, así como dar medidas higiénico dietéticas.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico respecto a la prescripción razonada para la detención o cambio en manejo farmacológico, considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Considerando sus antecedentes y el diagnostico principal de sangrado de tubo digestivo en el adulto mayor.

14.- Solo citar en una semana.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico respecto a la prescripción razonada para la detención o cambio en manejo farmacológico, considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Considerando sus antecedentes y el diagnostico principal de sangrado de tubo digestivo en el adulto mayor.

15.- F Valora el retiro de medicamento que pueda exacerbar probable cuadro de sangrado de tubo digestivo y envió a gastroenterología.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico respecto prescripción razonada para la detención o cambio en manejo farmacológico, considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Considerando sus antecedentes y el diagnóstico principal de sangrado de tubo digestivo en el adulto mayor.

16.- V **Revalorar los medicamentos que el paciente está usando, así mismo realiza valoración para determinar probable retiro de medicamentos que no sean necesarios en este momento. Así misma valoración con exámenes de laboratorio y valorar envió al servicio de urgencias.**

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico respecto prescripción razonada para la detención o cambio en manejo farmacológico, considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Considerando sus antecedentes y el diagnóstico principal de sangrado de tubo digestivo en el adulto mayor.

IV.- Paciente femenino de 65 años con antecedentes de artritis reumatoide, al cual se inició manejo, hace más de 12 semanas a base de metotrexate, ácido fólico, y prednisona a dosis de mantenimiento, cuenta además con manejo para hipertensión arterial a base de amlodipino así como losartan. Por el momento se refiere controlada al respecto. Niega exacerbación del cuadro reumatológico, solo dolor ocasional a nivel dorsal.

a) ¿Usted inicia las siguientes acciones?

17.- F Se continua con tratamiento, ya que la paciente está controlada, no requiere de modificaciones.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico respecto prescripción razonada para la detención o cambio en manejo farmacológico, considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Considerando sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta que en presente caso serían los efectos secundarios de la medicación prolongada,

18.- F Se otorgan medidas alentarías a la paciente, así como se alienta para continuar con actividad física, se agrega además suplemento de calcio.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico respecto prescripción razonada para la detención o cambio en manejo farmacológico, considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Considerando sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta que en presente caso serían los efectos secundarios de la medicación prolongada,

19.- F Reenviara con medico reumatólogo e internista para valorar disminución de dosis de metrotexate así como de antihipertensivos.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico respecto prescripción razonada para la detención o cambio en manejo farmacológico, considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Considerando sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta que en presente caso serían los efectos secundarios de la medicación prolongada,

20.- V **Se sugiere inicio de bifosfonatos por el uso prolongado de esteroides, así mismo, se solicitan radiografías para valorar, datos de osteopenia.**

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico respecto prescripción razonada para la detención o cambio en manejo farmacológico, considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Considerando sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta que en presente caso serían los efectos secundarios de la medicación prolongada,

b) Al cabo de un mes la paciente regresa, con estudios radiológicos en donde se documenta cifosis dorsal adquirida. Hasta este momento sin datos de fractura, aparentes, pero si con leve dolor articular.

21.- V **Se inicia con manejo a base de calcitriol y calcio.**

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico respecto a la prescripción razonada para el inicio en el manejo farmacológico, de probable osteopenia consecutiva al uso de medicamentos y al proceso de envejecimiento. Considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

22.- F Continuar solo con calcio efervescente.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico respecto a la prescripción razonada para el inicio en el manejo farmacológico, de probable osteopenia consecutiva al uso de medicamentos y al proceso de envejecimiento. Considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

23.- F Se envía al servicio de rehabilitación, para iniciar terapia y disminuir molestias dorsales.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico respecto a la prescripción razonada para el inicio en el manejo farmacológico, de probable osteopenia consecutiva al uso de medicamentos y al proceso de envejecimiento. Considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

24.- F Agregamos aines para control del dolor.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico respecto a la prescripción razonada para el inicio en el manejo farmacológico, de probable osteopenia consecutiva al uso de medicamentos y al proceso de envejecimiento. Considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

HABILIDAD

V.- Paciente femenino de 81 años con antecedentes de hipertensión arterial, manejada con amlodipino y losartan, aparente EVC (evento vascular cerebral) isquémico al parecer sin secuelas, sin embargo, a partir del evento en cuestión ha presentado alteraciones de memoria, así como desorientación ocasional, con manejo a base de clopidogrel, y paracetamol de forma ocasional, además de ranitidina tabletas, el día de hoy es traída por referirla apática, triste con llanto fácil.

a).- Usted decide.

25.- V **Iniciar manejo antidepresivo triciclico a dosis bajas, refiriendo a los familiares efectos secundarios y reaccione adversas.**

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto prescripción razonada para el inicio de antidepresivo triciclico con sus posibles efectos, así como las acciones que deben de estar alrededor de esta prescripción. Considerando los antecedentes del paciente, así como en este momento solo se pueda recetar este tipo de antidepresivos, así mismo la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

26.- F Iniciar multivitaminico y fumarato ferroso. Refiriendo a los familiares efectos secundarios y reaccione adversas.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto prescripción razonada para el inicio de antidepresivo triciclico con sus posibles efectos, así como las acciones que deben de estar alrededor de esta prescripción. Considerando los antecedentes del paciente, así como en este momento solo se pueda recetar este tipo de antidepresivos, así mismo la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

27.- F Enviar a psicología, para valoración de trastorno depresivo, así como terapia a la familia.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a la prescripción razonada para el inicio de un antidepresivo tricíclico con sus posibles efectos, así como las acciones que deben estar alrededor de esta prescripción. Considerando los antecedentes del paciente, así como en este momento solo se pueda recetar este tipo de antidepresivos, así mismo la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

28.- F Enviar a urgencias de hospital para realización de TAC de cráneo, así mismo hospitalizar para la realización de otros estudios para clínicos.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a la prescripción razonada para el inicio de un antidepresivo tricíclico con sus posibles efectos, así como las acciones que deben estar alrededor de esta prescripción. Considerando los antecedentes del paciente, así como en este momento solo se pueda recetar este tipo de antidepresivos, así mismo la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

b) Posteriormente después de 15 días, el paciente acude nuevamente con aumento de desorientación, así mismo ha presentado estreñimiento.

29.- F Se da nueva receta por sinusitis, así como medidas higiénicas.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a una situación considerada con reacción adversa a una medicación independientemente si este la prescribió de inicio o bien si no lo hizo, la importancia es apreciar si se cuenta con la habilidad de prescripción razonada, así mismo considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

30.- F Se dan medidas higiénicas, y se pide que se continúe con mismo manejo.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a una situación considerada con reacción adversa a una medicación independientemente si este

la prescribió de inicio o bien si no lo hizo, la importancia es apreciar si se cuenta con la habilidad de prescripción razonada, así mismo considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

31.- V **Detectar prescripción inapropiada, ver probables interacciones medicamentosas, y valorar retiro de medicamento.**

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a una situación considerada con reacción adversa a una medicación independientemente si este la prescribió de inicio o bien si no lo hizo, la importancia es apreciar si se cuenta con la habilidad de prescripción razonada, así mismo considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

32.- F **Enviar a urgencias para revalorar caso y necesidad de hospitalización y estudios complementarios.**

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a una situación considerada con reacción adversa a una medicación independientemente si este la prescribió de inicio o bien si no lo hizo, la importancia es apreciar si se cuenta con la habilidad de prescripción razonada, así mismo considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

VI.- Paciente masculino de 70 años, el cual cuenta con antecedente de hipertensión arterial manejado con losartan, enalapril, diabetes mellitus con manejo a base de insulina NPH 20 UI por la mañana y 10 UI por la noche. El día de hoy con glucosa capilar de 110, tensión arterial de 160/100, así mismo refiere ha estado presentando dolor en región lumbar y ambas rodillas, por lo que acudió con médico particular en donde se le recetan ibuprofeno vía oral, así como diclofenaco en caso de dolor intenso, además de metilprednisolona 80 mg intramuscular, como dosis única, el paciente refirió sentirse bien por lo que ha

continuada con manejo desde hace 3 semanas. El día de hoy solo acude por control de tensión arterial.

a) ¿Usted recomienda lo siguiente?

33.- F Continuar con tratamiento, y se revalorara el siguiente mes, o en próxima consulta.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a una situación considerada como polifarmacia, así como combinación de medicamentos de la misma denominación, considerando importante la habilidad para la prescripción razonada respecto a ello, así mismo considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

34.- F Referir que solo se tome los medicamentos para el dolor (aine's) en caso necesario.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a una situación considerada como polifarmacia, así como combinación de medicamentos de la misma denominación, considerando importante la habilidad para la prescripción razonada respecto a ello, así mismo considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

35.- F Agregar además analgésico al manejo establecido para el dolor.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a una situación considerada como polifarmacia, así como combinación de medicamentos de la misma denominación, considerando importante la habilidad para la prescripción razonada respecto a ello, así mismo considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

36.- V **Retirar un aine, así mismo, se podría sustituir por analgésico simple y utilizar aine por razón necesaria.**

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a una situación considerada como polifarmacia, así como combinación de medicamentos de la misma denominación, considerando importante la habilidad para la prescripción razonada respecto a ello, así mismo considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

b) ¿Además de lo visto anteriormente que otras modificaciones haría?

37.- F Agregar otro antihipertensivo, para un mejor control así mismo, refrendar medidas dietéticas, así como fomento a la actividad física.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a una situación considerada como polifarmacia, considerando importante la habilidad para la prescripción razonada respecto a ello por los diferentes diagnósticos del paciente, así mismo considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

38.- F Aumentar a dosis máximas los antihipertensivos, así como valorara el apego del tratamiento.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a una situación considerada como polifarmacia, considerando importante la habilidad para la prescripción razonada respecto a ello por los diferentes diagnósticos del paciente, así mismo considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

39.- F El uso conjunto de aines por tiempo prolongado puede descontrolar la tensión arterial, por lo que se recomienda quitar aine.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a una situación considerada como polifarmacia, considerando importante la habilidad para la prescripción razonada respecto a ello por los diferentes diagnósticos del paciente, así mismo considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso

clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

40.- __V__ Se debe revalorar el uso de antihipertensivos, ya que debe optimizarse la monoterapia antes de cambiar a otra clase de fármaco.

Explicación: en esta pregunta se pretende conocer la habilidad del médico respecto a una situación considerada como polifarmacia, considerando importante la habilidad para la prescripción razonada respecto a ello por los diferentes diagnósticos del paciente, así mismo considerando la acción u opción que el médico podría realizar respecto al caso clínico explicado previamente, y si es considerada como correcta o falsa. Teniendo en cuenta sus antecedentes, los diagnósticos previos y el motivo de consulta.

