



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 249
SANTIAGO TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO**

“APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS, EN LA UMF 248 DEL IMSS, SAN MATEO ATENCO ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2011.”

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MC. ANA ELSA PÉREZ HERNÁNDEZ

TOLUCA, MÉXICO.

2013

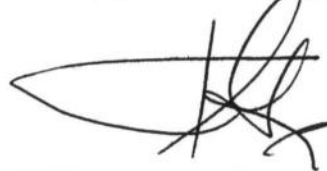
**APTITUD CLINICA DEL MEDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION
EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR
CON INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA UMF
248 DEL IMSS, SAN MATEO ATENCO ESTADO DE MEXICO EN EL
MES DE NOVIEMBRE DEL 201**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

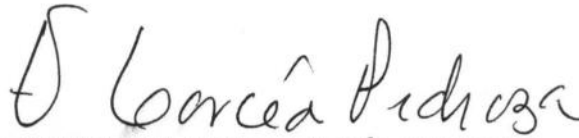
PRESENTA

DRA. ANA ELSA PÉREZ HERNADEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


“APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS, EN LA UMF 248 DEL IMSS, SAN MATEO ATENCO ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2011.”

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MC. ANA ELSA PÉREZ HERNÁNDEZ

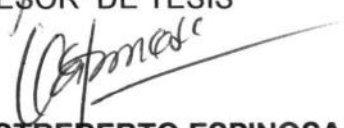
AUTORIZACIONES



MC. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 249 SANTIAGO TLAXOMULCO



M. EN RN. FLOR DE MARÍA ELIZABETH CEBALLOS SALGADO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS



MC. GUILLERMO AUSTREBERTO ESPINOSA FUENTES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO EN EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 222

*PARA MIS MÁS GRANDES TESOROS CESAR Y MI BEBE LESLIE POR EL
TIEMPO QUE HE ESTADO AUSENTE*

MIL GRACIAS

RESUMEN

“APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCION DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS, EN LA UMF 248 DEL IMSS, SAN MATEO ATENCO ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2011”.

Autores. Pérez Hernández A. Ceballos Salgado F. Tapia Díaz G.

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas (IRA) están dentro de las primeras diez causas de consulta en el primer nivel de atención en todo el mundo, principalmente en la edad pediátrica. En México son la primera causa de morbilidad y generan una las primeras causas de hospitalización por complicaciones de las mismas.

Palabras clave: Aptitud clínica, edad escolar, infección de vías respiratorias agudas

Objetivo general: Determinar la Aptitud Clínica del Médico de primer nivel de atención para el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas, en la Unidad de Medicina Familiar 248, San Mateo Atenco Estado de México, en el mes de Noviembre de 2011.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se evaluó un universo de 24 médicos, de ambos turnos, no probabilístico por convivencia; previo consentimiento informado se les aplicó el instrumento de aptitud clínica en el manejo integral de infección de vías respiratorias agudas validado en el 2009.

Resultados: La aptitud clínica resultó intermedia (91.6%), con aptitud avanzada (4.16%) e incipiente (4.16 %). Predominó el sexo femenino (62.4%) en relación con el sexo masculino (37.4%), fueron médicos generales (70.8%), con especialidad en medicina familiar (25%) y con otra especialidad (4.1%). De acuerdo a su antigüedad de 0 a 4 años (62.5%), 5 a 9 años (8.3 %), de 10 a 14 años (8.3 %), 20 24 años (12.5 %). De acuerdo a la contratación de obtuvo médicos con base (45.8%) y médicos de sustitución (54.1%).

Conclusiones: La Aptitud Clínica del manejo integral de infección de vías respiratorias agudas del médico del primer nivel de atención se encontró con una Aptitud clínica intermedia con un 91.6 %, una Aptitud Clínica Avanzada en 4.16% y una Aptitud Clínica Incipiente con 4.16 %. No se encontró ningún médico con Aptitud Clínica Muy Avanzada, Muy Incipiente ni Explicable al azar. Los resultados son similares a los reportados en la aptitud clínica del médico familiar en infección de vías respiratorias en menores de 5 años realizada en la UMF No 1 de Sonora en el 2005 quienes reportaron una aptitud clínica media en el 53%, avanzada en un 21 % y baja en el 25%; en la aptitud clínica es importante la experiencia y la capacitación continua para la actualización en el manejo de las infecciones de vías respiratorias. Por lo que se debe impartir cursos de actualización todos los años para mantener o mejorar la aptitud clínica.

“APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS, EN LA UMF 248 DEL IMSS, SAN MATEO ATENCO ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2011.”

ÍNDICE.

Introducción.....	1
Marco Teórico.....	2
Planteamiento del problema.....	20
Justificación.....	21
Objetivos.....	22
Descripción General del Estudio.....	23
Tipo y Diseño del Estudio.....	23
Población, Lugar y Tiempo.....	23
Tipo de Muestreo y Tamaño de la muestra.....	23
Criterios de Selección.....	24
Operacionalización de Variables.....	25
Desarrollo Metodológico.....	27
Análisis Estadístico de los Datos.....	28
Consideraciones Éticas.....	30
Instrumento de Medición.....	31
Resultados.....	34
Discusión.....	47
Conclusiones.....	49
Sugerencias.....	50
Referencias Bibliográficas.....	51
Anexos.....	53

INTRODUCCIÓN.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) están dentro de las primeras diez causas de consulta en el primer nivel de atención en todo el mundo, principalmente en la edad pediátrica. En México son la primera causa de morbilidad y generan una las primeras causas de hospitalización por complicaciones de las mismas.

La mayoría de las IRA son de origen viral y por ende autolimitadas, sin embargo es importante orientar a las madres y/o cuidadores primarios a cerca de los signos de alarma para identificar oportunamente los riesgos de complicaciones y limitar la mortalidad en este grupo de edad, la cual se presenta aún en regiones con acceso adecuado a los servicios de salud.

Otra estrategia importante para limitar las complicaciones y evitar la mortalidad es desarrollar la aptitud clínica del médico familiar con el fin de que brinde una atención médica de calidad a través de la toma de decisiones oportunas, pertinentes y basadas en las evidencias científicas.

La prescripción inadecuada y excesiva de antibióticos en el tratamiento de las IRAS es un problema reconocido y demostrado, lo que ha condicionado las resistencias bacterianas.

En la presente investigación se evaluará la aptitud clínica en la prevención, diagnóstico y manejo de las IRAS en los menores de 5 años, a través de un instrumento construido y validado por la Dra. María Teresa Hernández Hurtado en el Estado de México, como estrategia inicial para mejorar la atención médica de este padecimiento en el primer nivel de atención y así limitar la afectación a la salud individual y familiar, así como, el uso inadecuado de los recursos.

1.MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

DEFINICIONES

1.1 APTITUD CLÍNICA:

Es la capacidad en la solución de situaciones clínicas problemáticas. También se puede entender como el estudio ordenado de las diversas manifestaciones de enfermedad con el propósito de precisar un diagnóstico, aplicar un tratamiento, establecer un pronóstico e instituir medidas preventivas y de interconsulta con otros colegas para la atención apropiada de un paciente en particular.

Se identifica a través de los siguientes indicadores:

- * Reconocimiento de los factores de riesgo. Análisis de antecedentes que se vinculan con la mala evolución de la paciente.
- * Reconocimiento de indicios clínicos. Identificación de signos y síntomas como parte de una o más enfermedades.
- * Uso de recursos diagnósticos. Reconocimiento de recursos para clínicos y su uso correcto para identificar enfermedades.
- * Uso de recursos terapéuticos. Utilización de conductas correctas e indispensables para el tratamiento de una enfermedad.
- * Medidas de seguimiento, preventivas y de interconsulta. Identificar y manifestar al paciente, como evitar recaer en la enfermedad, como cuidar de ella, para que no progrese a estadios avanzados y valoración a segundo nivel.

1.2 MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

Es el profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia, funciones técnico-médicas, funciones técnico-administrativas y funciones de enseñanza e investigación específicas y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos institucionales.

Médico General: es un profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia.

Médico Familiar: Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar, teniendo en consideración el contexto biológico, social y psicológico.

1.3 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, el primer nivel está constituido por Unidades de Medicina Familiar exclusivamente, y es a través de ellas como se ingresa al sistema de atención médica, en este nivel se coordinan todos los servicios básicos, además de proporcionarse atención médica por familias se encuentran integrados diversos servicios en los que destaca el servicio de Medicina Preventiva que maneja diversos programas como la Detección oportuna de cáncer, la detección de Diabetes, inmunizaciones, etc., así mismo cuenta con laboratorio, farmacia, servicio de rayos "X", Estomatología, Nutrición y Trabajo Social que maneja grupos de apoyo para sobrepeso, obesidad y diabetes e hipertensión arterial además de proporcionar pláticas a adolescentes y pacientes embarazadas, entre otros.

La Medicina Familiar es la medicina general que se practica en relación con las necesidades biológicas, sociales y psicológicas de los individuos que actúan en grupos sociales cuya unidad fundamental es la familia. Es una especialidad horizontal lo que diferencia de otras especialidades consideradas verticales en términos de su contenido.

1.4 INFECCIÓN DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS:

Enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta el aparato respiratorio durante un período menor de 15 días.

1.5 ESTRATEGIA EDUCATIVA

Es una herramienta de gran utilidad para aportar información, instrumentos, recursos, conocimientos que facilitan el proceso de atención a la diversidad.

2. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

CAPÍTULO II

2.1 DEFINICIÓN

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA-1999 para la atención del niño sano se define:

2.1.2 INFECCIÓN AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS: Enfermedad infecciosa, causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un periodo menor de 15 días.

2.1.3 INFECCIÓN AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES: Enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio, de las cuerdas vocales hacia abajo, durante un periodo menor de 15 días.

2.1.4 INFECCIÓN AGUDA DE LAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES: Enfermedad infecciosa que afecta al aparato respiratorio por arriba de las cuerdas vocales, durante un periodo menor de 15 días. ⁽¹⁾

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan una proporción importante como causa de consulta en atención primaria en todo el mundo, principalmente en la edad pediátrica. Han permanecido dentro de las primeras causas de demanda de atención en el primer nivel de atención, a pesar del incremento en la consulta por enfermedades crónicas, a pesar de que la mayoría de las IRA son autolimitadas, los errores en el diagnóstico y tratamiento son un problema reconocido y demostrado por el uso excesivo e inadecuado de antimicrobianos, principalmente en las infecciones de vías respiratorias superiores, con aparición de resistencias bacterianas; además de ocasionar desperdicio de medicamentos debido a la falta de cumplimiento de tratamientos una vez que los síntomas han desaparecido.

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Las infecciones respiratorias agudas son la primera causa de morbilidad en México y constituyen el principal motivo de consulta externa en niños y adultos de ambos sexos. Se estima que 3 de cada 4 consultas por enfermedades infecciosas corresponden a padecimientos respiratorios agudos. El 99% afecta a las vías aéreas superiores y solamente 1% las inferiores, como neumonía y bronconeumonía. Aproximadamente la mitad de los niños se infectan en su primer estación invernal y casi el 100% han sido infectados a los 2 años de edad. La morbilidad en niños sanos es aproximadamente del 1%, pero se incrementa hasta el 3% en menores con patologías de base.

En ellas prevalecen fenómenos inflamatorios y sintomatología dolorosa, por lo que el médico general y el pediatra recurren al manejo conservador con reposo, mantenimiento del estado de hidratación, aislamiento y uso de analgésicos, antiinflamatorios, independientemente de la etiología, sobre todo en los cuadros agudos, por lo que su utilización es de corta duración. ^(1,2,4)

Las infecciones respiratorias agudas que comprometen a la vía aérea superior son en general de escasa gravedad y tienden a autolimitarse, pero por su gran frecuencia, son la principal causa de ausentismo escolar y laboral de los padres y, aunque la gran mayoría de los enfermos se automedica, constituyen la principal causa de consulta médica ⁽⁴⁾.

2.3 MORBILIDAD Y DEMANDA DE CONSULTA:

Además de su importancia como causa de mortalidad, las IRA también son la principal causa de enfermedad infantil, con una incidencia que se ubica entre 4 a 6 episodios por año en las zonas urbanas y de 5 a 8 en las zonas rurales.

En México la incidencia de estos padecimientos muestra una tendencia hacia el incremento a través del tiempo, lo que se aprecia en el número de casos registrados anualmente desde 1980 en el Sistema Nacional de Salud, mismos que se han elevado hasta en 100%. Tal elevación puede ser explicada por diversas situaciones, como son la mejoría de los registros e informes médicos, la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica específico para estos problemas, la mayor accesibilidad de la población a los servicios de salud (con lo que antes no se contaba) y la mayor demanda de consulta, al incrementarse la necesidad de atención para estas enfermedades. ^(1,2)

Es muy relevante que del total de casos de infección respiratoria aguda que se presentan anualmente (cerca de 27 millones en 1995), un tercio del peso de esta enfermedad (36%) afecta a la población menor de 5 años y que en los lactantes menores de 1 año se duplique la incidencia. ⁽⁴⁾

En México en 1994 la mortalidad ocupó el 12º lugar, lo que representa la quinta parte de Haití y 35 veces la de Canadá. Lo que indica que aún ocurren gran cantidad de muertes prematuras por enfermedades transmisibles; sin embargo, es preciso reconocer que la esperanza de vida ha aumentado ya que en los últimos 10 años, la mortalidad en menores de 5 años disminuyó 37% y en ese mismo período la muerte ocasionada por neumonía y diarrea infecciosa aguda descendió 65%. ^(4,5) Para el 2007 se reportaron defunciones en menores de un año con un 88.1% y de 1 a 4 años con 13.8.%

2.4 CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS

- 1. Resfriado común o rinofaringitis.**
- 2. Faringoamigdalitis bacteriana.**
- 3. Otitis**
- 4. Sinusitis**
- 5. Bronquitis.**
- 6. Neumonía**

2.4.1 RESFRIADO COMÚN (RINOFARINGITIS, CORIZA, RINITIS AGUDA, NASOFARINGITIS AGUDA)

DEFINICIÓN:

Infección respiratoria aguda que involucra mucosa nasal y faríngea. Afecta a todas las edades, y compromete toda el área donde exista continuidad del epitelio respiratorio.

Enfermedad respiratoria aguda de tipo epidémico, causada por un sin número de virus, de los cuales se han descrito más de cien. Ocasiona síntomas y signos variados, dependiendo de la edad del individuo, así como el tipo y virulencia del agente infectante. Se considera la enfermedad más frecuente de las vías respiratorias en los niños y constituye 50% del total de las IRA que les atacan. ^(4, 5,11)

ETIOLOGÍA:

Generalmente es de etiología viral en un 90% de los casos. Los rinovirus son la causa más frecuente y abarcan entre 20 y 40% de los agentes etiológicos: Coronavirus, adenovirus, parainfluenza, sincicial respiratorio, COX-sakie, echovirus, e influenza A,B y C. Entre las bacterias destacan: S.pyogenes y M. pneumoniae, con lo cual se completa el total de los agentes causales. ^(4,12)

CUADRO CLINICO:

Se caracteriza por un período de incubación de uno a tres días, inicia con congestión nasal, conjuntivitis, e irritación faríngea, rinorrea acuosa (hialina), y estornudos, frecuentemente de malestar general, anorexia, febrícula, faringodinia, y tos seca. ^(2,4,5)

DIAGNOSTICO:

No se requieren estudios de laboratorio, excepto en sospecha de complicaciones.

TRATAMIENTO:

Es sintomático, se recomienda reposo, líquidos abundantes, disminuir o evitar el consumo de tabaco pasivo y activo, evitar cambios bruscos de temperatura. Entre los medicamentos es recomendable el uso de analgésicos, antipiréticos (en caso de fiebre), antihistamínicos y descongestivos nasales. El uso de antivirales no ha demostrado su utilidad en estos casos, por lo que generalmente no se recomiendan. ^(3,4,5)

2.4.2 FARINGOAMIGDALITIS

DEFINICION:

Inflamación infecciosa o la irritación de las fauces, espacio anatómico que comprende el paladar blando, pilares, amígdalas palatinas y la pared posterior de la faringe. Constituyen 35% de las Infecciones Respiratorias agudas en niños. Incidencia mayor en niños de 4-7 años con aumento entre los 12 y 14 años. ⁽¹¹⁾

Constituyen 35% de las IRA en niños.

ETIOLOGÍA:

De 50 a 80 % de los casos es de etiología viral y de 20 a 40 % de los casos la constituye la etiología bacteriana, el microorganismo involucrado con frecuencia es el Estreptococo B hemolítico del grupo A.

CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre de intensidad variable, síntomas generales como mialgias, artralgias, anorexia, cefalea y dolor faríngeo que puede ser tan intenso o impida la deglución. A la exploración física: la faringe está hiperémica, edematosa, con exudado purulento, membranas o úlceras y generalmente hay crecimiento de ganglios linfáticos de las cadenas cervicales. Cuando hay formación de membranas debe sospecharse etiología estreptocócica; son de color blanco/gris

Faringoamigdalitis viral:

La mayoría de estos padecimientos originados por virus no producen inmunidad prolongada, tal es el caso de los coronavirus, adenovirus, virus parainfluenza, virus herpes simple y los coxsackie. Las faringitis virales tienden a aparecer después de una rinitis y en los niños es frecuente que se acompañen de tos

Para hacer el diagnóstico de las faringoamigdalitis virales es suficiente con el cuadro clínico y se sospecha de etiología bacteriana cuando la fiebre persiste por más de tres días ⁽¹⁸⁾.

DIAGNÓSTICO:

Es clínico. Idealmente se debe hacer cultivo de exudado faríngeo cuando haya sospecha de etiología bacteriana, sin embargo, en la práctica es difícil hacerlo, por lo que se restringe a casos rebeldes al tratamiento, sospecha de fiebre reumática o glomerulonefritis difusa aguda, escarlatina, septicemia con puerta de entrada por faringe y difteria.

TRATAMIENTO:

En los casos de etiología viral es sintomático, dar aporte suficiente de líquidos y calorías y control de la fiebre. Cuando se sospeche o se tenga evidencia de etiología bacteriana se hace tratamiento específico con antimicrobianos cuya elección debe hacerse de acuerdo a las normas establecidas. Cuando no hay rinorrea o tos productiva, aún en ausencia de pus en faringe, un 20% de los casos son por *Streptococcus beta hemolítico* y es conveniente dar tratamiento de erradicación con penicilina. ^(4,,5.11,12)

2.4.3 SINUSITIS

DEFINICIÓN:

Es la inflamación y/o infección de la mucosa que recubre los senos paranasales, generalmente en el curso de una infección vírica de vías respiratorias altas.

ETIOLOGÍA:

Los gérmenes implicados son: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*.

CUADRO CLÍNICO:

Congestión u obstrucción nasal, ronquido nocturno, respiración oral, tos, halitosis, irritabilidad, dolor facial, descarga retrorrenal, rinorrea purulenta y fiebre, cefalea, dolor dental, plenitud ótica, hiposmia.

DIAGNÓSTICO:

Debe ser, fundamentalmente, en base a la historia clínica y la exploración física dado que la radiografía de Watters, Cadwell y submentoniana es muy inespecífica. La ecografía de senos es una técnica más precisa.

TRATAMIENTO:

La mayor parte de los estudios demuestran que sólo los antibióticos tienen un papel relevante en el tratamiento. La amoxicilina a dosis altas de 80mg/kg/día por 7 días. (El tratamiento es de acuerdo al germen).

Los descongestionantes nasales, si bien son útiles para mejorar la obstrucción nasal, no deben usarse, puesto que la vasoconstricción que producen dificulta el acceso del antibiótico al foco infeccioso. Tampoco deben emplearse antihistamínicos, por su efecto espesante de secreciones. Los mucolíticos no han mostrado ningún papel en el tratamiento de la sinusitis. ^(4, 5,12)

2.4.4 OTITIS MEDIA AGUDA

DEFINICIÓN:

Es la segunda patología mas común en la infancia después de las infecciones de vías respiratorias superiores, y es la causa mas frecuente de hipoacusia conductiva en la niñez. Es la inflamación e infección supurada aguda del tímpano y del oído medio, con una duración menor de tres semanas. ⁽¹¹⁾

Caracterizada como un rápido inicio de los signos y síntomas de infección aguda dentro del oído medio. La presencia de una infección respiratoria alta, ya sea viral o bacteriana, puede desencadenar un cuadro de otitis media por disfunción de la trompa de Eustaquio o por colonización directa de la nasofaringe, daño al epitelio respiratorio con disfunción en la eliminación mucociliar. ^(4, 5)

La otitis media aguda es más frecuente en los meses de invierno independientemente del clima, probablemente debido al hacinamiento en las guarderías, en la temporada de infecciones de vías respiratorias superiores. Diversos factores se han relacionado con la otitis media, algunos de los cuales son: la edad, más frecuente en niños, la falta de alimentación al seno materno, alimentación con biberón, uso de chupón, asistencia a guarderías, padres fumadores, presencia de atopias, y el nivel socioeconómico bajo, y en los meses de invierno y primavera. Algunos estudios epidemiológicos demuestran que 62% de los infantes, durante el primer año de vida tienen el antecedente de haber padecido cuando menos un ataque de otitis media aguda y al llegar a los tres años 46% ya han padecido tres o más episodios. Con una mayor incidencia entre 6 y 11 meses, 4 y 5 años. ^(4,5,11,12)

ETIOLOGÍA:

Microbiológicamente se han relacionado a *S. pneumoniae* (25%), *H. influenzae* (20%) y *M. catarrhalis*(10-20%) ,Mixtas (5%), *S. pyogenes* (2%), *S. aureus* (1%)⁽⁴⁾

CUADRO CLÍNICO:

Manifestaciones generales: datos de infección respiratoria superior, fiebre, irritabilidad. La hipoacusia aparece en casi todos los pacientes y es de los síntomas iniciales. La historia natural de la enfermedad, en cuanto a fiebre y dolor del oído, muestra que en 48 a 72 hrs. el niño se recupera, pero esto no quiere decir que haya desaparecido el microorganismo. Cuando se perfora la membrana timpánica se manifiesta con otorrea, la cual inicialmente es de tipo mucoso y posteriormente se torna purulenta. ^(4,5,12)₁₀

Manifestaciones específicas: otalgia, otorrea (purulenta o serosa)

A la exploración: evidencia o no de otorrea, membrana timpánica congestiva y eritematosa, opaca abombada, con pérdida de movilidad (otoneumoscopia) hasta perforación y retracción.

DIAGNÓSTICO:

Por medio de Otoscopía neumática , timpanometría.

El estudio bacteriológico se indica de manera ocasional y la muestra debe ser tomada mediante catéter de doble luz.

TRATAMIENTO:

Antimicrobiano: Ampicilina o Amoxicilina 7-10 días en menores de 10 años.

En mayores de 10 años: Penicilina G procainica 400-800 000 UI/dosis c/12-24h

En alérgicos a penicilina: Eritromicina 30-50 mg/kg c/ 6 h o TMT/SMX 7-20 mg/kg c/ 12h

En formas recurrentes: Eritromicina 30-50 mg/kg c/ 6 h o TMT/SMX, 7-20 mg/kg c/ 12h por la frecuente asociación con Moraxella Catarrhalis.

Vasoconstrictores nasales uso discutido. ⁽¹²⁾

2.4.5 BRONQUITIS

DEFINICIÓN:

Inflamación del árbol bronquial, considerada como entidad clínica aislada poco frecuente en la infancia. Se encuentra formando parte de las infecciones virales como bacterianas del tracto respiratorio superior.

ETIOLOGÍA:

Igual que el resfriado común y faringoamigdalitis.

CUADRO CLÍNICO:

Las manifestaciones clínicas de bronquitis están precedidas por los síntomas de un resfriado común o faringoamigdalitis. Se caracteriza por tos seca, dolorosa, no productiva durante los primeros días, después de los cuales puede hacerse productiva. Puede haber fiebre de intensidad variable y a la auscultación respiración ruda, estertores roncales difusos.

DIAGNÓSTICO:

Es clínico. La radiografía de tórax muestra aumento de la trama broncovascular o puede ser normal.

TRATAMIENTO:

Incluye medidas generales como son: drenaje postural, fluidificación de secreciones mediante un aporte suficiente de líquidos por vía oral y ambiente húmedo, evitar la inhalación de agentes irritantes. Por lo que respecta a los fármacos antitusígenos, son depresores del sistema nervioso central y al suprimir el reflejo de la tos favorecen el acúmulo de moco en los bronquios, su obstrucción y con esto, la posibilidad de supuración. Los medicamentos antihistamínicos tienen acción atropínica que tiende a secar las secreciones por lo que deben evitarse.^(20,21)

2.4.6 NEUMONÍA

Las infecciones agudas del tracto respiratorio representan la infección humana más frecuente. Las del tracto respiratorio inferior, que se representa por la neumonía, continúan siendo la tercera causa de mortalidad infantil y la segunda de demanda de atención hospitalaria en la república mexicana.

DEFINICIÓN:

Proceso inflamatorio del parénquima pulmonar con ocupación del espacio aéreo y superficial producido por agentes microbiológicos.

ETIOLOGÍA:

El agente etiológico de 1 a 3 meses: Chlamydia thachomatis, Streptococcus del grupo B, Staphylococcus aureus, H influenzae, S. pneumoniae. Entre los 6 meses y 10 años de edad S. Pneumoniae, H. influenzae, S. aureus. Virus influenzae. De 10 años y adultos: Micoplasma pneumoniae. ^(4,5,13,14)

CUADRO CLÍNICO:

Aunque los signos y síntomas de las neumonías pueden variar de acuerdo con el germen causal, la edad del paciente y la gravedad de la enfermedad, existen datos clínicos comunes a todas ellas como son:

El síndrome infeccioso (fiebre, hiporexia y ataque al estado general) y el síndrome de insuficiencia respiratoria (tos, disnea, polipnea, aleteo nasal, politiros intercostales, estertores y cianosis). ^(3, 4,5)

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

- Biometría hemática completa.
- Hemocultivos .
- Tele de Tórax PA y lateral.

TRATAMIENTO:

I.- General: aspiración de secreciones, fisioterapia pulmonar, ambiente húmedo, oxígeno en caso de hipoxia, aporte adecuado de líquidos y calorías.

II.- Específico: uso de antimicrobiano de acuerdo al agente causal. ^(13,14)

3. APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

CAPÍTULO III

3.1 DEFINICIÓN

La aptitud clínica se conceptualiza como la capacidad del MÉDICO para recuperar su experiencia en el transcurso de su formación, ante situaciones problemáticas en los distintos espacios clínicos, en donde se promueve la reflexión sobre su criterio en la toma de decisiones en el transcurso de la atención del paciente. ^(6, 7, 8,9)

La aptitud clínica del Médico consiste en un conjunto de capacidades expresadas en la identificación de signos y síntomas de la evolución de una enfermedad, de indicadores para la integración y uso de recursos para el diagnóstico y tratamiento. La cuál se optimiza al problematizar de casos clínicos reales; el médico debe poner en juego su propio criterio, al reconocer con mayor o menor claridad las alternativas de cada situación clínica que enfrenta y diferenciar las que a su juicio resultan apropiadas, útiles, oportunas y beneficiosas de las que pueden causar iatropatogenias (por omisión o comisión, o bien dar solución oportuna a padecimientos, identificando con claridad y oportunamente factores de riesgo). ^(6, 7,8, 9,10,)

3.2 EVALUACIÓN DE LA APTITUD CLÍNICA

Nos encontramos inmersos en una transición dentro de los aspectos educativos que intenta superar los procesos en donde solo se estimula la pasividad del alumno, hacia otra en donde su participación sea importante para promover la reflexión y el cuestionamiento de su proceder. Esto último a través de mezclar la aptitud clínica definida como la capacidad de solucionar situaciones clínicas de complejidad variable, en la que se pone en juego el criterio para decidir la mejor alternativa de interpretación y de acción en cada caso en particular. La capacidad está conformada por indicadores que exploran la habilidad del médico para identificar la existencia de patologías, en donde se analiza su criterio en la toma de decisiones durante el transcurso de la atención del paciente. ^{(1,6,7,8).}

Un modelo de evaluación de la calidad de atención desde la “crítica de la experiencia” permite la identificación y vigilancia de la aptitud clínica del médico familiar, lo cual debe de ser una meta constante y evolutiva. ⁽⁶⁾ Los componentes de la aptitud clínica se relacionan con la habilidad para reconocer indicios clínicos, factores de riesgo, pronóstico o gravedad, en la apropiada selección y acertada interpretación de los procedimientos de laboratorio y gabinete, para seleccionar entre distintas posibilidades diagnósticas, terapéuticas, para decidir acciones preventivas o terapéuticas apropiadas encaminadas a conservar o recuperar la salud, disposición para propiciar la participación o intervención de una interconsulta de segundo nivel. ^(6,7,8)

La evaluación que cotidianamente se realiza con aspectos memorísticos, que discrepan de los resultados que se obtiene al realizar evaluaciones mediante la aplicación de casos reales problematizados. ^(7, 8,9)

Aun existe un gran número de profesores en el área de la salud que carece de formación docente, nos referimos a profesores exitosos que por gusto o por azar se encargan de los procesos educativos. Sin escapar a lo anterior y en consecuencia, las estrategias educativas predominantes en los cursos de formación de pre y post grado, donde se practica una educación tradicional caracterizada por que el profesor es el poseedor del conocimiento y el alumno el depositario de éste. Debido a lo anterior, desde hace algunos años la Coordinación Nacional de Educación impulsó la formación docente de los profesores de pregrado y postgrado en los Centros de Investigación Educativa y Formación Docente bajo la perspectiva que hace hincapié en promover la reflexión de la práctica médica a través de la autocrítica; esto favorece el desarrollo de aptitud para la lectura de textos teóricos y permite al docente estar en posibilidades de enjuiciar diversas propuestas teóricas de educación. ^(7,8)

Como médicos familiares podemos mejorar la calidad de atención médica y un manejo adecuado de los pacientes. Reforzando los conocimientos a través de sesiones médicas o bien cursos a distancia, analiza casos clínicos, foros, revisión de guías de práctica clínica, etc. La experiencia reflexiva se sustenta en las habilidades del clínico como la reconstrucción de una historia clínica cronológicamente lógica, el pertinente interrogatorio, la adecuada exploración física la solicitud selectiva de pruebas diagnósticas y la prescripción del tratamiento apropiado, todo lo cual presupone la indagación y priorización de las decisiones para una atención apropiada e individualizada. En donde el proceso, la propedéutica, la semiología y el contacto con el paciente son insustituibles. ⁽⁸⁾

La aptitud clínica es el resultado del proceso educativo en el cual está inmerso la formación de los especialistas en nuestro país que debe ser parte del progreso social, ya que en la actualidad éste se mide a través de los avances tecnológicos y educativos, utilizando los recursos que se tengan a nuestro alcance en las instituciones para la atención de sus pacientes, teniendo como base fundamental ; el conocimiento y la experiencia basada en la práctica, experiencia y medicina basada en evidencias que constituye una parte trascendental del desempeño de los profesionales clínicos en el análisis del proceso salud-enfermedad ^(7, 8,9)

Uno de los puntos importantes de la aptitud es elaborar y transformar la información tomando como base la experiencia reflexiva, el aprendizaje autónomo, la crítica y la autoevaluación. ⁽¹⁰⁾

3.3 ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

Se requiere elevar el desempeño del personal de salud, en especial del Médico que tiene contacto directo con el paciente, optimizando el servicio y fomentando la promoción de la salud, partiendo de estrategias educativas específicas para mejorar la aptitud clínica como es la medicina basada en evidencias, el aprendizaje a base de solución de problemas y exámenes objetivos así como la utilización de información, procurando que los casos clínicos que se utilizan recreen la realidad clínica con la suma de la teoría y la experiencia, lo que busca el refinamiento de la práctica médica. Considerándose impostergable el desarrollo de estrategias educativas orientadas a desarrollar la reflexión del médico de primer nivel, para tomar decisiones apropiadas, adecuadas y útiles ante los pacientes que atiende cotidianamente. La formación médica debe contribuir a ello, al propiciar el desarrollo de habilidades para brindar una atención con enfoque de riesgo y limitar el daño⁽⁸⁾ que promuevan la reflexión a base de autocrítica, creando así un ambiente propicio para el desarrollo profesional.

Las habilidades clínicas que se adquieren, no son el resultado de la práctica estereotipada de atender a muchos pacientes: atender una gran cantidad quizá puede ser necesario pero no suficiente para lograr profundizar, pues puede ser que atienda una gran cantidad de pacientes durante largo tiempo y al hacerlo sin cuestionamiento y sin indagar el alcance de otras alternativas, las posibilidades de superación y refinamiento son insuficientes.

3.4 INDICADORES DE APTITUD CLÍNICA

La aptitud clínica se evalúa a través de los siguientes indicadores clínicos:

- 1.- Reconocimiento de factores de riesgo:** Antecedentes o condiciones del paciente o su familia, que sin formar parte del padecimiento se asocian con una evolución desfavorable.
- 2.- Reconocimiento de indicios clínicos:** Habilidad del médico para reconocer e integrar datos del interrogatorio y exploración física, con un fin diagnóstico.
- 3.- Selección de pruebas diagnósticas:** Habilidad del médico para identificar, solicitar e integrar datos de laboratorio y gabinete con fines diagnósticos.
- 4.- Integración diagnóstica:** Con el conocimiento de factores de riesgo, la clínica y los preclínicos, realizar un diagnóstico.
- 5.- Uso de recursos terapéuticos:** Prescribir, racionalizar y otorgar con conocimiento medidas farmacológicas y de rehabilitación; así como de cuidados posteriores al reconocer el diagnóstico.

6.- Medidas de seguimiento, preventivas y de interconsulta: Identificar y manifestar al paciente, como evitar recaer en la enfermedad, como cuidar su enfermedad, para que no progrese a estadios avanzados y si así fuere, solicitar a segundo nivel una valoración del mismo. ^(10, 16,17)

Posterior a la identificación los enunciados que corresponden a cada indicador de la Aptitud Clínica, se problematizan mediante *palabras claves* tendientes a esclarecer en el médico familiar, la manera en que debe interpretar dicha pregunta, lo cual es para evitar que pueda ser contestada de memoria, por lo que, para su respuesta el médico familiar debe de analizar los datos del caso clínico cuantas veces sea necesario.

FACTOR DE RIESGO: Son antecedentes o condiciones actuales del paciente o su familia, que sin formar parte del padecimiento actual se asocian con una evolución desfavorable del paciente.

A FAVOR: Presencia de un dato clínico, de laboratorio y/o gabinete que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la enfermedad en cuestión.

ÚTIL Se refiere a procedimientos, exámenes de laboratorio y/o gabinete que resultan necesarios en ciertos casos para confirmar un diagnóstico sospechado y fundamentar una acción terapéutica.

CARACTERÍSTICO: Se refiere a la presencia de un hecho e fenómeno cuya asociación con otro hecho o fenómeno está ampliamente demostrada de manera tal que su ocurrencia debe hacer pensar en dicha asociación.

COMPATIBLE: Alude al hecho de que la totalidad o parte de los elementos de un caso clínico concuerdan con el cuadro propio de la entidad nosológica propuesta con el diagnóstico.

APROPIADO: Hace referencia a ciertas medidas o recomendaciones terapéuticas, preventivas o de seguimiento que son las más efectivas en la situación clínica descrita, con escasos efectos indeseables y claros beneficios potenciales.

A cada indicador de Aptitud Clínica le corresponde una palabra clave específica, cuya propuesta corresponde a:

Reconocimiento de factores de riesgo: (Factor de riesgo)

Reconocimiento de indicios clínicos: (A favor)

Selección de pruebas diagnósticas: (Útil)

Interpretación de pruebas diagnósticas (Característico)

Integración diagnóstica: (Compatible)

Uso de recursos terapéuticos: (Apropiados)

Medidas preventivas: (Oportunas)

En México, Viniegra y colaboradores han desarrollado y perfeccionado instrumentos orientados a la medición de competencias clínicas, profundizando en la utilidad de exámenes escritos para medir capacidad clínicas compleja.⁽⁶⁾

Para evaluar la aptitud clínica se requiere de una estrategia de indagación estructurada en base a lo que llamamos casos clínicos reales que nos permite reconstruir la experiencia de aprendizaje de quien responde.^(6, 18,19)

Se han realizado estudios relacionados a instrumentos clínicos que evalúan la aptitud médica, y al correlacionar las puntuaciones con los años de experiencia, independientemente de la categoría de médico de que se trate, se obtuvo una correlación nula; es decir, la experiencia clínica expresada en años de práctica no parece influir en el perfeccionamiento de la aptitud clínica, dicho de otra forma parece existir un estancamiento en el desarrollo de habilidades clínicas.⁽¹⁸⁾

Los instrumentos como herramientas utilizadas para recolectar información nos ayudan a la medición, la cual constituye una actividad presente en la práctica docente, ésta a su vez nos aproxima al monitoreo y evaluación del proceso educativo.⁽¹⁹⁾

La aptitud clínica general, en el primer nivel de atención en estudios realizados se ha reportado en incipiente en el 70.1%, intermedia en el 13.8% y muy incipiente en 15.6%.⁽⁸⁾

En la revisión bibliográfica, se encontraron estudios publicados sobre la aptitud clínica en el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas utilizando un instrumento elaborado con validez y confiabilidad aceptable, dando como resultado la congruencia con lo encontrado en los reportes de calidad en la atención en los últimos tres años. El nivel de aptitud clínica se distribuyó de la siguiente manera: en un nivel bajo el 25%, medio 53.12%, alto 21.8%, no se encontraron médicos en el nivel de azar, muy bajo y muy alto. Por lo que es necesario saber cómo se encuentra ésta en la UMF 248, para poder establecer un diagnóstico e implementar estrategias de acuerdo a los resultados que se obtengan.

A partir de una perspectiva educativa distinta a la prevaleciente, en la que se decline una visión crítica de la educación con una perspectiva epistemológica y participativa. Desarrollando habilidades de lectura crítica; de escritos teóricos y de investigación teórica; investigando los alcances y limitaciones del acto educativo; desarrollando habilidades prácticas como la aptitud clínica. Y otras acciones a considerar, son el principio para mejorar las condiciones del ambiente teniendo en cuenta que la docencia no es una profesión simplemente técnica sino fundamentalmente humanística; el modelo del docente erudito pero insensible. Para lograr la mejoría de los docentes han de contar de distintos atributos: tener formación docente; fomentar la reflexión, la crítica y la autocrítica de los alumnos, investigar los alcances de las acciones emprendidas que faciliten a entender el contexto.

La motivación surge a través de la tarea, de la determinación y realización a partir de que el acto educativo tenga sentido; el desarrollo de la aptitud clínica es un camino interminable que sus principios éticos resulta más que falaz. ⁽⁹⁾

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las infecciones de vías respiratorias agudas son la primera causa de morbilidad en México siendo uno de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención, los niños son especialmente susceptibles a las infecciones de vías respiratorias agudas, debido a la falta de desarrollo de la inmunidad ante la mayor parte de virus causantes, al menor desarrollo de prácticas de higiene personal y a la mayor exposición a los agentes etiológicos.

El impacto de esta enfermedad de vías respiratorias sobre la salud pública es incalculable tanto en el número de consultas de primera vez y subsecuentes, como, por las complicaciones que generan sufrimiento al paciente y a la familia y crisis paranormativas así como gastos a los sistemas de salud.

El manejo de las infecciones de vías respiratorias depende de una serie de factores, entre los cuales resalta el nivel de aptitud clínica que posean los médicos del primer nivel de atención, para prevenir, diagnosticar y manejar las infecciones respiratorias agudas, así como para identificar oportunamente las complicaciones y limitar la mortalidad.

Situación que no se logra, derivado de que no se identifican oportunamente las complicaciones, se abusa en la prescripción de antibióticos, falta actualización lo que genera toma de decisiones poco oportunas, poco útiles para el padecimiento al momento de la atención.

Por lo que es necesario conocer la aptitud clínica del médico en el primer nivel de atención con el fin de detectar las necesidades de capacitación y establecer estrategias educativas para desarrollar una aptitud clínica avanzada y muy avanzada.

Por lo que surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de aptitud clínica del médico de primer nivel de atención para el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas, en la UMF 248 del IMSS, San Mateo Atenco Estado de México, en el mes de Noviembre de 2011?

2.1 JUSTIFICACIÓN

El total de casos con IRAS que se presentan de anualmente, cerca de 27 millones, un tercio de esta enfermedad afecta a la población menor de 6 años y en los lactantes menores de un año se duplica su incidencia y constituyen el principal motivo de consulta en el primer nivel de atención.

En el niño las infecciones de vías respiratorias se presentan con mayor frecuencia en los primeros años de vida y puede ocurrir entre 4 y 6 episodios al año, debido a los factores de tipo anatómico; así como los mecanismos de defensa. Dentro de los factores de riesgo que predisponen o favorecen las infecciones respiratorias agudas son: edad, bajo peso al nacer, desnutrición, déficit neurológico, hacinamiento, contaminación ambiental, humo del cigarro o tabaco y permanencia de alguna enfermedad de base.

La baja aptitud clínica repercute en un manejo inadecuado de las IRAS, con el uso excesivo de antimicrobianos no justificados y por consiguiente dando como resultado resistencia de los mismos.

La aptitud clínica del médico familiar, es de suma importancia para detectar y tratar oportunamente las infecciones de vías respiratorias agudas en el paciente pediátrico como son el resfriado común, faringoamigdalitis, otitis, bronquitis, neumonía y así mejorar la calidad de atención hacia el paciente.

Por lo que es importante evaluar la aptitud clínica del médico del primer nivel de atención en el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas a través de instrumentos de evaluación realizados, con casos clínicos reales problematizados, ya que estos permiten mejorar la atención de sus pacientes al perfeccionar la toma de decisiones apropiadas, adecuadas y útiles para brindar una atención con enfoque de riesgo y limitar el daño.

Para continuar con la línea de investigación educativa en la Delegación Estado de México Poniente, se aplicó el instrumento de medición para evaluar la aptitud clínica del médico familiar en el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas; elaborado y validado por la Dra. María Teresa Hurtado Hernández.

2.2 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la Aptitud Clínica del Médico de primer nivel de atención para el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas, en la UMF 248 del IMSS, San Mateo Atenco Estado de México, en el mes de Noviembre de 2011.

2.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la Aptitud Clínica de los Médicos de primer nivel de atención, adscritos a la UMF 248, según su formación.
2. Identificar el nivel de Aptitud Clínica de los Médicos de primer nivel de atención adscritos a la UMF 248, de acuerdo a su antigüedad laboral.
3. Identificar el nivel de Aptitud Clínica de los Médicos de primer nivel de atención adscritos a la UMF 248, según tipo de contratación.
4. Establecer el nivel de Aptitud Clínica de los médicos de primer nivel de atención adscritos a la UMF 248, según el género.

2.3 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Encuesta Descriptiva, tipo educativo.

2.4 TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, Prospectivo, Transversal y Descriptivo.

2.5 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Todos los Médicos de primer nivel de atención, ambos turnos, servicio de urgencias, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 248, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de San Mateo Atenco, Estado de México de en el mes de Noviembre de 2011.

2.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

No aplica muestra porque se trabajó con el universo de los médicos adscritos a la UMF 248.

2.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

2.7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Médicos de Primer Nivel de Atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 248.

2.7.2 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

1. Médicos que se encuentren de vacaciones, incapacidad o falta al momento de aplicar el instrumento de evaluación. O bien que no acepten participar.

2.7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Instrumentos de evaluación que no se terminen de contestar.

2.8 VARIABLES A ESTUDIAR:

2.8.1 VARIABLE DE ESTUDIO.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
APTITUD CLÍNICA	Es la capacidad del Médico para identificar situaciones clínicas, problemáticas, de la experiencia clínica y complejidad variable en la que se pone en juego su propio criterio con la habilidad para reconocer factores de riesgo, realizar diagnóstico asertivo y proporcionar tratamiento oportuno.	Calificación obtenida en el instrumento de Aptitud Clínica en IRAS validado en población de médicos en Toluca.	Cualitativa	Ordinal	Muy avanzada 201-240
					Avanzada 158-200
					Intermedia 117-157
					Incipiente 74-116
					Muy incipiente 31-73
					Explicable al azar 30

2.8.2 VARIABLES DEL GRUPO DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
FORMACIÓN MEDICA	Desarrollo profesional, de acuerdo a la formación universitaria.	Grado académico de los Médicos del primer nivel de atención.	Cualitativa	Ordinal	Licenciatura Médico General Médico especialista en Medicina Familiar Médico con otra especialidad
ANTIGÜEDAD LABORAL	Tiempo que el médico a prestado sus servicios a la institución.	Estratificar los años laborados por quinquenios Antigüedad laboral en el puesto.	Cuantitativa	De razón	0 a 4 años 5 a 9 años 10 a 14 años 15 a 19 años 20 a 24 años Más de 25 años
TIPO CONTRATACIÓN	Formalizar el apego a la ley la relación de trabajo para garantizar los derechos, tanto del trabajador como el de la empresa.	Situación laboral que ocupan los médicos, en forma definitiva un puesto ó Contratados en forma temporal.	Cualitativa	Nominal	Base Sustitución
GÉNERO	Conjunto de características fenotípicas de los médicos.	Clasificar de acuerdo al género de los Médicos de primer nivel de atención.	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

DESARROLLO METODOLÓGICO.

Se evaluó la Aptitud Clínica en el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas, en los Médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 248 del Instituto Mexicano de Seguro Social, San Mateo Atenco, Estado de México en el mes de Noviembre de 2011.

El instrumento de medición de Aptitud Clínica que se utilizó, fue Construido y Validado en el año 2009, por la Médica Especialista en Medicina Familiar María Teresa Hernández Hurtado, elaborado en población mexicana, con Médicos de primer nivel de atención que comparten las mismas características de la población en estudio. A quien se solicitó autorización para su aprobación.

Se procedió a informar a los Médicos de primer nivel de atención, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 248, sobre el objetivo del estudio, así como de la importancia de su participación y confidencialidad de los resultados de la investigación, solicitando su autorización con la firma del consentimiento informado.

El cuestionario se aplicó en ambos turnos en el Departamento de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar Número 248, en los horarios correspondientes a la sesión clínica, el mismo día y en una sola exposición, los médicos del turno matutino y vespertino de 13: 00 a 15: 00 hrs de tal manera que no haya intercambio de información en cuanto a las preguntas o respuestas del instrumento, tratando de homogeneizar las condiciones de la aplicación del instrumento para evitar sesgos.

Llegado el día y la hora de la aplicación se explicó brevemente la manera de contestar el instrumento además de estar escritas las instrucciones al inicio del mismo, esto con la finalidad de evitar confusiones y evitar dudas respecto a la evaluación.

El instrumento de evaluación se responde con las instrucciones siguientes: enunciados con una "F" si se considera la respuesta falsa, con "V" si es verdadero y "NS" cuando no se sabe la respuesta.

Al término de la aplicación se solicitaron los instrumentos así como la hoja de respuestas para realizar el análisis estadístico del estudio.

Cada ítem se calificó como correcto ó incorrecto; para obtener el puntaje total; se hace de la siguiente manera a cada respuesta correcta se le asigna un punto y se suman; una respuesta no sé, ni suma, ni resta.; y las incorrectas restan un punto.

La aptitud clínica se determinó en base al puntaje obtenido de acuerdo a la siguiente clasificación.

Muy avanzada	201 – 240
Avanzada	158 – 200
Intermedia	117 – 157
Incipiente	74 – 116
Muy incipiente	31 – 73
Explicables al azar	30

Una vez obtenida la información, fue necesario ordenar, clasificar y agrupar los resultados de Aptitud Clínica en cada medición en función a los criterios pertinentes: formación médica, antigüedad laboral, tipo de contratación y género.

La información obtenida, se procesó a través de la base de datos con el programa de base Excel y posteriormente procesamiento estadístico por medio del paquete SPSS 15/PC.

Los resultados se presentan por medio de gráficas, respetando la confidencialidad de los participantes, comentándose dichos resultados con el Director de la Unidad y con la Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en salud, con la finalidad de buscar Estrategias Educativas propicias para desarrollar la Aptitud Clínica en los Médicos adscritos a la unidad, para beneficio y bienestar de los derechohabientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

El análisis estadístico fue por medio de medidas de tendencia central para series simple, tales como la media y moda. Las frecuencias se expresaron por medio de números absolutos y relativos. Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias y porcentajes y las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central. Concentrándose la recopilación de datos mediante el procesamiento estadístico por medio del paquete SPSS 15 PC.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se solicitó por escrito a la autora del instrumento, Dra. María Teresa Hernández Hurtado Médico Especialista en Medicina Familiar, la autorización para la aplicación del instrumento de evaluación de aptitud clínica en Médicos familiares.

Se implicó en este trabajo, la confidencialidad y la reserva de los nombres de los médicos participantes en la investigación biomédica, contempladas en:

1. La declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea médica mundial Helsinki, Finlandia en Junio 1964;(44) en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (45) y según modificaciones establecidas en:
 - α) 29ª Asamblea médica mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975
 - β) 35ª Asamblea médica mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
 - χ) 41ª Asamblea médica mundial, Hong Kong, Septiembre 1989
 - δ) 48ª Asamblea general, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
 - ε) 52ª Asamblea general, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. (46)
 - Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002
 - Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

2.- El acuerdo que al respecto emitió la Secretaria de Salud publicado en el diario oficial de la federación el martes 6 de enero de 1982, páginas 16 y 17 y a las normas institucionales establecidas.

Las implicaciones éticas del presente trabajo de investigación es la confidencial de los resultados para preservar el prestigio de los médicos de primer nivel de atención. Los resultados serán estrictamente para el logro del objetivo; con respeto y confidencialidad de los datos personales del Médico, para desarrollar estrategias educativas para mejorar la aptitud clínica.

Se indicó que si alguno de los médicos participantes, desea conocer los resultados del estudio, se le daría a conocer en forma confidencial. Posteriormente se dieron a conocer los resultados a los médicos que lo solicitaron. Se difundieron los resultados al personal directivo y a los médicos en la sesión clínica; impartándose 2 sesiones académicas para actualizar a los médicos en el manejo de IRAS.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE APTITUD CLÍNICA.

El instrumento de medición de “Aptitud Clínica del Médico Familiar en el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias aguda” que se va a utilizar, fue elaborado en el año 2009, por el Médico Especialista en Medicina Familiar María Teresa Hernández Hurtado, quien construyó y validó dicho instrumento en población mexicana, con médicos del primer nivel de atención que comparten las características de la población en estudio.

Los indicadores de aptitud clínica son:

- 1.- Reconocimiento de factores de riesgo.
- 2.- Reconocimiento de indicios clínicos.
- 3.- Selección de pruebas diagnósticas.
- 4.- Integración diagnóstica.
- 5.- Uso de recursos terapéuticos.
- 6.- Medidas de seguimiento y preventivas.

Dicho instrumento, está construido con cinco casos clínicos reales problematizados de las siguientes patologías: Resfriado común, Sinusitis Aguda, Otitis, Neumonía y Bronquitis aguda con Indicadores de Aptitud Clínica, en primer lugar factores de riesgo en segundo uso de recursos terapéuticos y en tercer lugar el reconocimiento de indicios clínicos, seguidos por selección de pruebas diagnósticas integración diagnóstica y medidas preventivas con mismo porcentaje y finalmente: interpretación de pruebas diagnósticas. Situación que fortalece un enfoque preventivo del instrumento que está dirigido a médicos familiares, por que denota la búsqueda encaminada a la identificación de los factores de riesgo, para las patologías o complicaciones de las mismas. En cuanto al uso de recursos terapéuticos, el médico familiar debe conocer qué otorgar como terapéutica farmacológica o no farmacológica al paciente pediátrico en el primer nivel en caso de presentar una complicación de las vías respiratorias agudas.

La validación del instrumento fue mediante la técnica de Delphos, aplicando el instrumento a grupo de expertos, tomando en consideración su experiencia y el manejo de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas, siendo aplicado a 1 Médico especialista en Pediatría , 3 Médicos especialistas en Medicina Familiar y 1 Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.

Dicho instrumento, obtuvo una consistencia interna de 0.98; con la prueba Kuder de Richardson se obtuvo un resultado de 0.83 de confiabilidad. En lo que respecta a las calificaciones explicables al azar en instrumentos con el número similar de enunciados calificables, alcanzó 30.4. Ambas situaciones fortalecen al presente instrumento en cuanto a confiabilidad fue de 0.94 y en los rangos de aptitud clínica. El 50 % son Verdaderas y el 50% falsas, siendo consideradas correctas.

El instrumento en un 12.1% del total de los enunciados, incluye aspectos a identificar sobre el abordaje de la familia, quedando como sigue: Identificación de factores de riesgo: 75%, en usos de recursos terapéuticos: 33% y en selección de pruebas diagnósticas: 23%.

Cada indicador cuenta con una palabra clave, las cuáles son: factores de riesgo, a favor, característico, compatible, útil, apropiado y oportuno.

El instrumento de evaluación se responde a sus enunciados con una “F” si se considera la respuesta falsa, con “V” si es verdadero y “NS” cuando no se sabe la respuesta.

La aptitud clínica en base al instrumento de evaluación se califico de la siguiente manera: correcta ó incorrecta, una pregunta incorrecta resta un punto, una pregunta correcta suma un punto y una respuesta no sé, ni suma, ni resta. De tal manera que el resultado de la calificación de la aptitud clínica, se da en base a la suma de los aciertos, se le restan las respuestas incorrectas, dándonos el resultado.

Los resultados se clasifican según la escala de Aptitud Clínica:

APTITUD CLÍNICA	PUNTUACIÓN
Muy avanzada	201-240
Avanzada	158-200
Intermedia	117-157
Incipiente	74-116
Muy incipiente	31-73
Puntuaciones explicables al azar	30

3. RESULTADOS

El Instrumento de evaluación de Aptitud Clínica en el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas, lo contestaron 24 médicos: 15 médicos (62.5% mujeres) y 9 (37.5% hombres).

De acuerdo al resultado el nivel de Aptitud Clínica se presento de la siguiente manera: 1 (4.16 %) médico obtuvo una Aptitud Clínica Avanzada, 22 (91.6%) médicos resultaron con una Aptitud Clínica Intermedia y 1 (4.16%) médico con una Aptitud Clínica Incipiente, ninguno alcanzo Aptitud Clínica Muy Avanzada, ni Explicable al azar. (Cuadro 1)

DISTRIBUCIÓN GLOBAL DE APTITUD CLÍNICA EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS.

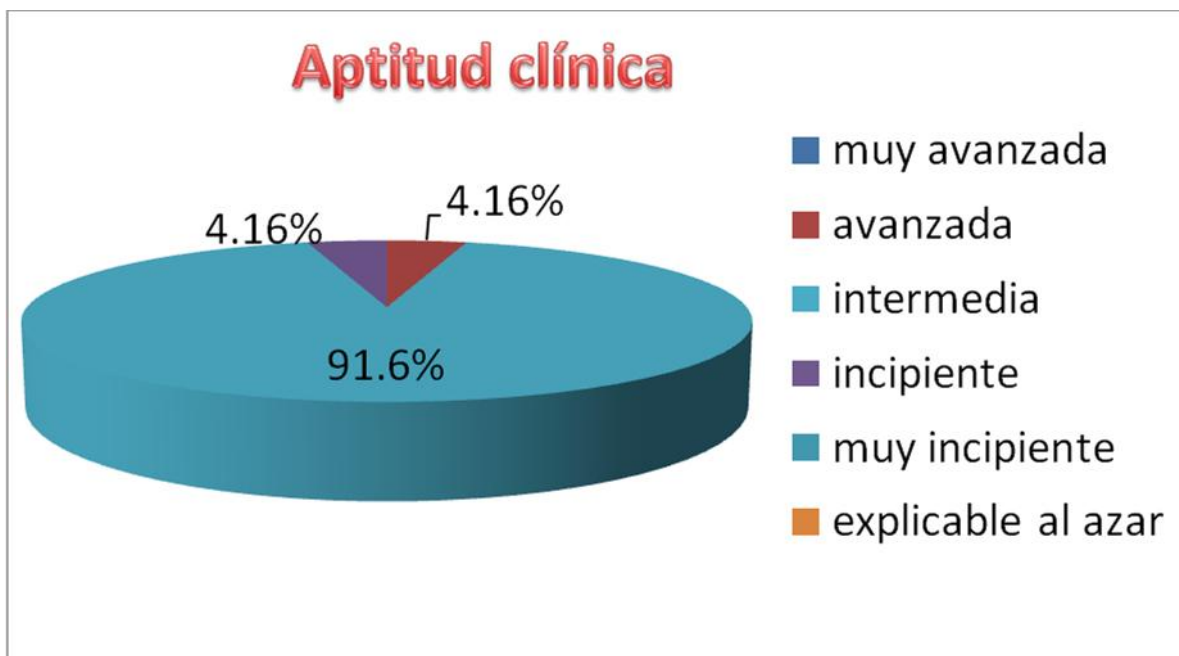
Cuadro 1. Estratificación del Nivel de Aptitud Clínica de los Médicos en primer Nivel de Atención, adscritos a la U.M.F. No. 248 en Noviembre de 2011.

APTITUD CLÍNICA	NÚMERO	PORCENTAJE
MUY AVANZADA	0	0
AVANZADA	1	4.16 %
INTERMEDIA	22	91.6 %
INCIPIENTE	1	4.16 %
MUY INCIPIENTE	0	0%
EXPLICABLE AL AZAR	0	0%
TOTAL	24	100%

Fuente: Instrumento de medición de Aptitud Clínica en el manejo integral de infección de vías respiratorias agudas.

GRÁFICA 1. APTITUD CLÍNICA GLOBAL.

Gráfica 1. Estratificación del Nivel de Aptitud Clínica de los Médicos en primer Nivel de Atención, adscritos a la U.M.F. No. 248 en Noviembre de 2011.



Fuente: Cuadro 1, Aptitud Clínica Global en el manejo integral de infección de vías respiratorias en la UMF 248.

En cuanto al nivel de Aptitud Clínica de acuerdo al sexo, se encontró que de 15 médicas; 14 (58.3%) tienen Aptitud Clínica Intermedia, 1 (4.16%) Aptitud Clínica Incipiente; mientras que el personal médico del sexo masculino: 8 (33.3%) tuvieron Aptitud Clínica Intermedia, 1 médico (4.16%) resulto una Aptitud Clínica Avanzada. (Cuadro 2).

APTITUD CLÍNICA DE ACUERDO A GÉNERO DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Cuadro 2. Distribución de los médicos participantes en el estudio de Aptitud Clínica en el manejo integral de infección de vías respiratorias agudas en la UMF 248 del IMSS, en Noviembre de 2011, de acuerdo a Género.

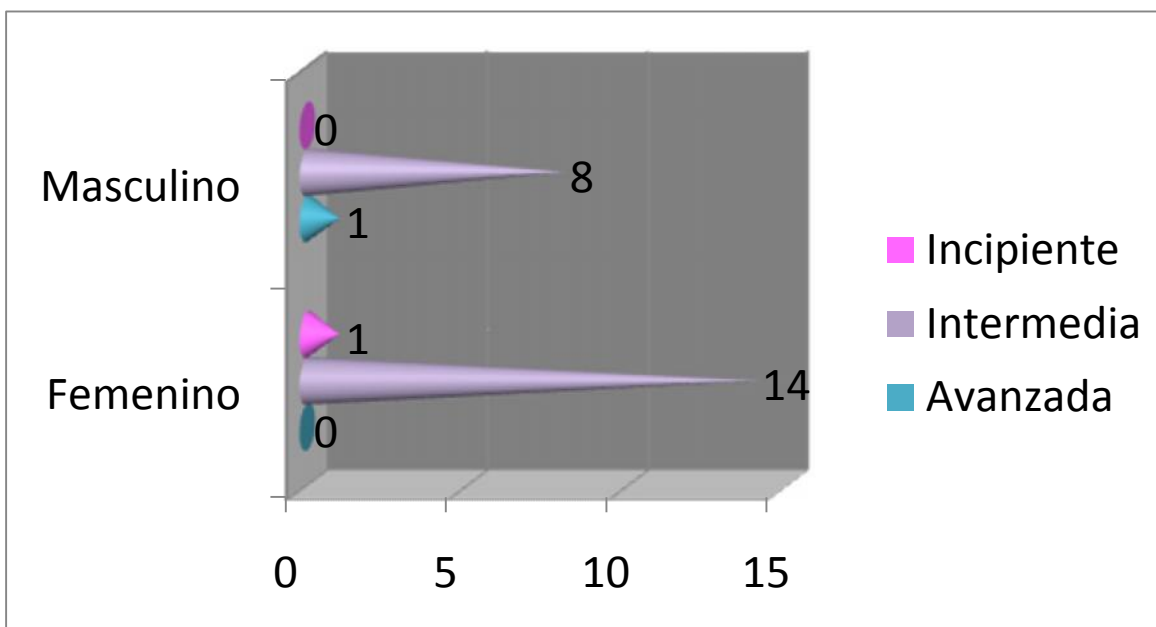
APTITUD CLÍNICA	SEXO FEMENINO		SEXO MASCULINO		TOTALES	
	n.	%	n.	%	n.	%
AVANZADA	0	0	1	4.16	1	4.16
INTERMEDIA	14	58.3	8	33.3	22	91.6
INCIPIENTE	1	4.16	0	0	1	4.16
TOTAL	15	62.4%	09	37.4%	24	100%

Fuente: Instrumento de medición de Aptitud Clínica en el manejo integral de infección de vías respiratorias agudas.

GRÁFICA 2. APTITUD CLÍNICA DE ACUERDO AL GÉNERO.

Gráfica 2. Resultados de acuerdo a Aptitud Clínica y Género.

Aptitud clínica de acuerdo al género



Fuente: Cuadro 2. Instrumento de medición de Aptitud Clínica en el manejo integral de vías respiratorias agudas.

En relación de número de médicos participantes de acuerdo a su formación académica: 6 (25%) tienen especialidad en Medicina Familiar, 17 (70.8%) son Médicos Generales y 1 (4.1%) con otra Especialidad.

La Aptitud Clínica en base a la Formación Académica, se encontraron de la siguiente manera: de los 17 Médicos Generales: 16 (94.1%) alcanzaron Aptitud Clínica Intermedia, y 1 (5.8%) Incipiente.

De los 6 Médicos con Especialidad en Medicina Familiar: 1 (16.6%) alcanzaron Aptitud clínica Avanzada y 5 (83.3%) Aptitud Clínica Intermedia.

Un Médico que tiene otra Especialidad (100%) y alcanzo una Aptitud clínica Intermedia. (Cuadro 3).

APTITUD CLÍNICA SEGÚN SU FORMACIÓN ACADÉMICA.

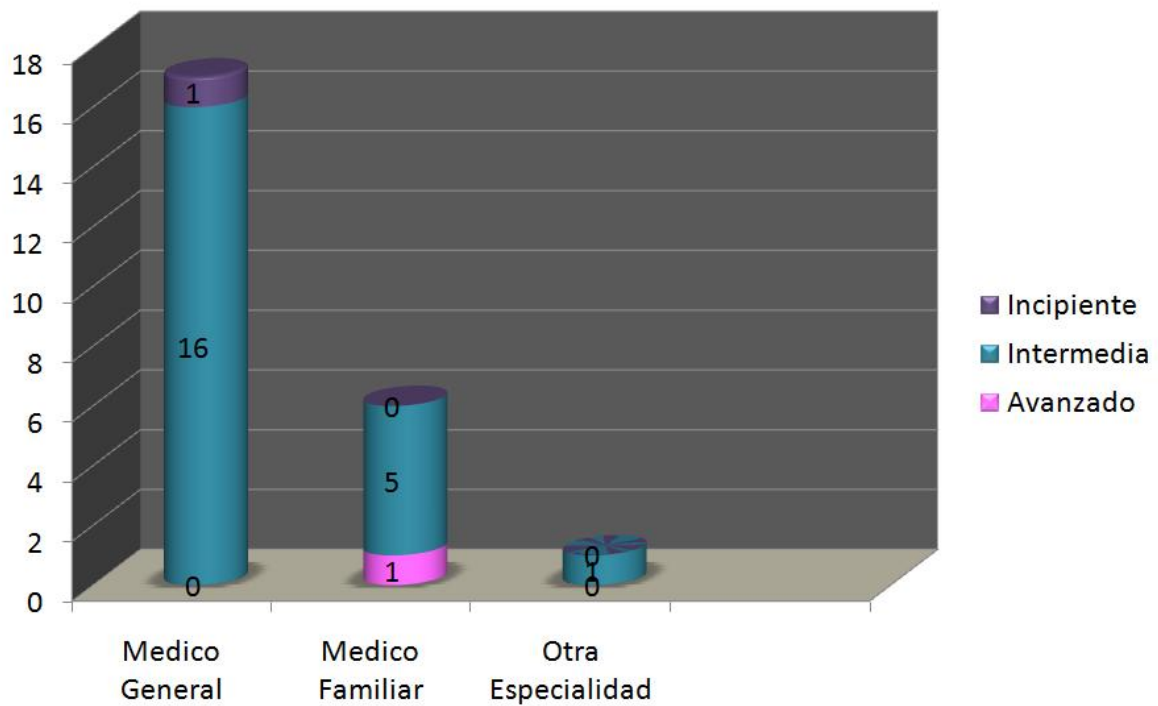
Cuadro 3. Relación del nivel de Aptitud Clínica según Formación Académica de los médicos del primer nivel de atención adscritos a la U.M.F. No. 248, en Noviembre de 2011.

APTITUD CLÍNICA	FORMACIÓN ACADÉMICA						TOTAL	
	MÉDICO GENERAL		MÉDICO FAMILIAR		OTRA ESPECIALIDAD			
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Avanzado	0	0	1	16.6	0	0	1	4.1
Intermedia	16	94.1	5	83.3	1	100	22	91.6
Incipiente	1	5.8	0	0	0	0	1	4.1
TOTAL	17	100	06	100	1	100	24	100

Fuente: Instrumento de evaluación de Aptitud Clínica en el manejo integral de infección de vías respiratorias agudas.

GRAFICA 3. RELACIÓN DE NÚMERO DE PARTICIPANTES DE ACUERDO A LA FORMACIÓN ACADÉMICA.

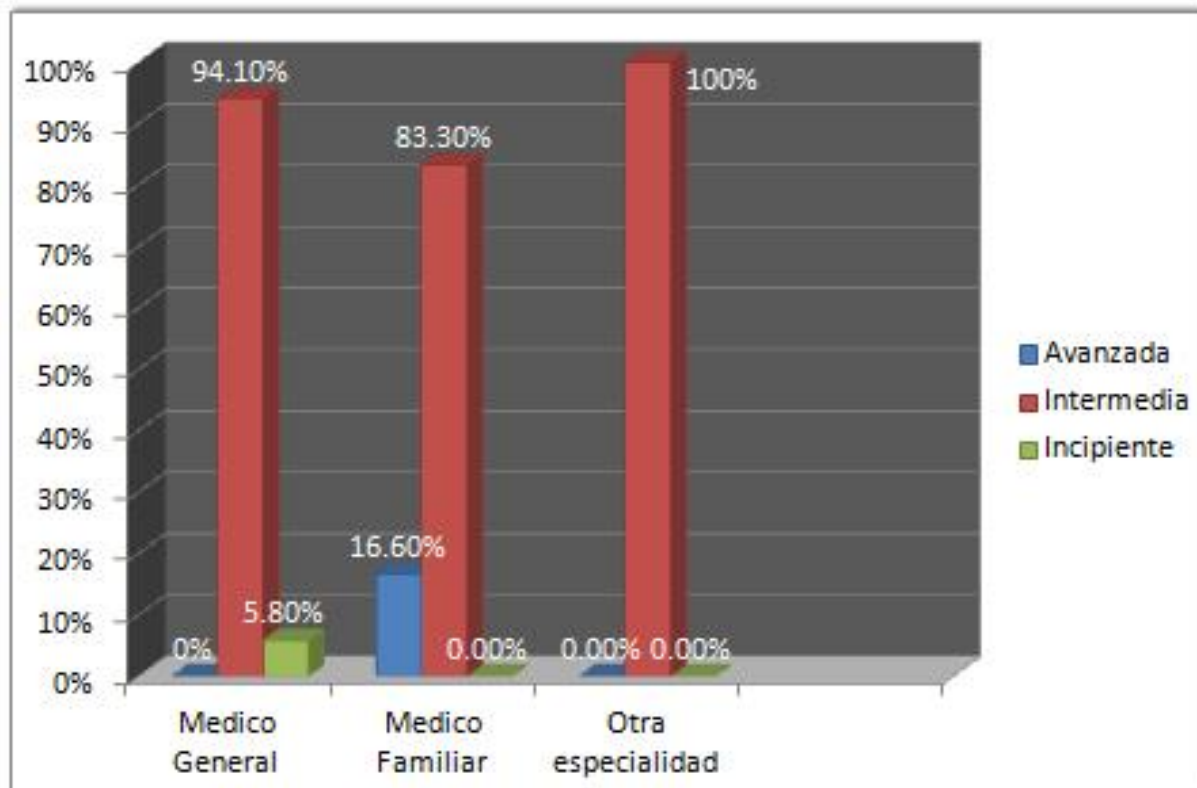
Gráfica 3. Relación de número de médicos participantes en el estudio, de acuerdo a su formación académica.



Fuente: Cuadro 3, Relación de número de médicos participantes de acuerdo a formación académica.

GRÁFICA 4. APTITUD CLÍNICA DE ACUERDO A SU FORMACIÓN ACADÉMICA.

Cuadro 4. Relación del nivel de Aptitud Clínica según Formación Académica de los médicos del primer nivel en el manejo integral de vías respiratorias agudas adscritos a la U.M.F. No. 248, en Noviembre de 2011.



Fuente: Cuadro 3. Relación de Aptitud Clínica y Nivel académico.

Con base a su Antigüedad Laboral: 16 (66.6%) Médicos, tienen de 0 a 4 años, 2 (8.3%) Médicos de 5 a 9 años, 2 (8.2%) Médicos de 10 a 14 años, 0 (0%) Médicos, de 15 a 19 años, 4 (16.6%) Médicos de 20 a 24 años y 0(0%) Médicos de 25 y más años de antigüedad.

Al relacionar el nivel de Aptitud Clínica con su antigüedad, se encontró de la siguiente manera: En el primeros cuatro años: 15 médicos (62.5%), con Aptitud Clínica Intermedia; 1 (4.16%) con Aptitud Clínica Incipiente.

De 5 a 9 años de antigüedad 2 (8.33%), con Aptitud Clínica Intermedia, no se encontró ninguno en avanzado e incipiente.

De 10 a 14 años: 2 (8.33%) con Aptitud Clínica Intermedia y no se encontró ninguno en avanzado e Incipiente.

De 15 a 19 años de antigüedad; no hubo médicos en este rubro.

De 20 a 24 años de antigüedad: 1 (4.16%) con medición de Aptitud Clínica Avanzada, 3 (12.5%) médicos con Aptitud Clínica Intermedia, no se encontró con Aptitud Clínica Incipiente.

De 25 y más: No hubo médicos en este apartado. (Cuadro 4).

APTITUD CLÍNICA DE ACUERDO A ANTIGÜEDAD LABORAL.

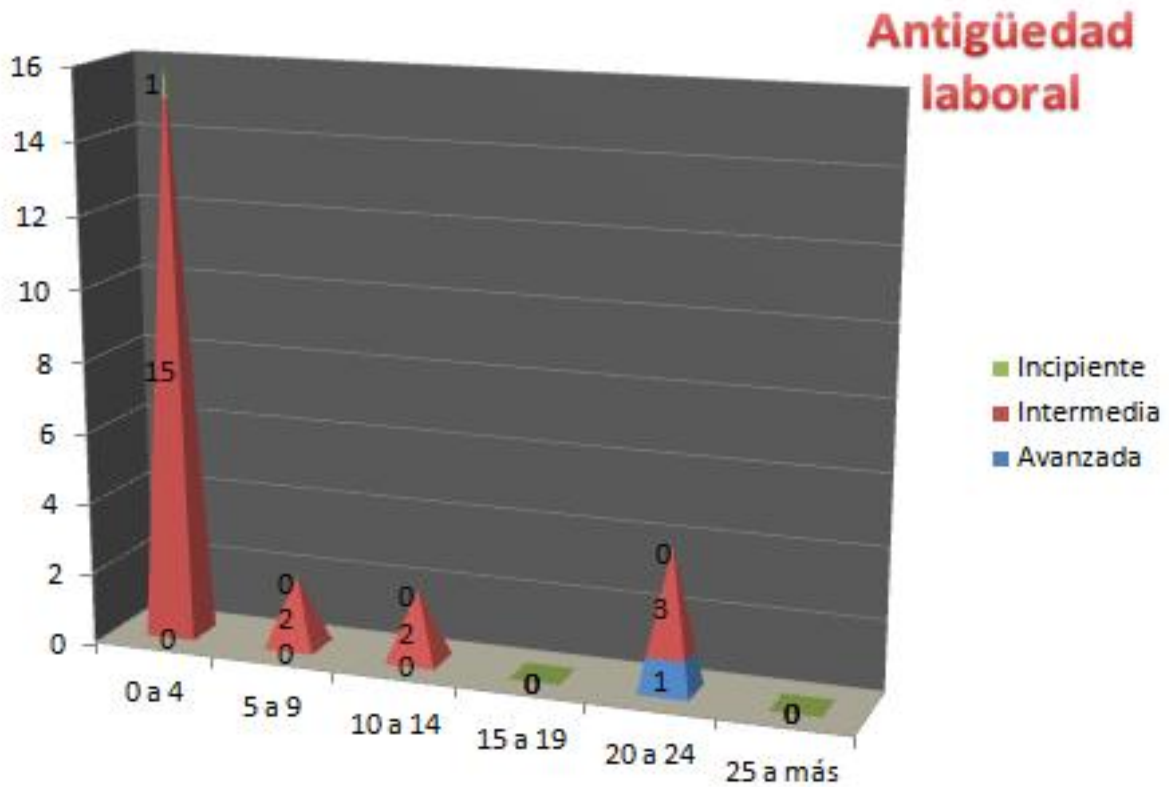
Cuadro 4. Distribución de los médicos participantes en el estudio de Aptitud Clínica en el manejo integral de infección de vías respiratorias agudas en la UMF 248 del IMSS, en Noviembre de 2011, de acuerdo a su Antigüedad Laboral.

ANTIGÜEDAD LABORAL	APTITUD CLÍNICA						TOTAL	
	AVANZADA		INTERMEDIA		INCIPIENTE		n.	%
	n.	%	n.	%	n.	%		
0 a 4	0	0	15	62.5	1	4.16	16	66.6
5 a 9	0	0	2	8.3	0	0	2	8.3
10 a 14	0	0	2	8.3	0	0	2	8.3
15 a 19	0	0	0	0	0	0	0	0
20 a 24	1	4.16	3	12.5	0	0	4	16.6
25 a más	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	4.16	22	91.6	1	4.16	24	100

Fuente: Instrumento de medición de manejo integral de infección de vías respiratorias agudas.

GRÁFICA 5. APTITUD CLÍNICA SEGÚN ANTIGÜEDAD LABORAL.

Gráfica 5. Distribución de los médicos participantes en el estudio de Aptitud Clínica en el manejo integral de infección de vías respiratorias agudas en la UMF 248, de acuerdo a su Antigüedad Laboral.



Fuente: Cuadro 4. Relación de Aptitud clínica en el manejo integral de vías respiratorias agudas con antigüedad laboral.

En relación a su tipo de contratación: 11 (45.8%) son trabajadores de base y 13 (54.1%) son Médicos de sustitución.

GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN DE MEDICOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO SEGÚN EL TIPO DE CONTRATACIÓN.

Gráfica 6. Distribución de médicos participantes en el estudio, según tipo de Contratación.



Fuente: Cuadro 5. Médicos participantes en el estudio, según tipo de contratación

Con respecto al nivel de Aptitud Clínica alcanzado según su tipo de contratación, quedó de la siguiente manera: 1 (9%) Médico de base se obtuvo un nivel de Aptitud Clínica Avanzada, en 10 (90.9%) médicos con una Aptitud Clínica Intermedia; no se encontró en incipiente.

De los médicos de Sustitución 12 (92.3%) médicos con una Aptitud Clínica Intermedia, 1 (7.6%) médico con una Aptitud Clínica Incipiente. No se encontró en avanzado. (Cuadro 5)

APTITUD CLÍNICA DE ACUERDO A TIPO DE CONTRATACIÓN.

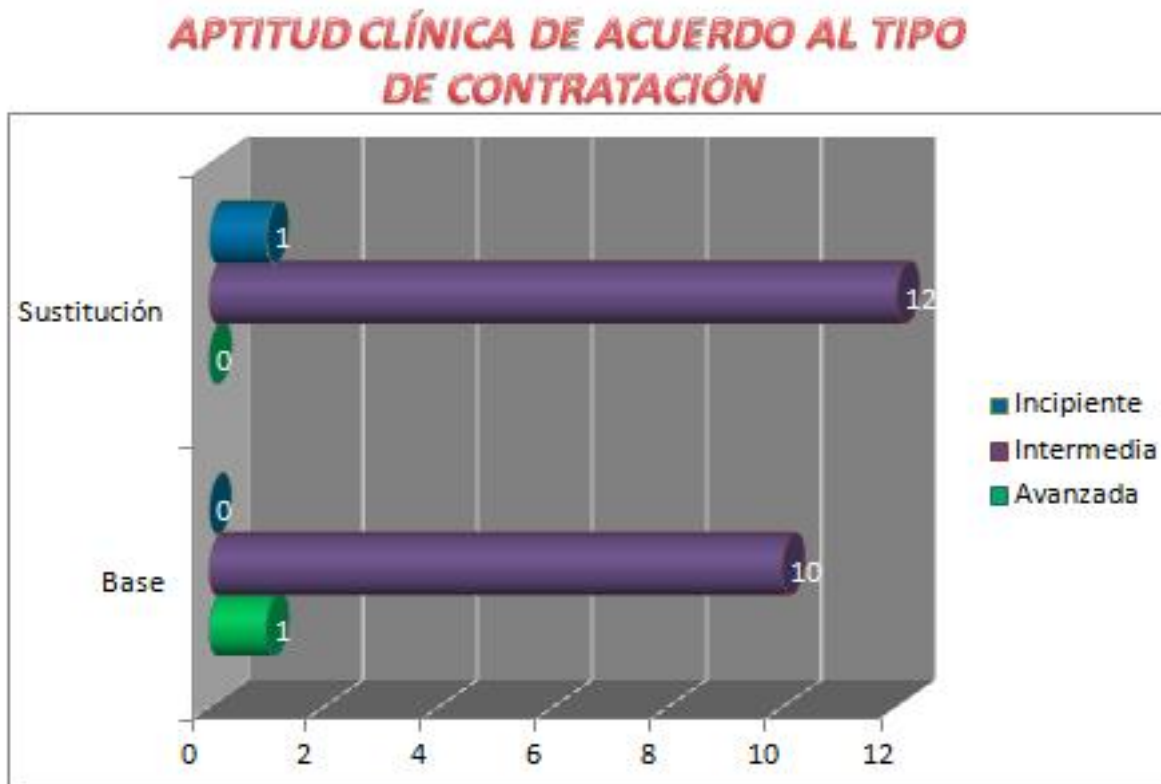
Cuadro 5. Distribución de los médicos que participaron en el estudio de Aptitud Clínica en el manejo integral de infección de vías respiratorias agudas en la UMF 248 del IMSS, en Noviembre de 2011, en base a su tipo de Contratación.

APTITUD CLÍNICA	TIPO DE CONTRATACIÓN				TOTAL	
	BASE		SUSTITUCIÓN			
	n.	%	n.	%	n.	%
Avanzada	1	9	0	0	1	4.16
Intermedia	10	90.9	12	92.3	22	91.6
Incipiente	0	0	1	7.6	1	4.16
TOTAL	11	100%	13	100%	24	100

Fuente: Instrumento de medición del manejo integral de infección de vías respiratorias agudas

GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA APTITUD CLÍNICA DE ACUERDO AL TIPO DE CONTRATACIÓN.

Gráfica 7. Distribución de médicos participantes por número de acuerdo a tipo de contratación y aptitud clínica en el manejo integral de vías respiratorias agudas vigilancia en la UMF 248, Noviembre 2011.



Fuente: Cuadro 5, Relación de manejo integral de vías respiratorias agudas y tipo de Contratación

El rango del porcentaje de la aptitud clínica alcanzada por los médicos fue 115-160. La media, mediana y moda coincidieron en 140 ya que los resultados se consignaron en una aptitud clínica intermedia. Con una desviación estándar de 3.67.

4. DISCUSIÓN

Un adecuado manejo de las infecciones de vías respiratorias agudas depende en gran medida de la aptitud clínica del médico, por lo que tiene gran importancia la identificación y vigilancia de la misma en el médico de primer nivel de atención.

Dado que la aptitud clínica es una actividad compleja que comprende un conjunto de atributos multidimensionales, la aplicación de instrumentos de evaluación, basados en casos clínicos problematizados representa la oportunidad de identificar la aptitud clínica del médico del primer nivel de atención, así mismo constituye un sistema de evaluación eficiente que permite elevar la calidad de atención en el manejo integral de vías respiratorias agudas.

La aptitud clínica sobre el manejo integral de las vías respiratorias agudas alcanzada por los médicos en la presente investigación fue intermedia en el 91.6%, semejante a los resultados reportados en la literatura donde la aptitud clínica predominante es la intermedia y oscila entre 50-55%.

Sin embargo en este estudio la aptitud clínica intermedia resulto mayor a la reportada; comparando los resultados con la aptitud clínica del médico familiar en Infección de vías respiratorias en menores de 5 años realizada en la UMF No 1 de Sonora en el 2005, quienes reportan aptitud clínica media en el 53%, avanzada en 21% y baja en el 25%.

En relación a la Aptitud Clínica avanzada en Sonora obtuvieron un mayor porcentaje 21% contra 4.16% obtenida en el presente estudio en un médico especialista en medicina familiar con 24 años de antigüedad, quien se responsabiliza de mantenerse actualizado respecto a los avances en el abordaje de las infecciones de las vías respiratorias agudas. La diferencia probablemente se deba a que su muestra estuvo conformada exclusivamente por especialistas en medicina familiar.

En relación a la aptitud clínica baja o incipiente dicho estudio reporto el 25%, en contraste con el 4.16% obtenido en el presente estudio, el cual correspondió a un médico general egresada hace 5 años y 3 años de antigüedad laboral.

Las diferencias encontradas se deben probablemente a que las actividades de educación médica continua en la UMF 248 se desarrollan con la estrategia promotora de la participación, ya que como lo describen diversos estudios de investigación educativa, las estrategias educativas que arrojan mejores resultados son aquellas donde se promueve la participación activa del médico, y se propicia la discusión de casos clínicos reales problematizados; ya que se requiere hacer una reflexión crítica y emitir argumentos sólidos, elaborados a través de contrastar la experiencia previa con las fuentes bibliográficas consultadas

5. CONCLUSIONES.

1. La Aptitud Clínica del manejo integral de infección de vías respiratorias agudas del médico del primer nivel de atención se encontró con una Aptitud clínica intermedia con un 91.6 %, una Aptitud Clínica Avanzada en 4.16% e Aptitud Clínica Incipiente con 4.16 %.
2. En el presente estudio no se encontró ningún médico con Aptitud Clínica Muy Avanzada, Muy Incipiente ni Explicable al azar.
3. En ambos géneros la aptitud clínica predominante fue la intermedia, sin embargo el sexo femenino tuvo un porcentaje mayor (58.3%) a diferencia del sexo masculino que obtuvo un porcentaje de 33.3%.
4. Los Médicos Especialistas en Medicina Familiar mostraron una aptitud clínica avanzada en un sólo médico con un reporte de 4.16 %. En contraste con los médicos generales quienes no hubo ninguno.
5. Predominio la Aptitud Clínica Intermedia de manera global (91.6%) los especialistas en medicina familiar obtuvieron 83.3% y los médicos generales el 94.1%; sin embargo los especialistas en medicina familiar tuvieron un porcentaje acumulado de intermedia y avanzada de 99.9 % y los médicos generales 94.4%.
6. Existió diferencia en la Aptitud Clínica obtenida en relación con la antigüedad ya que el mayor porcentaje 62.5%, correspondió a la antigüedad de 0 a 4 años con una Aptitud Clínica intermedia.
7. Tanto los médicos de base como los de sustitución tuvieron una Aptitud Clínica Intermedia con porcentajes de 90.9% y 92.3% respectivamente.
8. Como conclusión resulta la importancia de contar con la especialidad de medicina familiar incrementando una serie de conocimientos y llevarlos a la práctica clínica diaria; mejorando el proceso de atención de los menores en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas.
9. Se logro alcanzar los objetivos planteados: así mismo respondiéndose la pregunta de investigación que nos muestra que los médicos adscritos a la UMF 248 refieren una aptitud clínica intermedia en la atención de los pacientes con infección de vías respiratorias altas y bajas, sin embargo es necesario incrementar la educación continua para poder elevar esta aptitud.

6. SUGERENCIAS.

1. Evaluar la aptitud clínica del médico familiar de manera periódica basada en la resolución de casos clínicos problematizados.
2. Identificar a los médicos con aptitud clínica avanzada para que funjan como líderes ante su grupo.
3. Una vez identificados las necesidades académicas de la unidad, elaborar programas de actualización y capacitación continua enfocada a las mismas.
4. Sugiero que los médicos familiares realicen una práctica clínica reflexiva, basada en evidencias, a través de la autocrítica mejorando la calidad de la atención médica.
5. Estimular a los médicos generales a continuar su profesionalización cursando la especialidad en medicina familiar.
6. Que la evaluación de la aptitud clínica se supervise de manera cotidiana por el jefe del departamento clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Normas Oficiales en Salud. Norma Oficial Mexicana.NOM-031.SSA-1999 para la atención del niño sano
2. Flores Hernández S. Trejo y Pérez JA, Reyes Morales H, Pérez Cuevas R. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas, Rev Med IMSS, 2003; 41
3. González Saldaña N. et al, Infectología Clínica Pediátrica, editorial Trillas México. Sexta edición Enero 1997 69-133
4. Franco Abreu G. et al, Uso de AINES en infecciones de vías respiratorias agudas altas, Rev. Mexicana de Pediatría; Julio-Agosto 2010: 9-14
5. J. de la Flor B, Infección de Vías respiratorias altas 1, Pediatr Integral ; 2009; XIII (4) 333-350
6. Cabrera-Privaral CE, et. al, Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México. Salud Mental: Julio- Agosto 2006: 29 (4): 40-46.
7. Dorado Gaspar, Loria Castellanos, et. al, Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. Red de Revista Científica de América Latina y el Caribe, España y Portugal, Archivos de Medicina Familiar, Septiembre-Diciembre 8 (003): 169-174.
8. García M JA, Viniegra V L, et. al, Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. Rev. Med IMSS ,2005; 43 (6): 465-472.
9. García Mangas José, la formación de Médicos Familiares y el desarrollo de la aptitud clínica, Rev Médica del IMSS. Julio, 200.42 (4) 309-320.
10. López del Castillo Sánchez D. Reynoso Arenas MP, et. al, Aptitud clínica de un grupo de médicos familiares mexicanos ante las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Archivos en Medicina Familiar, 2008; 10 (1):21-35.
11. Games JL, Introducción a la Pediatría, Méndez Editores, México, Sexta edición, 1997. 268-275
12. Álvarez H. L. Revista de enfermedades infecciosas en Pediatría 2005; 71 (18): 12-18

13. Sánchez Tarrago N. Infecciones respiratorias agudas, Reporte técnico de vigilancia. Gaceta Médica de México 1996. 1 (1)
14. Rodríguez Tamayo R, Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos, Reporte Técnico de vigilancia. Manual de vigilancia epidemiológica, Noviembre 2000; 5 (7) 1028-140.
15. Alarid H, Irigoyen A. Fundamentos de Medicina Familiar. Ediciones Medicina Familiar Mexicana 1ª. Edición 1982. Pág. 150, 166, 170, 198.
16. Medina Valdez A. Pérez Meneses MA, Impacto de la capacitación médica sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas en niños, Rev Cubana Pediatr 2003. 7 (2)
17. García Aranza JM, Infección bacteriana de las vías respiratorias en pediatría, resistencias antibióticos y uso racional de antibióticos, 2002; 19(1) 49-63
18. Soler Huerta E, et. al, Confiabilidad de un instrumento para evaluar la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar: Enero- Abril 2005; 7 (1): 14-17.
19. Díaz Romero R, et. al, Validación de un instrumento para evaluar la adherencia terapéutica en diabéticas durante el embarazo. Perinatol Reprod Hum 2004; 18 (4): 217-224.
20. Calderón James E. Indicaciones terapéuticas de las penicilinas en las infecciones respiratorias Bol Med Hospital Infantil Méx, 2002; 10(2):225-234
21. Miranda Del Olmo H, et. al, Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México. Rev. Médica del Hospital General de México S.S.; Enero- Marzo 2003; 66 (1) 22-28.
22. Sánchez JF, Aguilar E. Formación de profesores y desarrollo de la aptitud para leer críticamente informes de investigación educativa, Rev Med IMSS 2004; 42(1) 21-24
23. Hernández Hurtado MT, Instrumento de medición para evaluar la aptitud clínica en el manejo integral de pacientes en edad escolar con infección de vías respiratorias agudas. Tesis

ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

Lugar y Fecha SAN MATEO ATENCO, ESTADO DE MEXICO , NOVIEMBRE 2011

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS, EN LA UMF 248 DEL IMSS, SAN MATEO ATENCO, ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE NOVIEMBRE 2011

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

1505

El objetivo del estudio es:

DETERMINAR LA APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS, EN LA UMF 248 DEL IMSS, SAN MATEO ATENCO, ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2011.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

CONTESTAR UN INSTRUMENTO QUE MIDE LA APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:
NO HAY RIESGOS EN ESTE ESTUDIO, ADEMÁS DE QUE LOS RESULTADOS SON CONFIDENCIALES.

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Si así lo deseo, puedo de igual manera solicitar mi resultado en forma confidencial, con el investigador, con la finalidad de reforzar mi aptitud clínica en áreas que así lo ameriten de acuerdo a los resultados.

Nombre y firma del Médico de primer nivel de atención participante.

Dra. Ana Elsa Pérez Hernández Matrícula 99162324

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable:

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

TELÉFONO CELULAR 7223 480596

Testigos

ANEXO 2

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TITULO TRABAJO INVESTIGACION: "APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR CON INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS AGUDAS, EN LA UMF 248 DEL IMSS, SAN MATEO ATENCO ESTADO DE MÉXICO, EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2011."

NÚM. PROGRES.	GÉNERO	FORMACIÓN ACADÉMICA	TIPO DE CONTRATACIÓN	ANTIGÜEDAD LABORAL	APTITUD CLÍNICA					
					1	2	3	4	5	6
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										

1- Propia del profano, explicada al azar. 2 –Muy incipiente, 3 – Incipiente, 4 – Intermedia, 5 – Avanzada
6 - Muy avanzada.

Anexo 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 249

SALUD

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA APTITUD CLÍNICA DEL MEDICO
FAMILIAR EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES EN EDAD ESCOLAR
CON INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS”

INSTRUCCIONES: A continuación encontrara casos clínicos sobre infecciones respiratorias agudas en pacientes pediátricos en edad escolar. Cada caso clínico esta dividido en varios enunciados. Los cuales están agrupados debajo de un encabezado.

Lea detenidamente cada caso y valore sus respuestas de acuerdo a las siguientes opciones:

(V) verdadero, (F) falso o (NS) no sé.

Verdadero: (V) Si se considera que el enunciado corresponde a lo que explícitamente se afirma o se niega Si es cierta con respecto a: un hallazgo en el paciente que apoya el diagnostico, un diagnostico que se fundamenta suficientemente en el cuadro clínico descrito, una medida benéfica para el paciente, un estudio indicado en el manejo del paciente, una complicación inminente o una medida que tiene preferencia sobre otras para la mejor evolución del paciente.

Falso (F): Si se considera que el enunciado no corresponde a lo que explícitamente se afirma o se niega, cuando la respuesta propuesta es equivocada en relación con un hallazgo en el paciente que no apoya un diagnostico, un diagnostico que no se fundamenta suficientemente en el cuadro clínico descrito, una medida que puede ser inconveniente para el paciente, un estudio no indicado en el manejo del paciente, una complicación poco probable o una medida que es secundaria con respecto a otras para mejorar la evolución del paciente.

No sé (NS): cuando no puede decidir si el enunciado es verdadero o falso.

Conteste la opción elegida en la hoja de respuestas

Una respuesta correcta le suma un punto, una respuesta incorrecta le resta un punto, una respuesta “no se” no le suma ni le resta, un enunciado no contestado le resta un punto.

Evite dejar respuestas sin contestar Cada encabezado guía corresponde a un indicador de aptitud el cual posee una palabra clave, que esta subrayada y que orienta el sentido de la respuesta de los enunciados.

INDICADORES DE APTITUD CLÍNICA

- 1.- Reconocimiento de factores de riesgo: Antecedentes o condiciones del paciente o su familia, que sin formar parte del padecimiento se asocian con una evolución desfavorable.
- 2.- Reconocimiento de indicios clínicos: Habilidades del médico para reconocer e integrar datos de interrogatorio y exploración física, con un fin diagnóstico.
- 3.- Interpretación de pruebas diagnosticas.- Habilidad del médico para interpretar los datos de laboratorio y gabinete con fines diagnósticos.
- 4.- Selección de pruebas diagnosticas: Habilidad del médico para identificar, solicitar e integrar datos de laboratorio y gabinete con fines diagnósticos.
- 5.- Integración diagnóstica: Con el conocimiento de factores de riesgo, la clínica y los para clínicos, realizar un diagnóstico.
- 6.-Uso de recursos terapéuticos: Prescribir, racionalizar y otorgar con conocimiento medidas farmacológicas y de rehabilitación; así como de cuidados posteriores al reconocer el diagnóstico.
- 7.-Medidas preventivas: Identificar y manifestar al paciente, como evitar recaer en la enfermedad, como cuidar su enfermedad, para que no progrese a estadios avanzados.

Cada **palabra clave** tendrá en este examen **exclusivamente** el significado que a continuación se menciona:

- 1.-**Factores de riesgo** Son antecedentes o condiciones actuales del paciente o su familia, que sin formar parte del padecimiento actual se asocian con una evolución desfavorable del paciente.
- 2.- **A favor**: presencia de un dato clínico, de laboratorio y/o gabinete que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la enfermedad en cuestión
- 3.-**Característico**: Presencia de un hecho o fenómeno ampliamente demostrado de manera tal que su ocurrencia debe hacer pensar en dicha situación
- 4.-**Util**: Se refiere a procedimientos o exámenes de laboratorio o gabinete que resultan necesarios en ciertos casos para confirmar un diagnóstico sospechado y fundamentar una acción terapéutica.
- 5.-**Compatible**: alude al hecho de que la totalidad o parte de los elementos de un caso clínico concuerdan con el cuadro propio de la entidad nosológica propuesta con el diagnóstico.
- 6.- **Apropiado**: Hace referencia a ciertas medidas o recomendaciones terapéuticas, preventivas o de seguimiento que son las más efectivas en la situación clínica descrita, con escasos efectos indeseables y claros beneficios potenciales.
- 7.-**Oportuno**: Se refiere a recomendaciones preventivas o de cuidado para mejor condición de salud general del paciente.

CASO CLÍNICO 1.

Rubén de 11 años, sin antecedentes asmáticos ni alérgicos, procede de tercera gesta, con peso al nacer de 2100 g a las 34 semanas de gestación, con APGAR al nacer de 7-8, incubadora 1 semana, padres sanos, sin toxicomanías, el empleado de cervecería como repartidor con un ingreso mensual de 4 salarios mínimos, ella ama de casa. Cuenta con casa propia con todos los servicios. Condiciones de vivienda con humedad presente, ventilada 2 ventanas por habitación cursa 5° de primaria, sin problemas de aprovechamiento escolar, en un salón de clases pequeño, mal ventilado convive con otros 43 alumnos, se refiere varicela a los 7 años, sin complicaciones, inmunizaciones: al nacimiento BCG y Sabin 2,4 y 6 meses, Sabin y DPT; Triple viral, Hepatitis A, 2 dosis.

Características de la familia: Hermana de 7 años estudiante de 2° primaria, viven los cuatro en casa propia, su dinámica familiar se caracteriza, por una comunicación con mensajes dirigidos a la persona en cuestión, sin generalizaciones, se respetan como individuos diferentes y se toleran, las decisiones son tomadas en familia, con una buena respuesta a el duelo, en la muerte del abuelo paterno, integrante de la familia quien jugaba el rol de padre; así como al superar y aceptar la pérdida de empleo del padre, la madre trabajó un tiempo para contribuir al gasto familiar y actualmente se dedica al hogar, la madre cuida a Rubén al traerlo al médico, limpio y bien arropado, con un trato cariñoso, lo abraza, lo besa, Rubén es amable y saluda. Existe un diálogo entre padres e hijos y se les llama la atención cuando se portan mal sin recibir castigos. Salen los hijos a jugar con los amigos a un parque cercano con vigilancia de la madre. En Diciembre la familia sale de vacaciones a Querétaro, visitan familia mama

Padecimiento Actual: Evolución 3 días con malestar general: cefalea frontal pulsátil de predominio vespertino, astenia, adinamia, hiporexia, además de rinorrea hialina anterior, epífora, al segundo día se agrega odinofagia y disfagia. Hoy se mantiene la cefalea frontal, con remisiones y exacerbaciones, la rinorrea es amarillenta con escasos rasgos de sangre, la madre le inicia por su cuenta penicilina G procaínica 800 000 UI, además: agua, te y cítricos. Sin mejoría.

Exploración física: Peso 45 k talla. 1.50 m FC: 80/minuto, FR.24/minuto, temperatura.37°C. Consciente tranquilo, cooperador, buena coloración de tegumentos, facies no característica, afebril, conjuntivas hiperémicas, con escasa secreción purulenta, nariz central con secreción hialina, mucosa nasal edematosa, cornete superior con ligero edema, mucosa oral hidratada, 1^{er} molar superior derecho dañado en una de sus caras, orofaringe: hiperémica, pilar blando con pequeñas úlceras, amígdalas hiperémicas +/+++ , membrana timpánica aperlada, cuello sin adenopatías, campos pulmonares: limpios ventilados, amplexión y amplexación normales, ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, sin soplos.

Son **factores de riesgo** para infección de vías respiratorias de tipo viral, en este paciente:

- 1.- El número de alumnos en el salón de clases
- 2.- Su edad
- 3.- Las características ambientales de la vivienda.
- 4.- Las características del 1^{er}. Molar
- 5.- Antecedentes de atopías

Son **factores de riesgo** psicosociales para disfunción familiar en este paciente

- 6.- La ocupación actual del padre
- 7.- Su escolaridad
- 8.- Su edad
- 9.- Su nivel socioeconómico
- 10.- Su estructura familiar
- 11.- La manera en que se expresa el afecto
- 12.- El tipo de cuidados maternos
- 13.- Su recreación familiar
- 14.- Su tipo de comunicación
- 15.- La ausencia de crisis paranormativas
- 16.- El tipo de respuesta ante la pérdida del abuelo

Son **factores de riesgo** psicosociales para disfunción familiar en este paciente:

- 17.- El nivel de integración familiar
- 18.- La respuesta de la madre ante la pérdida del empleo del padre
- 19.- La etapa del ciclo vital
- 20.- El trabajo actual del padre
- 21.- El rol periférico del padre
- 22.- La autoridad que ejerce el abuelo

En este paciente, **son datos a favor** de Rinofaringitis viral:

- 23. Las características de la secreción nasal
- 24.- El malestar al deglutir
- 25.- La dificultad al deglutir
- 26.- Las características de la mucosa nasal
- 27.- Las características de la mucosa conjuntival
- 28.- La persistencia de la cefalea.
- 29.- Los días de evolución.

Son **diagnósticos compatibles** en este paciente:

- 30.- Resfriado común
- 31.- Caries dental de 1er grado
- 32.- Desnutrición primer grado
- 33.- Familia nuclear simple
- 34.- Fase de consolidación
- 35.- Crisis paranormativa
- 36.- Con riesgo para disfunción familiar

Son **estudios útiles** en este paciente:

- 37.-Solicitar Tele de tórax
- 38.-Solicitar Cultivo de secreciones
- 39.-Solicitar cultivo faríngeo
- 40.-Solicitar antiestreptolisinas
- 41.- Aplicación de FACES III

Son **medidas terapéuticas adecuadas** en este paciente:

- 42.- Motivar en la madre la adherencia terapéutica
- 43.- Limitar la ingestión de agua
- 44.- Administrar gotas nasales de agua salina cada 8 horas
- 45.- Inspiración continua de aire húmedo por medio de vaporizaciones
- 46.- Iniciar con paracetamol 100 mgs cada 8 horas por 3 días.
- 47.- Continuar con penicilina G procaínica 800 000 UI por 3 días.
- 48.- Disminuir ingesta de líquidos.
- 49.- Utilizar ungüento balsámico nasal
- 50.- Indicar curación con material restaurativo definitivo en el molar
- 51.- Continuar con actividad física durante los siguientes 3 días

Son **medidas preventivas útiles** en este paciente

- 52.- Consumo de 6 fresas
- 53.- Consumo de 3-4 naranjas
- 54.- Evitar protección naso bucal
- 55.- Aislamiento en casa
- 56.- Revaloración en 15 días
- 57.- Detección de placa bacteriana
- 58.- Valoración de pie plano transversal

CASO CLÍNICO 2.

Roberto de 7 años que acude con la madre. Es producto de la gesta 1 de término, madre con control prenatal, sin patología durante el embarazo, atendido en IMSS, obtenido por parto eutócico, lloro y respiró al nacer, APGAR: 8-9, peso al nacer 3200grs, talla 51cm, sin patologías al nacer, se le aplicaron vacunas al nacer BCG y Sabin 2,4 y 6 meses, Sabin y DPT; Triple viral, madre de 30 años, casada, escolaridad secundaria, empleada de oficina, Padre de 36 años empleado de embotelladora de refrescos, es técnico en contabilidad, sano no fuma ni toma. Roberto estudiante de 2º año de primaria, practica fútbol, casa habitación con agua potable, luz, drenaje, con 3 habitaciones para dormir las cuales cuentan con una ventana grande buena iluminación y ventilación convivencia con 1 perro y 1 gato fuera de la casa, alimentación basada en fruta 1 ración diariamente verdura 3 veces a la semana, carne 3 veces por semana leguminosas 1- 2 veces por semana, cereal diariamente así como leche, nivel aprovechamiento escolar regular con un promedio de 8. Cuadros de amigdalitis de 3-4 por año, varicela a la edad de 4 años

Características de la familia: Viven en la misma casa, los padres y hermana de 6 años estudia 1ero primaria, hermano de 4 años 2º preescolar.

El casamiento se decidió por embarazo no planeado ni deseado. Los padres se transmiten los mensajes a través de los hijos y en forma generalizada. La madre trabaja para cubrir las necesidades de alimentación y vestido de la familia, el padre se mantiene alejado de la toma de decisiones relacionadas con la crianza de los hijos. El cuidado de los hijos durante el día esta a cargo de una tía paterna que a su vez cuida a sus 2 hijos preescolares. La madre complace a los hijos en todo lo que le piden, de esa manera considera que les manifiesta su cariño.

Padecimiento actual: Inicia hace 3 días con malestar general: astenia, adinamia, hiporexia, rinorrea hialina anterior, al 2º día se agrega odinofagia, disfagia, cefalea frontal pulsátil de predominio vespertino, fiebre no cuantificada de predominio nocturno, control térmico con compresas de agua, sed intensa, el día de hoy se agrega tos seca, y disfonía, la madre otorgó líquidos abundantes.

Exploración física: Peso. 24 kg, talla 1.10mts, temperatura. 39.5Oc, FC 130xmin, FR 32xmin AV. OD 20/20 OI 20/20. Consciente, cooperador con rubicundez facial, conjuntiva hiperémica, epifora, nariz central con escasa secreción, boca: mucosas hidratadas, orofaringe hiperémica amígdalas hiperémicas++/+++, hipertróficas++/+++ con exudado amarillo adherido, halitosis, adenopatías cervicales de consistencia firme, móviles no dolorosas, ambos conductos auditivos con membrana timpánica aperlada, campos pulmonares limpios bien ventilados, amplexión y amplexación normales, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad sin fenómenos agregados.

Son factores de riesgo para infección de vías respiratorias tipo bacteriano en este paciente:

- 59.- El número de habitantes en la vivienda
- 60.- Su edad
- 61.- Su estado nutricional
- 62.- El cuidado de los padres

Son factores de riesgo para disfunción familiar en este paciente

- 63.- La ocupación de los padres.
- 64.- Las expectativas de los padres durante su procreación
- 65.- La comunicación directa
- 66.- Las muestras de afecto.
- 67.- La falta de cuidado materno
- 68.- El rol central del padre
- 69.- El rol asignado a la madre
- 70.- Su etapa familiar
- 71.- Su fase familiar
- 72.- Su etapa del ciclo vital

Son datos a favor de amigdalitis de origen bacteriano en este paciente

- 73.- Las características térmicas
- 74.- Las características de las amígdalas
- 75.- La periodicidad con que se presenta anualmente.
- 76.- La infartación ganglionar cervical
- 77.- La secreción nasal
- 78.- El lagrimeo

Son estudios útiles en este paciente.

- 79.- Solicitar Baciloscopía
- 80.- Solicitar antiestreptolisina O
- 81.- Solicitar proteína C reactiva
- 82.- Solicitar prueba de Quickvue

Son diagnósticos compatibles en este paciente:

- 83.-Amigdalitis crónica
- 84.-Crisis paranormativa
- 85.-Sin riesgo de disfunción
- 86.- Familia extensa
- 87.- Comunicación Directa
- 88.- Desnutrición de segundo grado

Son medidas terapéuticas en este paciente:

- 89.-Penicilina benzatinica 600,000 intramuscular dosis única
- 90.- Amoxicilina 125 mgs cada 8 hrs por 10 días
- 91.- Paracetamol 240mg cada 6 hrs
- 92.- Dextrometorfan jarabe 5 mgs cada 4 hrs
- 93.- Clorfenamina simple 2mgs cada 6 hrs
- 94.- Colutorios con antisépticos locales
- 95.- Enjuague bucal con solución salina 3 veces al día.
- 96.- Inhalación de vapor de agua
- 97.- Aseo con agua salina de cornetes
- 98.- Referencia para psicoterapia de pareja

Son medidas preventivas en este paciente:

- 99.- Seguimiento al décimo día del tratamiento
- 100.- Orientar a la madre para automedicarlo en futuros procesos patológicos
- 101.- Vigilar adherencia terapéutica
- 102.- Mejorar ventilación del dormitorio
- 103.- Saludar de beso en mejilla
- 104.- Usar pañuelos de tela.
- 105.-Uso bucal de tabletas reveladoras
- 106.-Valoración de columna vertebral

- 107.-Vitamina C oral 45 mgs diarios 1 semana
108.- Aplicación de vacuna Fluzone 0.5 ml al término del tratamiento.

CASO CLÍNICO 3.

Cesar de 8 años producto de la gesta 1 de término, madre con control prenatal regular, sin patología durante el embarazo, atendido en IMSS, obtenido por parto eutócico, lloro y respiró al nacer, APGAR: 8-9, peso al nacer 3300grs, talla 51cm, sin patologías al nacer.

Cesar estudia 3º año de primaria, casa habitación propia, usan 2 habitaciones para dormir con 2 ventanas en cada habitación con buena iluminación y ventilación, hay agua potable, luz, drenaje, viven muy cerca de la laguna donde hace mucho frío, alimentación: carne 2 veces por semana, pollo 1 vez por semana, leche diariamente, huevo 2-3 veces por semana, fruta 1 ración diariamente, verdura diariamente, Vacunas al corriente: al nacimiento BCG Y Sabin, 2, 4 y 6 meses Sabin Y DPT, Triple vira, Hepatitis A, 2 dosis.

Solo cuadros gripales con los cambios de estación, último cuadro hace 1 mes

Características de la familia:

Padre de 34 años de edad empleado de cervecería, madre de 29 años dedicada al hogar, hermano de 9 meses, la dinámica familiar no es la más adecuada ya que la esposa sospecha que su esposo la engaña no se respetan ni se toleran, las decisiones son tomadas por la esposa. No existe una buena relación con la familia del esposo desde que se casaron ya que ella no fue aceptada como pareja de él, los padres son muy cariñosos con sus hijos, los abrazan, besan, los cuidan y protegen, podría decirse que son sobre protectores, Cesar a donde salga siempre se acompaña de su padre o madre.

Padecimiento actual: Acude con la madre por referir desde hace 2 semanas con malestar general rinorrea hialina, tornándose posteriormente amarillo verdoso, cefalea frontal pulsátil vespertina con remisiones y exacerbaciones moco verdoso, sanguinolento, sensación de sequedad nasal, fetidez, halitosis, tos productiva diurna y nocturna, edema matutino de párpados, voz constipada (nasal) sin manejo médico.

Exploración física: Peso: 22kg, talla: 1.28mts, FC.84xmin, FR: 28xmin. temperatura: 37°C Consciente tranquilo cooperador, orientado en las tres esferas, con buena coloración de tegumentos, a la palpación dolor a la presión a nivel frontal, ojos simétricos pupilas isocóricas normorreflexicas nariz central, narinas y pared posterior de faringe con secreciones amarillo-verdosas, con costras, cornetes superiores con hipertrofia, halitosis, cuello cilíndrico adenopatías cervicales de consistencia firme dolorosas, ambos conductos auditivos con membrana timpánica aperlada, sin datos de infección, cardiopulmonar: ruidos cardiacos de buen tono e intensidad sin soplos, campos pulmonares limpios bien ventilados, amplexión y amplexación normales, abdomen blando depresible, peristalsis normal no visceromegalias no datos de irritación peritoneal, genitales de acuerdo a edad y sexo, extremidades simétricas pulsos presentes.

Son factores de riesgo para infección de senos paranasales en este paciente:

- 109.- Contacto con animales domésticos
110.- Rinofaringitis estacionales
111.- La edad
112.- El tipo de alimentación
113.- Su escolaridad
114.- Las inmunizaciones aplicadas hasta el momento.

Son datos a favor de infección de senos paranasales:

- 115.- Características de las secreciones
116.- La localización del dolor
117.- El tiempo de evolución.

118.- Las características de la voz

119.- Las características del aliento

120.- Las variaciones térmicas

Son diagnósticos compatibles en este paciente:

121.- Sinusitis frontal aguda

122.- Rinitis alérgica

123.- Sinusitis crónica

124.- Cuerpo extraño en narina

125.- Crisis normativa familiar

126.- Familia en riesgo de disfunción

127.- Dinámica familiar anormal

128.- Familia con hijos escolares

129.- Etapa familiar final

130.- Crisis paranormativa

Son estudios útiles en este paciente:

131.-Solicitar Rx senos paranasales

132.-Solicitar cultivo de secreciones

133 .-Solicitar TAC en este momento

134.- Rx de cráneo

Son medidas terapéuticas en este paciente:

135.- Amoxicilina + clavulinato 180mgs cada 8 hrs 14 a 21 días

136.- Referencia a segundo nivel para manejo quirúrgico

137.- Disminuir aporte de líquidos

Son medidas preventivas útiles en este paciente:

138.- Aplicación prueba de tamizaje de funcionalidad familiar (APGAR)

139.- Continuar contacto con mascotas

140.- Continuar con el número de convivientes por habitación

141.- 2 raciones de fruta rica en vitamina C

142.- Uso de protector nasobucal

143.- Vacuna contra influenza estacional

144.- Vacuna contra influenza A H1N1

145.- Uso adecuado de ropa según clima

CASO CLÍNICO 4.

Luis Enrique 9 años es originario de Jocotitlán y residente de Villa Victoria Estado de México. Es producto de la gesta dos de 32 semanas de gestación, atendido por cesárea sin complicaciones aparentes, con peso al nacimiento 2250grs. Talla 50 cm. Alimentado con leche maternizada los primeros 6 meses, por ser trabajadora, ablactación a los 5 meses, se sentó a los 6 meses, caminó y habló al año, control de esfínteres a los 2 años, con crecimiento normoevolutivo. Presenta cuadros gripales cuatro veces al año. Cuadro de vacunas completas. Cursa el tercero de primaria con promedio de 8.5 Viven en casa propia, ventilación 2 ventanas por habitación, conviven con un perro fuera de la casa, en cuanto a la higiene: baño cada tercer día, cambio de ropa cada tercer día, lavado de dientes una vez al día, se lavan las manos antes de comer y después de ir al baño, la alimentación: carne 2 veces por semana, pollo 1 vez por semana, fruta 4 veces por semana, verdura 3 veces por semana, leche diariamente.

Características de la familia. Vive con padre de 36 años, sano, obrero, ingiere bebidas alcohólicas cada quincena hasta la embriaguez, fuma de 5 a 8 cigarrillos al día. Madre de 36 años, sana, obrera, no fuma no ingiere bebidas alcohólicas y una hermana de 16 años que estudia auxiliar de enfermería. La dinámica familiar se caracteriza por una comunicación dirigida a la persona en cuestión, respeto, ambos hijos ayudan en los quehaceres de la casa, comen juntos, cada quince días disfrutan de día de campo, aunque ambos padres trabajan dedican tiempo a los hijos por las noches, revisan tareas y algunas veces a ayudan a resolverlas, con muestras de afecto con caricias y abrazos, la madre antes de salir a trabajar les da indicaciones para el día, prepara lunch, deja comida. La familia convive poco con vecinos y semanalmente con familiares cercanos.

Padecimiento actual. Luis Enrique acude con la madre quien comenta que inicia su padecimiento hace cinco días con escalofríos, rinorrea hialina, prurito faríngeo, tos seca por lo que acude con facultativo quien indica paracetamol 250 mgs. cada 6 hrs, ambroxol 5ml cada 8 hrs, sin respuesta a manejo establecido, 2 días después aparece fiebre de hasta 40.5 °C, somnolencia, taquipnea, tos seca, perruna y no productiva, emetizante

Exploración física: Peso 35 kgs, talla 1.28cm,, temperatura. 39oC FC. 100 xmin, FR 36 xmin. Acude limpio, arropado, con cubrebocas y bufanda. Consciente, orientado en las tres esferas, con fascies de angustia, aleteo nasal, mucosa nasal con secreción verdosa costras, mucosa oral hidratada, boca con agregados de vesículas depequeñas de paredes finas sobre una base eritematosa localizadas en labio inferior de lado derecho, a la otoscopia con conductos auditivos permeables, membranas timpánicas íntegras, aperladas, faringe hiperemia ++/+++ , cuello con retracción xifoidea leve, adenopatías retroauriculares, fijas no dolorosas de 1 cm de diámetro tórax con diámetro anteroposterior aumentado, tiros intercostales bajos y disociación toraco- abdominal, matidez a la percusión, a la auscultación disminución del murmullo vesicular y estertores crepitantes transitorios con espiración prolongada, abdomen depresible, no organomegalias, peristalsis normal, extremidades simétricas con movimientos normales.

Estudios de gabinete: Tele de Tórax en donde se encontró: aumento en los diámetros AP y Lateral, abatimiento de hemidiafragmas, infiltrado fino reticular arborescente bilateral así como zonas de atrapamiento de aire.

Exámenes de laboratorio: BHC. Hemoglobina 13mg/dl, Hto. 39%, Leucos de 16,500, Linfocitos 20%, neutrófilos 75%, monocitos 2%, eosinofilos 2% Plaquetas 500,000

Son **factores de riesgo** para infección de vías respiratorias bajas en este paciente:

146.- La edad de la madre

147.- Las semanas de gestación

148.- El peso al nacer

149.- La ausencia de alimentación con leche materna en los primeros seis meses de vida

150.- La recurrencia de las Infecciones respiratorias superiores

151.- El tipo de convivencia con animales.

152.- La periodicidad del baño

153.- La periodicidad del cambio de ropa

Son **factores de riesgo** psicosocial para disfunción familiar en este paciente.

154.- La ocupación de los padres

155.- Los cuidados maternos

156.- El desarrollo psicomotor alcanzado durante el primer año de vida.

157.- El aprovechamiento escolar

158.- El tipo de comunicación de la familia

159.- Su edad

160.- La toxicomanía del padre

161.- El ciclo vital de la familia

162.- La crisis paranormativa actual

163.- El tipo de socialización

164.- El tipo de recreación

En este paciente, son datos **a favor** de Infección de Vías Respiratorias bajas.

165.- Tiempo de evolución

166.- Las características de la tos

167.- Características de las secreciones

168.- Los datos de dificultad respiratoria

169.- Las características de los ganglios

170.- La presencia de estertores

171.- La espiración prolongada

Son diagnósticos **compatibles** en este paciente.

172.- Neumonía bacteriana

173.- Herpes zoster

174.- Neumonía por Influenza A H1N1

- 175.- Familia nuclear numerosa
- 176.- Crisis normativa
- 177.- Crisis paranormativa
- 178.- Familia con riesgo para disfunción familiar
- 179.- Etapa procreativa

Son estudios útiles en este paciente.

- 180.- Solicitar hemocultivo
 - 181.- Solicitar gasometría
 - 182.- Solicitar PCR
 - 183.- Solicitar la determinación de antígenos en moco nasal para detectar neumococo
 - 184.- Solicitar Acido Úrico
 - 185.- Solicitar Resonancia Magnética
 - 186.- Solicitar prueba de Quickvue
 - 187.- Prueba de látex en orina
- Son medidas terapéuticas apropiadas en este paciente
- 188.- Oseltamivir 60 mg cada 12 hrs 7 días
 - 189.- Penicilina Sódica Cristalina 600,000 UI IV cada 4 hrs. 5 días

- 190.- Solución Glucosada 250cc para 24 hrs
- 191.- Ambroxol 30 ml cada 8 hrs por 5 días
- 192.- Metamizol 350mg IV cada 8 hrs
- 193.- Micronebulizaciones cada 8 hrs con broncodilatador

Son medidas preventivas en este paciente:

- 194.- Educación del cuidador primario sobre los manejos de infecciones respiratorias
- 195.- Reconocimiento oportuno de signos de alarma
- 196.- Uso oportuno de antibioticoterapia en infección de vías respiratorias
- 197.- Permanecer varias personas en un espacio cerrado
- 198.- Responsabilizar al padre sobre efectos del humo de tabaco en el padecimiento de su hijo.
- 199.- Evitar usar braseros en habitaciones cerradas.
- 200.- Incremento de proteínas de origen animal
- 201.- Aplicación de vacuna antineumocócica
- 202.- Incluir jugos enlatados

CASO CLÍNICO 5.

Verónica de 6 años de edad acude con la madre por referir malestar general. Es producto de la gesta 3, de término, parto eutócico, peso al nacer de 2650 grs, APGAR 8-9, alimentada con leche maternizada por referir producción escasa de leche materna, posteriormente a los 8 meses con leche de vaca, ablactación a los 3 meses. Cursa el 1er año de primaria, sin antecedentes de alergias, cuadros gripales estacionales 2 por mes. Alimentación: carne cada 15 días, fruta 1 o 2 veces por semana, leche cada tercer día, tortillas diariamente de 2 a 3, refrescos 1 vez a la semana. Madre con tabaquismo positivo desde hace 10 años, a base de 6-8 cigarrillos al día, dentro de la casa..Duermen 4 personas en 1 cuarto, el cual tiene 1 ventana.

Características de la familia: Viven en la casa de la abuela materna, quién es viuda, con 2 hermanos de 14 y 10 años, el padre murió hace 3 años por alcoholismo, la madre trabaja como empleada en ferretería, ganando el sueldo mínimo, la comunicación está dirigida a la persona en cuestión, el cuidado de los hijos está a cargo de la abuela materna, quién ejerce la autoridad sobre la familia al decidir la mayor parte de las situaciones, es autoritaria, pone las reglas, la hermana mayor protege a los 2 hermanos menores de los demás, en forma verbal y ocultando travesuras.

Padecimiento actual: Inicia hace 2 semanas con malestar general, rinorrea hialina, cefalea frontal universal vespertina, fiebre no cuantificada con remisiones y exacerbaciones, sin predominio de horario, no recibió atención médica, a la semana se agrega tos de predominio nocturno seca, desde hace 3 días productiva, emetizante la cual produce dolor torácico.

Exploración física: Peso 21 kg, talla.1.12mts, temperatura.37.6°C, FC.84xmin FR. 32xmin. Consciente tranquila con buena coloración de tegumentos, a la otoscopia con conductos auditivos permeables, membranas timpánicas íntegras, aperladas, nariz con secreción amarillo verdosa en fosas nasales, eritema faríngeo++/+++ en paladar blando , cuello adenopatías retroauriculares fijas dolorosas, campos pulmonares con estertores roncantes, gruesos bilaterales diseminados, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, sin soplos. Extremidades simétricas y pulsos presentes.

Resultado de gabinete: Tele de tórax en la cual se encuentra: infiltrado intersticial fino.

Son **factores de riesgo** para infección de vías respiratorias bajas en esta paciente:

203.- El número de personas que duermen en una habitación

204.- Su edad

205.- Los antecedentes de atopias

206.- El número de cigarrillos que fuma la madre

207.- Su alimentación

208.- Su estado nutricional

Son **factores de riesgo** psicosociales para disfunción familiar en este paciente.

209.- El ser familia monoparental

210.- Núcleo desintegrado

211.- La etapa del ciclo vital

212.- El rol periférico de la madre

213.- La ausencia de crisis paranormativas

214.- La fase del ciclo vital

215.- La jerarquía de la abuela materna

216.- La centralidad de la madre

En este paciente son datos **a favor** de Bronquitis aguda:

217.- El tiempo de evolución

218.- Las características de la tos

219.- Los datos encontrados en tórax

220.- El cuadro previo de rinofaringitis

221.- Las características de la faringe

Son diagnósticos **compatibles** en este paciente:

222.- Bronquitis aguda

223.- Obesidad exógena

224.- Familia extensa ascendente

225.- Familia no pobre

226.- Fase de consolidación y apertura con hijos preescolares

227.- Crisis normativas

228.- Sin riesgo para disfunción familiar.

Son estudios útiles en este paciente:

229.- Solicitar Cultivo de secreciones

230.- Solicitar prueba de Mantoux.

Son medidas terapéuticas adecuadas en este paciente:

231.- Indicar clorfeniramina simple 2 mg cada 6 hrs

232.- Incrementar consumo de líquidos 2 litros al día

233.- Indicar Paracetamol 1 gr cada 6 hrs en caso de fiebre

234.- No guardar reposo

Son medidas preventivas útiles en este paciente.

235.- Evitar la convivencia en sitios cerrados.

236.- Mejorar ventilación en habitaciones para dormir

237.- Disminuir consumo de fruta de temporada rica en vitamina C

238.- Evitar salir de una habitación cerrada al exterior.

239.- Protección con ropa invernal

240.- Contacto con humo de tabaco

ANEXO 4

HOJA DE RESPUESTAS:

EDAD:	GENERO		FORMACION ACADEMICA		TIPO DE			
CONTRATACION:	(M)	(F)	ANTIGÜEDAD LABORAL:					
1. ()	24 ()	46 ()	69 ()	91 ()	114 ()	137 ()	160 ()	183 ()
2. ()	25 ()	47 ()	70 ()	92 ()	115 ()	138 ()	161 ()	184 ()
3. ()	26 ()	48 ()	71 ()	93 ()	116 ()	139 ()	162 ()	185 ()
4. ()	27 ()	49 ()	72 ()	94 ()	117 ()	140 ()	163 ()	186 ()
5. ()	28 ()	50 ()	73 ()	95 ()	118 ()	141 ()	164 ()	187 ()
6. ()	29 ()	51 ()	74 ()	96 ()	119 ()	142 ()	165 ()	188 ()
7. ()	30 ()	52 ()	75 ()	97 ()	120 ()	143 ()	166 ()	189 ()
8. ()	31 ()	53 ()	76 ()	98 ()	121 ()	144 ()	167 ()	190 ()
9. ()	32 ()	54 ()	77 ()	99 ()	122 ()	145 ()	168 ()	191 ()
10. ()	33 ()	55 ()	78 ()	100 ()	123 ()	146 ()	169 ()	192 ()
11. ()	34 ()	56 ()	79 ()	101 ()	124 ()	147 ()	170 ()	193 ()
12. ()	35 ()	57 ()	80 ()	102 ()	125 ()	148 ()	171 ()	194 ()
13. ()	36 ()	58 ()	81 ()	103 ()	126 ()	149 ()	172 ()	195 ()
14. ()	37 ()	59 ()	82 ()	104 ()	127 ()	150 ()	173 ()	196 ()
15. ()	38 ()	60 ()	83 ()	105 ()	128 ()	151 ()	174 ()	197 ()
16. ()	39 ()	61 ()	84 ()	106 ()	129 ()	152 ()	175 ()	198 ()
17. ()	40 ()	62 ()	85 ()	107 ()	130 ()	153 ()	176 ()	199 ()
18. ()	41 ()	63 ()	86 ()	108 ()	131 ()	154 ()	177 ()	200 ()
19. ()	42 ()	64 ()	87 ()	109 ()	132 ()	155 ()	178 ()	201 ()
20. ()	43 ()	65 ()	88 ()	110 ()	133 ()	156 ()	179 ()	202 ()
21. ()	44 ()	66 ()	89 ()	111 ()	134 ()	157 ()	180 ()	203 ()
22. ()	45 ()	67 ()	90 ()	112 ()	135 ()	158 ()	181 ()	204 ()
23. ()		68 ()		113 ()	136 ()	159 ()	182 ()	

205 ()	231 ()
206 ()	232 ()
207 ()	233 ()
208 ()	234 ()
209 ()	235 ()
210 ()	236 ()
211 ()	237 ()
212 ()	238 ()
213 ()	239 ()
214 ()	240 ()
215 ()	
216 ()	
217 ()	
218 ()	
219 ()	
220 ()	
221 ()	
222 ()	
223 ()	
224 ()	
225 ()	
226 ()	
227 ()	
228 ()	
229 ()	
230 ()	