



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TEMA:

**“APTITUD CLÍNICA DE MÉDICOS FAMILIARES ANTE PACIENTES CON
NEFROPATÍA DIABÉTICA DEL HGZ Y MF No.1 y UMF No.32
DEL IMSS, EN PACHUCA, HGO.”**

**QUE PRESENTA LA C. MELINA DURÁN GÓMEZ
MÉDICO CIRUJANO**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DR. CARLOS BENITO ARMENTA HERNÁNDEZ
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. ANDRÉS OLGUÍN BAÑOS
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
ASESOR CLÍNICO**

**PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2009-2012**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

DR. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL.
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA
SALUD DE LA U.A.E.H.

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA.
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL I.C.Sa

DRA. MARICELA GUEVARA CABRERA.
COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS.

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN.
CATEDRÁTICO TITULAR EN METODOLOGÍA DE
LA INVESTIGACIÓN.

POR EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO. 1
PACHUCA, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. J. GUILLERMO BAUTISTA TENA.
COORDINADOR DELEGACIONAL DE
EDUCACIÓN EN SALUD.

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA.
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y
MEDICINA FAMILIAR NO.1 DEL IMSS.

DRA. MARÍA DE LUZ SUSANA ROMERO MORENO.
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HGZ MF NO. 1 IMSS.

DR. JOSÉ FRANCISCO DUARTE ANDRADE.
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CATEDRÁTICO TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR.

DR. CARLOS BENITO ARMENTA HERNANDEZ.
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
ASESOR METODOLÓGICO.

DR. ANDRÉS OLGUÍN BAÑOS.
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.
ASESOR CLÍNICO

DEDICATORIA

A mis Padres por su infinito amor y apoyo.
A mis Hijas por ser el motivo de mi vida y la extensión de mí ser.

AGRADECIMIENTOS

A dios por permitirme la maravillosa oportunidad de estar en esta aventura que es la vida.

A mis padres que son un ejemplo de sabiduría, paciencia pero sobre todo de amor.

A Gloria por creer siempre en mi y apoyarme incondicionalmente en este proyecto y a largo de toda mi vida por darme el mayor ejemplo de fortaleza y entrega, gracias Mamá.

A Alfonso por enseñarme que la paciencia y la dedicación es la mayor de las virtudes, gracias papa.

A Claudine por ser mi hermana pero sobre todo mi amiga por todo el apoyo y desvelos juntas y ser como madre de mis hijas en mi ausencia.

A mis seres de luz Alexa Valeria y Hanna Victoria por permitirme conocer el mejor de los amores y la mejor etapa de mi vida el ser madre, y sobre todo por entender mi ausencia.

Al Dr. Carlos Armenta por fomentar el amor a la estadística y ayuda a la realización de este proyecto, al Dr. Andrés Olguín por el aporte de sus conocimientos.

A mis compañeros por tantos momentos compartidos que nos permitió crecer tanto profesionalmente y como personas.

GRACIAS.

INDICE

	Página
I. Resumen	6
II. Marco teórico	7
III. Justificación	23
IV. Planteamiento del problema	26
V. Objetivos	28
VI. Hipótesis	30
VII. Material y Métodos	31
VIII. Definición de Variables	33
IX. Descripción general del estudio	37
X. Análisis estadístico	39
XI. Aspectos éticos	40
XII. Recursos y factibilidad	41
XIII. Resultados	42
XIV. Discusión	64
XV. Conclusiones	70
XVI. Referencias bibliográficas	74
XVII. Anexos	76

I. RESÚMEN

TITULO: Aptitud clínica de Médicos Familiares ante pacientes con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF No. 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.

INTRODUCCIÓN: La nefropatía diabética es una de las complicaciones principales de la diabetes mellitus tipo 2 la cual requiere de una pronta identificación, por medio del conocimiento y capacidades en la identificación de signos y síntomas a través del uso de recursos de diagnóstico, para su oportuno manejo y tratamiento por medio de una perspectiva integradora, de ahí la importancia de identificar esta aptitud clínica en los médicos familiares.

OBJETIVO: Se identificó el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares en la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo y comparativo, del 15 de Noviembre al 30 de Diciembre del 2010 de la aptitud clínica de los médicos familiares del HGZ y MF No. 1 y UMF No.32 del IMSS, en Pachuca, Hgo, se evaluó: especialidad, género, antigüedad laboral, turno de trabajo, unidad de adscripción. Para valorar la aptitud clínica se utilizó un instrumento con 150 preguntas en torno a 4 casos clínicos reales, validado en un estudio previo, en las cuales se evaluó cuatro indicadores de aptitud clínica: a) indicadores de factores de riesgo, b) integración diagnóstica, c) uso de paraclínicos, d) recursos terapéuticos. El índice de confiabilidad de Kuder-Richardson de instrumento de medición es de 0.74.

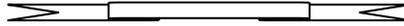
ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se realizó análisis univariado, bivariado, y multivariado para identificar la aptitud clínica de los médicos familiares en el manejo de la nefropatía diabética.

RESULTADOS: Se estudiaron a 56 médicos, 41 adscritos al HGZ y MF No.1, 15 adscritos a la UMF 32, 50% fueron médicos familiares y 50% médicos generales, 52% fueron mujeres y 48% hombres, 89.3% con tipo de contratación de base, 10.7% con contratación eventual, 58.9% del turno matutino y 41% del turno vespertino, 18% con antigüedad laboral de los 4 a los 18 años. De acuerdo a la escala utilizada el 54% de los resultados de calificaciones, se ubicó en la escala alta. Con diferencias significativas en cuanto a ser especialista en médico familiar, año de egreso de la especialidad.

CONCLUSIONES: La calificación de la aptitud clínica del médico familiar en relación con la nefropatía diabética es alta, sin embargo la experiencia no influyó en el desarrollo de la aptitud clínica. De acuerdo con este resultado es importante diseñar un sistema para que el médico familiar ofrezca una mejor calidad de la atención a los pacientes con esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Aptitud clínica. Nefropatía diabética. Médico familiar.

II.MARCO TEÓRICO



En el ejercicio clínico se parte de puntos de vista distintos: el dominio de técnicas, por un lado y atender lo que le aqueja al paciente, por el otro. En la concepción biológico-lesional fragmenta al paciente, excluye otras perspectivas integradoras y frecuentemente carece de elementos para explicar lo que sucede. La noción biopsicosocial, por su parte, es amplia e incluyente y aporta elementos para una práctica clínica de mayores alcances a favor del paciente, y sirve al médico para recordar que el paciente es algo más que una enfermedad, que parte de su problema es subjetivo, ello implica que todo individuo enferma de manera estrictamente individual.¹

Las distintas Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que prestan los servicios de atención a la salud cubren a cerca de la mitad de la población de nuestro país; para su operación y continuidad, nuestra institución requiere diversidad de acciones en escalas de magnitud difíciles de imaginar. Refiriéndonos a la esfera del cuidado de la salud, se requiere la conjunción de multitud de decisiones y acciones realizadas por personal diverso.

Las situaciones cambiantes de la población beneficiaria del IMSS en cuanto a perfil epidemiológico de las enfermedades emergentes; el vertiginoso desarrollo y recambio técnico y tecnológico, plantean la permanente necesidad de actualizar, capacitar y formar al personal de salud; es decir las acciones educativas son imprescindibles para la marcha de la institución en la búsqueda de respuestas apropiadas a los desafíos de su entorno social.

Anualmente el IMSS lleva a cabo un diagnóstico de necesidades de capacitación y actualización del personal en todas sus unidades médicas, a fin de realizar la programación de los cursos y requerimientos de becas para el personal beneficiario. El esfuerzo institucional al respecto es de gran magnitud,

pues permite que aproximadamente 25% de todo el personal involucrado en la atención a la salud tenga la oportunidad de asistir de los cursos de capacitación o actualización. Otro gran subconjunto de acciones educativas que se desarrolla en el IMSS es la formación de personal a nivel técnico, la educación formativa de las diferentes universidades del país, que en el lapso de un año realizan alguno de sus ciclos clínicos en el instituto, o las especialidades en las cuales en la educación no suele ser de corto plazo, a pesar de ello ha de llamar la atención que a pesar de los millares de actos educativos que se suceden año tras año, no parece ocurrir efectos correlativos ostensibles en los servicios prestados por la institución.

Para la profusión de cursos de todo tipo se esperaría mayor repercusión en el logro de servicios de salud de creciente efectividad y alcance, con una pertinencia cada vez mayor a las circunstancias cambiantes y, sin embargo, por numerosos indicios del dominio público, no es el caso.²

Esto generalmente es debido a las estrategias tradicionales de aprendizaje, en educación continua se orienta a cumplir dos propósitos: capacitar y actualizar a los médicos. *La capacitación* se refiere a las estrategias educativas que tienen como propósito habilitar al personal, para cumplir las disposiciones directivas, a fin de mejorar el desarrollo institucional. Teniendo como eje fundamental la productividad y la estandarización de las acciones; por medio de normas y procedimientos. *La actualización* debe ser selectiva y encauzarse a personal que culminó previamente un proceso de formación y tiene un perfil profesional: un ejemplo es el personal de salud que involucra a médicos, enfermeras y técnicos.

En cuanto a la *Formación* en fundamentos, destrezas, habilidades, actitudes y valores propios de una actividad profesional.^{2,3}

Leonardo Viniegra en “El desafío de la educación en el IMSS” lo expone en 2 vertientes muy importantes:

- a). Las características de la institución en tanto a conjunto de ambientes laborales donde el personal formado o capacitado se inserta.
- b). El tipo de educación predominante al que está expuesto el personal que acude a los diversos cursos.

Para entender a la educación que se ha desarrollado a lo largo de las últimas décadas, dos corrientes divergentes de pensamiento y acción en el campo educativo: la pasiva y la participativa. El criterio para su definición se centra en el papel del alumno ante el conocimiento: *espectador-consumidor* o *protagonista-elaborador*, extremos que incluyen todas las posibilidades educativas en cuanto a nivel, tipo, modalidades, variantes, matices, particularidades, estrategias o técnicas, donde componentes de cada uno de los extremos se combinan de diversas maneras.

La educación pasiva desvincula del quehacer cotidiano y en el mejor de los casos propicia la acumulación de la información sin discutir su valor o pertinencia, al desalentar o no estimular al alumnos a cuestionar, indagar y desarrollar un punto de vista propio, propicia el aprendizaje de técnicas fuera del contexto de su uso habitual; en donde la información que no ha sido criticada ni “filtrada” a partir de la experiencia o la realización de un quehacer especializado de manera estereotipada e irreflexiva. Los educandos no se involucran ni se sienten copartícipes en la superación de los problemas que enfrentan.^{1, 2, 3}

La perspectiva participativa de la educación tiene como condición de posibilidad la reflexión sobre la experiencia vital de quien aprende; en donde la clave del aprendizaje surge a partir del alumno, trasciende ampliamente lo que hoy en día se considera propio de la educación formal, teniendo como fundamento epistemológico lo que denominamos crítica de la experiencia, que amplía la idea de educación, la proyecta a la existencia misma en sus diversas

manifestaciones y propone otra forma de ser y vivir. Esto permite aprender a cuestionar y cuestionarse acerca del qué, el cómo, el por qué y el para qué de las situaciones problemáticas que percibe; buscar e indagar acerca de ideas, puntos de vista, estrategias de acción respecto a la problemática identificada; en esta visión se promueve que los alumnos externen propuestas a partir de su propia experiencia, para mejorar lo que se hace, lo cual los involucra en la solución de los problemas que enfrentan, los motiva a indagar las dudas que les surgen y les facilita profundizar en el desarrollo de sus habilidades.^{2,3}

También es importante la comprensión del ejercicio clínico en donde existen puntos de vista distintos: el dominio de técnicas, por un lado y atender lo que le aqueja al paciente, por el otro. En la concepción biológico-lesional fragmenta al paciente, excluye otras perspectivas integradoras y frecuentemente carece de elementos para explicar lo que sucede. La noción biopsicosocial, por su parte, es amplia e incluyente y aporta elementos para una práctica clínica de mayores alcances a favor del paciente, y sirve al médico para recordar que el paciente es algo más que una enfermedad, que parte de su problema es subjetivo, ello implica que todo individuo enferma de manera estrictamente individual.³

Es necesario precisar y tener en claro las diferencias entre la perspectiva teórica de la educación participativa basada en otra idea del conocimiento (elaboración por parte del alumno) y la propuesta pedagógica de cómo ejércela en situaciones concretas, está en una estrategia educativa promotora de la participación cuyo propósito es motivar, encauzar y orientar la experiencia reflexiva para la elaboración de su propio conocimiento, desarrollando aptitudes cognitivas que hacen posible la profundización de dicha elaboración.²

En el fortalecimiento del aprendizaje autónomo es imprescindible la reflexión crítica, para que cada quien pueda responsabilizarse de sí mismo y de las acciones emprendidas, con base en el reconocimiento de que somos falibles, en donde los errores representan oportunidades de mejoría.

Respecto a la clínica, se propicia el debate y la discusión de casos reales y problematizados como fuente de la diversidad del parecer del enfermo para proponer alternativas más promisorias, por ejemplo en el diagnóstico y tratamiento. La discusión dirigida de cierta manera que conduzca a la tolerancia, al gusto por aprender, partiendo de la idea que el conocimiento en medicina es un proceso inacabable de experiencias, en donde el ambiente institucional puede erigirse como facilitador o saboteador del pensamiento para la acción y de la acción para la transformación.³

En la perspectiva de la participación como conocimiento, las aptitudes tienen una naturaleza cognitiva o no son aptitudes; esto significa que una aptitud al ser un efecto interiorizado, estructurado y diferenciado del ejercicio de la crítica y autocrítica, hace posible que las situaciones problemáticas de la experiencia se vivan como desafíos de conocimiento y que las acciones derivadas se encuentren en permanente perfeccionamiento, con efectividad creciente, alcance progresivo y pertinencia cada vez mayor respecto al contexto, que le confiere amplia versatilidad para adecuarse a las situaciones cambiantes de la experiencia.

Estos modelos de educación se relacionan íntimamente con el ambiente educativo y este a su vez por uno más amplio la institución y la sociedad en la que prevalecen distintos dilemas: la exacerbación del individualismo más que la integración social, el sometimiento de la ciencia a la tecnología, la calidad en función de la novedad, deficiencia en la atención de las necesidades humanas, la preferencia por el consumo de conocimiento más que por la crítica, la subordinación al conocimiento establecido y el someter a otros al propio saber. Modificar estas condiciones de los ambientes (práctica rutinaria, burocratismo, etc.) resulta relevante para influir en la práctica clínica, sin la transformación favorable de los ambientes existe el riesgo de que las habilidades clínicas se deterioren.

De ahí la importancia por romper el círculo vicioso del paternalismo-pasividad-dependencia prevalente en el aprendizaje pasivo de distintos ambientes educativos, para lograrlo, se requiere de cursos diversos que vayan conformando ambientes en los cuales emerjan la reflexión y la indagación para que el aprendizaje de la clínica surja de alternativas más promisorias.³

En el modelo educativo tradicional pretende generalmente tratar u otorgar la consulta a los pacientes complicados o de difícil control, en cambio el modelo actual que se propone es un método reflexivo en donde se profundice en el desarrollo de habilidades clínicas y resuelva satisfactoriamente problemas cotidianos de salud. Con diseño en base a cumplir los siguientes propósitos:

1. Que en el proceso educativo resuelva problemas de salud frecuentes de la práctica clínica cotidiana, que constituyen las necesidades de salud de la población.
2. Que se oriente a recuperar la cultura del médico en el desarrollo de habilidades clínicas como son el interrogatorio, exploración, solución de casos y revisión del expediente clínico, con una perspectiva ética en la relación médico-paciente y médico-médico.

En cuanto a los objetivos de la estrategia educativa se mencionan de los más destacados y emergentes:

- Propiciar el aprendizaje de la clínica y mejorar la actuación y aptitud clínica.
- Propiciar la autocrítica y la indagación de qué se hace y cómo se hace en la práctica clínica.
- Resolver problemas de diagnóstico, tratamiento e interconsulta que aporten beneficio directo al paciente.
- Fomentar la reflexión en la relación médico paciente y médico-médico.

- Mejorar el registro en el expediente clínico.
- Promover la interacción entre los niveles de atención.³

Enfocando la importancia de la reflexión crítica que cada paciente es distinto, aprender a dudar de las propias certidumbres, hacer todo lo posible por evitar errores, aquilatando sus deficiencias para corregirlas, lo que ayuda a ofrecer la mejor atención.

Por otro lado el deslumbramiento por la tecnología ha llevado a médicos y a pacientes a no reflexionar sobre la eficacia real de los aparatos, a no cuestionar sus limitaciones, y eventualmente se han expuesto a riesgos innecesarios.¹

Por contraste, el concepto de competencia o destreza enfatiza lo técnico de las acciones, pierde de vista que la clave está en desarrollar el potencial cognitivo de la experiencia, donde el dominio de la técnica tiene un lugar subordinado.²

En México, la teoría de la educación participativa, en la que el alumno es protagonista en la elaboración de su propio conocimiento, es aportada por Viniegra como ya se mencionó anteriormente, quien en sus fundamentos teóricos ofrece un rescate de la experiencia sustentada en la crítica. En sus publicaciones destaca el desarrollo gradual de habilidades complejas que el alumno va reelaborando. Se considera que las aptitudes propias de la elaboración del conocimiento son formas diferenciadas de la crítica y pueden definirse como aptitudes metodológicas o prácticas.⁴

Las metodológicas son generales, propias de cualquier ámbito de la experiencia, tienen un carácter lógico racional predominante ya que se ejercen sobre objetos teóricos o empíricos, se ubican la lectura crítica de textos teóricos o de informes de investigación educativa o factual. Las generales son específicas, propias de cierto ámbito de la experiencia, tienen un carácter

estratégico ya que implican la interacción e influencia deliberada sobre otras personas.² Ambos tipos de aptitudes se desarrollan entrelazadas ya que no pueden alcanzar un alto nivel de prestancia si están dissociadas. Las metodológicas adquieren su sentido en ámbitos de experiencia específicos; es decir, entreveradas con las aptitudes prácticas, y éstas requieren la crítica metódica (aptitudes metodológicas) para su perfeccionamiento.²

Dentro de las aptitudes metodológicas se encuentran las siguientes:

Aptitud para la crítica en el universo de las ideas (crítica de obras y propuestas teóricas).

Aptitud para crítica en el mundo de los acontecimientos y los hechos (informes de investigaciones factuales).

Aptitud para la elaboración en el universo de las ideas (investigación teórica)

Aptitud para la elaboración en el mundo de los acontecimientos y de los hechos (investigación factual).

Las aptitudes prácticas destacan en el campo de la salud: la clínica (o sus equivalentes en otras profesiones relacionadas) y la docente, se cree que las aptitudes prácticas se pueden desarrollar más tempranamente debido a esa experiencia vivencial personal, es recomendable que se vinculen al mismo tiempo con el desarrollo de las aptitudes metodológicas.

Cuando se desarrollan estrategias promotoras de la participación para aptitud clínica, el alumno lleva a cabo su tarea con la resolución de guías elaboradas ex profeso en casos clínicos reales problematizados que exploran los indicadores de aptitud clínica y con enunciados que lo desafían, motivándolo a la búsqueda y crítica de la información pertinente, con lo que elaboran paulatinamente el conocimiento.⁴

La aptitud clínica es el conjunto de capacidades para la identificación de signos y síntomas, mediante su grado de pericia para afrontar con éxito problemas clínicos con base en la reflexión y la crítica en diferentes situaciones clínicas, con el uso de recursos de diagnóstico, terapéuticos y en la observación de las conductas iatrogénicas por omisión y comisión,^{5,1} así como enriquecer la experiencia clínica, influir positivamente en las situaciones cambiantes de la medicina, y del paciente que conduzca a mejorar su calidad de vida.¹

Evaluar la aptitud clínica es comparar una medida con un estándar o patrón y emitir un juicio basado en esa comparación, Viniegra y colaboradores en México han desarrollado y perfeccionado instrumentos para la medición de competencias clínicas.⁵

Salazar y Jiménez estudiaron la aptitud clínica en internos de pregrado, como resultado de dos focos educativos, con resultados benéficos de la propuesta educativa promotora de participación.⁶ Arredondo, Castillo y Sánchez, realizaron un estudio en donde demostraron un incremento en la aptitud clínica en los residentes de ortopedia y traumatología en el tratamiento del paciente politraumatizado.⁷

Gómez, García y Barrientos en un estudio de aptitud clínica del médico de atención primaria en Diabetes Mellitus no encontró diferencia significativa en la aptitud clínica entre los médicos generales, especialistas en medicina familiar y especialistas certificados.⁸ Valencia y Leyva realizaron un estudio en urgencias cardiovasculares en médicos residentes, donde la estrategia educativa mostró ser superior^{9,10}

Múltiples estudios han demostrado que un adecuado control de la diabetes y el diagnóstico temprano en la alteración de la filtración glomerular permiten tomar medidas nefroprotectores que retarden o eliminen el progreso a enfermedad renal terminal.

Lo anterior demuestra las posibilidades de estrategias alternativas para una formación más profunda y sólida en los médicos familiares, sobre todo en el crecimiento desmesurado de la diabetes mellitus y la nefropatía.¹¹

Cabrera-Pivaral C.E en el 2005 realizó un estudio para medir la aptitud en médicos familiares con un caso clínico de un enfermo con DM2 y nefropatía inicial concluyendo que el 8% de los médicos familiares reúne la aptitud para el manejo de la nefropatía inicial del diabético.¹²

Cortés-Sanabria y colaboradores en un ensayo controlado en el 2008 proponen que una intervención educativa en los médicos de familia es factible y eficaz para mejorar el control de los pacientes con nefropatía diabética, aumenta su competencia clínica, consigue un uso de fármacos más correcto y mejora la función renal. De ahí la importancia del abordaje integral de los médicos familiares, el intentar mejorar la competencia clínica de estos profesionales y medir los resultados en el control de los pacientes diabéticos con nefropatía diabética.¹³

Martínez Ramírez H. realizó un estudio de cohorte en donde a los médicos familiares se les dio entrenamiento durante 6 meses sobre casos clínicos de nefropatía diabética mediante la reflexión y la acción, en comparación con médicos familiares que no recibieron el entrenamiento, su aptitud clínica mejoró en aquellos que recibieron el entrenamiento. Los niveles de aptitud clínica encontrados en el grupo estudiado son similares a los obtenidos por otros autores, coinciden en que las estrategias educativas participativas incrementan el nivel de aptitud de los médicos participantes.¹⁴

Con una aptitud clínica favorable se pueden implementar medidas efectivas para retardar la progresión del daño renal, sin embargo la formación médica de pre y posgrado del médico familiar se ha basado en una educación pasivo receptiva consistente en teorías y prácticas controladas, teniendo sus

experiencias prácticas con frecuencia en hospitales donde el tipo de enfermos y el enfoque de su tratamiento son diferentes a los que se encontrará posteriormente en la práctica clínica diaria. También se destacó la falta de una aptitud clínica del médico para el manejo de la nefropatía diabética y su prevención, en cuanto su ambiente laboral, social, y cultural, convirtiéndolo en solo un expedidor de recetas.¹⁴

En México, la calidad de la atención proporcionada por el primer nivel de atención se ha considerado subóptima, influyendo factores como una aptitud médica limitada en identificar enfermedades que si bien se encuentran dentro del terreno especializado, por su prevalencia alta, debe ser identificada y tratada adecuadamente por el médico familiar.¹⁵

En la actualidad la educación tiene que modificar sus estrategias, así como desarrollar nuevas con la finalidad de mejorar la calidad y atención de la salud a quienes se les atiende en el primer nivel de atención, así como cumplir las expectativas individuales de los médicos familiares. Existe un modelo de aprendizaje en donde la pasividad y la sumisión predeterminada por el maestro permanece por el ya conocimiento establecido, entorpeciendo la creatividad y la innovación llamada idea conductista, deteniendo el progreso y sobre todo la participación.¹

De tal manera que los problemas de salud actual como son las enfermedades cronicodegenerativas están inmersas en la capacidad que tengamos como médicos familiares para resolver problemas emergentes como este, por ello a continuación se describirá brevemente la nefropatía diabética, la importancia de su diagnóstico, ya que para la realización del presente trabajo y para conocer la aptitud de los médicos familiares ante esta complicación microvasculares de la diabetes se aplicó un instrumento con casos clínicos en donde se permitió al médico familiar una reflexión y crítica de indicadores de factores de riesgo,

integración diagnóstica , uso de paraclínicos y recursos terapéuticos en dichos casos clínicos.

La Diabetes Mellitus constituye uno de los problemas actuales de salud mundial, debido al envejecimiento de la población con predisposición genética para padecer la enfermedad, los cambios en el estilo de vida, así como la obesidad, el tabaquismo y la dieta hipercalórica, estos factores de riesgo incrementan la aparición de complicaciones micro y macrovasculares conforme avanza la historia natural de la enfermedad.¹⁶

Los factores de riesgo modificables para desarrollar nefropatía diabética se encuentra en primer lugar la hiperglucemia, seguido de la obesidad, la dislipemia, un mal control de la tensión arterial, y el tabaquismo. Y los factores no modificables como la etnicidad, la incidencia son 2.5 veces mayor en los pacientes diabéticos de raza negra, en los maoríes australianos, en los estadounidenses de origen mexicano, y asiáticos.

En cuanto al factor sexo, los hombres predominan entre los pacientes diabéticos con Diabetes Mellitus tipo 2 y macroalbuminuria, existiendo una mayor progresión hacia la nefropatía en hombres blancos que en las mujeres. Por último, los hijos no diabéticos de padres con nefropatía diabética tienen mayor excreción de albúmina que los hijos de padres diabéticos sin afectación renal o los controles no diabéticos.^{16, 17, 8, 19, 20}

Dentro de las complicaciones microvasculares de la diabetes mellitus se encuentra a la nefropatía diabética presentándose tanto en Diabetes Mellitus tipo 1 y Diabetes Mellitus tipo 2, su primera manifestación se caracteriza por la aparición de microalbuminuria, así como del índice de perfusión glomerular, evolucionando desde microalbuminuria a proteinuria e insuficiencia renal terminal.

Se manifiesta entre los 15 y 20 años de evolución de diabetes, su prevalencia al momento del diagnóstico en pacientes con Diabetes Mellitus 2 es de 5 a 10%, a los 20 años de evolución es de 25% y el 20% de los pacientes desarrollarán insuficiencia renal crónica a los 10 años de diagnóstico, según la Encuesta de Salud 2000.^{16, 19, 20}

La nefropatía diabética se define como la reducción progresiva e irreversible del filtrado glomerular, el mecanismo principal de daño renal es por la proteinuria produciendo hipertensión capilar glomerular, aumento de la permeabilidad capilar a proteínas plasmáticas e incremento de su filtración glomerular, al existir un exceso de reabsorción tubular de estas proteínas se acumulan en las células de los túbulos proximales, provocando liberación de citoquinas inflamatorias que inducen fibrosis, daño renal y finalmente, disminución de la masa de nefronas.^{16, 17}

La Organización Mundial de Salud calcula que la prevalencia de diabetes en el mundo es de 171 millones de pacientes y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030. En estudios realizados en la década pasada se previó que la prevalencia se encontraba entre 8 y 9% en la población mexicana, y se calcula que podrá llegar al 12.3% en el año 2025.¹⁹

Friedman EA y colaboradores analizaron la evolución de la Diabetes Mellitus y la nefropatía diabética en Estados Unidos entre los años 1984 y 2003, teniendo nuevos casos de diabetes mellitus eran 16,000 pacientes por año en 1984 y aumentando a 43,000 pacientes por año en 2003.^{15,21}

En México más de 12 millones de personas se saben enfermos y un 35% que está enfermo no lo sabe, y ocupa el noveno lugar de diabetes en el mundo, 13 de cada 100 muertes en México son provocadas por la diabetes, es la primera causa de insuficiencia renal crónica, llegando a estimar que un paciente

diabético tiene 20 veces más probabilidad de desarrollar insuficiencia renal crónica de aquella persona que no lo es.²⁰

Hidalgo tiene una prevalencia de 6.9%, ubicado en los 3 últimos estados de la República Mexicana.²⁰ Los derechohabientes atendidos en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y el Instituto Mexicano del Seguro Social tuvieron la prevalencia más alta 11.1 y 8%.²⁰ Según los resultados de la encuesta nacional de salud 2000 el Instituto Mexicano del Seguro Social destino aproximadamente 15,000 mil pesos para la atención de cada uno de los derechohabientes con diabetes.¹⁹ Ocupando así la enfermedad renal 12.3% como complicación de la diabetes. De acuerdo a la Fundación Mexicana del Riñón, en el año 2005 existían 8.3 millones de personas con insuficiencia renal leve y 128,000 con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes mellitus.²²

En las fases iniciales de la nefropatía diabética, los pacientes pueden estar asintomáticos. Cuando existe una disminución del Filtrado Glomerular Renal por debajo de 30 ml/min, aparecen síntomas como astenia y malestar general, o por anemia secundaria a déficit de eritropoyetina, así como alteraciones hidroelectrolíticas como acidosis o hiperpotasemia, y alteraciones en el metabolismo calcio-fósforo. Cuando existe un Filtrado Glomerular Renal de 15 ml/min suelen aparecer síntomas digestivos náusea, anorexia, cardiovasculares: edema, cardiopatía isquémica, y neurológicos: insomnio, déficit de concentración. Después de esta cifra es necesaria la diálisis para evitar complicaciones mayores.¹⁷

La detección de microalbuminuria es el método de escrutinio para nefropatía temprana, ya que además de ser un marcador de disfunción endotelial, se asocia con un alto riesgo de progreso hacia una etapa más avanzada de nefropatía, que se caracteriza por proteinuria.^{16,17}

- 1.- Se puede detectar mediante orina tomada durante 24 hrs para calcular el índice de excreción de albúmina.
- 2.- Mediante una muestra de orina tomada en la mañana para medir la concentración de albúmina por medio de tiras reactivas.
- 3.- Midiendo la proporción albumina creatinina.
- 4.- Muestras de orina tomadas por la noche y por la mañana o con 4 horas de diferencia.¹⁷

Se define normoalbuminuria menos de 30mg/día en orina de 24 hrs; microalbuminuria entre 30 y 300 mg/día y macroalbuminuria, más de 300 mg/día. Con la importancia que no se debe determinar que existe microalbuminuria en las siguientes situaciones: infecciones urinarias, hematuria, fiebre, ejercicio intenso, hiperglucemia grave, hipertensión arterial descompensada o insuficiencia cardiaca no compensada.¹⁵ Por medio de fórmulas: La creatinina plasmática no es parámetro ideal para medir la función renal, especialmente en el diabético, es por ello que se estima el filtrado glomerular mediante fórmulas, las más utilizada es la de Cockcroft y Gault.¹

La National Kidney Foundation la clasifica en 5 estadios de acuerdo a la función de filtrado glomerular renal:¹⁷

Tabla 1. Estadios de la National Kidney Foundation.

ESTADIO	DESCRIPCIÓN	FILTRADO GLOMERULAR RENAL
I	Daño renal con filtración glomerular renal normal	> 90 ml/min
II	Leve	60-89 ml/min
III	Moderado	30-59 ml/min
IV	Severo	15-29 ml/min
V	Fallo Renal	< 15 ml/min

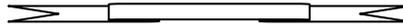
Estos estudios se recomiendan realizar anualmente en todos los pacientes con Diabetes Mellitus tipo2 desde el momento del diagnóstico y en los Diabetes Mellitus Tipo1 con más de 5 años de evolución ^{15, 16, 18}

La nefropatía diabética se caracteriza por cambios del nivel de albuminuria como en el filtrado glomerular, inicia generalmente con una hiperperfusión, aumento en la depuración de creatinina, el cual produce microalbuminuria, esta hiperperfusión puede continuar en la fase de microalbuminuria o se puede normalizar antes que se manifieste la nefropatía diabética, constituida por un mayor aumento de la albuminuria y un decline progresivo del Filtrado Glomerular Renal. ^{20, 23}

Al abordar la aptitud clínica como análisis de la educación de los médicos familiares nos revela como es su práctica clínica, en especial el criterio y de la toma de decisiones en la atención de pacientes con nefropatía diabética, poniendo de manifiesto las circunstancias que les afectan y determinan en su desempeño diario. Esta reflexión se hace con el propósito de capitalizar la experiencia y así construir su propio conocimiento respecto del manejo clínico del diabético tipo 2 con nefropatía, para finalmente decidir acerca del manejo de los factores y condiciones de los casos presentados con el fin de evitar la progresión renal.

En la medida en que se oriente a valorar el estado actual de la aptitud clínica en los médicos familiares se estará en posibilidades de avanzar, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes con nefropatía diabética. ^{15, 17}

III.JUSTIFICACIÓN



ÁREAS ESPECÍFICAS

Justificación teórica.- La realización de esta investigación, permitió identificar y conocer el nivel de aptitud clínica que tienen los médicos familiares, y los médicos generales en función como médicos familiares en el tratamiento de pacientes con nefropatía diabética, ya que a pesar de existir publicaciones a nivel nacional sobre esta patología, en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS en Pachuca, Hgo no se ha realizado investigación alguna sobre este tema, lo que permitió tener un enfoque más adecuado sobre nuestros médicos familiares ante esta complicación que aumenta día a día.

Justificación metodológica.- Al realizar esta investigación se obtuvo como aportación conocer el nivel de aptitud clínica en nefropatía diabética por medio del instrumento de autoaplicación “Instrumento para medir la Aptitud Clínica del Médico Familiar en el manejo del paciente con Nefropatía Diabética Temprana” validado por el Dr. Carlos Enrique Cabrera Pivaral, Director de Educación e Investigación, Unidad Médica de Alta Especialidad, UMAE, Hospital de Especialidades, IMSS, Jalisco, en el año 2005, publicado en la Revista de Investigación Clínica Volúmen 57, Número 5 en el mes de Septiembre-October, 2005.

Justificación práctica.- Los resultados de esta investigación permitieron en la práctica de los médicos familiares el uso oportuno de recursos, así como un diagnóstico y tratamiento óptimo de la nefropatía diabética, así como envío temprano al segundo nivel de atención

.

ASPECTOS METODOLÓGICOS:

Pertinencia: La nefropatía diabética es una de las complicaciones de la diabetes mellitus y una de las causas principales de enfermedad renal en la mayoría de los países desarrollados, además del incremento en su incidencia y prevalencia en los países en vías desarrollo. Siendo una de las principales causas de mortalidad en México y en el Instituto Mexicano del Seguro Social es importante la identificación, el diagnóstico y el tratamiento oportuno por el médico familiar, obteniéndose estos datos por medio del nivel de aptitud clínica el cual brindó un enfoque global sobre esta patología, y con ello retardar el tratamiento sustitutivo.

Magnitud: Debido a la importancia de esta patología y el impacto a nivel de salud pública y social es importante realizar el presente trabajo, con la finalidad de conocer la aptitud clínica de los 48 médicos familiares en el HGZ y MF No.1 y los 21 médicos familiares de la UMF No. 32 del IMSS de Pachuca, Hidalgo para promover estrategias de mejora continua en la enseñanza, lo que permitió generar conocimiento tanto a nivel de residencias médicas como en los médicos familiares adscritos en esta institución, y así otorgar al paciente diabético una mejor calidad de atención y sobre todo en la prevención de una de las complicaciones más demandantes y costosas como es la nefropatía diabética para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Trascendencia: Al realizar esta investigación e identificar los conocimientos y la aptitud clínica en los médicos familiares nos permitió un mejor control en los pacientes con nefropatía diabética, considerada como un problema de salud pública, así como tener un impacto importante a nivel epidemiológico, aportando al área médica el envío oportuno al médico internista para una valoración anual, así como ajuste del tratamiento médico o inicio de protocolo en caso de ameritar tratamiento sustitutivo.

Factibilidad: Se contó con los recursos humanos, operativos, técnicos y económicos necesarios para realizar y cumplir con los objetivos, permitiendo que esta investigación fuera factible.

Congruencia: Esta investigación fue coherente y con relación lógica. Al utilizar el instrumento de autoaplicación en donde se identificó el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares, y la utilización de recursos, a través de métodos paraclínicos, de diagnóstico y de tratamiento para la nefropatía diabética.

Político - administrativa: Al considerar que la nefropatía diabética está dentro de los primeros lugares de mortalidad, se justificó médicamente el estudio de este problema, lo cual es acorde con la política y administración del gobierno actual. Esta investigación es de carácter metodológico, organizado y con propósito de generación de conocimientos.

Plausibilidad: Esta investigación es atendible, admisible y recomendable.

Aspectos éticos: Por razones éticas se identificó el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares de la nefropatía diabética para obtener un mejor control de esta patología.

Motivo por el cual surgió la necesidad de realizar el presente trabajo, con la finalidad de conocer la aptitud clínica de los médicos familiares en el HGZ y MF No.1 y UMF No. 32 del IMSS de Pachuca, Hidalgo para promover estrategias de mejora continua en la enseñanza tanto a nivel de residencias médicas como en los médicos familiares adscritos en esta institución, y así otorgar al paciente diabético una mejor calidad de atención y sobre todo en la prevención de una de las complicaciones más demandantes y costosas para el IMSS.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, las enfermedades crónicas degenerativas son la primera causa mundial de morbilidad en el adulto, con repercusión socioeconómica devastadora en los sistemas de salud, con secuelas incapacitantes, dentro de estas enfermedades se encuentra la diabetes mellitus y como una de las complicaciones microvasculares importantes está la nefropatía diabética, siendo muy difícil el manejo de estos enfermos. Los altos costos humanos, sociales y económicos, justifican su prevención y tratamiento correctos. Corresponde a los servicios de salud de la atención primaria, tomar el papel protagónico en el tratamiento de esta enfermedad, pues con sus intervenciones tempranas pueden prevenir o retrasar el desarrollo de la nefropatía diabética.

Las instituciones de la salud aportan profesionales de la salud como son los médicos familiares quienes deben estar capacitados para enfrentar dicha problemática, para tratar y rehabilitar oportunamente al paciente con nefropatía diabética, mediante estrategias educativas participativas en beneficio para los pacientes con esta complicación.

Por lo que surgió la siguiente pregunta:

- ¿Cuál es la aptitud clínica de los médicos familiares en el manejo de la nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo?

Preguntas específicas:

- ¿Cuál es la aptitud clínica de los de los médicos familiares en el manejo de la nefropatía diabética según la antigüedad laboral del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo?

- ¿Cuál es la aptitud clínica de los médicos generales (sin especialidad) en función como médico familiar en el manejo de la nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo?
- ¿Cuál es la aptitud clínica de los médicos con especialidad de medicina familiar en el manejo de la nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo?
- ¿Cuál es la aptitud clínica de los médicos familiares en el manejo de la nefropatía diabética por unidad sede de estudio del IMSS de Pachuca, Hidalgo?

V.OBJETIVO GENERAL

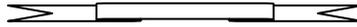
- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares en la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares para la atención del paciente con nefropatía diabética según el sexo del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.
- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares para la atención del paciente con nefropatía diabética según la antigüedad laboral del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.
- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos generales (sin especialidad) en función como médico familiar para la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.
- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos con especialidad de medicina familiar para la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.
- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares que laboran en turno matutino y vespertino de medicina familiar para la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.

- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares para la atención del paciente con nefropatía diabética por unidad sede de estudio del IMSS de Pachuca, Hidalgo.
- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares para la atención del paciente con nefropatía diabética por tipo de contratación del HGZyMF No.1 y UMF 32 del IMSS de Pachuca, Hidalgo.

VI.HIPÓTESIS



- Cabe señalar que esta investigación fue de tipo transversal y las hipótesis se escribieron como ejercicio del estudio y aplicación de los conocimientos teóricos de la materia.
- El nivel de aptitud clínica de los médicos familiares es determinante para la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo

HIPOTESIS NULA

- El nivel de aptitud clínica de los médicos familiares no es determinante para la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.

HIPOTESIS ALTERNA

- El nivel de aptitud clínica de los médicos familiares es determinante para la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.

VII.MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, y comparativo.

UNIVERSO DE ESTUDIO

- Fue conformado por el total de médicos familiares del primer nivel de atención del HGZyMF No.1 y UMF No.32 del IMSS de Pachuca Hidalgo.
- Médicos generales (sin especialidad) en funciones como médicos familiares del HGZyMF No.1 y UMF No.32 del IMSS de Pachuca Hidalgo, que decidieron participar en el estudio previo consentimiento informado.

LUGAR DE ESTUDIO

Se realizó en el HGZyMF No. 1 y UMF No.32, del IMSS en Pachuca, Hidalgo.

PERIODO DE ESTUDIO

Del 15 de Noviembre del 2010 al 30 de Diciembre del 2010.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Médicos familiares que laboren en el HGZyMF No. 1 del IMSS, Pachuca, Hgo.
- Médicos familiares que laboren en la UMF 32 del IMSS, Pachuca, Hgo.
- Con turno matutino.
- Con turno vespertino.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Médicos familiares que laboren en el servicio de urgencias.
- Médicos familiares que laboren en el turno nocturno.
- Médicos familiares que se encuentren de vacaciones.
- Médicos familiares que se encuentren con permiso o becados en el momento de la recolección de la información.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Médicos familiares que una vez seleccionados no estuvieron en el momento del estudio o se hubieran negado a participar.
- Médicos familiares que no firmaron el consentimiento informado.
- Médicos familiares que no contestaron completo el cuestionario.

VIII.DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente: Aptitud clínica.

Definición conceptual: Es la capacidad del médico familiar para identificar situaciones clínicas problemáticas de su experiencia clínica, de complejidad variable, donde debe discriminar y optar entre alternativas de interpretación, decisión y acción, diferenciando entre lo apropiado, oportuno y útil de lo inapropiado, inútil o perjudicial en pacientes con nefropatía diabética, debe poner en juego su propio criterio.

Definición operacional: 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 de cada caso en particular.

Se valoró con los siguientes indicadores:

1. Reconocimiento de factores de riesgo. Se refiere a la existencia demostrada de antecedentes o condiciones actuales del paciente que, sin formar parte de un padecimiento, hacen más probable su aparición o que éste se agrave. Incluye antecedentes: sociodemográficos, hereditarios, personales patológicos y no patológicos e intrahospitalarios (por procedimientos, estancias y esquemas terapéuticos farmacológicos).
2. Reconocimiento de datos clínicos y paraclínicos. Existencia de un dato clínico o paraclínicos que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la enfermedad en cuestión, que abarca estados avanzados de la enfermedad y sus complicaciones.

3. Utilización de estudios paraclínicos. La indicación adecuada de los recursos de laboratorio que potencialmente resultan benéficos para precisar un diagnóstico con el mínimo posible riesgo de daño para el paciente.

4. Integración diagnóstica. Elementos de un caso clínico que concuerdan con el cuadro propio de la identidad nosológica propuesta como diagnóstico.

5. Utilización de recursos terapéuticos. Se refiere a la toma de decisiones que representa una de las capacidades de mayor complejidad. Comprende la elección de cierto recurso terapéutico o preventivo a partir de su mayor efectividad comparado con otros recursos, su menor riesgo de morbilidad, su mayor facilidad de administración.

6. Medidas de seguimiento. Procedimientos o medidas pertinentes para la vigilancia y control del paciente descrito a corto, mediano y largo plazo, que incluyen el control médico permanente a través de la consulta externa por parte del médico familiar, con sus respectivas valoraciones por especialistas afines.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal

Indicador: Nivel I.-Definidos por el azar <23 puntos; II.- Nivel muy bajo de 24 a 49 puntos; III.- Nivel bajo de 50 a 75 puntos; IV.- Nivel regular de 76 a 100 puntos; V.- Nivel alto de 101 a 125 puntos; VI.- Nivel Muy alto 126 a 150 puntos

VARIABLE INDEPENDIENTE: Sexo

Definición conceptual: Fenotipo del humano con sus características físicas, biológicas y sociales que establecen diferencias entre el hombre y la mujer.

Definición operacional: Se preguntó directamente al médico si fue hombre o mujer mediante el instrumento de aplicación.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición: Nominal.

Indicador: Hombre, Mujer.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Especialidad.

Definición conceptual: Rama de la Medicina que cualifica al profesional para una determinada práctica mediante un programa avanzado de estudios.

Definición operacional: Se preguntó directamente al médico si realizó especialidad en medicina familiar o no mediante el instrumento de aplicación.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de Medición: Nominal

Indicador: Médico Familiar, Médico general.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Antigüedad laboral.

Definición Operacional: Periodo de tiempo que un trabajador lleva vinculado a una empresa.

Definición conceptual: Se preguntó directamente los años de práctica como médico familiar o médico general en el IMSS en el instrumento de aplicación.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de medición: Nominal

Indicador: Edad de años trabajados (1, 2,3...)

VARIABLE INDEPENDIENTE: Turno de trabajo.

Definición Operacional: Es el método de organización del trabajo en el cual la cuadrilla, grupo, o equipo de colaboradores se sucede en los mismos puestos de trabajo para realizar la misma labor; trabajando cada cuadrilla, grupo o equipo cierto tiempo o "turno" con el fin de que la empresa pueda mantener la actividad durante mayor tiempo que el fijado por jornada o cada trabajador.

Definición conceptual: Se preguntó al médico las horas de comienzo y finalización del turno mediante el instrumento de medición.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de Medición: Nominal.

Indicador: Matutino, Vespertino.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Unidad sede.

Definición Operacional: La Unidad de Medicina Familiar perteneciente al Primer Nivel de Atención del IMSS, proporciona servicios asistenciales, administrativos y educativos a población derechohabiente.

Definición Conceptual: Se preguntó directamente al médico a la unidad de atención médica en donde se encontró laborando mediante el instrumento de aplicación.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Escala de Medición: De razón.

Indicador: HGZ y MF No.1, UMF 32.

TAMAÑO DE MUESTRA

No se realizó debido a que se tomó como tamaño de muestra el 100% de los médicos familiares del turno matutino y vespertino del HGZyMF No.1 y UMF 32.

IX.DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. Se presentó ante el comité, el estudio de investigación con título “Aptitud clínica de Médicos Familiares en el manejo de nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF No. 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo”, con número de registro R-2011-1201-1
2. El estudio se realizó en un periodo comprendido del 15 de Noviembre 2010 al 30 de Diciembre del 2010 en los 48 médicos Familiares del HGZ Y MF NO.1 y los 21 médicos familiares de la UMF No. 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo, que cumplieron con los criterios de inclusión.
3. Se explicó a los médicos familiares en qué consistió el estudio, y se pidió su autorización para firmar el consentimiento informado; en caso de aceptación se realizó el instrumento de autoaplicación al iniciar su jornada de trabajo y se recogió al terminar su jornada laboral, con la finalidad de no interrumpir las consultas ya programadas.
4. Para el registro de datos se utilizó un instrumento de autoaplicación validado en el año 2005 el cual se reprodujo con la autorización de su elaborador: Dr. Carlos Enrique Cabrera Pivaral, Director de Educación e Investigación, Unidad Médica de Alta Especialidad, UMAE, Hospital de Especialidades, IMSS, Jalisco, el cual consiste en 4 casos clínicos los cuales constan de 150 reactivos: 30 para factores de riesgo, 40 para integración diagnóstica, 40 para uso global de paraclínicos y 40 para uso global de recursos terapéuticos, con

un índice de confiabilidad de Kuder-Richardson de 0.74. Cada respuesta vale un punto, una respuesta correcta suma un punto, una respuesta incorrecta resta un punto y la respuesta no sé es igual a cero. El resultado se obtuvo de la suma de las respuestas correctas a las que se restaron las incorrectas.

El nivel de la medición de la aptitud clínica se integró con los siguientes grados:
Nivel I.-Definidos por el azar <23 puntos; II.- Nivel muy bajo de 24 a 49 puntos;
III.- Nivel bajo de 50 a 75 puntos; IV.- Nivel regular de 76 a 100 puntos; V.-
Nivel alto de 101 a 125 puntos; VI.- Nivel Muy alto 126 a 150 puntos.

5. Una vez concluido el periodo de recolección de datos se realizó el análisis de los resultados para posteriormente obtener las conclusiones.

X. ANÁLISIS ESTADÍSTICO



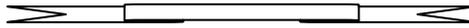
Se llevó a cabo un análisis descriptivo para obtener frecuencias simples y distribuciones porcentuales de las características de los sujetos de estudio, media, moda, mediana, desviación estándar y porcentaje de variables continuas con distribución normal, así como prevalencias con intervalo de confianza al 95%.

Para variables continuas se utilizó con T de Student o U de Mann Witney para la comparación de variables continuas.

En el análisis bivariado se realizó las razones de prevalencia de la aptitud clínica de los médicos familiares y médicos generales con las variables unidad de adscripción, si tienen o no especialidad, género, tipo de contratación, años de antigüedad laboral, turno laboral, año de egreso de la especialidad y edad, calculando intervalos de confianza al 95%, se utilizó la prueba estadística chi cuadrada y se consideraron significativos los valores de $p < 0.05$.

Para el análisis multivariado se realizó un modelo de regresión logística con las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows, STATA versión 9.0 para Windows.

XI.ASPECTOS ÉTICOS



En Base a la declaración de Helsinki, Filadelfia en 1964, la Asociación Médica Mundial, leyes y códigos de México, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción I, ésta investigación fue de “Riesgo Mínimo”, por lo que una vez sometido a consideración y autorización del Comité de Investigación local se solicitó consentimiento informado a los médicos familiares participantes en el estudio.

Ley General de Salud, Título segundo de los aspectos éticos en investigación de los seres humanos, capítulo I, se considera: Investigación sin riesgo, ya que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental sin manipulación de variables.

XII.RECURSOS HUMANOS MATERIALES Y FINANCIEROS

RECURSOS HUMANOS

Investigador: Melina Durán Gómez. Médico Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.

Asesor Metodológico: Dr. Carlos B. Armenta Hernández. Médico Epidemiólogo.

Asesor Clínico: Dr. Andrés Olguín Baños. Médico Internista.

RECURSOS MATERIALES

- a) Hojas blancas.
- b) Una computadora portátil.
- c) Una impresora.
- d) Lápices y bolígrafos.
- e) Paquete estadístico SPSS y STATA 9.0

RECURSOS FINANCIEROS

Todos los gastos los realizó el investigador.

FACTIBILIDAD

Fue factible debido a que se realizó en médicos familiares del HGZy MF No.1 del IMSS en Pachuca, Hgo. Se contó con los siguientes medios: diagnóstico conocido por el IMSS de nefropatía diabética sin utilizar recursos de laboratorio, revisión del expediente médico para el cual se utilizó un cuestionario de bajo riesgo para el médico familiar previamente validado en el año 2005 y con permiso del autor para aplicarlo en esta institución.

XIII.RESULTADOS



Con base en las respuestas que emitieron los 56 médicos adscritos a las unidades médicas H.G.Z.M.F. No. 1 de Pachuca, Hgo, y la UMF No. 32 de Pachuca, recopiladas en los cuestionarios con 150 reactivos diseñados para investigar la “aptitud clínica de médicos familiares ante pacientes con nefropatía diabética”, se procedió al procesamiento de los datos, mismos que se presentan con mayor detalle en los gráficos y tablas anexos; a continuación, se efectúa el análisis y descripción, tomando como base los estratos seleccionados y diferenciados conforme al concepto que sirve de encabezado, y describiendo los datos más sobresalientes de los 150 ítems.

Se encuestaron a 41 médicos del HGZ y MF No.1 (73.2%) y 15 (26.8%) médicos de la UMF 32 respectivamente para cada unidad, del total 28 (50%) fueron médicos generales y el otro 28 (50%) fueron médicos familiares (Gráfica 1 y 2).

Los años de egreso de la especialidad de medicina familiar que predominó con 8 egresados (14.4%) fue en los años del 2002 al 2006 y 1987 a 1991 con el mismo porcentaje, posteriormente del año 2007 al 2011 con un 7 egresados (12.6%), y en los años 1997-2001 3 egresados (5.4%), los años de especialidad que tuvieron menos egresados fueron del año 1992 a 1996 solo 2 (3.6%) (Gráfica 3).

En cuanto al sexo hubo un predominio del sexo femenino 29 médicos (52%) con respecto al sexo masculino 27 médicos (48%) (Gráfica 4).

Más de la mitad 50 médicos (89.3%) refirieron trabajar con contrato de base y solo 6 médicos (10.7%) con tipo de contratación eventual (Gráfica 5).

Se encontró una proporción similar en cuanto a los años de antigüedad laboral en tres grupos con 10 médicos en cada grupo (18%) de los 4 años de trabajo laborados hasta los 18 años, los que predominaron después con 9 médicos (16.2%) fue de 24 a 27 años, sin embargo el que se encuentra más alto en este rango es en aquellos médicos que han trabajado entre 19 y 23 años, 17 médicos (30.6%) (Gráfica 6).

El turno laboral que predominó fue el matutino 33 médicos (58.9%) seguido del turno vespertino con 23 médicos (41.1%) (Gráfica 7).

Al aplicar el instrumento de medición de la aptitud clínica de los médicos familiares y generales, se categorizó en escalas de puntuación, con predominio de un porcentaje mayor en la escala de 102 a 122 puntos 30 médicos (54%), de 81 a 101 puntos 14 médicos (25.2%), la escala más baja de puntos contestada fue de 50 a 80 puntos 1 solo médico (1.8%) (Gráfica 8).

De acuerdo a la categoría de puntuación se obtuvo una calificación para cada escala, con predominio de una calificación alta 31 médicos (55.4%) seguido de una calificación regular 14 médicos (25%), y calificación muy baja 3 médicos (5.4%) (Gráfica 9).

Para el instrumento de aplicación se calcularon por cada grupo las medidas de tendencia central y de dispersión (calculadas con cifras absolutas), resumiendo todas las categorías de cada grupo a través de los intervalos de confianza con un 95 % de confiabilidad.

Se describen además, para las variables más sobresalientes y de manera sintética los porcentajes observados, “únicamente” tomando en cuenta el porcentaje de respuestas que fueron “VERDADERAS”.

El máximo conocimiento del grupo de preguntas 1 a 8 se observó en la variable 8, que se refirió a los niveles séricos de colesterol y triglicéridos, representando la respuesta de 50 médicos (89.3%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 10).

En segundo lugar, se obtuvo 49 (87.5%) respuestas de los médicos para la variable 6, que se refirió al control glucémico. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 32.12, mediana 30.50, no hay moda, desviación estándar 14.11, cifra mínima 12 y cifra máxima 50; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 3.89 a 60.36 (Gráfica 11).

La cifra más baja de aciertos se registró en la variable 1, que se refirió a la ocupación, representando 20 (36%) respuestas de los médicos a los que se aplicó el cuestionario (Gráfica 12).

El máximo conocimiento del grupo de 9 a 13 fue la variable 10, que se refirió al síndrome metabólico representando la respuesta de 48 (85.70%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 13).

En segundo lugar, se obtuvo 36 (64.30%) respuestas de los médicos para la variable 12, que se refirió a la nefropatía diabética temprana. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 26.8, mediana 30.0, no hay moda, desviación estándar 16.71, cifra mínima 8 y cifra máxima 48; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 6.62 a 60.22 (Gráfica 14).

La cifra más baja de aciertos se registró en la variable 11, que se refirió a la insuficiencia renal crónica terminal, representando 8 (14.30%) respuestas de los médicos a los que se aplicó el cuestionario (Gráfica 15).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 14 a 18, fue la variable 15, que se refirió a la tasa de filtración glomerular, representando la respuesta de 48 (85.7%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 16).

En segundo lugar, se obtuvo 47 (83.9%) respuestas de los médicos para la variable 14, que se refirió a albúmina en orina de 24 hrs. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 31.2, mediana 38.0, no hay moda, desviación estándar 18.43, cifra mínima 10 y cifra máxima 48; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 5.66 a 68.06 (Gráfica 17).

La cifra más baja de aciertos se registró en la variable 16, que se refirió a la sudoración, representando 10 (17.9%) respuestas de los médicos a los que se aplicó el cuestionario (Gráfica 18).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 19 a 25, fue en la variable 19, que se refirió a la albúmina en orina de 24 hrs, representando la respuesta de 52 (92.9%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 19).

En segundo lugar, se obtuvo 44 (78.6%) respuestas de los médicos para la variable 22, que se refirió a examen general de orina. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 30.6, mediana 23, no hay moda, desviación estándar 18.52, cifra mínima 7 y cifra máxima 53; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 6.18 a 48.47 (Gráfica 20).

La cifra más baja de aciertos se registró en la variable 24, que se refirió a densitometría, representando 7 (12.5%) respuestas de los médicos a los que se aplicó el cuestionario (Gráfica 21).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 26 a la 30 fue en la variable 26, que se refirió a iniciar la prescripción de insulina, representando la respuesta de 51 (91.1%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 22).

En segundo lugar, se obtuvo 43 (76.8%) respuestas de los médicos para la variable 29, que se refirió al paciente al nefrólogo. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 31.0, mediana 27, moda 17, desviación estándar 15.43, cifra mínima 17 y cifra máxima 51; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 0.14 a 61.86 (Gráfica 23).

La cifra más baja de aciertos se registró en la variable 28, que se refirió a solicitar urocultivo, representando 7 (30.4%) respuestas de los médicos a los que se aplicó el cuestionario (Gráfica 24).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 31 a 39 fue la variable 35, que se refirió a exploración de pulsos distales, representando la respuesta de 52 (92.9 %) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 25).

En segundo lugar, se obtuvo 49 (87.5%) respuestas de los médicos para la variable 32, que se refirió a la evaluación del fondo de ojo. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 40.67, mediana 41, no hay moda, desviación estándar 7.48, cifra mínima 30 y cifra máxima 52; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 25.71 a 55.63 (Gráfica 26).

La cifra más baja de aciertos se registró en la variable 33, que se refirió a otorgar nueva cita, representando el 30 (53.6%) respuestas de los médicos a los que se aplicó el cuestionario (Gráfica 27).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 40 a 46 fue la variable 46, que se refirió a años de evolución de la diabetes, representando la respuesta de 52 (92.9%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 28).

En segundo lugar, se obtuvo 50 (89.3%) respuestas de los médicos para la variable 44, que se refirió a la tensión arterial. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 29.17, mediana 26.5, moda no hay, desviación estándar 19.03, cifra mínima 15 y cifra máxima 52; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 8.89 a 67.23 (Gráfica 29).

La cifra más baja de aciertos se registró en la variable 45, que se refirió a sexo, representando 15 (26.84%) respuestas de los médicos a los que se aplicó el cuestionario (Gráfica 30).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 47 a 54 fue la variable 49, que se refirió a hipertensión arterial estadio 2, representando la respuesta de 48 (85.7%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 31).

En segundo lugar, se tiene obtuvo 47 (83.9%) respuestas de los médicos para la variable 51, que se refiere a la neuropatía diabética. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 24.5, mediana 21.0, moda no hay, desviación estándar 17.46, cifra mínima 6 y cifra máxima 48; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 10.42 a 59.42 (Gráfica 32).

La cifra más baja de aciertos se registró en la variable 50, que se refirió a Insuficiencia renal crónica terminal, representando 7 (10.7%) respuestas de los médicos a los que se aplicó el cuestionario (Gráfica 33).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 55 a 59 fue la variable 55, que se refirió a albuminuria de 24 hrs, representando la respuesta de 37 (66.0%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 34).

En segundo lugar, se obtuvo 33 (58.9%) respuestas de los médicos para la variable 56, que se refirió a la estimación de la tasa de filtración glomerular. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 30.25, mediana 29.5, moda 29, desviación estándar 8.30, cifra mínima 15 y cifra máxima 37; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 13.61 a 46.85 (Gráfica 35).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 60 a 64 fue la variable 60, que se refirió a la medición de la excreción urinaria de albúmina, representando la respuesta de 54 (96.4%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 36).

En segundo lugar, se obtuvo 47 (83.9%) respuestas de los médicos para la variable 62, que se refirió a la estimación de la tasa de filtración glomerular. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 38.2, mediana 39, no hay moda, desviación estándar 14.10, cifra mínima 17 y cifra máxima 54; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 10.00 a 46.85 (Gráfica 37).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 65 a 69 fue la variable 68, que se refirió a la medición de la glucosa sérica cada mes, representando la respuesta de 49 (87.5%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 38).

En segundo lugar, se obtuvo 44 (78.6%) respuestas de los médicos para la variable 67, que se refirió a incremento de dosis de enalapril. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 34.8, mediana 37, no hay moda, desviación estándar 17.88, cifra mínima 13 y cifra máxima 49; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 0.96 a 70.56 (Gráfica 39).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 70 a 77 fue la variable 73, que se refirió a solicitar depuración de creatinina, representando la respuesta de 52 (92.9%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 40).

En segundo lugar, se obtuvo 48 (85.7%) respuestas de los médicos para la variable 70, que se refirió a reducción de Kcal en la dieta. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 44.8, mediana 46, no hay moda, desviación estándar 4.21, cifra mínima 34 y cifra máxima 54; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 36.38 a 53.22 (Gráfica 41).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 78 a 83 fue la variable 82, que se refirió a índice de masa corporal, representando la respuesta de 52 (92.9%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 42)

En segundo lugar, se obtuvo 51 (91.1%) respuestas de los médicos para la variable 83, que se refirió a niveles de glucosa sérica en ayunas. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 41.17, mediana 43.5, no hay moda, desviación estándar 13.05, cifra mínima 9 y cifra máxima 52; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 28.9 a 67.5 (Gráfica 43).

El máximo conocimiento que se observó en las 84 a 89 fue en la variable 84, que se refirió a diabetes descontrolada, representando la respuesta de 50

(89.3%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 44).

En segundo lugar, se obtuvo 40 (71.4%) respuestas de los médicos para la variable 88, que se refirió a obesidad grado II. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 24.5, mediana 21, no hay moda, desviación estándar 17.46, cifra mínima 5 y cifra máxima 50; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 10.40 a 59.42 (Gráfica 45).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 90 a 93 fue la variable 92, que se refirió a Eritrocituria, representando la respuesta de 41 (73.2%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 46).

En segundo lugar, se obtuvo 31 (55.4%) respuestas de los médicos para la variable 90, que se refirió a nivel de albuminuria. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 30.25, mediana 29.5, no hay moda, desviación estándar 8.30, cifra mínima 21 y cifra máxima 41; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 13.65 a 47.1 (Gráfica 47).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 94 a 99 fue en la variable 95, que se refirió a medición de la hemoglobina glucosilada, representando la respuesta de 52 (92.9%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 48).

En segundo lugar, se obtuvo 37 (66.1%) respuestas de los médicos para la variable 96, que se refirió a urocultivo. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 34.8, mediana 37, moda 52, desviación estándar 17.88, cifra mínima 14 y cifra máxima 52; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 0.96 a 70.56 (Gráfica 49).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 99 a 103 fue la variable 103, que se refirió a suspender el uso de amikacina, representando la respuesta de 50 (89.3%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 50).

En segundo lugar, se obtuvo 47 (83.9%) respuestas de los médicos para la variable 101, que se refirió a solicitud de examen de orina. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 44.8, mediana 46, no hay moda, desviación estándar 4.21, cifra mínima 40 y cifra máxima 50; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 36.38 a 53.22 (Gráfica 51).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 104 a 109 fue la variable 105, que se refirió a exploración de pies, representando a 52 (92.9%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 52).

En segundo lugar, se obtuvo 50 (89.3%) respuestas de los médicos para la variable 104, que se refirió prescripción de dieta para reducir peso. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 41.17, mediana 43.5, no hay moda, desviación estándar 13.05, cifra mínima 22 y cifra máxima 52; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 15.09 a 67.25 (Gráfica 53).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 110 a 117 fue en la variable 114, que se refirió a la tensión arterial, representando la respuesta de 53 (94.6%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 54).

En segundo lugar, se obtuvo 52 (92.9%) respuestas de los médicos para la variable 112, que se refirió a antecedente de insuficiencia renal aguda. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 41.75, mediana

46, no hay moda, desviación estándar 13.68, cifra mínima 12 y cifra máxima 53; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 14.39 a 69.11 (Gráfica 55).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 118 a 124 fue en la variable 119, que se refirió a Diabetes mellitus tipo 2 controlada, representando la respuesta de 48 (85.7%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 56).

En segundo lugar, se obtuvo 39 (69.6%) respuestas de los médicos para la variable 123, que se refirió a hipertrigliceridemia. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 32.29, mediana 28, no hay moda, desviación estándar 9.46, cifra mínima 23 y cifra máxima 48; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 13.3 a 51.21 (Gráfica 57).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 125 a 131 fue en la variable 126, que se refirió a nivel de creatinina sérica, representando la respuesta de 47 (83.9%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 58).

En segundo lugar, se obtuvo 42 (75.0%) respuestas de los médicos para la variable 130, que se refirió a nivel de glucosa sérica. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 38, mediana 37, no hay moda, desviación estándar 5.54, cifra mínima 32 y cifra máxima 47; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 26.92 a 49.08 (Gráfica 59).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 132 a 136 fue la variable 132, que se refirió a medición a la excreción urinaria de albúmina, representando la respuesta de 41 (73.2%) de aciertos sobre el total de médicos a los que se le aplicaron los cuestionarios para conocer su aptitud clínica (Gráfica 60).

En segundo lugar, se obtuvo 39 (69.6%) respuestas de los médicos para la variable 133, que se refirió a la estimación de la tasa de filtración glomerular. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 36.8, mediana 39, moda 39, desviación estándar 4.02, cifra mínima 32 y cifra máxima 41; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 28.76 a 44.84 (Gráfica 61).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 137 a 143 fue en la variable 144, que se refirió a exploración de la cavidad oral, representando 41 (73.2%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 62).

En segundo lugar, se obtuvo 38 (67.9%) respuestas de los médicos para la variable 141, que se refirió a revisión de pulsos distales en ambas extremidades. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media aritmética es 30.29, mediana 31, moda 21, desviación estándar 7.95, cifra mínima 21 y cifra máxima 41; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 14.39 a 46.19 (Gráfica 63).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas de 144 a 150 fue en la variable 149, que se refirió a solicitar que suspenda o disminuya la ingesta de refresco, representando la respuesta de 38 (73.2%) médicos sobre el total de los médicos que se les aplicó el cuestionario para conocer su aptitud clínica (Gráfica 64).

En segundo lugar, se obtuvo 49 (87.5%) respuestas de los médicos para la variable 6, que se refirió

En segundo lugar, se obtuvo 40 (71.4%) respuestas de los médicos para la variable 146, que se refirió a solicitar hemoglobina glucosilada para evaluar en la próxima cita. Para todo el conjunto de variables del grupo, la media

aritmética es 36, mediana 35, moda 35, desviación estándar 4.32, cifra mínima 35 y cifra máxima 41; el intervalo para un 95 % de confiabilidad es: 27.36 a 44.64 (Gráfica 65).

Se realizó un análisis comparativo entre el HGZ y MF No.1 y UMF 32 obteniéndose calificaciones con predominio de 24 médicos (77.4%) para la escala alta, seguido de 5 médicos (71.4%) para la escala muy alta en el caso del HGZ y MF No. 1, en comparación con la UMF 32 en donde existió un predominio en la escala alta con 7 médicos (22.6%), seguida de 2 médicos (28.6%) para la escala muy alta (tabla 2 parte 1).

En cuanto a las calificaciones para médicos familiares se encontró a 17 médicos (54.8%) con escala alta, 5 médicos (71.4%) en la escala muy alta, seguido del mismo número de médicos 5 (35.8%) en la escala regular, en comparación con los médicos generales en donde se encontró a 14 médicos (45.2%) en la escala alta, seguido de 9 médicos (64.2%) para la escala regular, y 3 médicos (100%) en la escala muy bajo (Tabla 2 parte 1).

Para los años de egreso de especialidad entre 1988 y 1993 se encontró en la escala alta a 8 médicos (44.4%), seguido de los años de egreso 2000 al 2011 con 4 médicos (22.3%) en la escala alta, para la escala muy alta se encontraron a 2 médicos (40.0%) en el año de egreso de la especialidad 2006 al 2011, y en una escala regular se encontró a 3 médicos (60.0%) en los años de egreso de especialidad 2000 a 2005 (Tabla 2 parte 2).

En el sexo femenino se encontró en la escala alta a 15 médicos (48.4%), seguido de la escala regular con 9 médicos (64.2%) y con 2 médicos (28.6%) en la escala muy alta, en comparación con el sexo masculino donde existió un predominio en la escala alta con 16 médicos (51.6%), seguido con 5 médicos

(71.4%) en la escala muy alta y en la escala regular a 5 médicos (35.8%) (Tabla 2 parte 1).

En cuanto a los médicos de base se encontró una escala alta con 29 médicos (93.5%), seguido de la escala regular con 12 médicos (85.7%), en comparación con los médicos con tipo de contratación eventual con un predominio en la calificación regular de 2 médicos (14.3%) y para la escala alta 2 médicos (6.5%), en la escala muy alto se encontró a un solo médico (14.3%) (Tabla 2 parte 1).

A mayor años de antigüedad se obtuvo una mejor calificación, para la escala alta en los años laborados de 16 a 21 se encontró a 10 médicos (32.2%), con 22 a 27 años se encontraron a 10 médicos (32.2%) en la escala alta, seguidos de aquellos médicos con una antigüedad laboral de 4 a 9 años con una escala de calificación alta 6 médicos (19.4%) (Tabla 2 parte 1).

En el turno matutino se encontró a 17 médicos (54.8%) para la escala alta en comparación con el turno vespertino en donde se obtuvo una escala alta en 14 médicos (45.2%) (Tabla 2 parte 1).

Posteriormente se analizó por grupo de preguntas en las cuáles se obtuvo mayor índice de respuesta por unidad de adscripción encontrándose lo siguiente: (Consultar en anexos las respuestas correctas de los casos clínicos). El máximo conocimiento del grupo de preguntas: 1 a 8 se observó en la variable 8, que se refirió a los niveles séricos de colesterol y triglicéridos, por unidad de adscripción se encontró un predominio en la variable 8, con respuesta de 37médicos (90.3%) en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 con respuesta de 13 médicos (86.7%) para la misma variable (Tabla 3 parte 1).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 9 a 13 por unidad de adscripción se encontró en la variable 10 que se refirió a síndrome metabólico con un predominio de respuestas de 37 médicos (90.2%) en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 con respuesta de 11 médicos (73.4%) para la misma variable (Tabla 3 parte 1 y 2).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 14 a 18, fue la variable 15 que se refirió a tasa de filtración glomerular, por unidad de adscripción se encontró un predominio de respuestas de 35 médicos (85.4%) en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 la misma variable con respuesta de 3 médicos (86.4%) para la misma variable (Tabla 3 parte 2).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 19 a 25, fue en la variable 19 que se refirió a albúmina en 24 horas, por unidad de adscripción se encontró un predominio de respuestas de 39 médicos (95.1%) en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 misma variable con 13 respuestas de médicos (86.6%) para la misma variable (Tabla 3 parte 2 y 3).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 26 a la 30 fue en la variable 26, que se refirió a iniciar la prescripción de insulina, por unidad de adscripción se encontró un predominio de respuestas de 38 médicos (92.4%) en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 se encontró 13 respuestas de médicos (86.6%) para la misma variable (Tabla 3 parte 3).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 31 a 39 fue la variable 35, que se refirió a exploración de pulsos distales, por unidad de adscripción se encontró un predominio de respuestas de 38 médicos (92.7%) en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 con un predominio de respuestas de 14 médicos (93.4%) para la misma variable (Tabla 3 parte 4).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 40 a 46 fue la variable 46, que se refirió a años de evolución de la diabetes, por unidad de adscripción se encontró un predominio de respuestas de 38 médicos (92.7%) en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 con 14 respuestas de médicos (93.3%) para la misma variable (Tabla 4 parte 1).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 47 a 54 fue la variable 49, que se refirió a hipertensión arterial estadio 2, por unidad de adscripción se encontró un predominio de respuestas de 36 médicos (87.8.0%) en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 fue para la variable 50 con 12 respuestas de médicos (80.0%) que se refirió a insuficiencia crónica terminal (Tabla 4 parte 1 y 2).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 55 a 59 fue la variable 55, que se refirió a albuminuria de 24 hrs, por unidad de adscripción se encontró un predominio de respuestas de 31 médicos (75.6%) para la variable 55 en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 se encontró 6 respuesta de médicos (40.0%) para la misma variable (Tabla 4 parte 3).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 60 a 64 fue la variable 60, que se refirió a la medición de la excreción urinaria de albúmina, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 40 respuesta de médicos (97.6%) para la variable 60 en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 se encontró 14 respuestas de médicos (93.3%) para la variable 60 y para la variable 62 que se refirió a estimación de la tasa de filtración glomerular (Tabla 4 parte 2 y 3).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 65 a 69 fue la variable 68, que se refirió a la medición de la glucosa sérica cada mes, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 35 respuestas de médicos

(85.4%) en el HGZ y MF No.1 y en comparación con la UMF 32 se encontró 14 respuestas de médicos (93.3%) para la misma variable (Tabla 4 parte3).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 70 a 77 fue la variable 76, que se refirió: hacer énfasis en adherencia a la dieta y ejercicio para mejor control de la glucosa, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 40 respuestas de médicos (97.6%) en el HGZ y MF No.1 y en comparación con la UMF 32 se obtuvo 14 respuestas de médicos (93.3%) para la misma variable (Tabla 4 parte 3 y 4).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 78 a 83 fue la variable 82, que se refirió: a índice de masa corporal, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 39 respuestas de médicos (95.2%) y para la variable 83 que se refirió: a niveles de glucosa sérica se obtuvo 39 respuestas de médicos (95.2%) en el HGZ y MF No.1 y en comparación con la UMF 32 existió 12 respuestas de médicos (86.6%) a la variable 82 (Tabla 5 parte 1).

El máximo conocimiento que se observó en las 84 a 89 fue en la variable 84, que se refirió a: diabetes descontrolada, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 40 respuestas de médicos (97.6%) en el HGZ y MF No.1 y en comparación con la UMF 32 fue la variable 88 que se refirió a: obesidad grado II con 11 respuestas de médicos (73.3%) (Tabla 5 parte 1 y 2).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 90 a 93 fue la variable 92, que se refirió a: tiempo de evolución de la diabetes, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 31 respuestas de médicos (75.6%) en el HGZ y MF No.1 y en comparación con la UMF 32 se obtuvo 10 respuestas de médicos (66.6%) para la misma variable (Tabla 5 parte 2).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 94 a 99 fue en la variable 95, que se refirió a: medición de la excreción urinaria de albúmina, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 39 respuestas de médicos (95.2%) en el HGZ y MF No.1 y en comparación con la UMF 32 se obtuvo 13 respuestas de médicos (86.7%) para la misma variable (Tabla 5 parte 2 y 3).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 99 a 103 fue la variable 103, que se refirió a: suspender el uso de amikacina, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 33 respuestas de médicos (80.4%) en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 se obtuvo 13 respuestas de médicos (86.7%) para la misma variable (Tabla 5 parte 3).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 104 a 109 fue la variable 105, que se refirió a: exploración de pies, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 39 respuestas de médicos (95.1%) en el HGZ y MF No.1 y en comparación con la UMF 32 se obtuvo 13 respuestas de médicos (86.7%) para la misma variable (Tabla 5 parte 4).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 110 a 117 fue la variable 114, que se refirió a: la tensión arterial, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 39 respuestas de médicos (95.1%) en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 fue para la variable 112 que se refirió a: antecedente de insuficiencia renal aguda con 14 respuestas de médicos (93.3%) (Tabla 6 parte 1).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 118 a 124 fue en la variable 119, que se refirió a: Diabetes mellitus tipo 2 controlada, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 37 respuestas de médicos (90.3%) en el HGZ y MF No.1 y en comparación con la UMF 32 se obtuvo 11 respuestas de médicos (73.3%) para la misma variable (Tabla 6 parte 1 y 2).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 125 a 131 fue en la variable 126, que se refirió a: nivel de creatinina sérica, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 33 respuestas de médicos (80.5%) en el HGZ y MF No.1 y en UMF 32 se obtuvo 14 respuestas de médicos (93.3%) para la misma variable (Tabla 6 parte 2 y 3).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 132 a 136 fue la variable 132, que se refiere a: medición a la excreción urinaria de albúmina, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 30 respuestas de médicos (73.2%) en el HGZ y MF No.1 y en comparación con la UMF 32 se obtuvo 11 respuestas de médicos (73.3%) para la misma variable (Tabla 6 parte 3).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas 137 a 143 fue en la variable 137 que se refiere a densidad urinaria, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 13 respuestas de médicos (86.6%) en el HGZ y MF No.1 en comparación con la UMF 32 se obtuvo 26 respuestas de médicos (63.4%) para la misma variable (Tabla 6 parte 3 y 4).

El máximo conocimiento que se observó en las preguntas de 144 a 150 fue en la variable 149, que se refirió a: solicitar que suspenda o disminuya la ingesta de refresco, por unidad de adscripción se encontró un predominio de 20 respuestas de médicos (70.7%) en el HGZ y MF No.1 y en comparación con la UMF 32 para la variable 150 que se refirió a: iniciar el uso de insulina más antidiabéticos orales con un predominio de 14 respuestas de médicos (93.3%) (Tabla 6 parte 4).

Se realizó un análisis multivariado en donde se encontró que los médicos de la UMF 32 presentaron una probabilidad de tener 1.30 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los médicos adscritos al HGZ y MF No.1 con RPM 1.30 (IC 95% de 0.09 a 2.96, p 0.07, χ^2 1.93).

Los médicos generales presentaron una probabilidad de tener 2.74 veces más conocimiento de muy bajo a regular que aquellos que refirieron ser médicos con especialidad en medicina familiar RPM 2.74 (IC 95% 1.20 a 3.42, p 0.05, χ^2 2.15).

Los médicos del género femenino presentaron una probabilidad de tener 0.72 veces menos conocimiento de muy bajo a regular que aquellos que refirieron ser médicos del género masculino RPM 0.72 (IC 95% 0.56 a 0.92, p 0.04 y χ^2 1.74).

Los médicos con tipo de contratación eventual presentaron una probabilidad de tener 0.94 veces menos conocimiento de muy bajo a regular que aquellos que refirieron tener tipo de contratación de base RPM 0.94 (IC 95% 0.83 a 4.91, p 0.84, χ^2 0.41).

Los médicos que laboraron en el turno vespertino presentaron una probabilidad de tener 1.93 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los del turno matutino RPM 1.93 (IC 95% 1.11 a 3.25, p 0.06, χ^2 2.09).

Los médicos que egresaron en los años 1990 a 1999 presentaron una probabilidad de tener 1.81 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los médicos que egresaron después del año 2000 RPM 1.81 (IC 95% 1.08 a 2.55, p 0.04, χ^2 1.62).

Los médicos que egresaron antes del año 1990 presentaron una probabilidad de tener 2.73 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los médicos que egresaron después del año 2000 RPM 2.73 (IC 95% 1.49 a 3.30, p 0.04, χ^2 1.62).

Los médicos con una antigüedad laboral de 5 a 10 años presentaron una probabilidad de tener 1.10 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los médicos que tuvieron una antigüedad laboral menor de 5 años RPM 1.10 (IC 95% 0.86 a 1.62, p 0.18, χ^2 0.77).

Los médicos que tuvieron una antigüedad laboral de 11 a 15 años presentaron una probabilidad de tener 1.67 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los médicos que tuvieron una antigüedad laboral menor de 5 años RPM 1.67 (IC 95% 0.97 a 2.01, p 0.18, χ^2 0.77).

Los médicos que tuvieron una antigüedad laboral de 16 a 20 años presentaron una probabilidad de tener 1.78 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los médicos que tuvieron una antigüedad laboral menor de 5 años RPM 1.78 (IC 95%de 1.07 a 2.07, p 0.18, χ^2 de 0.77).

Los médicos que tuvieron una antigüedad laboral más de 20 años presentaron una probabilidad de tener 1.88 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los médicos que tuvieron una antigüedad laboral menor de 5 años RPM 1.88 (IC 95% 1.49 a 3.49, p 0.18, χ^2 de 0.77).

Los médicos con edad entre 31 a 35 años presentaron una probabilidad de tener 1.07 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los médicos que tuvieron una edad menor de 30 años RPM 1.07 (IC 95% 0.59 a 1.90, p 0.07, χ^2 2.31).

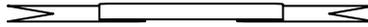
Los médicos con edad entre 36 a 40 años presentaron una probabilidad de tener 1.28 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los médicos que tuvieron una edad menor de 30 años RPM 1.28 (IC 95% 0.70 a 2.08, p 0.07, χ^2 2.31).

Los médicos con edad entre 41 a 45 años presentaron una probabilidad de tener 1.39 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los médicos que tuvieron una edad menor de 30 años RPM 1.39 (IC 95% de 0.95 a 2.25, p 0.07, χ^2 2.31).

Los médicos con edad entre 46 a 50 años presentaron una probabilidad de tener 1.44 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los médicos que tuvieron una edad menor de 30 años RPM 1.39 RPM 1.44 (IC 95% de 1.16 a 2.64, p 0.07, χ^2 2.31).

Los médicos con edad mayor de 50 años presentaron una probabilidad de tener 1.46 veces más conocimiento de muy bajo a regular que los médicos que tuvieron una edad menor de 30 años RPM 1.46 (IC 95% de 1.29 a 2.73, p 0.07, χ^2 2.31).

XIV.DISCUSIÓN



Fortalezas:

- El encuestador fue una sola persona, capacitada por sus asesores de tesis para aplicación del mismo.
- No se interrumpió la consulta del médico general y familiar ya programada en los días en que se realizó el instrumento de autoaplicación.
- Los casos que integran el instrumento de autoaplicación fueron reales, condensados y ajustados, con validación por expertos en 150 reactivos, estandarizado por médicos con especialidad en medicina familiar, con un índice de confiabilidad de Kuder-Richardson de 0.74, validado en el año 2005, y aplicado con autorización de su autor el Dr. Carlos Enrique Cabrera-Pivaral.¹²
- La aptitud clínica encontrada en los médicos familiares en otras investigaciones fue baja.^{8,12} La aptitud clínica en los médicos familiares encontrada en el HGZ y MF No. 1 y UMF 32 fue superior a la reportada por otros autores.
- A pesar de existir diversos estudios sobre la aptitud clínica en médicos de atención primaria, no existen estudios previos en nuestro estado o delegación.

Limitaciones:

No se encontraron limitaciones para la realización de este estudio.

Comparación con datos existentes:

El estudio nos muestra una aproximación en el primer nivel de atención en el IMSS, se incluyeron dos categorías de médicos:

- a) Médicos generales con funciones de médico familiar.
- b) Médicos con especialidad en medicina familiar.

García MJA y cols, en el año 2005 en la Ciudad de México, realizaron una evaluación de la aptitud clínica en los médicos de primer nivel de atención encontraron un rango de calificación de 52 a 245 y una puntuación en porcentaje respecto al total de 41%, al realizar la comparación entre categorías se encontraron diferencias significativas (0.0001) a favor de los médicos con especialidad en medicina familiar, al correlacionar la aptitud clínica con los años de experiencia, sin considerar la categoría se obtuvo una correlación de 0.02, concluyendo que la experiencia parece no influir en el desarrollo de la aptitud clínica.¹ Se encontró en nuestro estudio un rango de calificación de 25 a 150, al realizar la comparación entre categorías se encontró una diferencia de $p < 0.05$ en relación con los médicos sin especialidad en medicina familiar, y en cuanto a los años de antigüedad con una diferencia significativa de 0.18 a favor de los médicos con mayor antigüedad laboral.

Cabrera PCE y cols en el año 2005 en Guadalajara realizaron una valoración global de la aptitud clínica en los médicos familiares en el manejo de la nefropatía inicial en la cual encontraron una mediana de 73, con rango de 18 a 113, al relacionar entre las unidades de atención médica, no se encontró diferencia significativa, concluyendo que solo el 8% de los médicos familiares reunió la aptitud clínica para el manejo de la nefropatía inicial del diabético tipo 2.¹² En nuestro estudio no se encontró una diferencia significativa en cuanto a la unidad de adscripción con una diferencia de $p < 0.07$, así como encontrándose

una escala de calificación alta con rango de 102 a 122 puntos, para los médicos con especialidad en medicina familiar 54.8%.

Gómez LVM y cols en el año 2006 realizaron un estudio de la aptitud clínica del médico de atención primaria en diabetes mellitus encontrando a 64% en una escala baja (rango 49-73), no existiendo diferencias significativas en los resultados de la aptitud clínica entre los médicos generales, o con especialidad en medicina familiar ⁸, en nuestro estudio se encontró una significancia estadística en cuanto al género femenino p 0.04, y no se encontró diferencia significativa en cuanto al turno laboral p 0.06.

Cabrera PC y cols en el año 2008 realizaron un estudio sobre la aptitud clínica del médico familiar ante paciente con diabetes mellitus gestacional encontrando en cuatro unidades de medicina familiar una calificación muy baja (22 a 40 puntos en 38%) en los médicos evaluados,⁵ en nuestro estudio es importante mencionar que la calificación que predominó fue la alta de 102 122 puntos, y en la escala muy baja solo se encontraron a 3 médicos sin especialidad de medicina familiar, y a ningún médico con especialidad en medicina familiar.

Según algunos autores, hay actos educativos que se suceden año tras año, y no parecen ocurrir efectos correlativos ostensibles en los servicios prestados por las instituciones. Esta concepción, permite reflexionar alrededor de lo que significa el aprendizaje efectivo, ya que existen innumerables conceptos y teorías que se utilizan para orientar los procesos de enseñanza-aprendizaje sin que realmente permitan una medición más realista de los impactos que pudieran observarse durante la práctica cotidiana; tal es el criterio, cuando se asume que hay problemas de “aptitud” para la intervención, que en el caso específico, es la falta precisamente de esa “aptitud” para ser más efectivos clínicamente e intervenir adecuadamente ante los pacientes con nefropatía diabética.

Al hablar de educación, es necesario primero enterarnos de cuál es su finalidad o fin, entendiendo como tal, a una norma que describe una disposición psíquica (o un entramado de disposiciones), propuesta como ideal a los educandos, y que exige del educador que actúe de tal modo que capacite al educando para realizar ese ideal en la medida de lo posible; en nuestra opinión, es aquí donde vemos el problema de la falta de aptitud clínica para intervenir con efectividad en el manejo de pacientes con nefropatía. Esta apreciación podemos respaldarla diciendo que en efecto, se necesitan disposiciones para aprender y aplicar conocimientos, sean estos propios o promovidos e impuestos por las instituciones educativas, lo cual en efecto ya es un problema; es un problema debido a que, durante el proceso de enseñanza aprendizaje, hay factores que impiden que los educandos asimilen en forma precisa los conocimientos, y por otro lado, las propias aptitudes de los que enseñan y de los que aprenden; en esta situación, intervienen aspectos psicológicos, biológicos, sociales, etc.

Un ejemplo de lo anterior sería que, quién enseña, lo hace desde cierta perspectiva teórica, incluyéndose además, los conocimientos y experiencia aplicativa sobre determinado tema, lo cual en nuestra opinión incorpora muchas desviaciones, debido a que todavía hay personas que le llaman experiencia, al hecho de estar cometiendo los mismos errores toda la vida, y es esa la actitud que está latente en todo proceso de enseñanza-aprendizaje y desgraciadamente, es lo que priva en las instituciones de salud donde cada personaje sobre todo médico, cree tener con mucha precisión el saber absoluto.

En el fortalecimiento del aprendizaje autónomo es imprescindible la reflexión crítica, para que cada quien pueda responsabilizarse de sí mismo y de las acciones emprendidas, con base en el reconocimiento de que somos falibles, en donde los errores representan oportunidades de mejoría.

Respecto a la clínica, se propicia el debate y la discusión de casos reales y problematizados como fuente de la diversidad del parecer del enfermo para proponer alternativas más promisorias, por ejemplo en el diagnóstico y tratamiento. La discusión dirigida de cierta manera que conduzca a la tolerancia, al gusto por aprender, partiendo de la idea que el conocimiento en medicina es un proceso inacabable de experiencias, en donde el ambiente institucional puede erigirse como facilitador o saboteador del pensamiento para la acción y de la acción para la transformación.³

En la perspectiva de la participación como conocimiento, las aptitudes tienen una naturaleza cognitiva o no son aptitudes; esto significa que una aptitud al ser un efecto interiorizado, estructurado y diferenciado del ejercicio de la crítica y autocrítica, hace posible que las situaciones problemáticas de la experiencia se vivan como desafíos de conocimiento y que las acciones derivadas se encuentren en permanente perfeccionamiento, con efectividad creciente, alcance progresivo y pertinencia cada vez mayor respecto al contexto, que le confiere amplia versatilidad para adecuarse a las situaciones cambiantes de la experiencia.

Lo anterior podría ser visto como una perspectiva filosófica ò pedagógica tendiente más bien al deber ser que al ser de carne y hueso; sin embargo, es así como va creciendo el conocimiento que en la actualidad permite ver diferentes realidades (depende del cristal con el que se mire), por ello, al medir las aptitudes, se deben de evaluar primero las diferentes formas en las que se entiende un problema determinado para buscar su corrección, ya que no solo es suficiente enseñar y/ò capacitar para el trabajo médico, sino que es necesario también incidir en los que enseñan sin tener bases de docencia; de poco sirve cuestionar la “aptitud” si esta no va acompañada de diferentes concepciones de lo que significa ver un mismo problema desde diferentes

ópticas ,y evitar la imposición de determinados contenidos que el alumno debe incorporar, lo cual lo conduce a la repetición tal vez de errores.

Lo anterior se observa de manera cotidiana al confrontar diferentes saberes, y que más que analizarlos y discutirlos para lograr cierta homogeneidad de criterios, sirve para enraizar aún más los errores debido más bien a la imposición que a la razón; para reforzar lo anterior retomamos lo siguiente:

Cuando se desarrollan estrategias promotoras de la participación para aptitud clínica, el alumno lleva a cabo su tarea con la resolución de guías elaboradas ex profeso en casos clínicos reales problematizados que exploran los indicadores de aptitud clínica y con enunciados que lo desafían, motivándolo a la búsqueda y crítica de la información pertinente, con lo que elaboran paulatinamente el conocimiento. ⁴

XV.CONCLUSIONES

Si la aptitud clínica es la capacidad del médico familiar para identificar situaciones clínicas problemáticas de su experiencia clínica, de complejidad variable, donde debe discriminar y optar entre alternativas de interpretación, decisión y acción, diferenciando entre lo apropiado, oportuno y útil de lo inapropiado, inútil o perjudicial en pacientes con nefropatía diabética, debe poner en juego su propio criterio, o bien solucionar situaciones clínicas de complejidad variable, en la que pone en juego el criterio para decidir la mejor alternativa de interpretación y de acción de cada caso en particular.

De ser así, entonces debería de tener la aptitud sistemática para:

1. Reconocer los factores de riesgo. Que se refiere a la existencia demostrada de antecedentes o condiciones actuales del paciente que, sin formar parte de un padecimiento, hacen más probable su aparición o que éste se agrave. Incluye antecedentes: socios demográficos, hereditarios, personales patológicos y no patológicos e intrahospitalarios (por procedimientos, estancias y esquemas terapéuticos farmacológicos).
2. Reconocer los datos clínicos y paraclínicos. Que se refiere a la existencia de un dato clínico o paraclínicos que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la enfermedad en cuestión, que abarca estados avanzados de la enfermedad y sus complicaciones.
3. Utilizar los estudios paraclínicos. La indicación adecuada de los recursos de laboratorio que potencialmente resultan benéficos para precisar un diagnóstico con el mínimo posible riesgo de daño para el paciente.
4. Integración diagnóstica. Elementos de un caso clínico que concuerdan con el cuadro propio de la identidad nosológica propuesta como diagnóstico.

5. Utilización de recursos terapéuticos. Se refiere a la toma de decisiones que representa una de las capacidades de mayor complejidad. Comprende la elección de cierto recurso terapéutico o preventivo a partir de su mayor efectividad comparado con otros recursos, su menor riesgo de morbilidad, su mayor facilidad de administración.

6. Medidas de seguimiento. Procedimientos o medidas pertinentes para la vigilancia y control del paciente descrito a corto, mediano y largo plazo, que incluyen el control médico permanente a través de la consulta externa por parte del médico familiar, con sus respectivas valoraciones por especialistas afines.

Reflexionando con lo anterior, y a partir de los resultados obtenidos acerca de la aptitud clínica de los médicos familiares ante pacientes con nefropatía diabética, podemos concluir que en efecto, la investigación realizada, permitió conocer el nivel de aptitud clínica que tienen los médicos familiares, y los médicos generales en función como médicos familiares en el tratamiento de pacientes con nefropatía diabética, siendo el resultado en términos generales “POSITIVO”, así lo avala incluso el cuadro que resume en categorías los porcentajes de respuestas verdaderas a los ítems aplicados.

Finalmente se concluye dando respuesta tanto al objetivo general como a los objetivos específicos.

- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares en la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo. CUMPLIDO Y RESPALDADO POR LOS TABLAS Y GRÁFICAS DEL ANEXO.
- Identificar el nivel de aptitud clínica de los de los médicos familiares para la atención del paciente con nefropatía diabética según el género del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.

MAYOR APTITUD EN LOS MEDICOS DEL SEXO MASCULINO: 77.78 % vs 58.62 % EN MUJERES.

- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares para la atención del paciente con nefropatía diabética según la antigüedad laboral del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.

MAYOR APTITUD EN LOS GRUPOS DE EDADES ENTRE 15 Y 24 AÑOS DE ANTIGÜEDAD CON UN 27.65 %.

- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos generales (sin especialidad) en función como médico familiar para la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.

MAYOR APTITUD EN LOS MEDICOS FAMILIARES; 78.57 vs. 57.14 MEDICOS NO FAMILIARES.

- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos con especialidad de medicina familiar para la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.

MAYOR APTITUD EN LOS MEDICOS FAMILIARES DEL H.G.Z.M.F.No.1 de PACHUCA; 70.23 % vs. 60.00 % UMF No. 32.

- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares que laboran en turno matutino y vespertino de medicina familiar para la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZ y MF No.1 y UMF 32 del IMSS en Pachuca, Hidalgo.

MAYOR APTITUD EN LOS MEDICOS DEL TURNO MATUTINO; 69.70 % vs. 65.22 TURNO VESPERTINO.

- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares para la atención del paciente con nefropatía diabética por unidad sede de estudio del IMSS de Pachuca, Hidalgo.

MAYOR APTITUD EN LOS MEDICOS DEL TURNO MATUTINO; 69.70 % vs. 65.22 TURNO VESPERTINO.

- Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares para la atención del paciente con nefropatía diabética por tipo de contratación del HGZ y MF y UMF 32 del IMSS de Pachuca, Hidalgo.

MAYOR APTITUD EN LOS MEDICOS DE BASE; 70.00 % vs. 50.00 MÉDICOS 08.

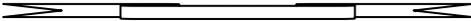
Las recomendaciones que se pudieren realizar en un futuro cercano para otros estudios es actualizar los criterios aplicados de identificación de nefropatía diabética en el instrumento de aplicación, implementar una estrategia integradora como lo proponen otro autores con el seguimiento de casos en pacientes del IMSS antes de implementar actualización a los médicos familiares y después de haberlos actualizado en cuanto al tema de nefropatía diabética, así como estudiar factores asociados tanto demográficos, sociales, incluso tiempo estimado de consulta promedio, restricción de paraclínicos como médicos de primer nivel de atención y sobre todo el tiempo de espera en el envío al médico internista o nefrólogo en caso de presentar nefropatía estadio V para tratamiento sustitutivo y así otorgar una mejor calidad de vida al paciente nefrópata.

XVI.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García MJA, Viniegra VL. Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. Rev Med IMSS 2005; 43 (6): 465-472.
2. Viniegra VL. El desafío de la educación en el IMSS: Cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional. Rev Med IMSS 2005; 43 (4): 305-321.
3. García MJA, Viniegra VL. Una estrategia de educación continúa orientada al aprendizaje de la clínica. Rev Med IMSS 2005; 43 (5): 443-448.
4. Cobos AH y cols. Resúmenes clínicos problematizados para el aprendizaje de la clínica. Rev Med IMSS 2009; 47 (2): 157-164.
5. Cabrera PCE y cols. Aptitud clínica del médico familiar ante pacientes con diabetes gestacional. Ginecol Obstet Mex 2008;76(2):97-106
6. Salazar A, Jiménez M. Aptitud clínica en internos de pregrado. Alcances diferenciales de dos enfoques educativos. Rev Med IMSS 2006;44:93-103
7. Arredondo GE, Castillo SEJ, Sánchez GF. La aptitud clínica de los residentes de ortopedia y traumatología en el manejo del paciente politraumatizado. Acta Ortop Mex 2006;20(2):64-71
8. Gómez LVM. Diabetes Mellitus: Aptitud clínica del médico de atención primaria. Educación médica 2006; 9(1): 35-39
9. Valencia J, Leyva F. Aptitud clínica en urgencias cardiovasculares, en médicos residentes. Comparación de dos estrategias educativas. Rev Med IMSS 2006; 44:59-68.
10. Pineds CF y cols. Aptitud clínica del residente de medicina familiar en el tratamiento de pacientes hipertensos. Alcances de una estrategia participativa. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009;14(4):155-160
11. Pineds CF y cols. Aptitud clínica del residente de medicina familiar en el tratamiento de pacientes hipertensos. Alcances de una estrategia participativa. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009;14(4):155-160
12. Cabrera PCE y cols. Valoración global de la aptitud clínica de médicos familiares en el manejo de la diabetes mellitus con nefropatía inicial. Revista de Investigación Clínica 2005;57(5):685-690
13. Cortés SL. ¿Mejora una intervención educacional en los médicos de familia su competencia clínica para preservar la función renal de los pacientes con diabetes tipo2 y enfermedad renal crónica? Am J Kidney Dis 2008; 51(5):777-788
14. Correa RR. Early detection and prevention of diabetic nephropathy: A challenge calling mandatory action for Mexico and the developing world. Kidney International 2005; 68(98):S69-S75.

15. Cuero MA y cols. Detection of early nephropathy in Mexican patients with type 2 diabetes mellitus. *Kidney International* 2005; 68(97):S40-S45.
16. Martínez CA, Górriz Teruel JL y cols. Epidemiología de la diabetes mellitus y la nefropatía diabética. *Repercusiones sociales de la pandemia. Nefroplus* 2008; 1(1)8-15
17. Sanzana GMG. Complicaciones Crónicas de la Diabetes Mellitus I: Fisiopatología, Nefropatía Diabética. *Medware* 2009; 10:1-6
18. Pérez MJ y cols. Insuficiencia renal crónica: Revisión y tratamiento conservador. *Archivos de Medicina para Residentes* 2005;1(003) 1-10
19. Mac Isaac R. Control de la nefropatía diabética en su fase inicial. *Diabetes Voice* 2005; 48:15-18
20. Olaiz FG y cols. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Pública de México* 2007; 49(3): S331-S227
21. Ramírez FJ. Diabetes mellitus y sus complicaciones. La epidemiología, las manifestaciones clínicas de la diabetes tipo 1 y 2. Diabetes gestacional. Parte I. *Plast & Rest Neurol* 2006; 5 (2): 139-151
22. Friedman EA, Friedman AL. End-stage renal disease in diabetic persons: is the pandemic subsiding?. *Kidney Int* 2006; 70 (suppl104): 51-54
23. Situación Actual de la IRC. *Fundación Mexicana del Riñón* 2005.
24. León MF, Ordoñez IE y cols. Deficiencias en el tratamiento de pacientes diabéticos que terminaron en enfermedad renal crónica. *Acta Médica Colombiana* 2007;32(2):57-67

XVIII.ANEXOS



ANEXO 1. Instrumento de autoaplicación

Evaluación de la aptitud clínica de médicos familiares en el manejo de la nefropatía diabética.

Fecha: _____ Unidad de adscripción: _____
Especialista en medicina familiar: Si _____ No _____
Fecha en que egresó de la especialidad: _____
Género: _____ Tipo de contratación: _____ Antigüedad: _____
Turno: _____ Consultorio: _____

El presente instrumento es anónimo, si usted desea saber su resultado favor de anotar su nombre a continuación:

Nombre completo: _____

Instructivo

A continuación encontrará casos clínicos, cada uno de ellos se acompaña de un número de afirmaciones. Cada una de estas afirmaciones va seguida de enunciados referentes al caso que pueden ser **falsos o verdaderos**.

Anote del lado izquierdo del enunciado:

Verdadero (V): si considera que la afirmación es cierta con respecto al caso clínico

Falso (F): Si considera que la aseveración es falsa con el caso clínico descrito

No sé (NS): en caso de que desconozca la respuesta correcta

Cada respuesta correcta le sumará un punto, cada respuesta incorrecta le restará un punto, si no está totalmente seguro, puede optar por la respuesta NS que no suma ni resta puntos. Un enunciado no respondido le resta un punto.

Los siguientes son términos que aparecerán varias veces en los grupos de enunciados que encontrará en el cuestionario.

FACTOR DE RIESGO: Se refiere a la existencia demostrada de antecedentes o condiciones actuales del paciente, que sin formar parte de un padecimiento, hacen más probable su aparición o que este se agrave.

COMPATIBLE: Se refiere al hecho de que los elementos de un caso clínico concuerdan con la entidad o entidades propuestas como posibles diagnósticos.

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

UTIL: Hace referencia a ciertos procedimientos o medidas de diagnóstico que presentan claramente más beneficios, que perjuicios, en la situación clínica descrita.

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 inmediatos o potenciales.

OMITIDO: Hace referencia a ciertos procedimientos necesarios en la situación clínica y que no fueron tomados en cuenta por el médico.

CASO 1

Mujer de 58 años de edad, casada, ama de casa, grado de escolaridad máximo primaria completa, originaria y residente de Guadalajara, Jalisco. Diabética e hipertensa de 17 años evolución respectivamente. Sufrió un evento vascular cerebral hemorrágico hace 12 años. Su madre también fue diabética y desarrolló insuficiencia renal terminal. Desde que se diagnosticó DM ella ha estado tratada solo con antidiabéticos orales, los últimos nueve meses con glibenclamida 5 mg cada 12 hrs y metformina 850 mgs cada 12 hrs. Acude a su cita de control mensual, refiere sudoración, cefalea continua de predominio vespertino pulsátil y disnea, niega poliuria, polidipsia y polifagia. Examen clínico: tensión arterial: 130/80 mmHg, peso 58 kgs, talla 1.50 mts. Con funciones mentales superiores conservadas, área cardiaca con ruidos rítmicos sin soplos, campos pulmonares y abdomen sin alteración, hemiparesia de extremidades izquierdas, extremidades sin edema. Los resultados de laboratorio muestran: glucosa; 235 mg/dL, hemoglobina glucosilada 10.6%, colesterol total 274 mg/dL, triglicéridos 539 mg/dL, creatinina sérica 1.1 mg/dL, albuminuria 116 mg/24 horas. La tasa de filtración glomerular (estimada por la formula MDRD) fue 54 mL/min/1.73 m². Glucosuria de 500 mg/dL fue encontrada como única anomalía en el examen general de orina. Se indico el siguiente tratamiento: insulina NPH 25 unidades por la mañana y acarbosa 100mg/24, (se descontinuaron los dos antidiabéticos orales que estaba tomando previamente), pravastatina 20 mg/24 hrs, metoprolol 100 mg/24hrs. Se le otorgo cita al mes siguiente con solicitud de examen general de orina y glucemia.

Son **factor de riesgo** para complicaciones de la diabetes en esta paciente:

1. La ocupación.
2. Escolaridad.
3. Antecedente familiar de enfermedad renal
4. Cifras de tensión arterial.
5. Género.
6. Control glucémico
7. Antecedente de EVC
8. Niveles séricos de colesterol y triglicéridos

El cuadro de este paciente es **compatible** con:

9. Nefropatía diabética establecida
10. Síndrome metabólico.
11. Insuficiencia renal crónica terminal.
12. Nefropatía diabética temprana.
13. Obesidad grado II

Son datos **a favor** de nefropatía diabética en este paciente:

14. Albúmina en orina de 24 hrs.
15. Tasa de filtración glomerular
16. Sudoración
17. Cifras de tensión arterial
18. Glucosuria

Son pruebas diagnósticas **útiles** para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente:

19. Albúmina en orina de 24 hrs.
20. Colesterol
21. Triglicéridos
22. Examen general de orina
23. Urocultivo
24. Densitometría ósea
25. Estimación e la tasa de filtración glomerular

Son acciones médicas **apropiadas** para el estado actual de la paciente:

26. Iniciar la prescripción de insulina
27. Solicitar densitometría ósea
28. Solicitar Urocultivo

- 29. Referir al paciente al nefrólogo
- 30. Dosis de metoprolol

Son acciones **omitidas** por el médico en este caso:

- 31. Exploración de cavidad oral.
- 32. Evaluación del fondo de ojo
- 33. Otorgar nueva cita
- 34. Exploración de abdomen.
- 35. Exploración de pulsos distales.
- 36. Monitoreo cada seis meses de creatinina sérica.
- 37. Solicitar albuminuria cada seis meses.
- 38. Control de la glucosa ≤ 110 mg/dL
- 39. Cambiar betabloqueador por inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueador de los receptores de angiotensina.

CASO 2

Mujer de 60 años de edad, viuda, jubilada. Acude a su cita médica mensual por DM tipo 2, se refiere sin poliuria, polidipsia o polifagia con dolor en extremidades inferiores continuo, parestias y parestesias de una semana de evolución, se automedico con *vitamina B1, B6, diclofenaco y ketorolaco*, sin mejoría. Antecedentes: DM tipo 2 de 16 años de evolución, niega ser hipertensa, no lleva dieta alguna. Se le aplicó en el último año toxoide tetánico, antihepatitis y neumococica. Examen clínico: tensión arterial: 160/100 mmHg, peso: 80 kgs, talla: 1.54 mt, FC: 78 x minuto. Paciente conciente tranquila, aparente buen estado general, área cardiaca rítmica, campos pulmonares sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, la circunferencia abdominal fue 105 cm, ambos pies con pulsos presentes, sensibilidad conservada. Resultados de Laboratorio: glucosa 141mg/dL, hemoglobina glucosilada 8%, creatinina sérica 0.8 mg/dL. colesterol 162 mg/dL, triglicéridos 180mg/dL, TGF 78 ml/min/1.73 m². El examen general de orina fue normal. Excreción urinaria de albumina 51 mg/24 horas. Después de la revisión su doctor incremento la dosis de glibenclamida: 5 mg cada 12 hr, y metformina: 850 mg cada 12 hr (ella estaba tomando 5 y 850 mg cada 24 hrs respectivamente). También incremento el enalapril 10 mg cada 12 hrs en lugar de 10 mg cada 24 hrs. La dosis de aspirina: 150 mg cada 24 hrs, no fue modificada. Se otorgo cita mensual y solicitud de exámenes de laboratorio (glucosa y hemoglobina glucosilada).

Son **factor de riesgo** para complicaciones de la diabetes en esta paciente:

- 40. La edad.
- 41. La ocupación.
- 42. Escolaridad.
- 43. El estado civil.
- 44. La tensión arterial.
- 45. Género.
- 46. Años de evolución de la diabetes

El cuadro de este paciente es **compatible** con:

- 47. Nefropatía diabética establecida
- 48. Síndrome metabólico.
- 49. Hipertensión arterial estadio 2.
- 50. Insuficiencia renal crónica terminal.
- 51. Neuropatía diabética.
- 52. Nefropatía diabética temprana.
- 53. Obesidad grado II
- 54. Obesidad grado I

Son datos **a favor** de nefropatía diabética en este paciente:

- 55. Albúminuria de 24 hrs.
- 56. Estimación de la tasa de filtración glomerular
- 57. Excreción urinaria de proteínas en el examen general de orina

- 58. Colesterol sérico
- 59. Hemoglobina glucosilada

Son pruebas diagnósticas **útiles** para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente:

- 60. Medición de la excreción urinaria de albúmina
- 61. Examen general de orina.
- 62. Estimación de la tasa de filtración glomerular
- 63. Medición de la presión arterial
- 64. Urocultivo

Son acciones médicas **apropiadas** para el estado actual de la paciente:

- 65. Incremento de dosis de glibenclamida.
- 66. Continuar la dosis de aspirina.
- 67. Incremento de dosis de enalapril.
- 68. Medición de la glucosa sérica cada mes
- 69. No ajustar un régimen dietético

Son acciones necesarias **omitidas** por el médico en este caso:

- 70. Reducción de kcal en la dieta
- 71. Solicitar electrocardiograma
- 72. Solicitar radiografía de tórax
- 73. Solicitar depuración de creatinina
- 74. Control de la glucosa sérica ≤ 110 mg/dL
- 75. Envió a oftalmología para valoración de retina
- 76. Hacer énfasis en adherencia a la dieta y ejercicio para mejor control de la glucosa
- 77. Agregar un segundo antihipertensivo

CASO 3

Hombre de 53 años, auxiliar de enfermería, casado, escolaridad: secundaria completa, religión católica. Su hermano desarrollo IRCT secundaria a nefroesclerosis. Es diabético tipo 2 desde hace 10 años, hipertenso desde hace 2 años. Refiere, polidipsia, poliuria y polifagia. El paciente no ha presentado complicaciones crónicas durante los 10 años de duración de la DM, y ha sido tratado solo con glibenclamida 5 mg cada 12 hrs, los últimos 4 meses. Debido a artralgiás generalizadas en los últimos 3 meses, y por síntomas urinarios en los últimos 5 días, se automedico naproxeno oral 500 mg cada 12 hrs y amikacina parenteral 500 mg cada 12 hrs. Examen clínico: tensión arterial 120/80 mmHg, peso 70.3 Kg, talla 1.49 mt. Paciente conciente, área cardiaca rítmica, campos pulmonares sin alteración, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, circunferencia de la cintura 97 cm. Resultados de laboratorio: glucosa 350 mg/dL, creatinina 0.7mg/dL, colesterol total 177 mg/dL, triglicéridos 117 mg/dL. Urianálisis normal, sedimento urinario con leucocitos 2-3 por campo, eritrocitos 2-3 por campo, excreción urinaria de albumina/día 14.65 mgs. El siguiente tratamiento fue prescrito por su doctor al final de la consulta médica: continuar mismas dosis de glibenclamida, inicio metformina 500 mg cada 12 hrs, aspirina 150 mg cada 24 hrs, Losartán 100 mg cada 24 hrs, y naproxen 500 mg cada 12 hrs. La administración de amikacina fue suspendida. Cita en un mes, con exámenes de laboratorio (glucosa, examen general de orina y urocultivo).

Son **factor de riesgo** para complicaciones de la diabetes en esta paciente:

- 78. Antecedentes familiares de enfermedad renal
- 79. El estado civil.
- 80. Ocupación
- 81. La tensión arterial.
- 82. Índice de masa corporal
- 83. Niveles de glucosa sérica en ayunas.

El cuadro de este paciente es **compatible** con:

- 84. Diabetes descontrolada
- 85. Nefropatía diabética establecida
- 86. Insuficiencia renal crónica estadio IV.
- 87. Nefropatía diabética temprana.
- 88. Obesidad grado II
- 89. Obesidad grado I

Son datos **a favor** de nefropatía diabética en esta paciente:

- 90. Nivel de albuminuria
- 91. Tiempo de evolución de la diabetes
- 92. Eritrocituria
- 93. Niveles de tensión arterial

Son pruebas diagnósticas **útiles** para precisar progresión de la nefropatía diabética en esta paciente:

- 94. Medición de la excreción urinaria de albumina
- 95. Medición de la Hemoglobina Glucosilada
- 96. Urocultivo
- 97. Estimación de la tasa de filtración glomerular
- 98. Fondoscopia

Son acciones médicas **apropiadas** para el estado actual de la paciente:

- 99. Inicio de metformina.
- 100. Continuar el uso de Losartán.
- 101. Solicitud de examen de orina
- 102. Solicitud de glucemia
- 103. Suspender el uso de amikacina

Son acciones **omitidas** por el médico en este caso:

- 104. Prescripción de dieta para reducir peso
- 105. Exploración de pies
- 106. Referir al nefrologo para evaluación de la función renal
- 107. Indicar insulina intermedia antes de la cena
- 108. Solicitar biometría hemática completa
- 109. Suspender naproxen e investigar la causa de las artralgias generalizadas

CASO 4

Hombre de 78 años, viudo, comerciante, católico y residente de Guadalajara Jalisco. Es diabético tipo 2 desde hace 20 años, controlado solo con dieta. Tiene el antecedente de fumar 40 cigarrillos/día y tomar 1 L/día de refresco de cola durante los últimos 30 años. En el último año presentó insuficiencia renal aguda secundaria a sepsis, con aparente recuperación completa de la función renal. Acude control mensual por diabetes mellitus tipo 2, niega poliuria, polidipsia y polifagia. Ha presentado dolor lumbar, principalmente después de realizar actividades domesticas, cede con el reposo, y con el uso de diclofenaco 100 mg cada 12 hrs (lo está tomando en los últimos 3 meses). Examen clínico: tensión arterial 145/90 mmHg, peso 90 kg, talla 1.65 mts. Resto del examen clínico irrelevante. Resultados de laboratorio: glucosa 136 mg/dL, creatinina sérica 1.5 mg/dL, estimación de tasa de filtración glomerular 48/ml/min/1.73m², colesterol 295 mg/dL, triglicéridos 320 mg/dL examen general de orina: densidad urinaria 1.015, proteinuria 250 mg/dL, excreción urinaria de albúmina 619 mgs/24 horas. Su doctor indico continuar con diclofenaco 100 mg cada 12 horas, inicio el uso de paracetamol 1 tableta oral c/8 hrs. Se le otorgó nueva cita en un mes sin exámenes de laboratorio.

Son **factor de riesgo** para complicaciones de la diabetes en esta paciente:

- 110. La edad.
- 111. Nivel de colesterol sérico
- 112. Antecedente de insuficiencia renal aguda

- 113. Obesidad
- 114. La tensión arterial.
- 115. Género.
- 116. Nivel de glucosa sérica
- 117. Uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos.

El cuadro de esta paciente es **compatible** con:

- 118. Síndrome metabólico.
- 119. Diabetes mellitus tipo2 controlada
- 120. Dislipidemia
- 121. Nefropatía diabética temprana.
- 122. Nefropatía diabética establecida.
- 123. Hipertrigliceridemia
- 124. Obesidad grado I

Son **datos a favor** de nefropatía diabética en este paciente:

- 125. Nivel de albuminuria
- 126. Nivel de creatinina sérica
- 127. Proteínuria
- 128. Nivel de tensión arterial
- 129. Estimación de la tasa de filtración glomerular
- 130. Nivel de glucosa sérica
- 131. Niveles de lípidos

Son pruebas diagnósticas **útiles** para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente:

- 132. Medición de la excreción urinaria de albúmina
- 133. Estimación de la tasa de filtración glomerular
- 134. Proteínas en orina
- 135. Niveles de tensión arterial
- 136. Densidad urinaria

Son acciones médicas **apropiadas** para el estado actual de la paciente:

- 137. No prescribir fármacos antidiabéticos
- 138. No prescribir drogas antihipertensivas
- 139. Iniciar el uso de paracetamol
- 140. Continuar el uso de diclofenaco
- 141. Revisión de pulsos distales en ambas extremidades
- 142. Referir al nefrólogo
- 143. Indicar dieta para diabético

Son acciones **omitidas** por el médico en este caso:

- 144. Exploración de cavidad oral.
- 145. Reducir el colesterol < 200 mg/dL
- 146. Solicitar hemoglobina glucosilada para evaluar en la próxima cita
- 147. Prescribir dieta restringida en colesterol y grasas saturadas
- 148. Solicitar que deje de fumar
- 149. Solicitar que suspenda o disminuya la ingesta de refresco
- 150. Iniciar el uso de insulina más antidiabéticos orales

ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1 PACHUCA, HGO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha:

Pachuca, Hgo a _____ del mes de _____ del 2010.

Por medio de la presente autorizo participar en con el protocolo de investigación titulado: "Aptitud clínica de médicos familiares en el manejo de nefropatía diabética del HGZy MF No.1 y UMF No.32 del IMSS en Pachuca, Hgo"

Registrado ante el Comité local de investigación o la CNIC con el número: **R-2011-1201-1**

Los objetivos del estudio son:

Identificar el nivel de aptitud clínica de los médicos familiares para la atención del paciente con nefropatía diabética del HGZy MF No.1 y UMF No.32 del IMSS en Pachuca, Hgo"

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un cuestionario con casos clínicos sobre de la nefropatía diabética que me realizará personalmente la Dra. Melina Durán Gómez, médico residente de la especialidad de Medicina Familiar, quien previamente se presentó e identificó.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento que se requiera, así como de responder cualquier pregunta y aclarara cualquier duda acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficioso cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en el que considere conveniente, sin que ello afecte mi prestación de servicios en este instituto.

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

De acuerdo con el "reglamento de la Ley de Salud de Materia de Investigación para la Salud" de la Ley General de Salud, el presente trabajo se considera investigación sin riesgo (Artículo 17) , Así como el presente que es el consentimiento informado del participante en la investigación (Artículo 14)

Nombre y firma del médico familiar

Nombre y firma del investigador responsable

Testigo

Número de teléfono a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio:

Casa 7717185755, Célular: 044 771 1298851

ANEXO 3 VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
APTITUD CLINICA	Es la capacidad del médico familiar para identificar situaciones clínicas problemáticas de su experiencia clínica, de complejidad variable, donde debe discriminar y optar entre alternativas de interpretación, decisión y acción, diferenciando entre lo apropiado, oportuno y útil de lo inapropiado, inútil o perjudicial en pacientes con nefropatía diabética, debe poner en juego su propio criterio.	La capacidad de solucionar situaciones clínicas de complejidad variable, en la que se pone en juego el criterio para decidir la mejor alternativa de acción de cada caso en particular. 1. <u>Reconocimiento de factores de riesgo</u> . Se refiere a la existencia demostrada de antecedentes o condiciones actuales del paciente que, sin formar parte de un padecimiento, hacen más probable su aparición o que éste se agrave. Incluye antecedentes: sociodemográficos, hereditarios, personales patológicos y no patológicos e intrahospitalarios (por procedimientos, estancias y esquemas terapéuticos farmacológicos). 2. <u>Reconocimiento de datos clínicos y paraclínicos</u> . Existencia de un dato clínico o paraclínicos que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la enfermedad en cuestión, que abarca estados avanzados de la enfermedad y sus complicaciones. 3. <u>Utilización de estudios paraclínicos</u> . La indicación adecuada de los recursos de laboratorio que potencialmente resultan benéficos para predecir un diagnóstico con el mínimo posible riesgo de daño para el paciente. 4. <u>Integración diagnóstica</u> . Elementos de un caso clínico que concuerdan con el cuadro propio de la identidad nosológica propuesta como diagnóstico. 5. <u>Utilización de recursos terapéuticos</u> . Se refiere a la toma de decisiones que representa una de las capacidades de mayor complejidad. Comprende la elección de cierto recurso terapéutico o preventivo a partir de su mayor efectividad comparado con otros recursos, su menor riesgo de morbilidad, su mayor facilidad de administración. 6. <u>Medidas de seguimiento</u> . Procedimientos o medidas pertinentes para la vigilancia y control del paciente descrito a corto, mediano y largo plazo, que incluyen el control médico permanente a través de la consulta externa por parte del médico familiar, con sus respectivas valoraciones por especialistas afines.	Cualitativa	Nominal	Definidos por el azar <23 puntos. Muy bajo de 24 a 49 puntos. Bajo de 50 a 75 puntos. Regular de 76 a 100 puntos. Alto de 101 a 125 puntos. Muy alto 126 a 150 puntos.

VARIABLE INDEPENDIENTE

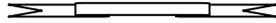
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
SEXO	Fenotipo del humano con su características físicas biológicas y sociales que establecen diferencias entre el hombre y la mujer	Se preguntó directamente al médico si fue hombre o mujer mediante el instrumento de aplicación.	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
ESPECIALIDAD	Rama de la medicina que cualifica al profesional para una determinada práctica mediante un programa avanzado de estudios.	Se preguntó directamente al médico si realizó especialidad en medicina familiar o no mediante el instrumento de aplicación.	Cualitativa	Nominal	Médico Familiar Médico general
ANTIGÜEDAD LABORAL	Periodo de tiempo que un trabajador lleva vinculado a una empresa	Se preguntó directamente los años de práctica como médico familiar o médico general en el IMSS en el instrumento de aplicación	Cuantitativa	De razón	Edad de años trabajados (1,2,3...)
TURNO DE TRABAJO	Es el método de organización del trabajo en el cual la cuadrilla, grupo, o equipo de colaboradores se sucede en los mismos puestos de trabajo para realizar la misma labor; trabajando cada cuadrilla, grupo o equipo cierto tiempo o "turno" con el fin de que la empresa pueda mantener la actividad durante mayor tiempo que el fijado por jornada o cada trabajador.	Se preguntó al médico las horas de comienzo y finalización del turno mediante el instrumento de medición.	Cualitativa	Nominal	Matutino Vespertino
UNIDAD SEDE	La Unidad de Medicina Familiar perteneciente al Primer Nivel de Atención del IMSS, proporciona servicios asistenciales, administrativos y educativos a la población derechohabiente.	Se preguntó directamente al médico a la unidad de atención médica en donde se encontró laborando mediante el instrumento de aplicación.	Cuantitativa	De razón	UMF 1 UMF 32

ANEXO 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

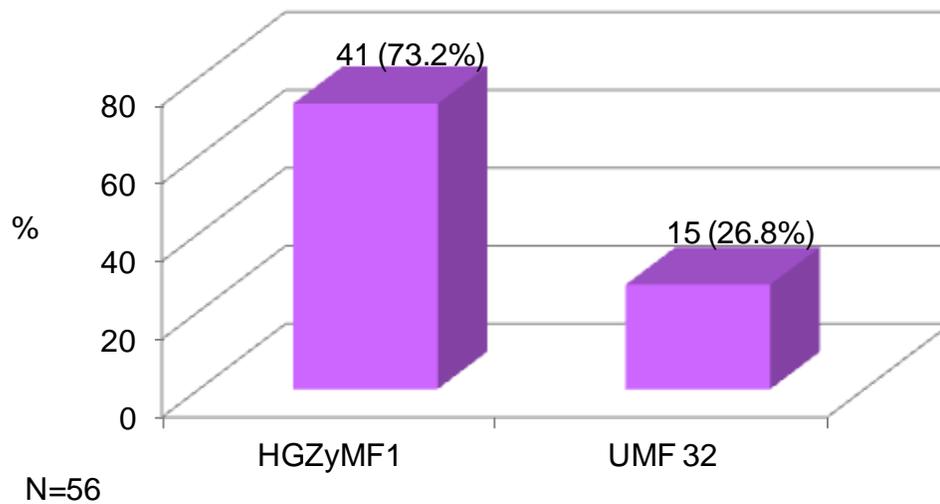
ETAPAS DEL PROYECTO	PERIODO EN EL TIEMPO																											
	2009				2010								2011															
	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
MARCO TEORICO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION																												
Revisión bibliográfica	■	■	■																									
Redacción de marco teórico				■	■	■																						
MARCO METODOLOGICO						■	■	■	■	■																		
Definición de muestra										■	■																	
Registro y autorización de protocolo de investigación												■	■	■														
Recolección de datos															■	■												
ELABORACIÓN DEL INFORME																	■	■										
Análisis de datos																		■	■	■								
Discusión de resultados																					■	■						
Conclusiones																							■	■				
Resultado final																									■	■	■	

ANEXO 6

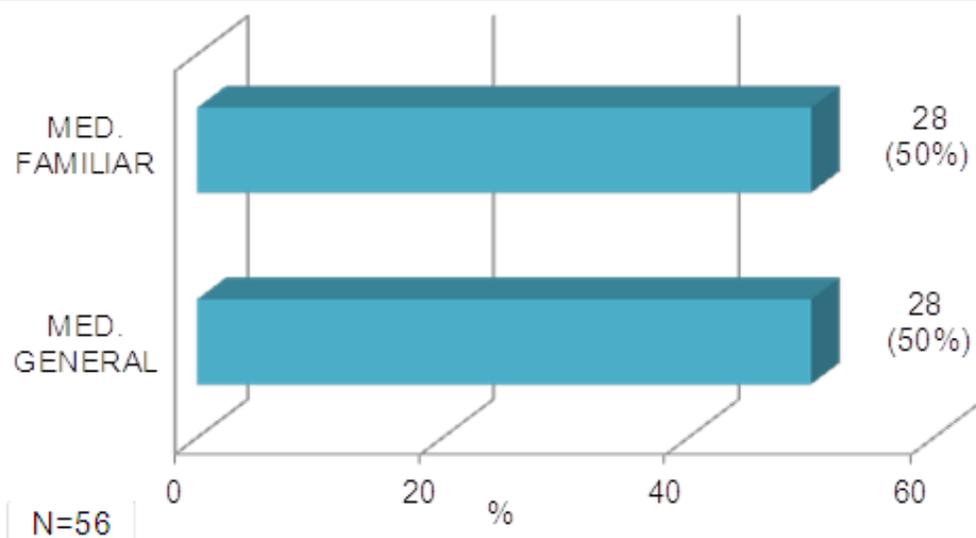


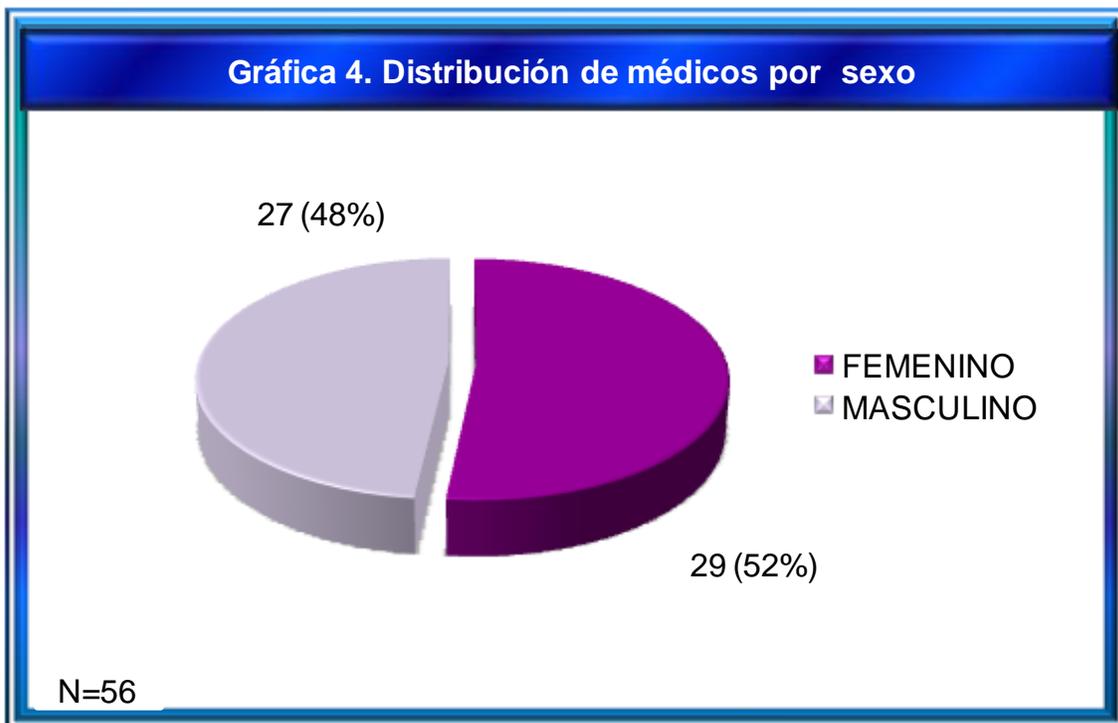
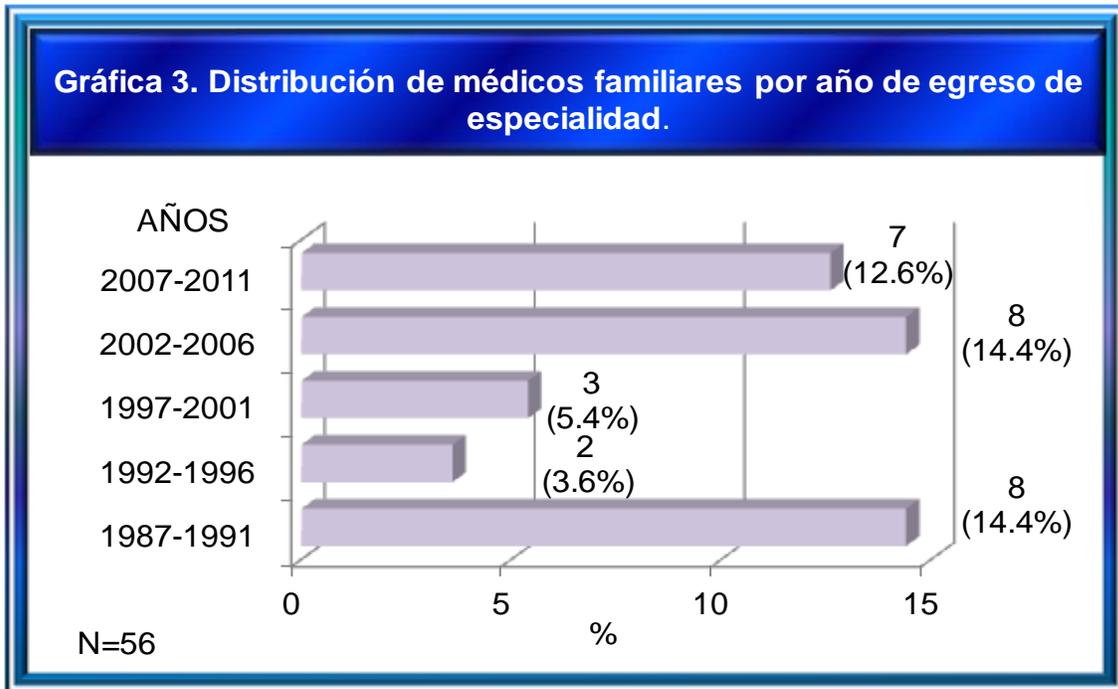
GRÁFICAS Y TABLAS

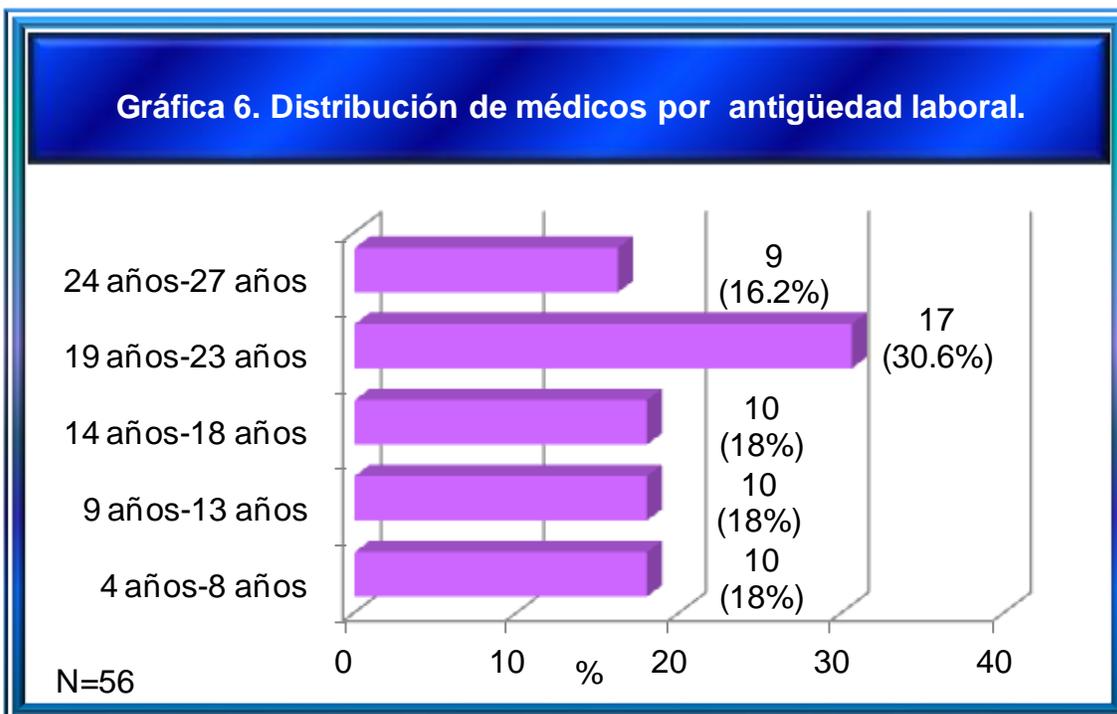
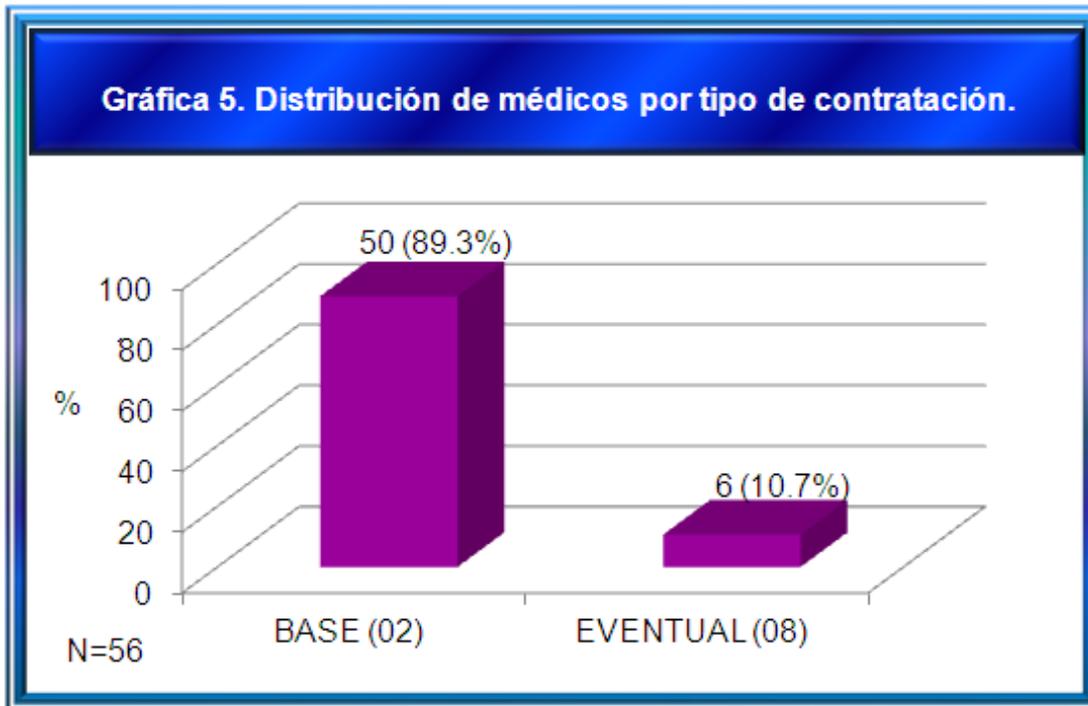
Gráfica 1. Distribución de médicos por unidad de adscripción.



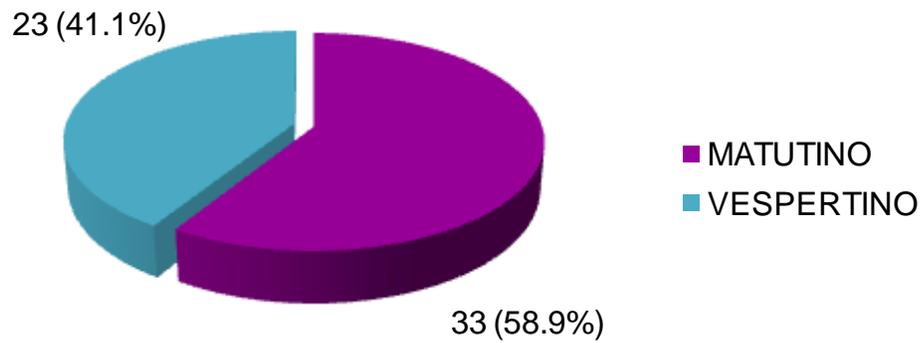
Gráfica 2. Distribución de médicos familiares y médicos generales.





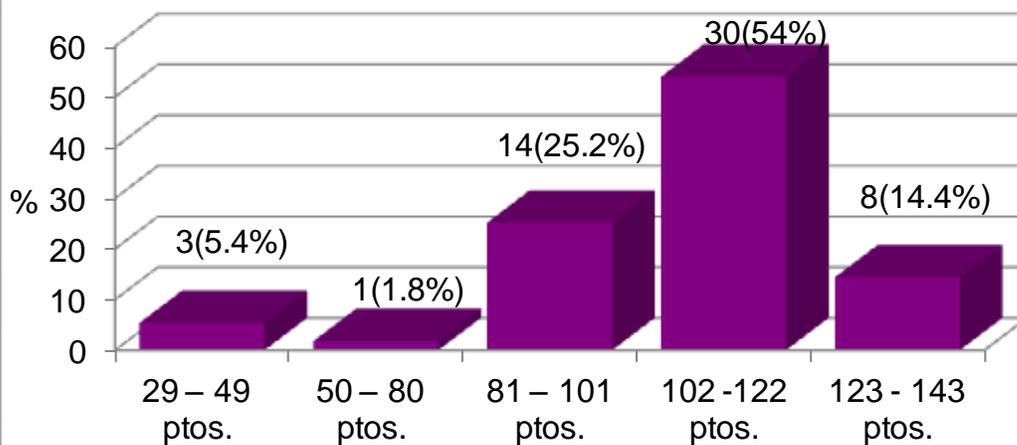


Gráfica 7. Distribución de médicos por turno laboral.



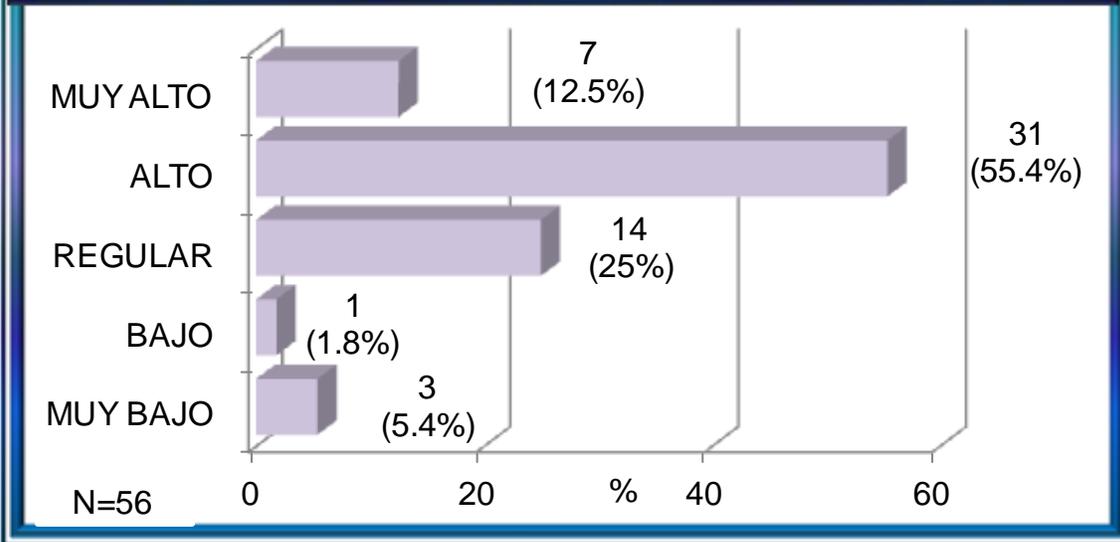
N=56

Gráfica 8. Distribución de médicos por puntuación de instrumento de aplicación.

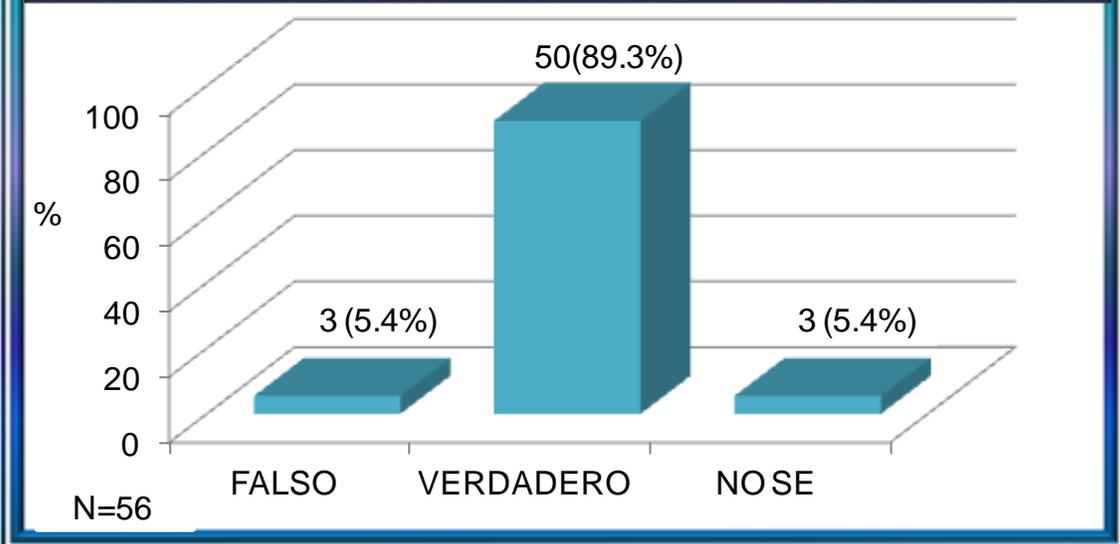


N=56

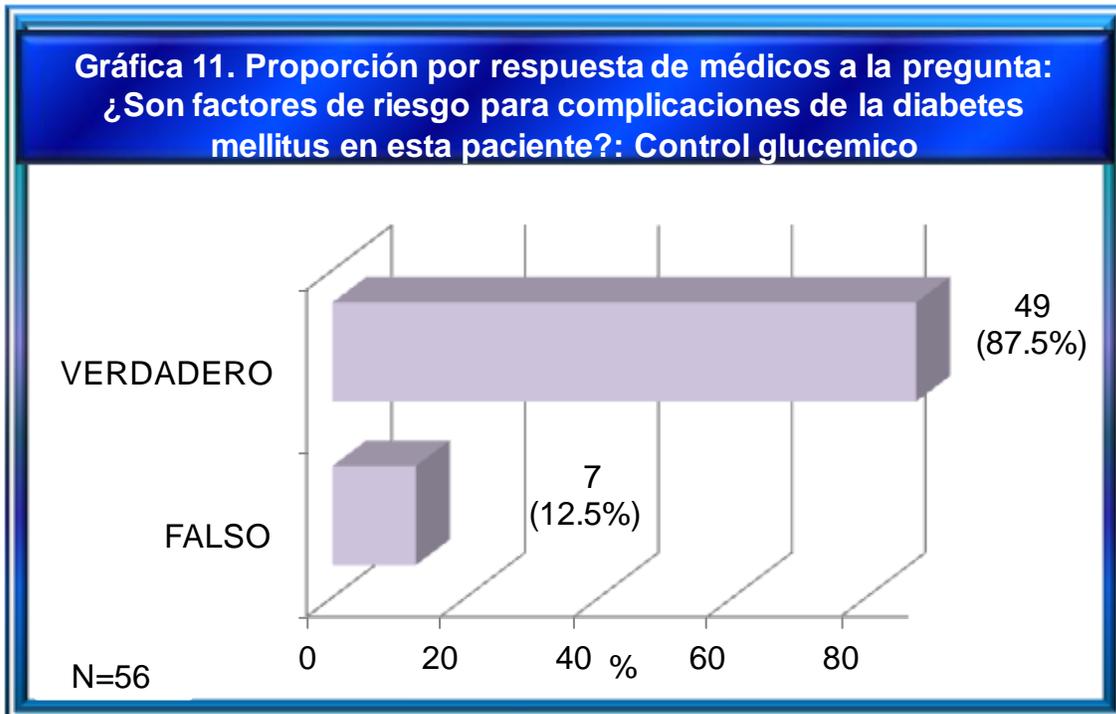
Gráfica 9. Distribución de médicos por calificación de instrumento de aplicación.



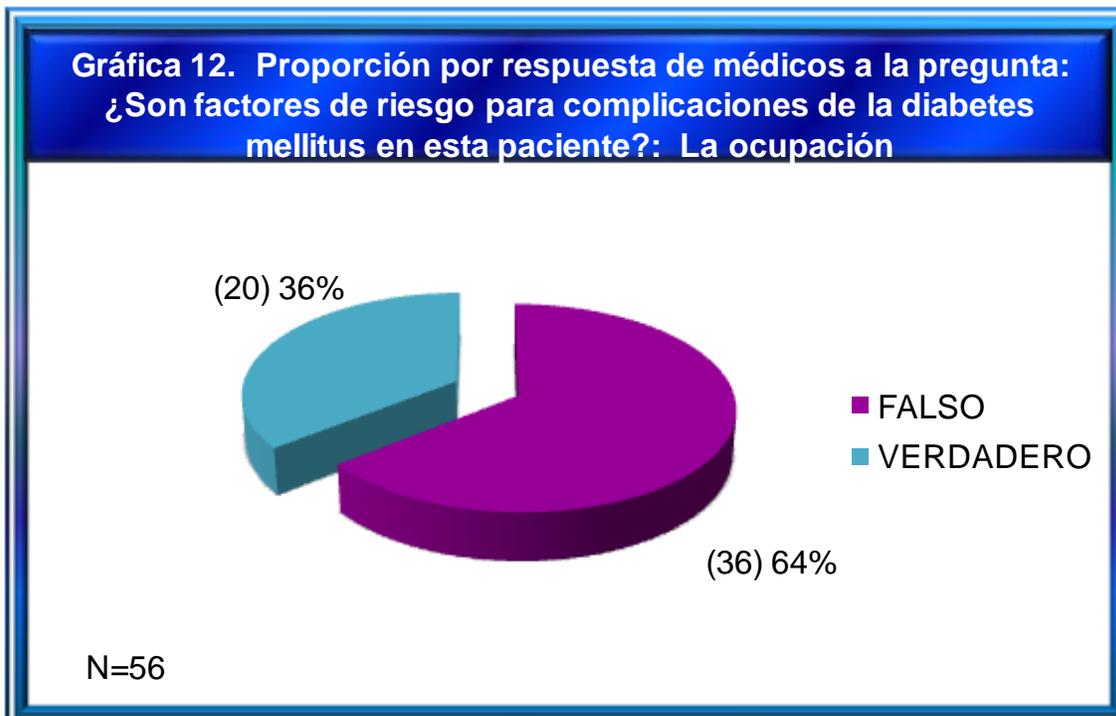
Gráfica 10. Proporción por respuesta de médicos a la pregunta: ¿Son factores de riesgo para complicaciones de la diabetes mellitus en esta paciente?: Niveles de colesterol y triglicéridos



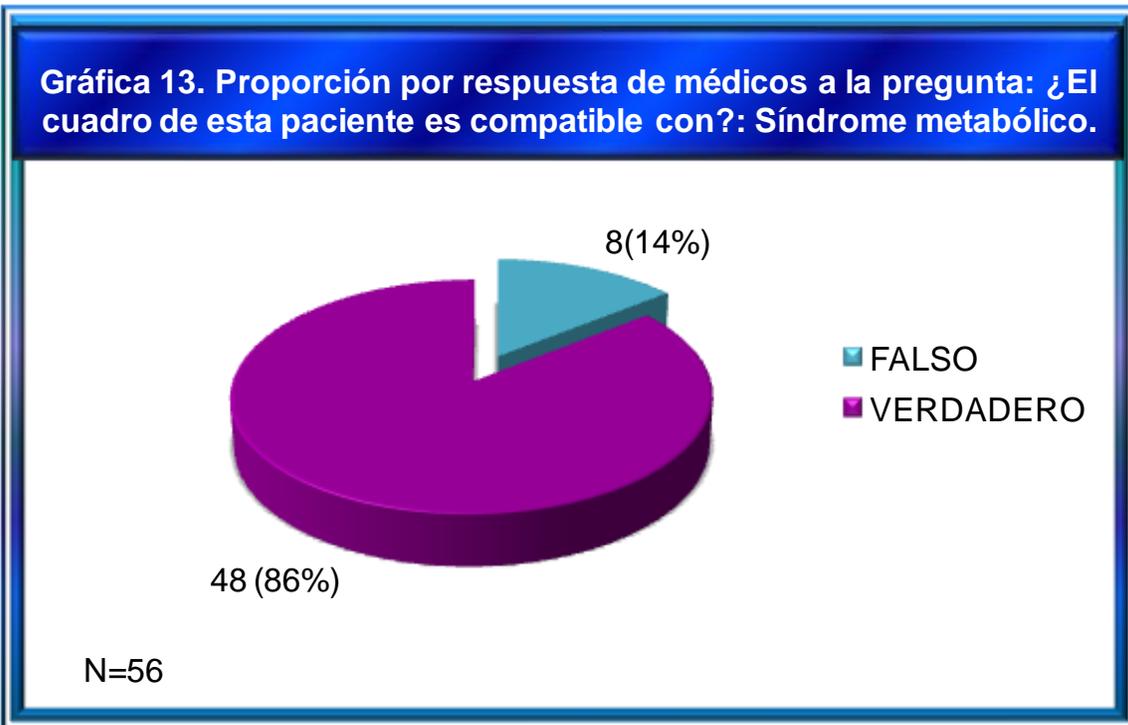
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 1 a 8: Antecedente familiar de enfermedad renal, Cifras de tensión arterial, control glucémico, **Niveles séricos de colesterol y triglicéridos*** (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



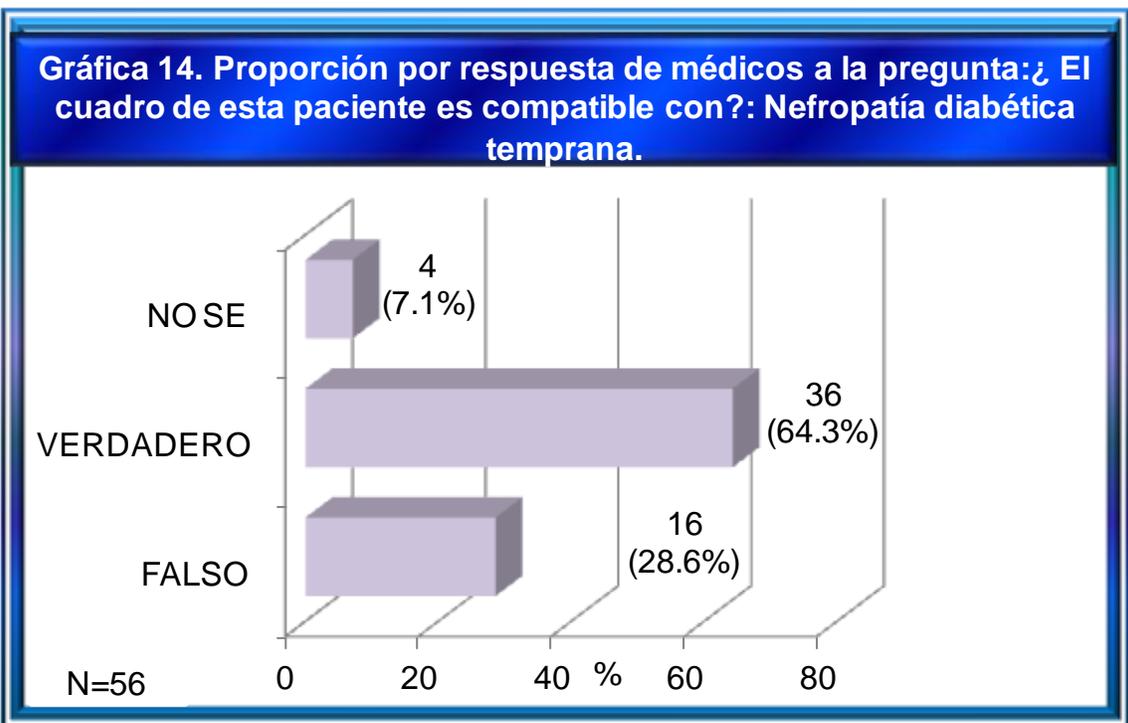
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 1 a 8: Antecedente familiar de enfermedad renal, Cifras de tensión arterial, **control glucémico***, Niveles séricos de colesterol y triglicéridos (*obtuvo segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



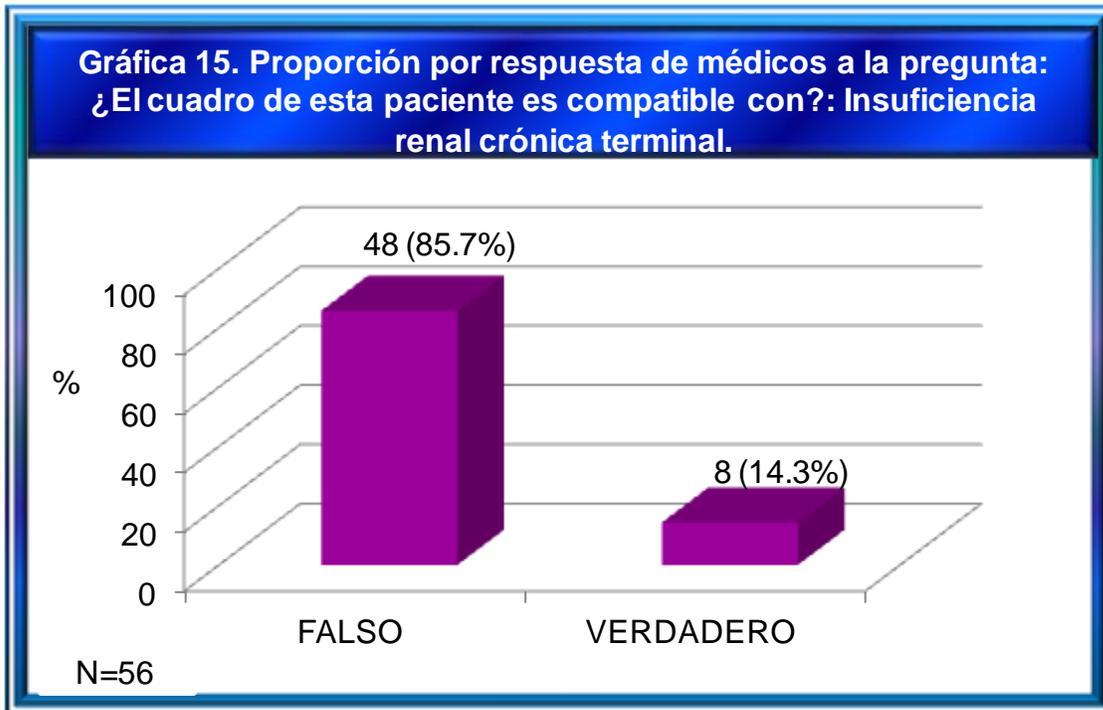
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 1 a 8: Antecedente familiar de enfermedad renal, Cifras de tensión arterial, control glucémico, Niveles séricos de colesterol y triglicéridos



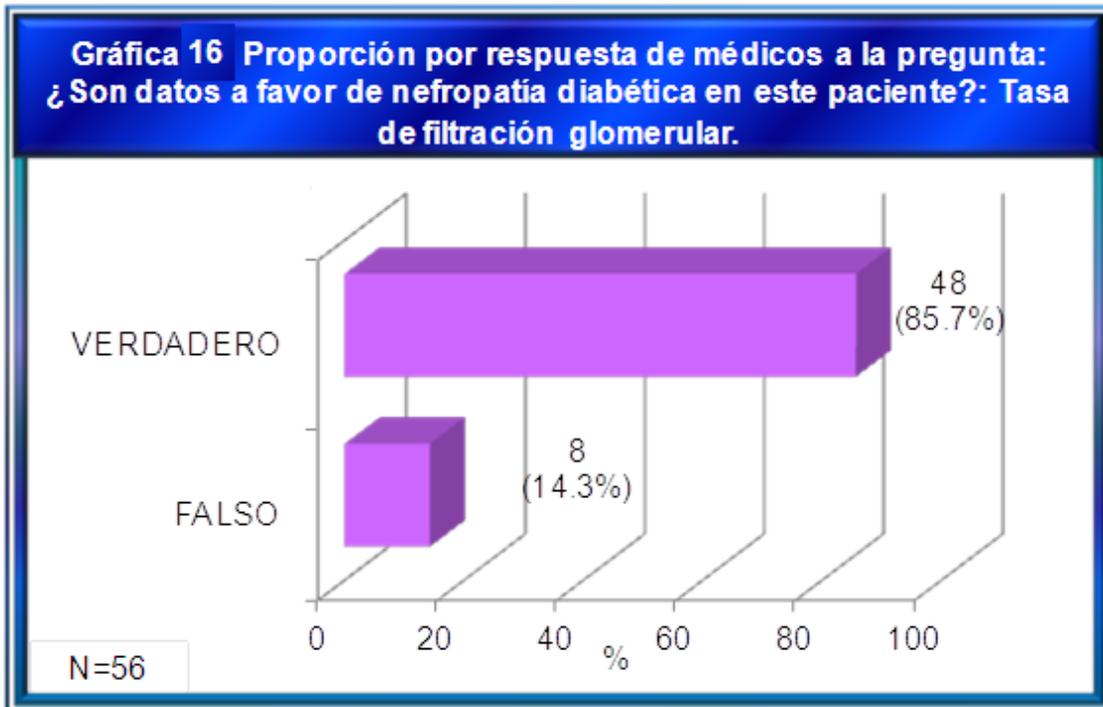
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 9 a la 13: **Síndrome metabólico***, Nefropatía diabética temprana, (*obtuvo la mayoría respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



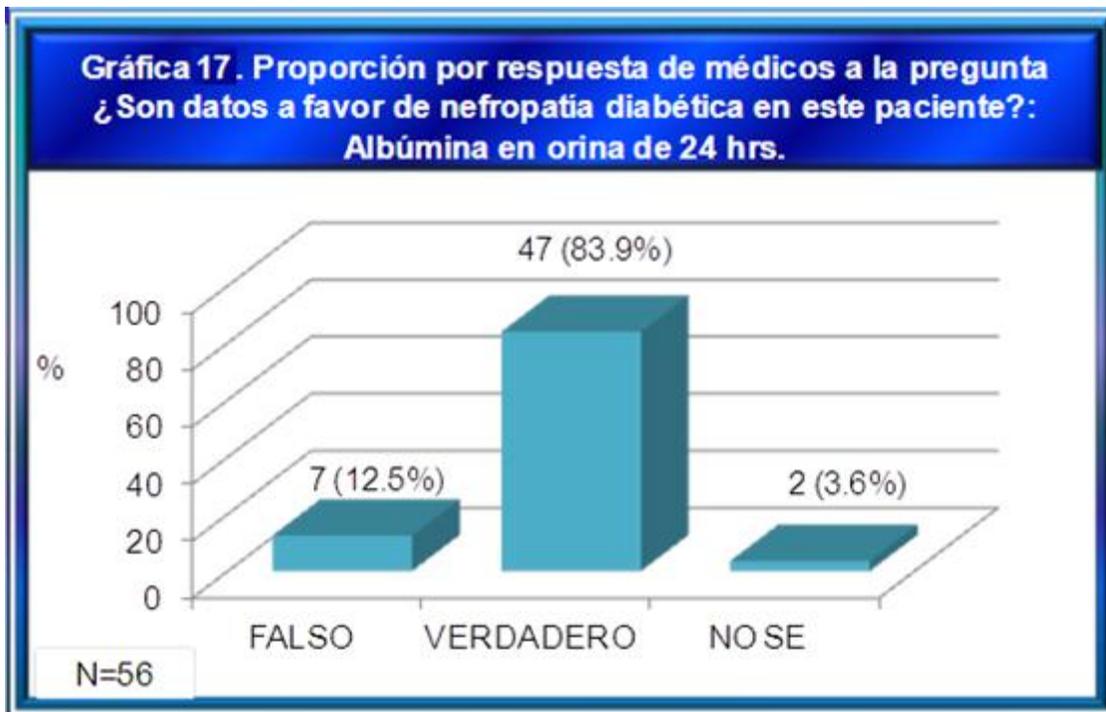
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 9 a la 13: Síndrome metabólico, **Nefropatía diabética temprana***, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



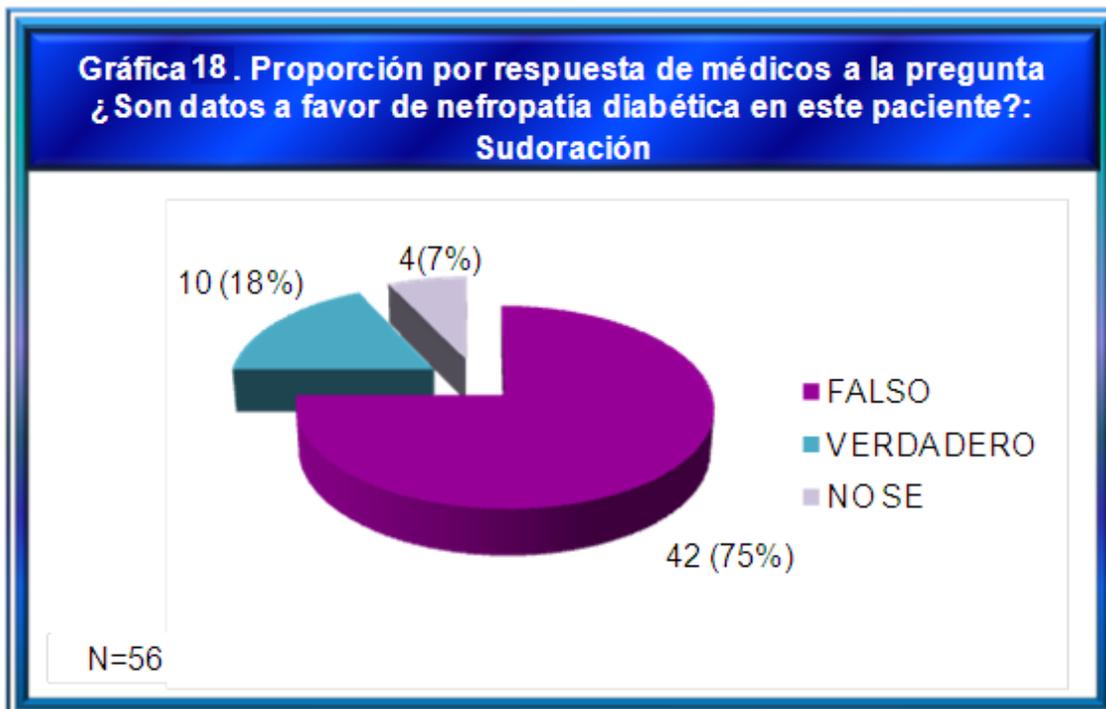
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 9 a la 13: Síndrome metabólico, Nefropatía diabética temprana.



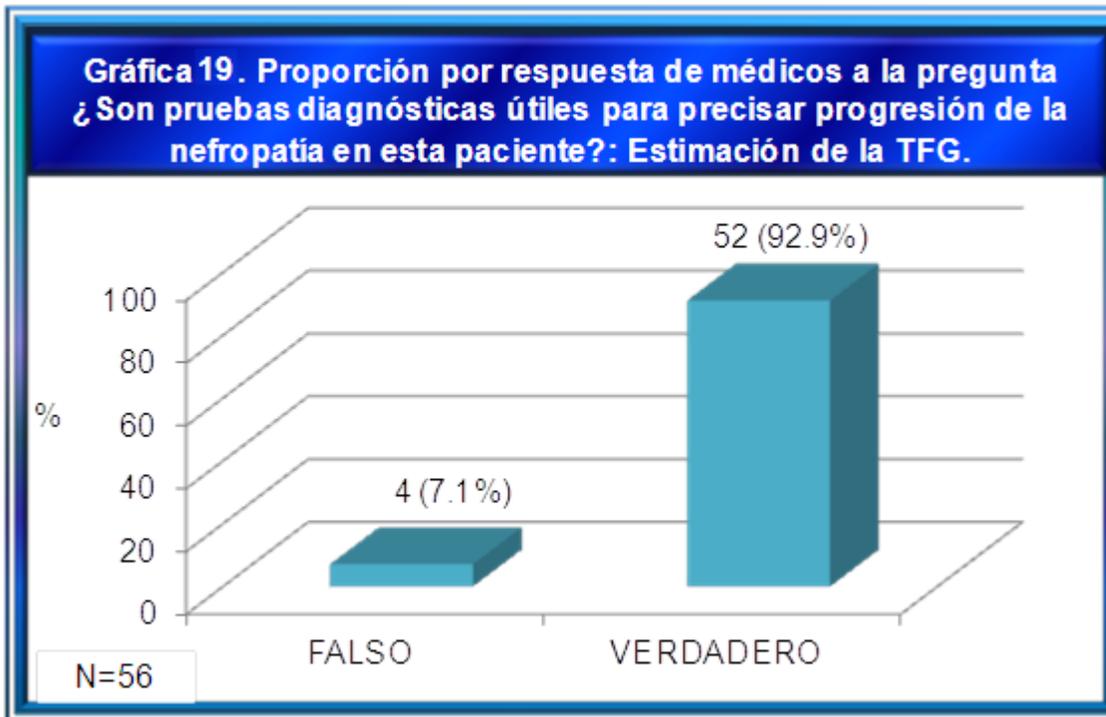
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 14 a 18: Albúmina en orina de 24 hrs, **Tasa de filtración glomerular***, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



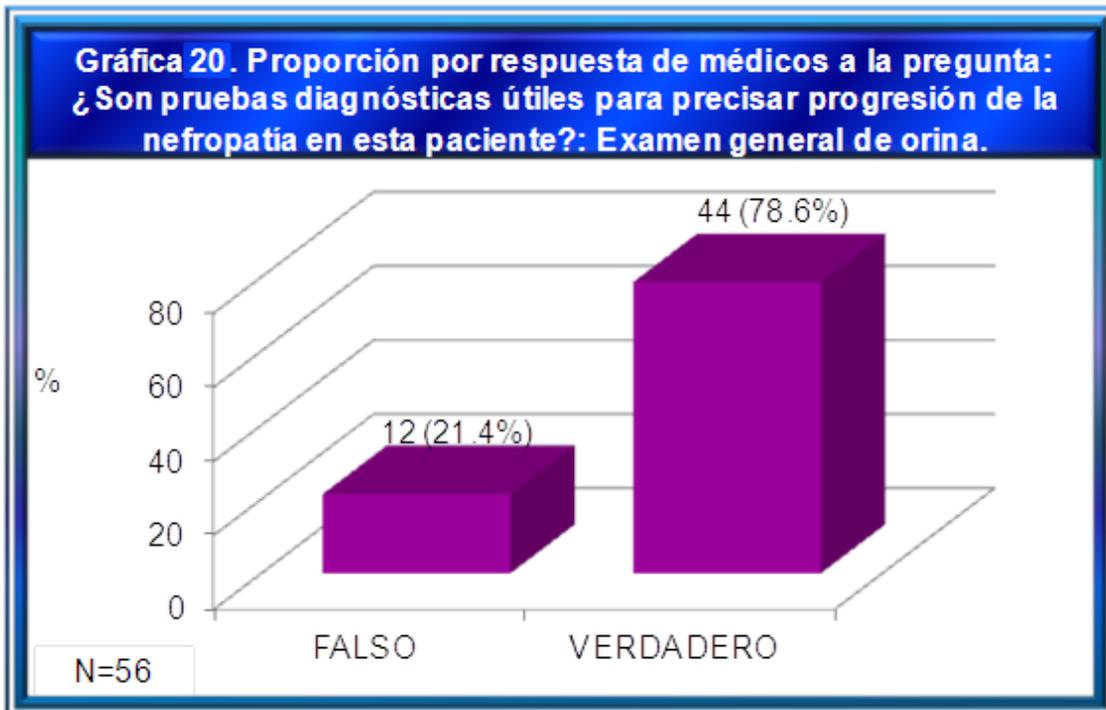
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 14 a 18: **Albúmina en orina de 24 hrs***, Tasa de filtración glomerular, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



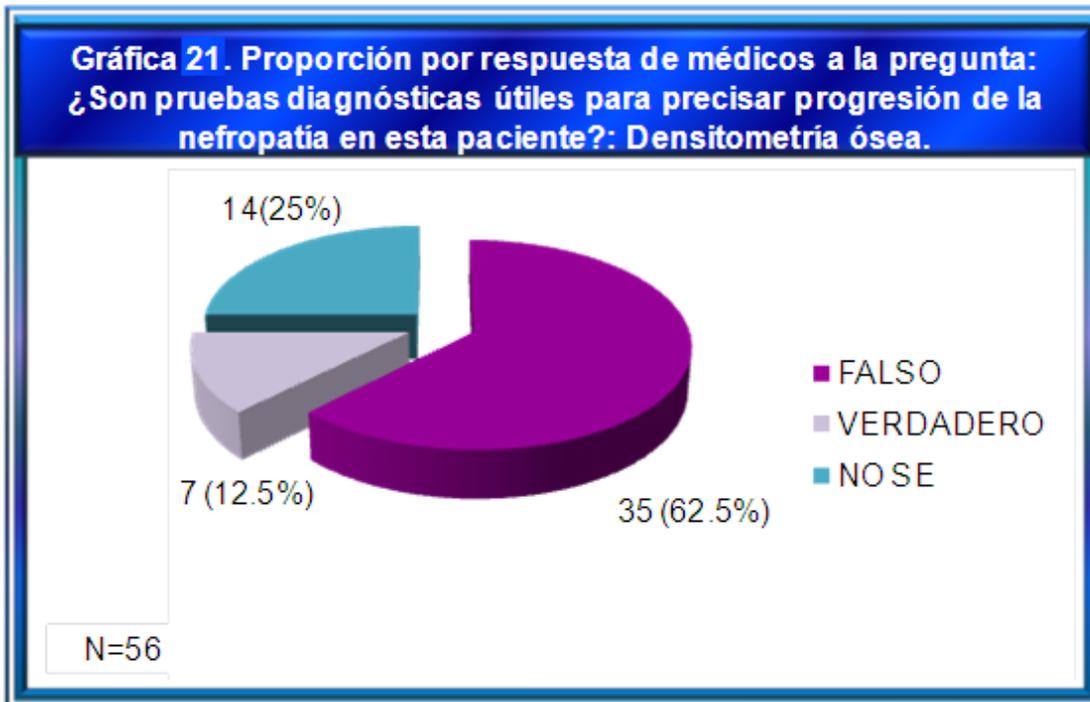
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 14 a 18: Albúmina en orina de 24 hrs, Tasa de filtración glomerular.



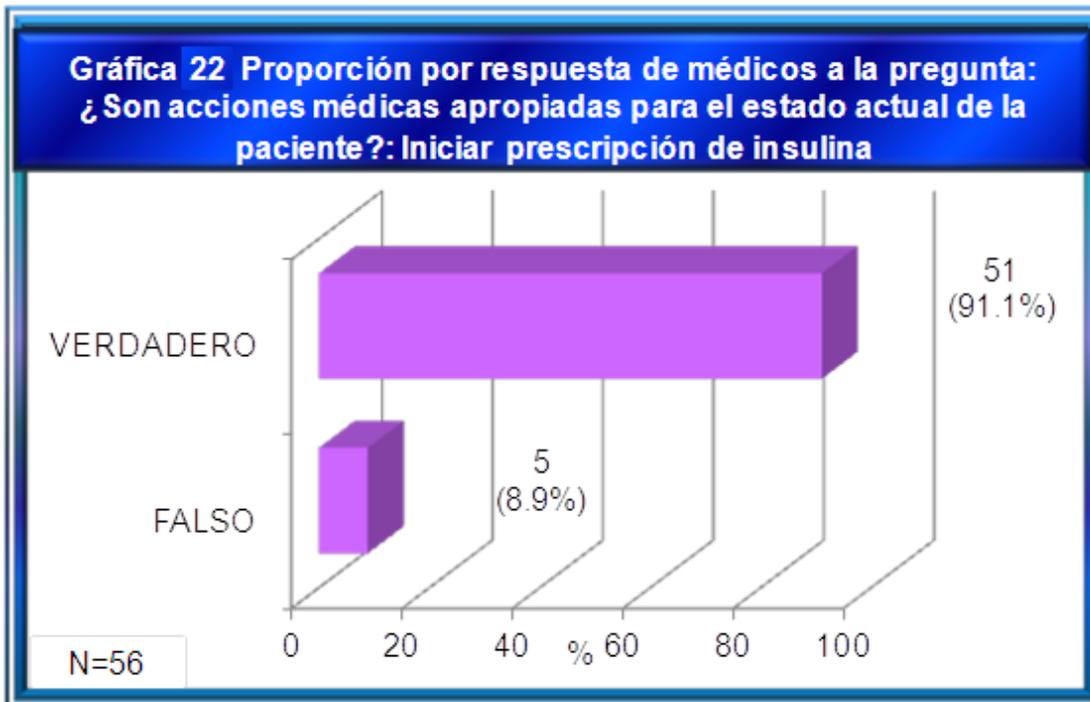
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 19 a 25: **Albúmina en orina de 24 hrs***, examen general de orina, Estimación de la tasa de filtración glomerular, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



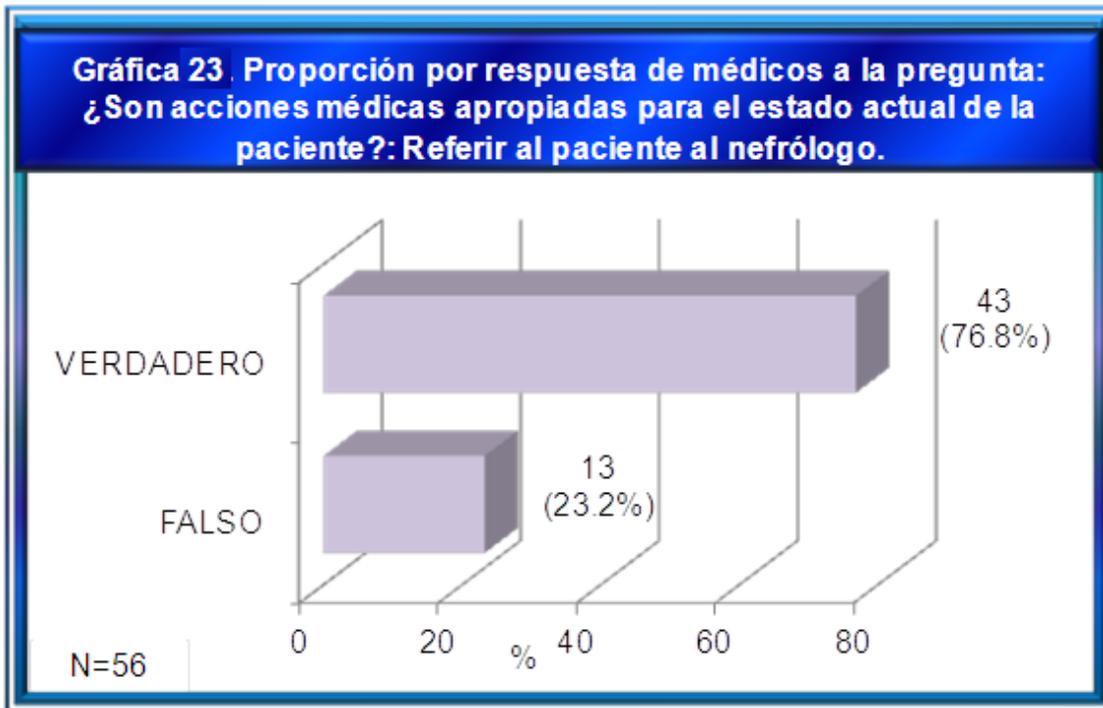
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 19 a 25: **Albúmina en orina de 24 hrs**, **examen general de orina***, Estimación de la tasa de filtración glomerular, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



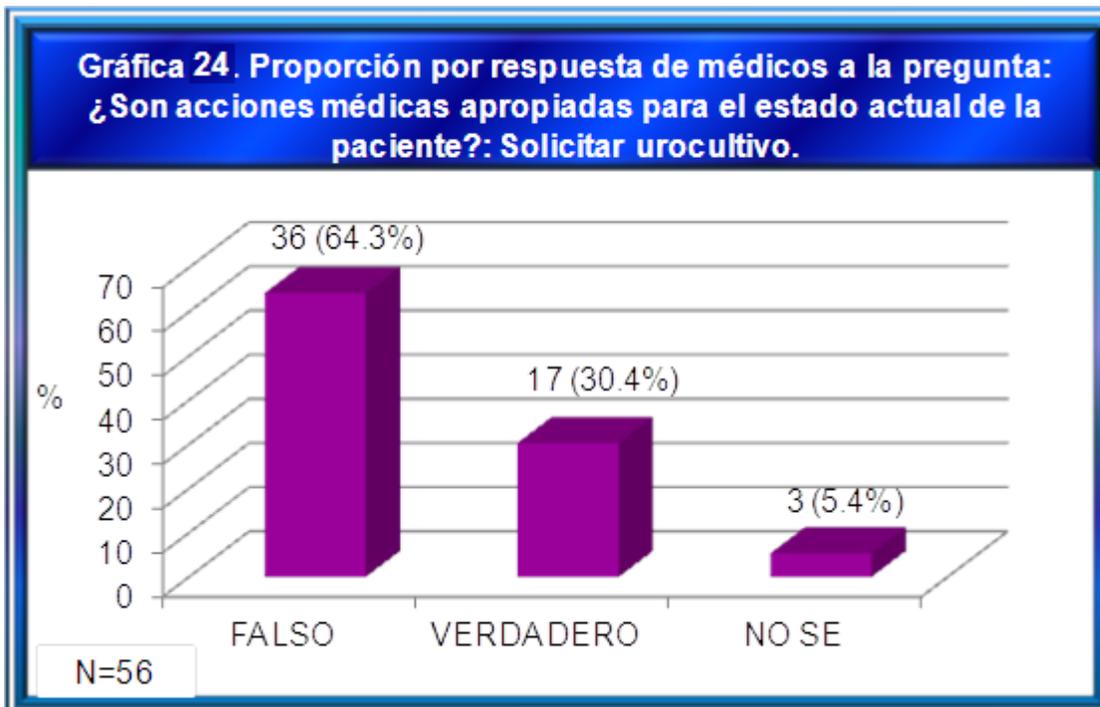
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 19 a 25: Albúmina en orina de 24 hrs, examen general de orina, Estimación de la tasa de filtración glomerular.



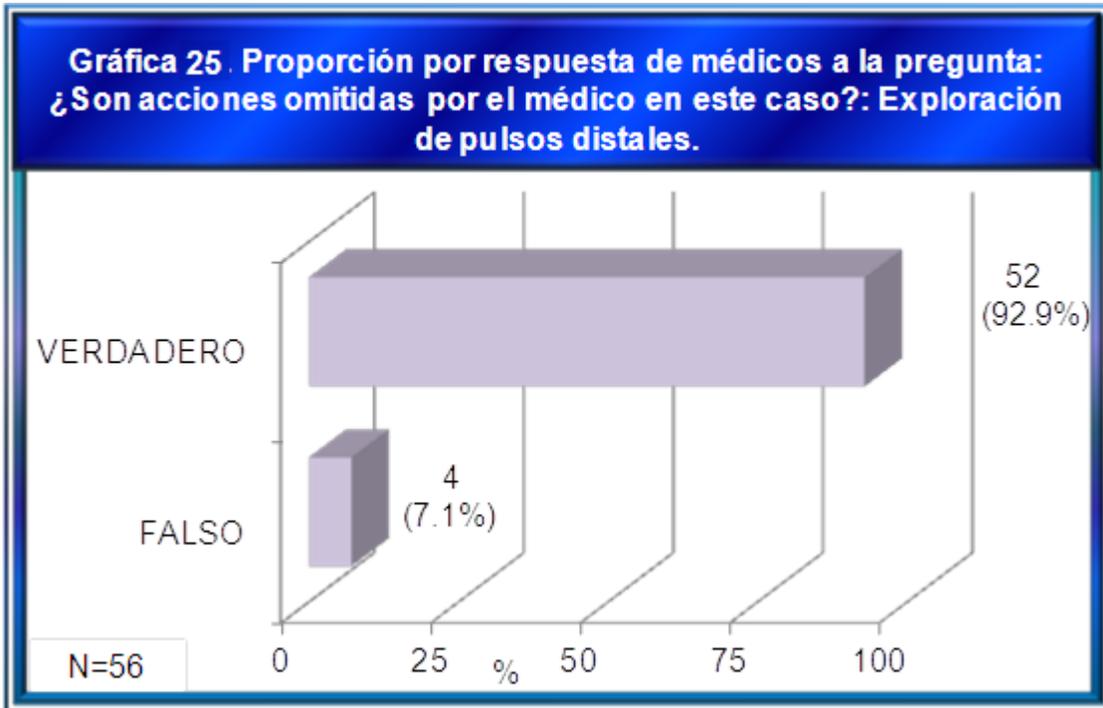
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 26 a 30: **Iniciar la prescripción de Insulina***, Referir al paciente al nefrólogo (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



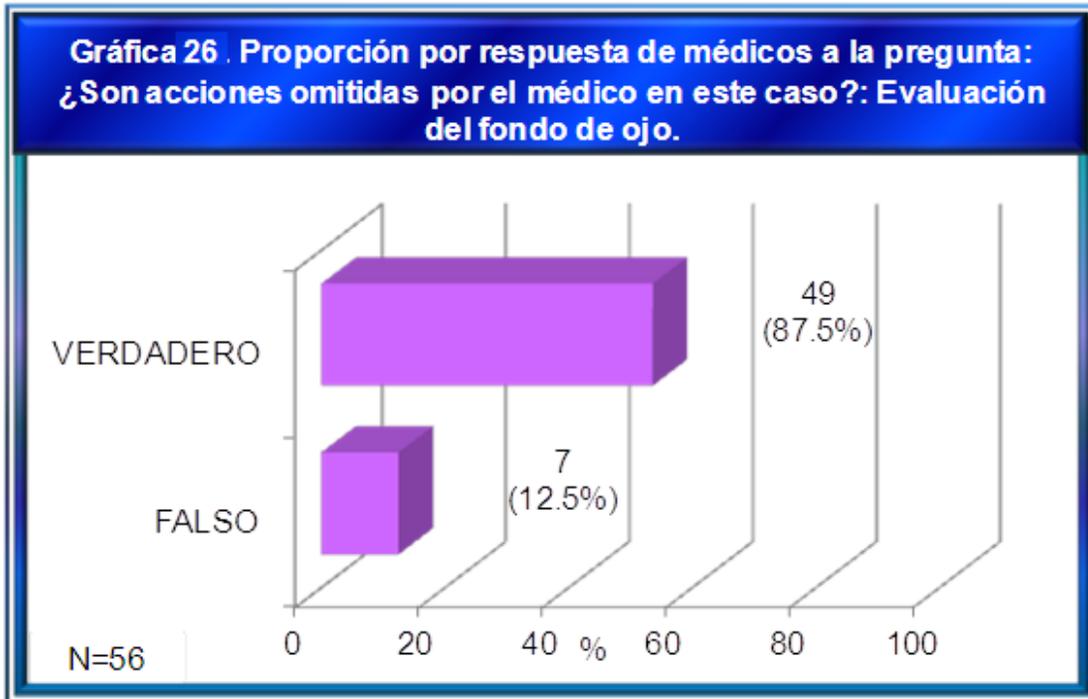
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 26 a 30: Iniciar la prescripción de Insulina, **Referir al paciente al nefrólogo*** (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



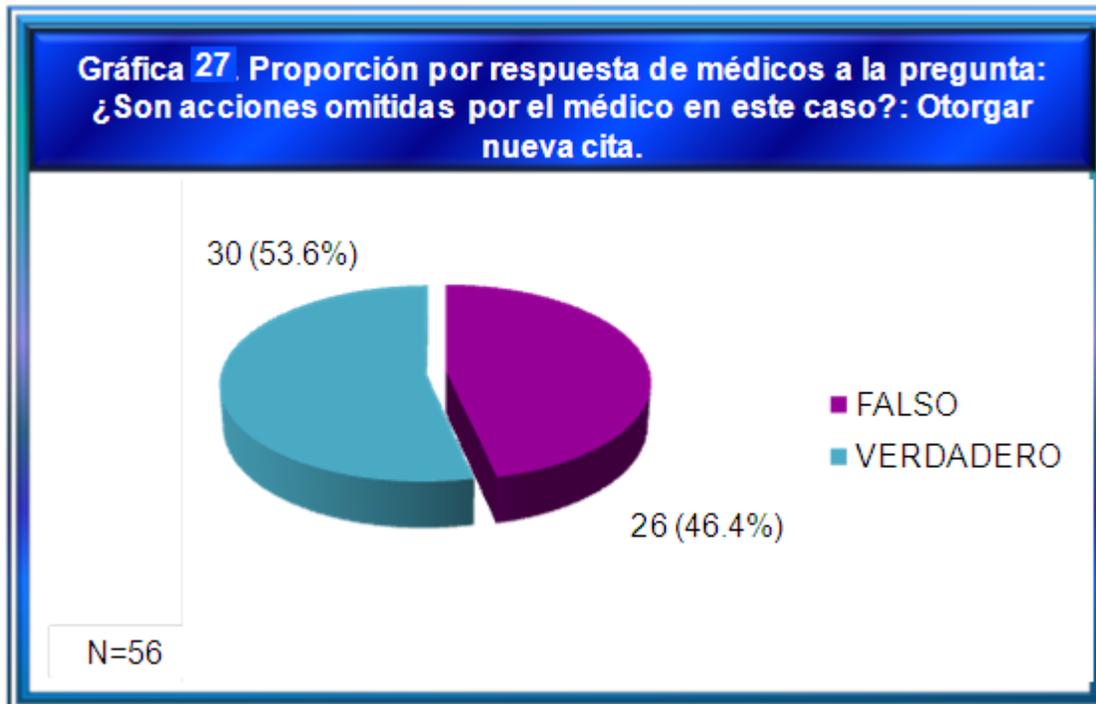
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 26 a 30: Iniciar la prescripción de Insulina, Referir al paciente al nefrólogo



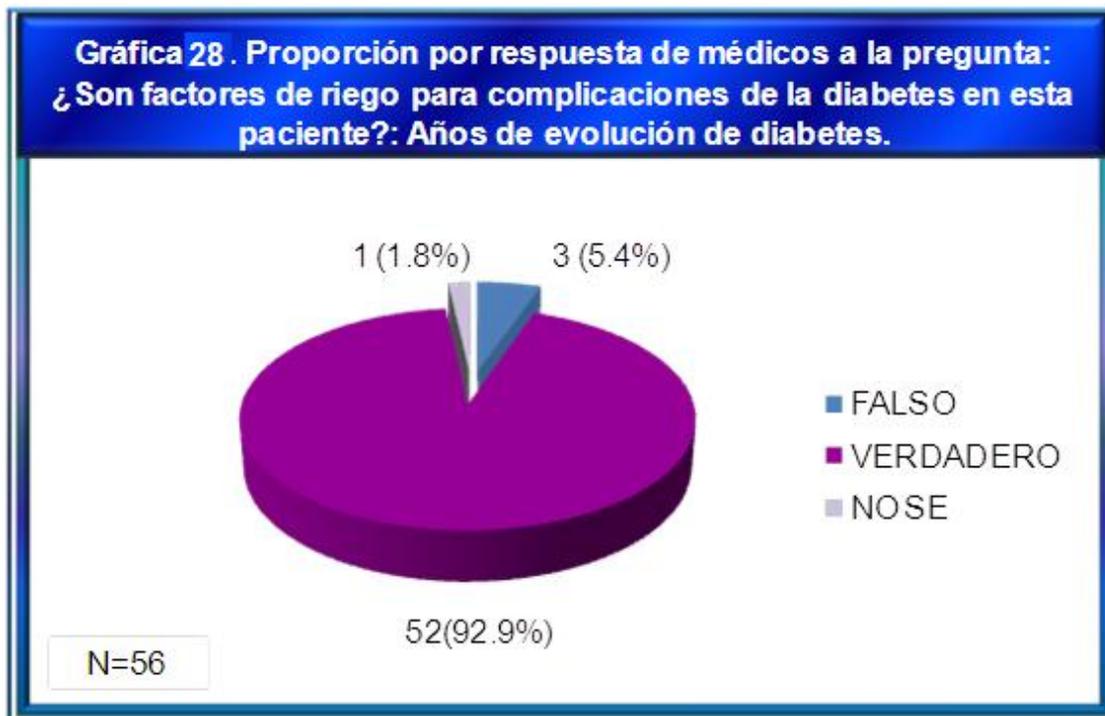
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 31 a 39: Evaluación del fondo de ojo, **exploración de pulsos distales***, monitoreo de creatinina sérica cada 6 meses, Solicitar albuminuria cada 6 meses, Control de la glucosa < 110 mg/dl, (*obtuvo La mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



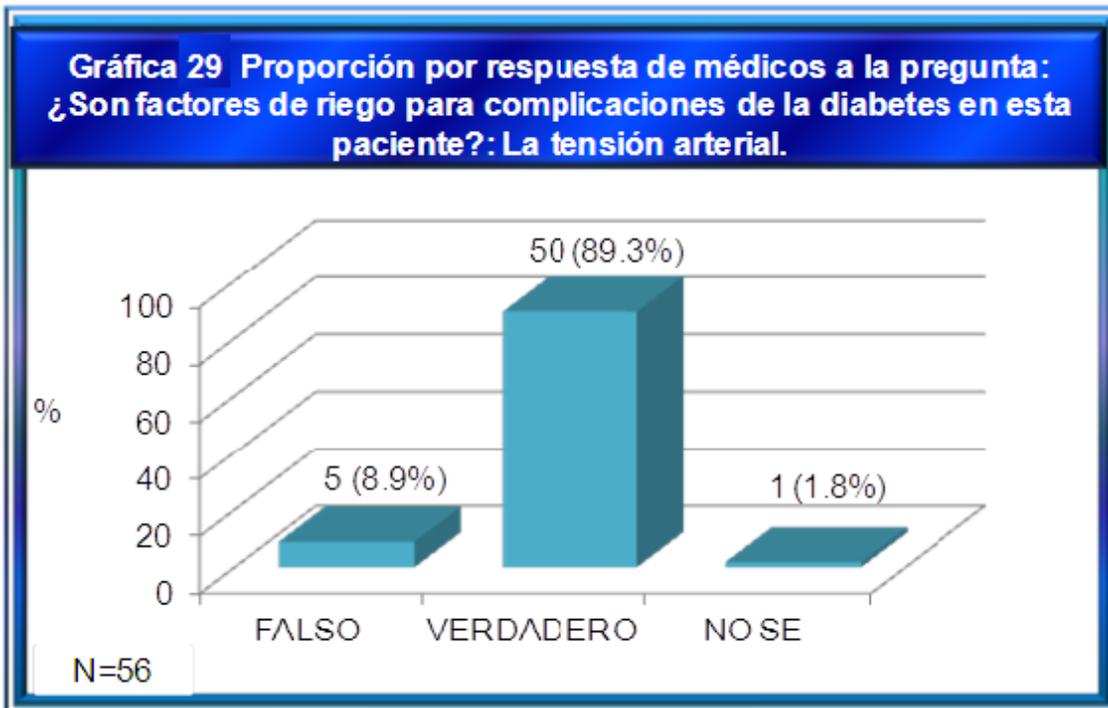
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 31 a 39: **Evaluación del fondo de ojo***, exploración de pulsos distales, monitoreo de creatinina sérica cada 6 meses, Solicitar albuminuria cada 6 meses, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



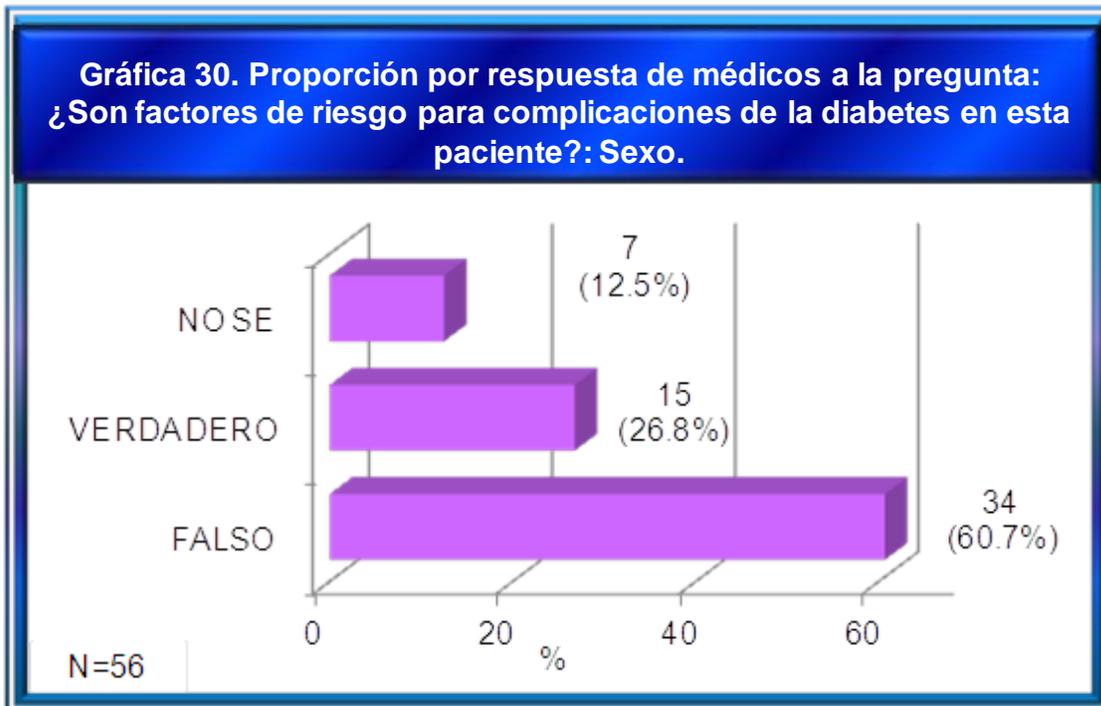
Respuestas correctas en el caso clínico 1, preguntas 31 a 39: Evaluación del fondo de ojo, exploración de pulsos distales, monitoreo de creatinina sérica cada 6 meses, Solicitar albuminuria cada 6 meses, Control de la glucosa < 110 mg/dl.



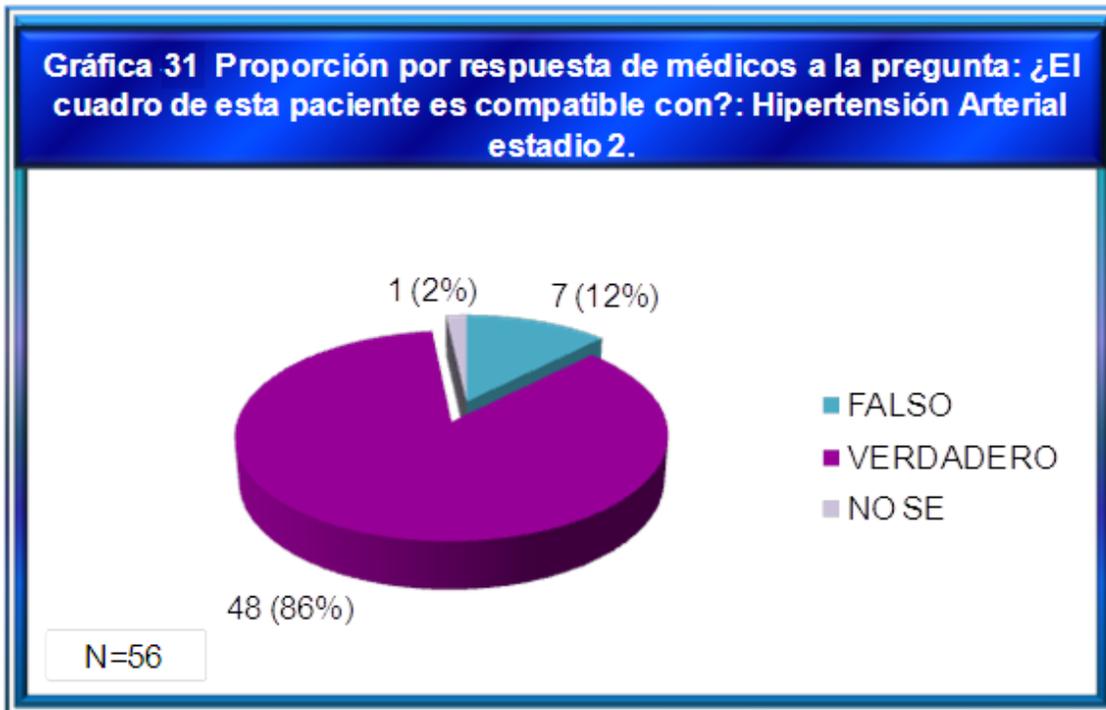
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 40 a 46: La tensión arterial, **años de evolución de la diabetes***, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



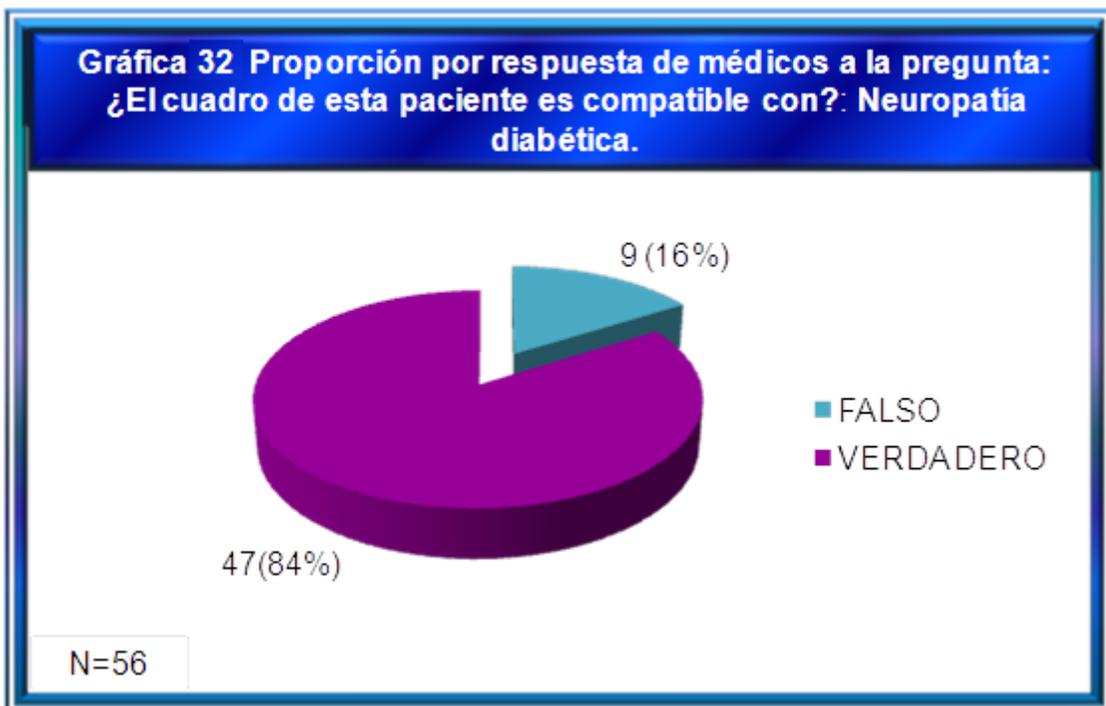
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 40 a 46: **La tensión arterial***, años de evolución de la diabetes, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



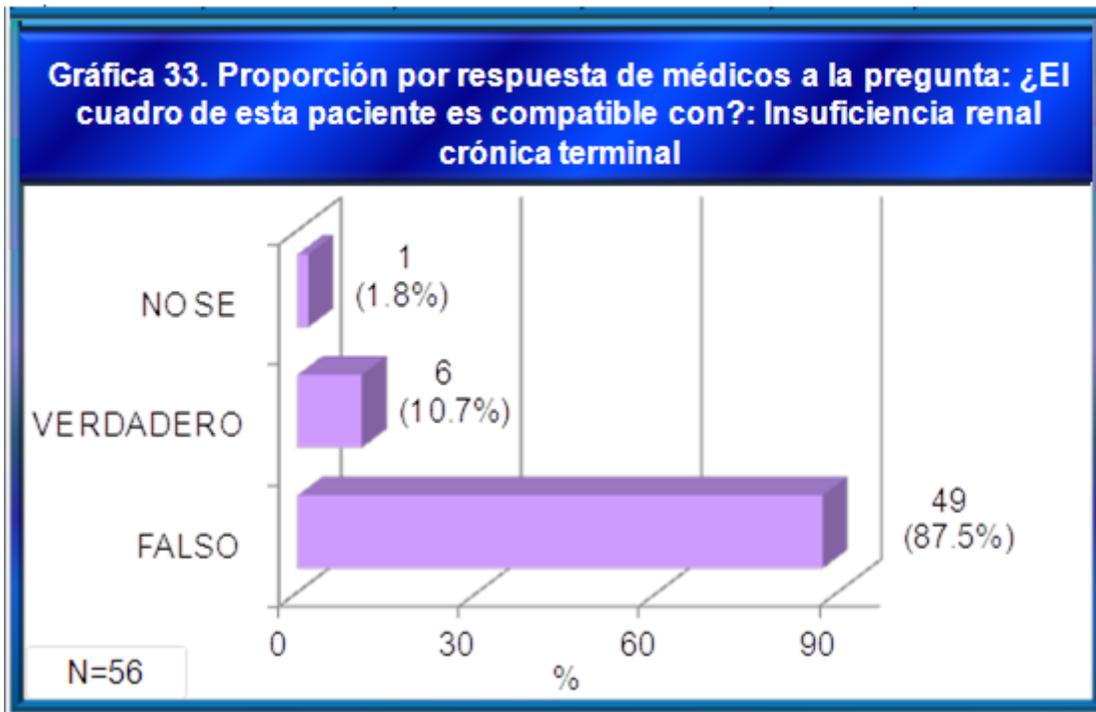
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 40 a 46: La tensión arterial, años de evolución de la diabetes.



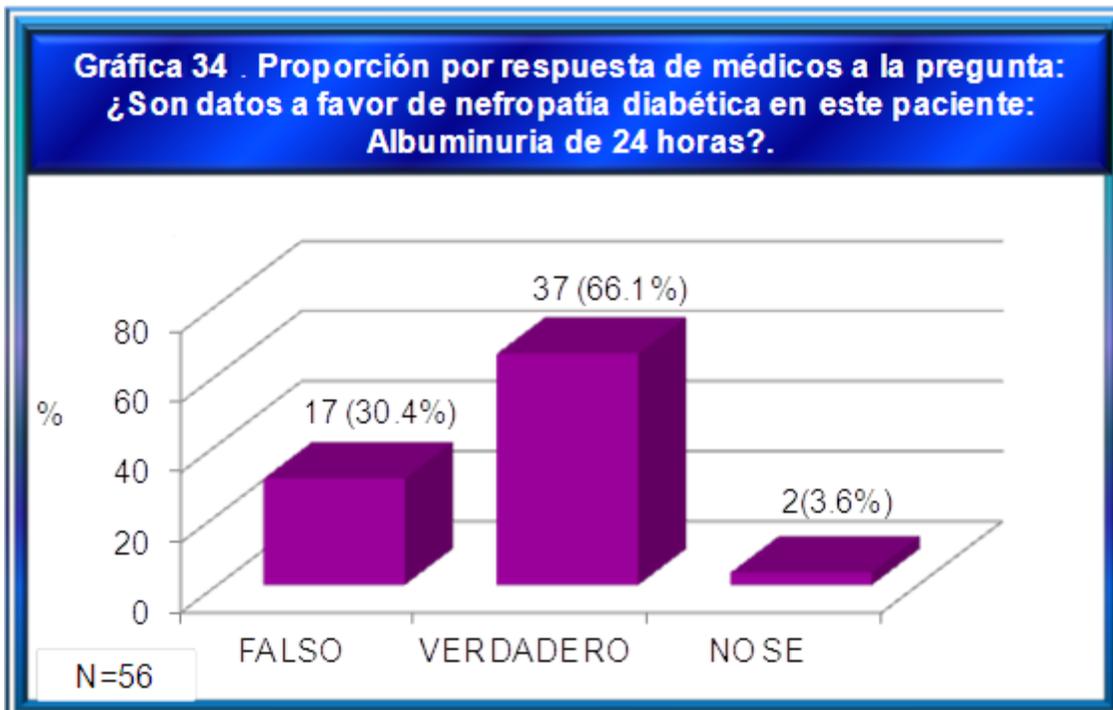
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 47 a 54: Síndrome metabólico, hipertensión arterial estadio 2* neuropatía diabética, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



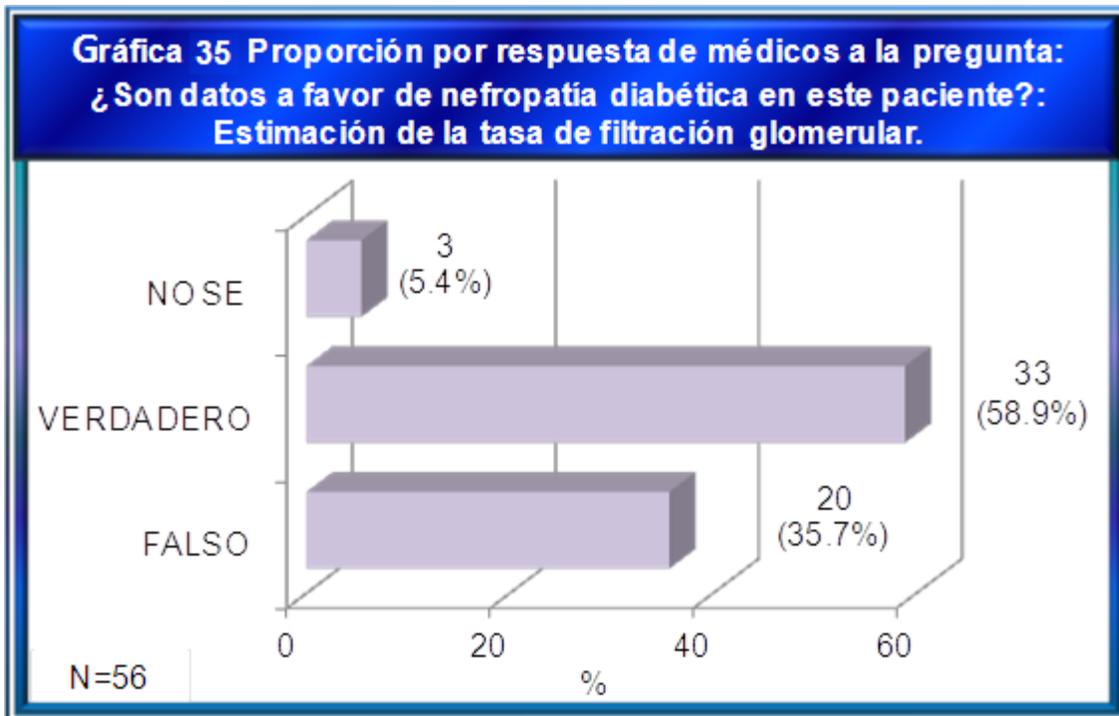
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 47 a 54: Síndrome metabólico, hipertensión arterial estadio 2, neuropatía diabética*, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



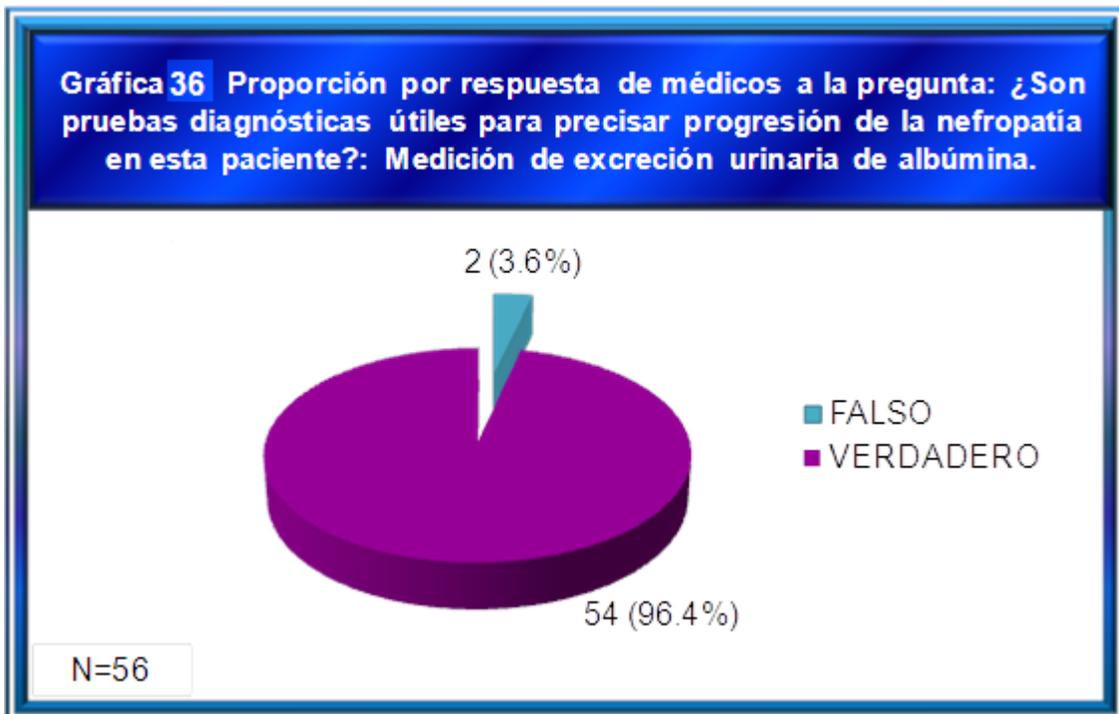
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 47 a 54: Síndrome metabólico, hipertensión arterial estadio 2 neuropatía diabética



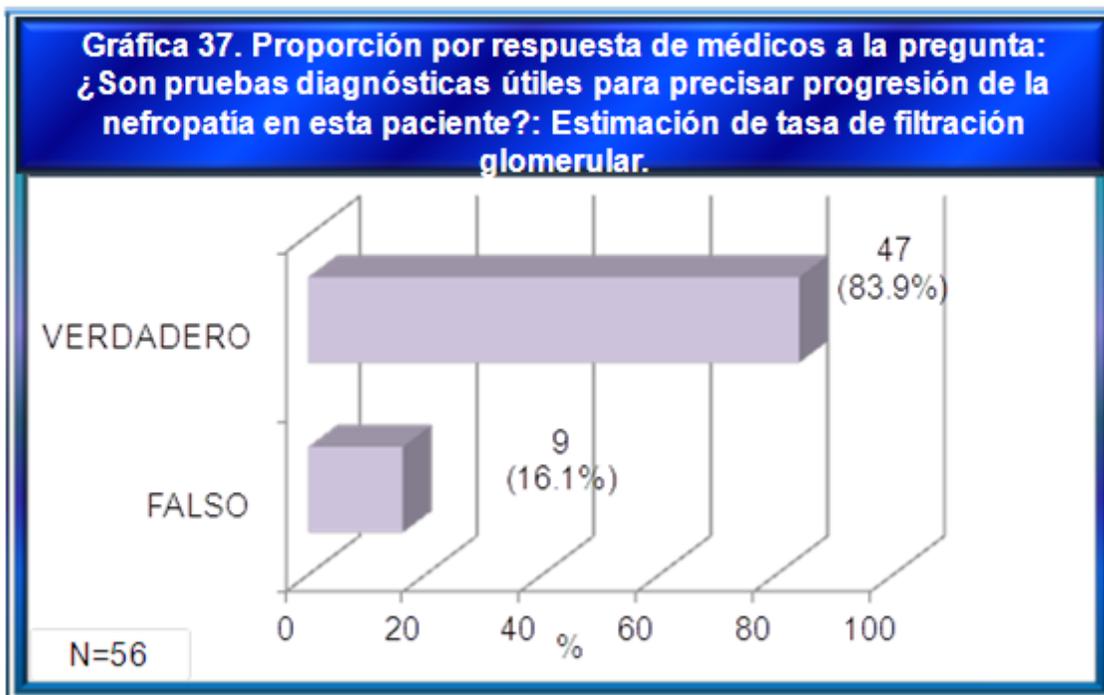
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 55 a 59: **Albuminuria de 24 hrs***, Estimación de la filtración glomerular, Hemoglobina glucosilada, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



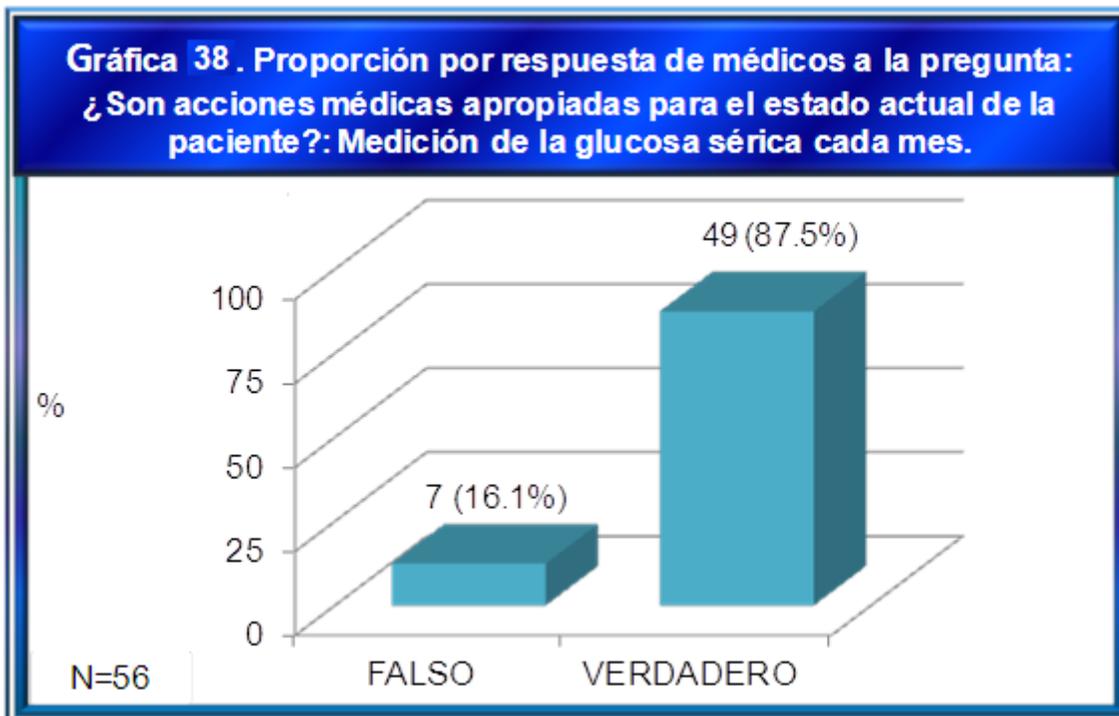
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 55 a 59: Albuminuria de 24 hrs, **Estimación de la filtración glomerular***, Hemoglobina glucosilada, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



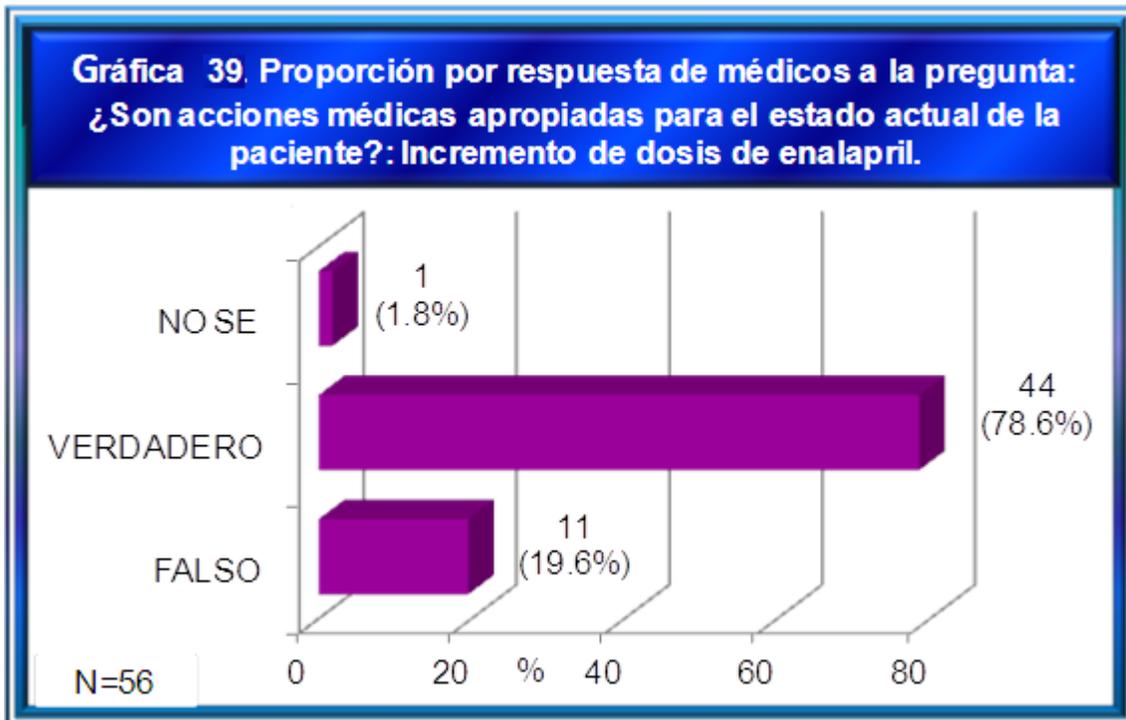
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 60 a 64: **Medición de la excreción urinaria de albúmina***, Estimación de la tasa de filtración glomerular, medición de la presión arterial, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



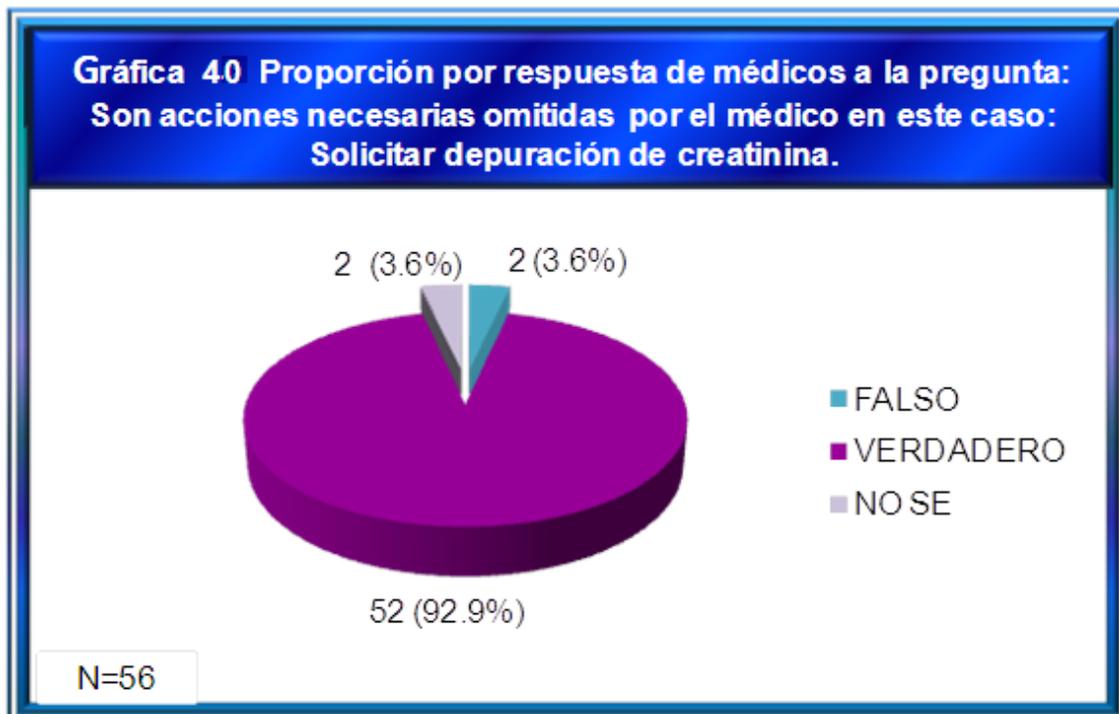
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 60 a 64: Medición de la excreción urinaria de albúmina, **Estimación de la tasa de filtración glomerular***, medición de la presión arterial, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



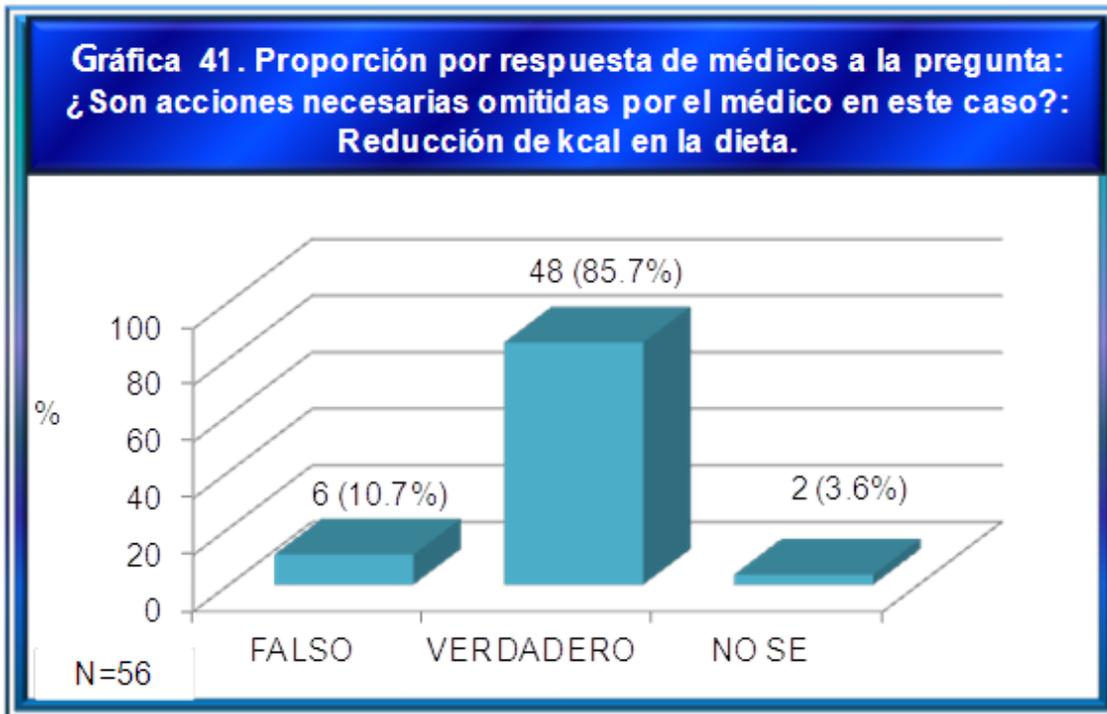
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 65 a 69: **Medición de la glucosa sérica cada mes***, Continuar dosis de aspirina, Incremento de dosis de enalapril, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



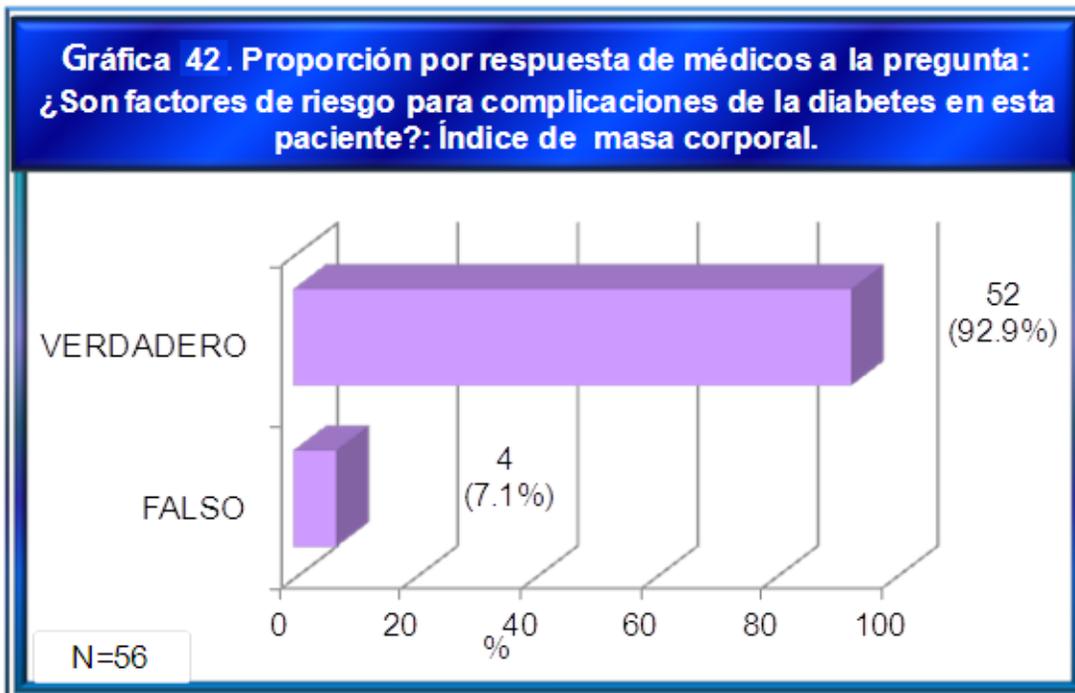
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 65 a 69: Medición de la glucosa sérica cada mes, **Incremento de dosis de enalapril***, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



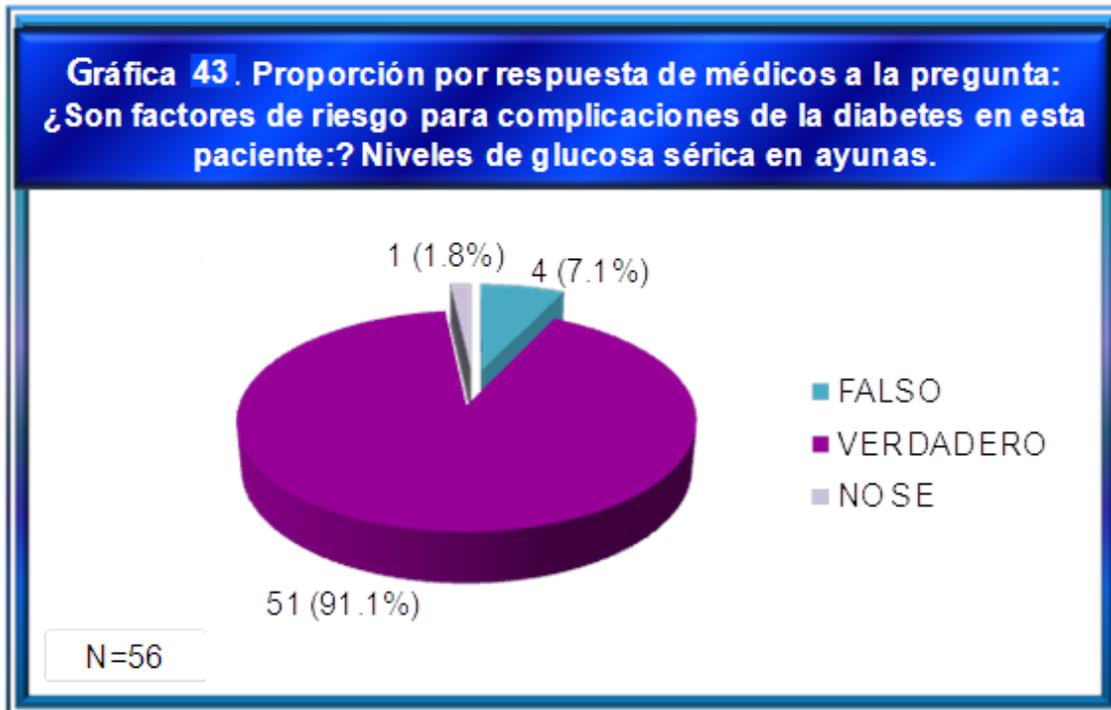
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 70 a 77: **Solicitar depuración de creatinina en 24 hrs***, Control de glucosa sérica <110 mg/dl (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



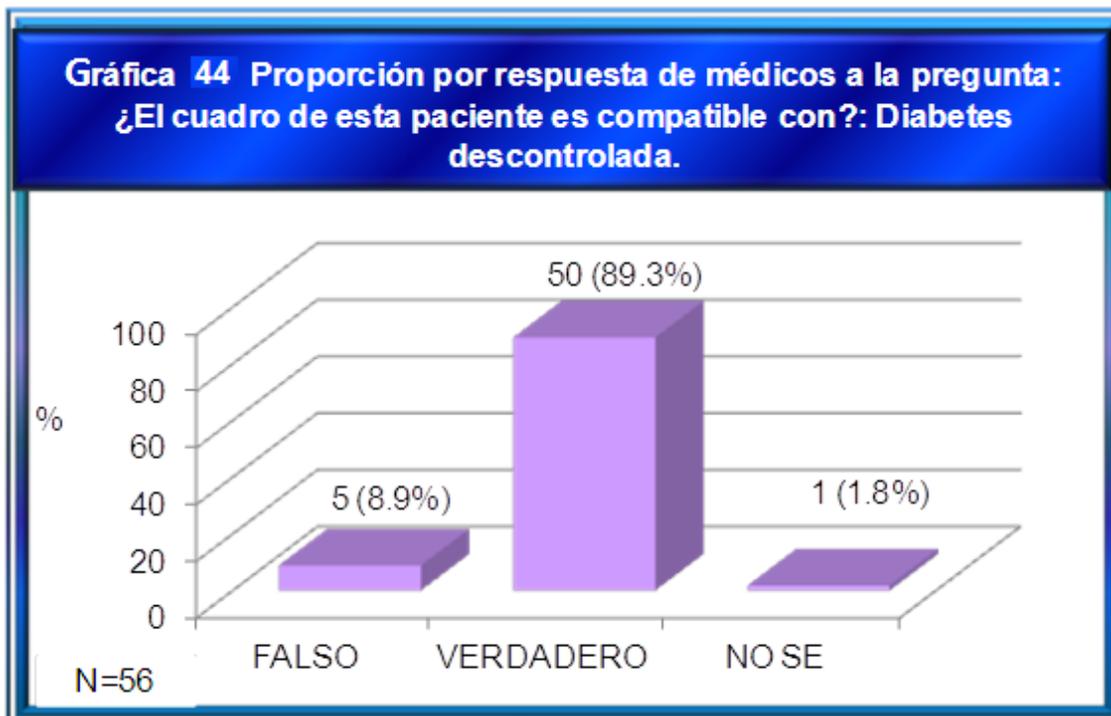
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 70 a 77: **Reducción de kcal en la dieta***, Solicitar depuración de creatinina en 24 hrs, Control de glucosa sérica <110 mg/dl (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



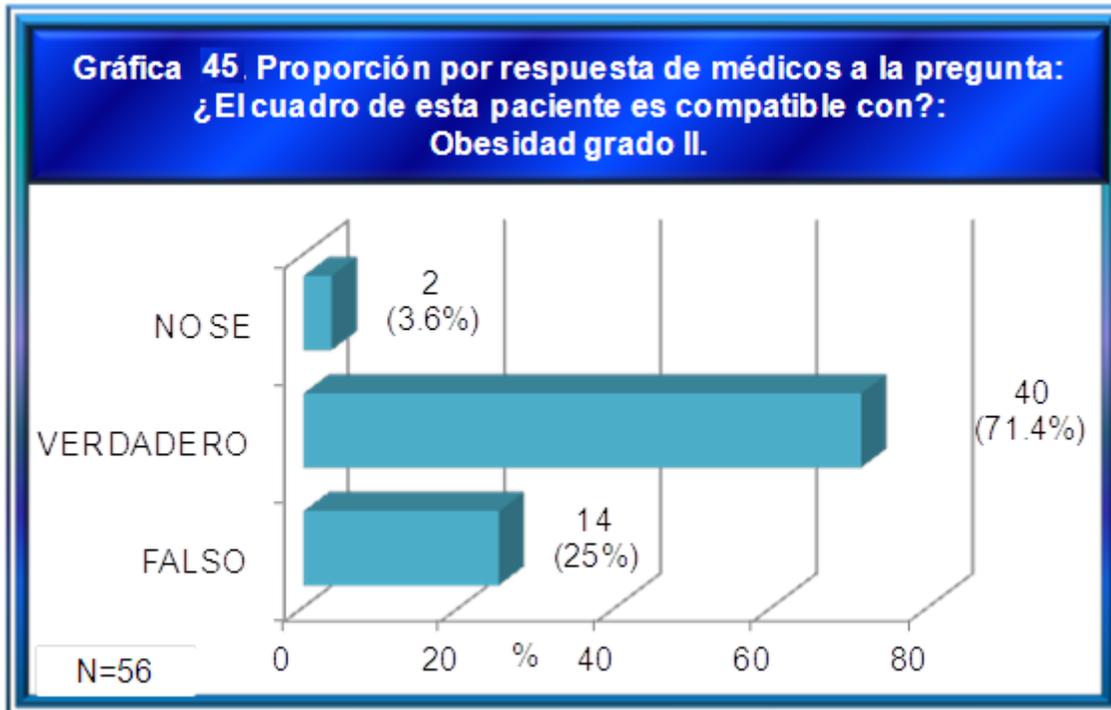
Respuestas correctas en el caso clínico 2, preguntas 78 a 83: Tensión arterial, **índice de masa corporal***, nivel de glucosa sérica en ayunas (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



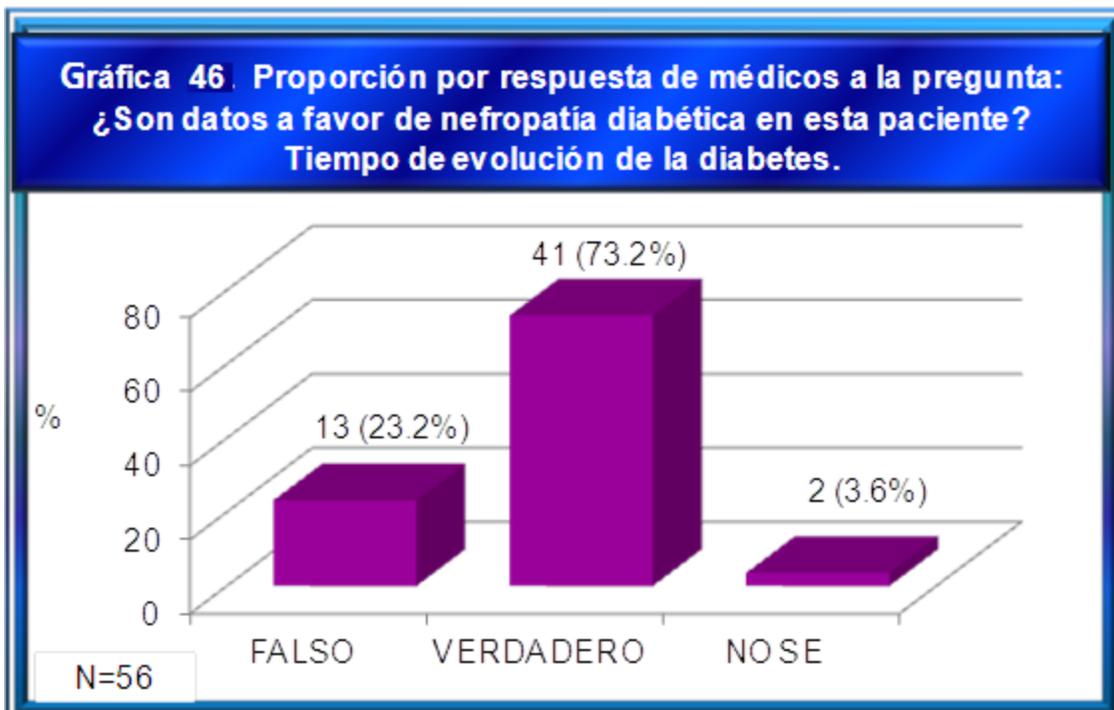
Respuestas correctas en el caso clínico 3, preguntas 78 a 83: Tensión arterial, índice de masa corporal, **nivel de glucosa sérica en ayunas*** (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



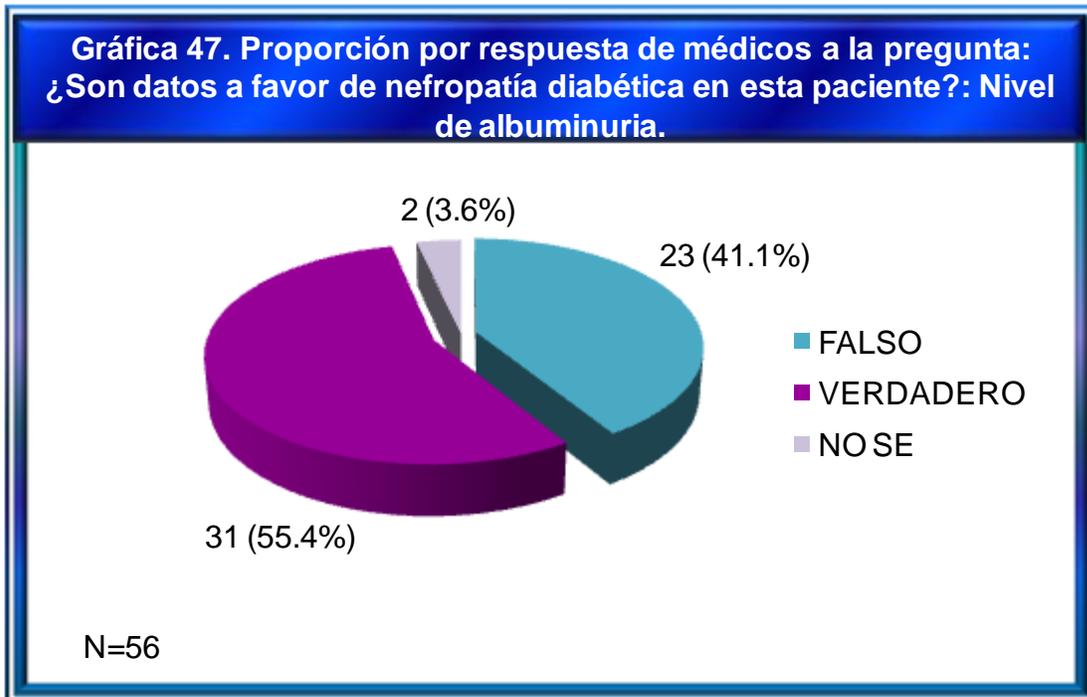
Respuestas correctas en el caso clínico 3, preguntas 84 a 89: **Diabetes descontrolada***, obesidad grado I (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



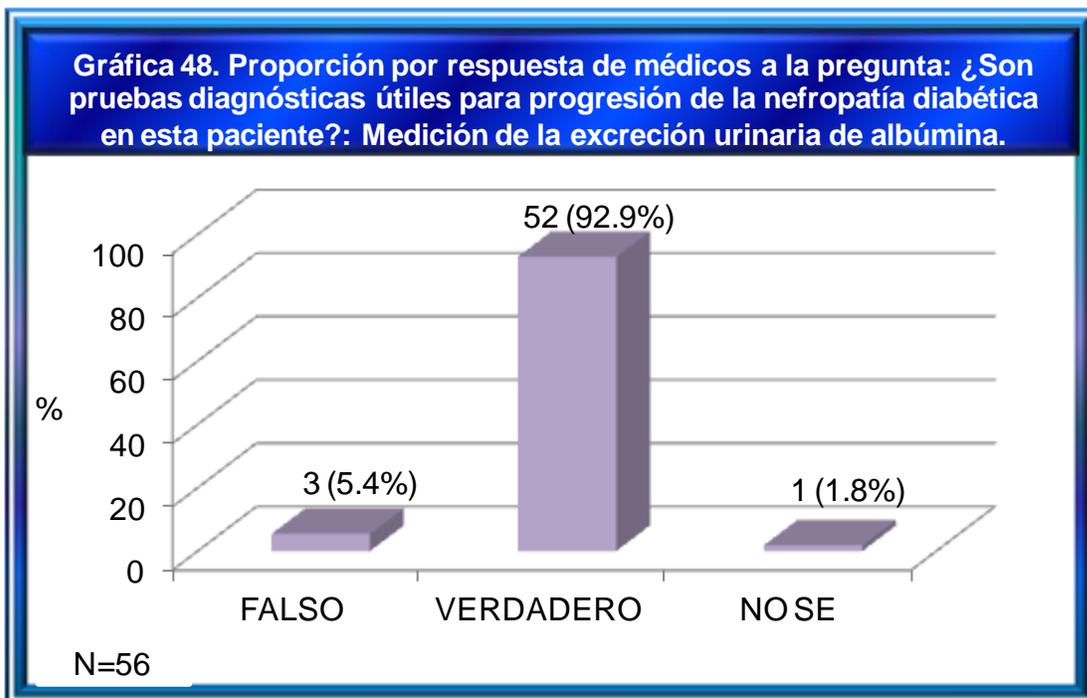
Respuestas correctas en el caso clínico 3, preguntas 84 a 89: Diabetes descontrolada, **obesidad grado II** (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



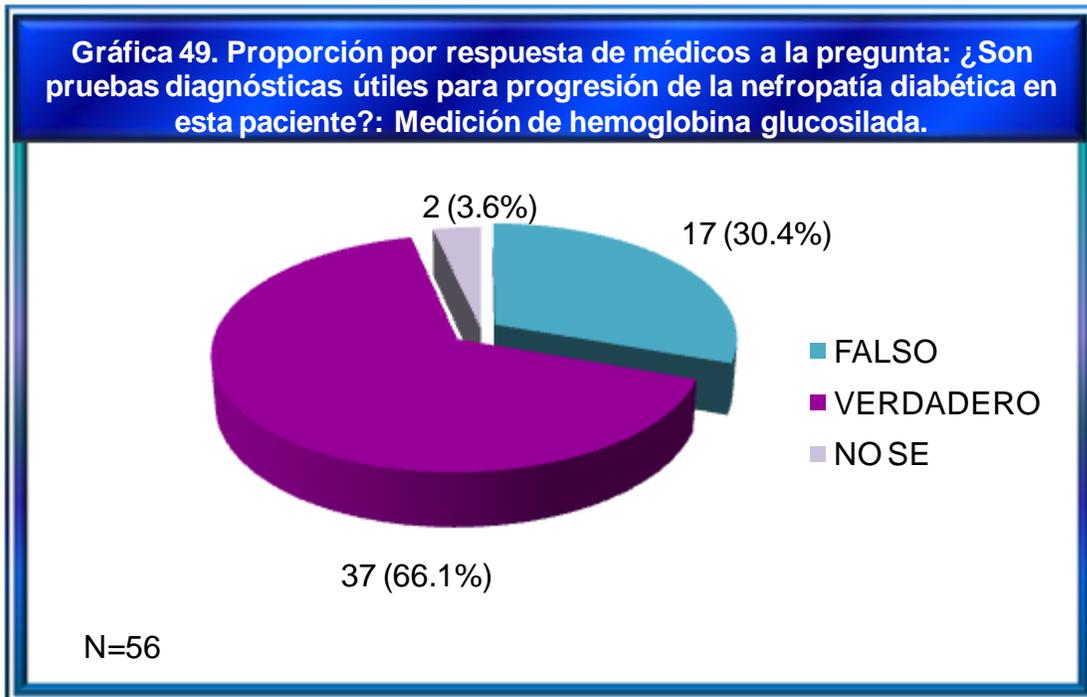
Respuestas correctas en el caso clínico 3, preguntas 90 a 93: Nivel de albuminuria, **Tiempo de evolución de la diabetes***, Niveles de tensión arterial (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



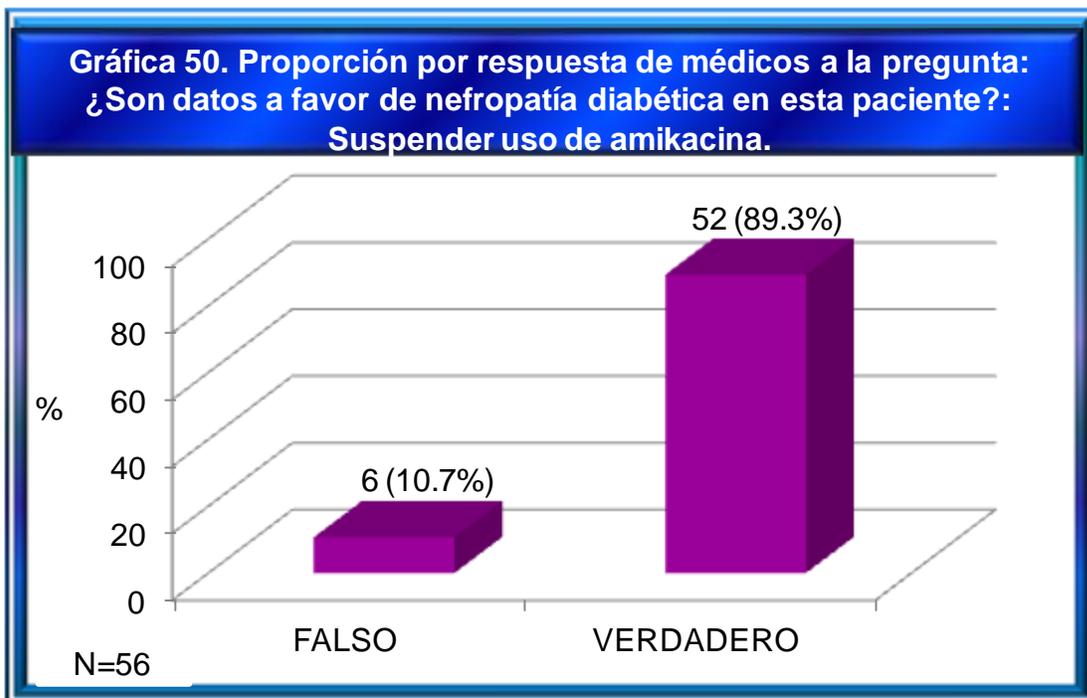
Respuestas correctas en el caso clínico 3, preguntas 90 a 93: **Nivel de albuminuria**, Tiempo de evolución de la diabetes, Niveles de tensión arterial (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



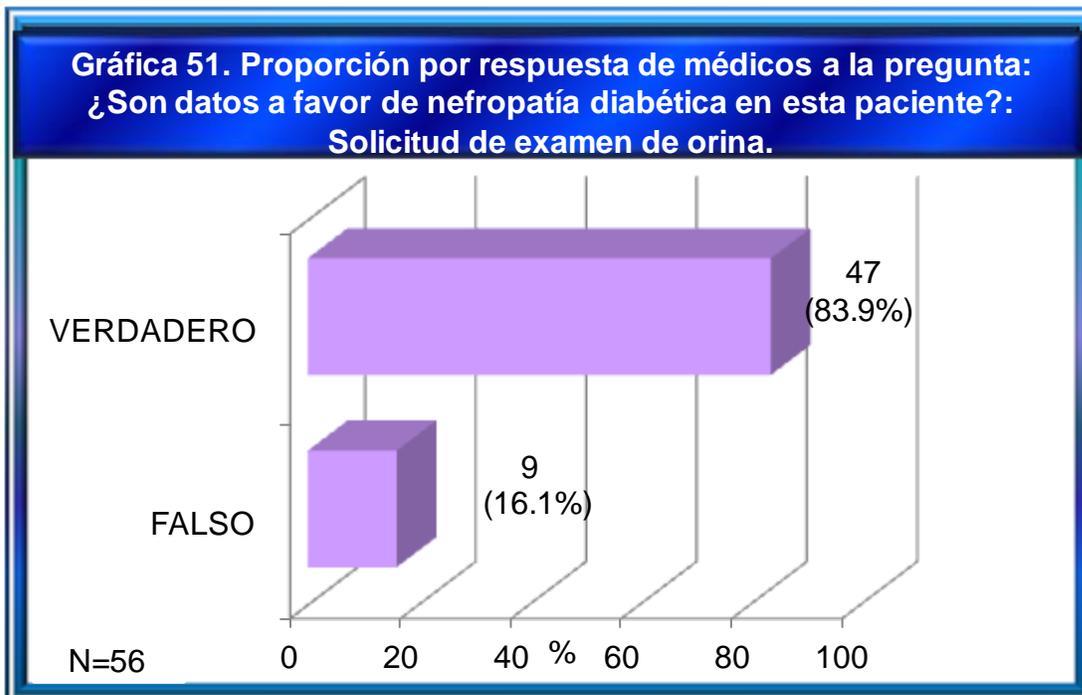
Respuestas correctas en el caso clínico 3, preguntas 94 a 98: **Medición de la excreción urinaria de albúmina***, Medición de la Hemoglobina Glucosilada, Estimación de la tasa de filtración glomerular, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



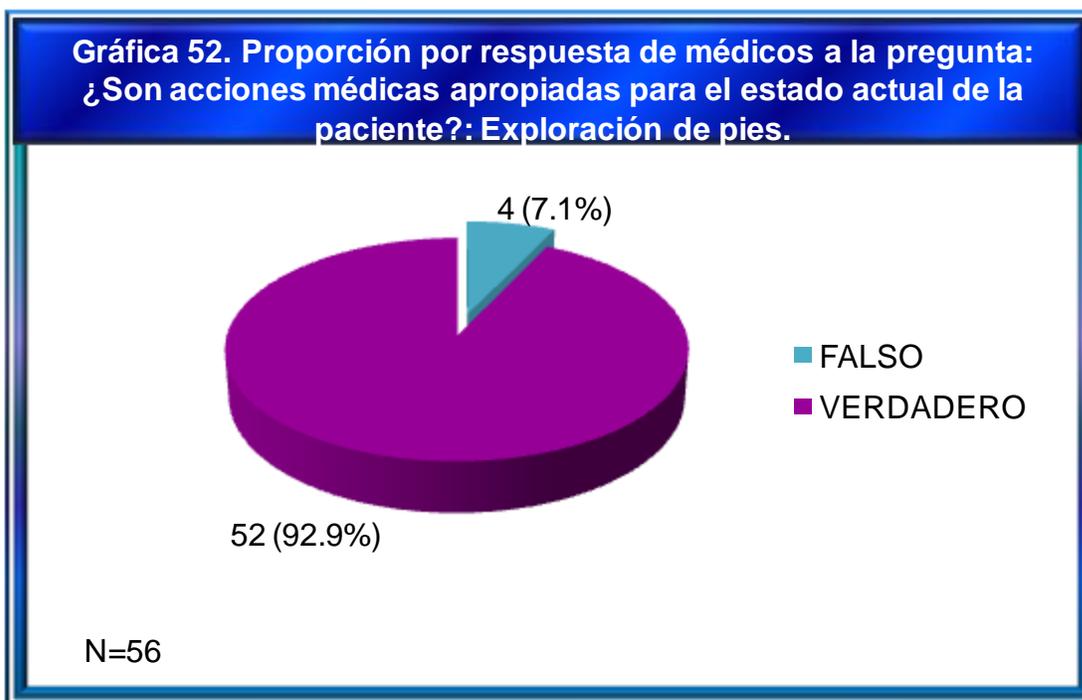
Respuestas correctas en el caso clínico 3, preguntas 94 a 98: Medición de la excreción urinaria de albúmina, **Medición de la Hemoglobina Glucosilada***, Estimación de la tasa de filtración glomerular, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



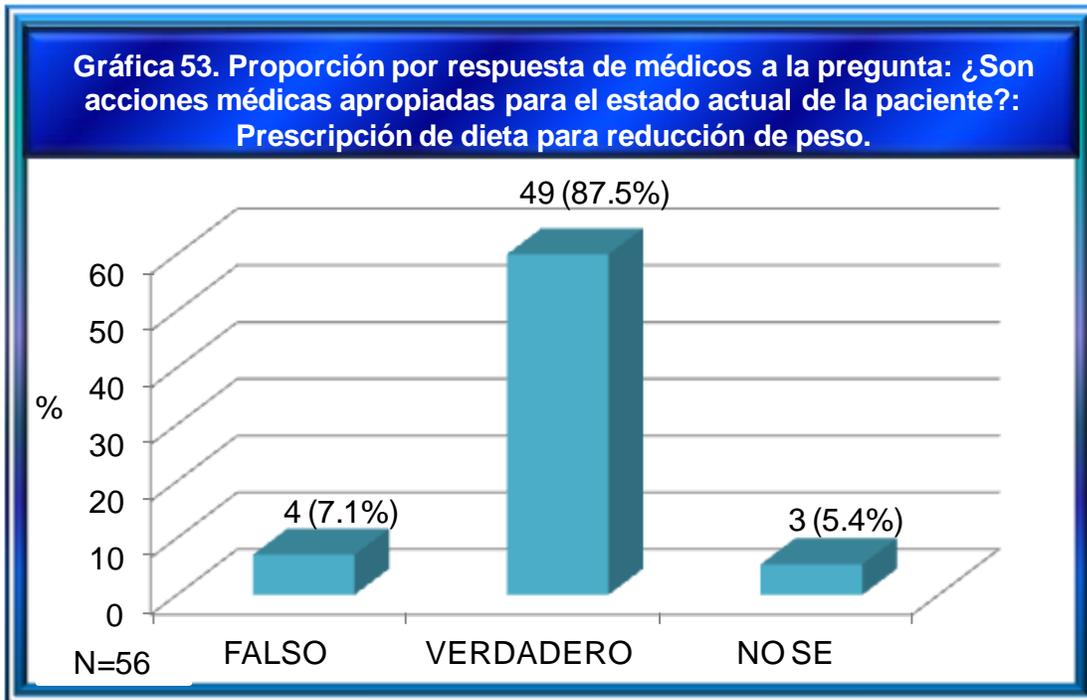
Respuestas correctas en el caso clínico 3, preguntas 99 a 103: Inicio de metformina, solicitud de examen de orina, **suspender uso de amikacina***, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).



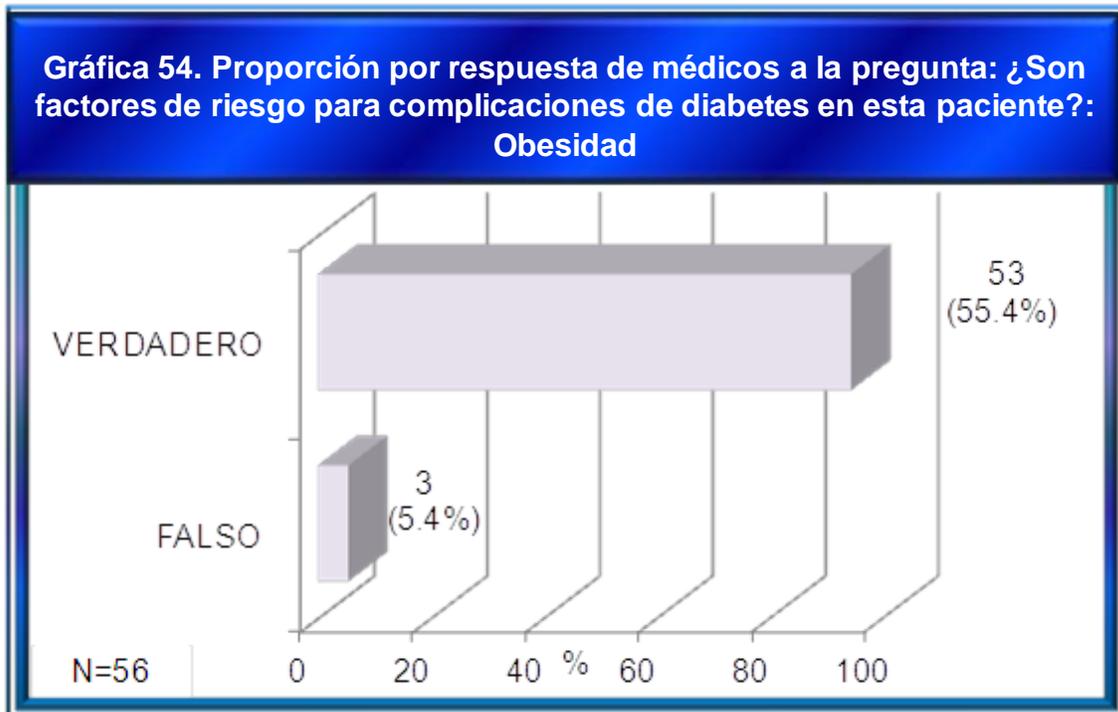
Respuestas correctas en el caso clínico 3, preguntas 99 a 103: Inicio de metformina, **solicitud de examen de orina**, suspender uso de amikacina, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32



Respuestas correctas en el caso clínico 3, preguntas 104 a 109: Prescripción de dieta para reducir peso, **exploración de pies***, referir al nefrólogo para evaluación de la función renal, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32

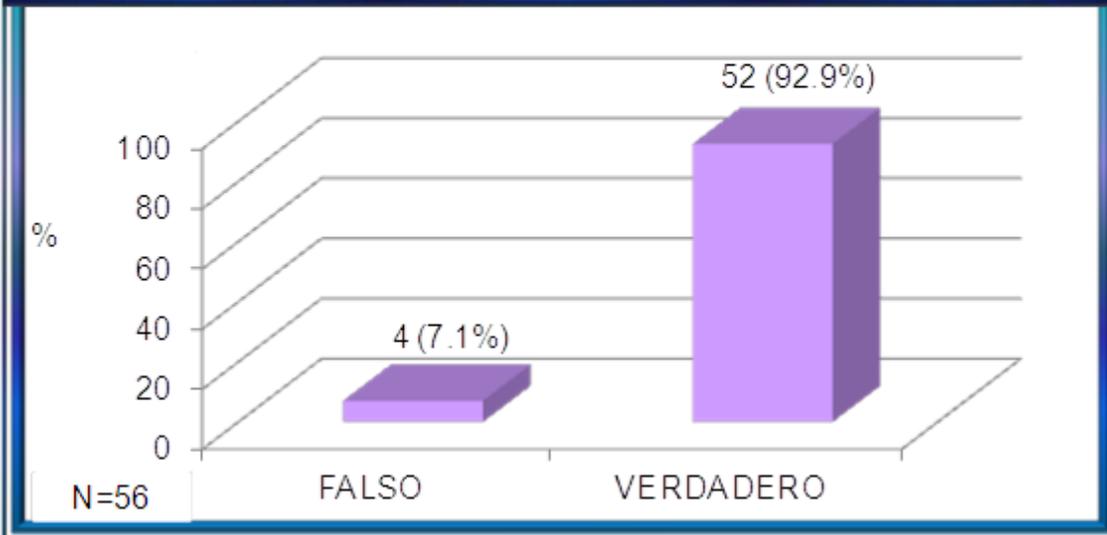


Respuestas correctas en el caso clínico 3, preguntas 104 a 109: **Prescripción de dieta para reducir peso**, exploración de pies, referir al nefrologo para evaluación de la función renal, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32



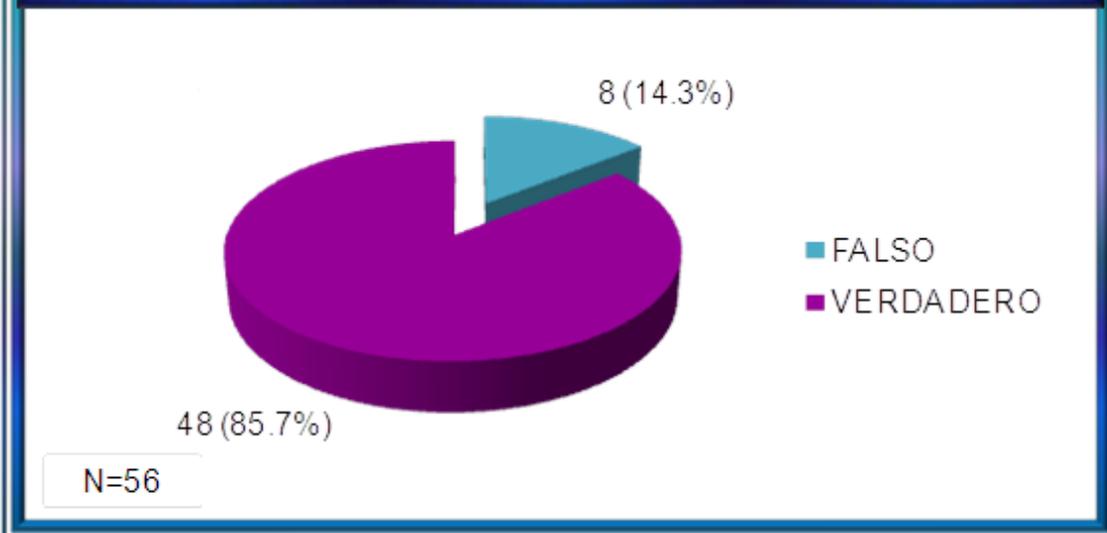
Respuestas correctas en el caso clínico 4, preguntas 110 a 117: Nivel de colesterol sérico, antecedente de insuficiencia renal aguda, **obesidad*** (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32

Gráfica 55. Proporción por respuesta de médicos a la pregunta: ¿Son factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente?: Antecedente de insuficiencia renal aguda.



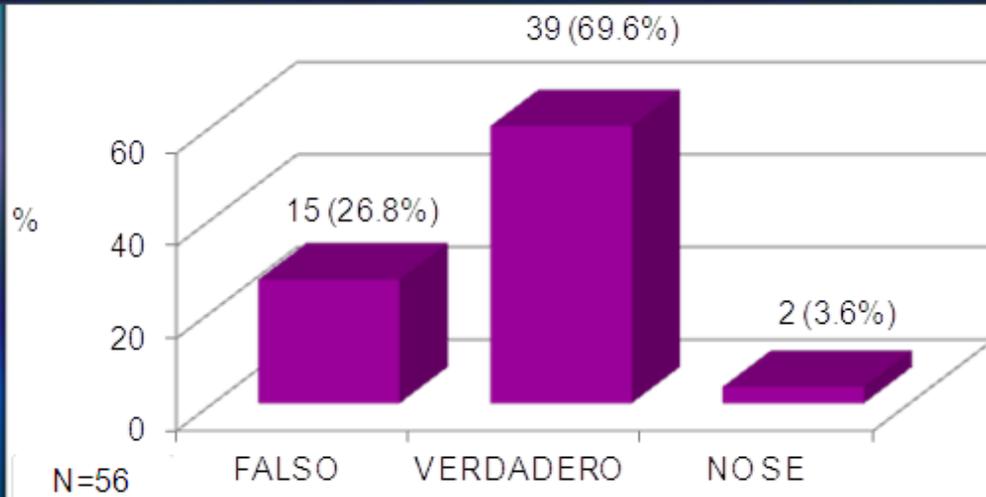
Respuestas correctas en el caso clínico 4, preguntas 110 a 117: Nivel de colesterol sérico, **antecedente de insuficiencia renal aguda***, obesidad (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32)

Gráfica 56. Proporción por respuesta de médicos a la pregunta: ¿Son factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente?: Síndrome metabólico.



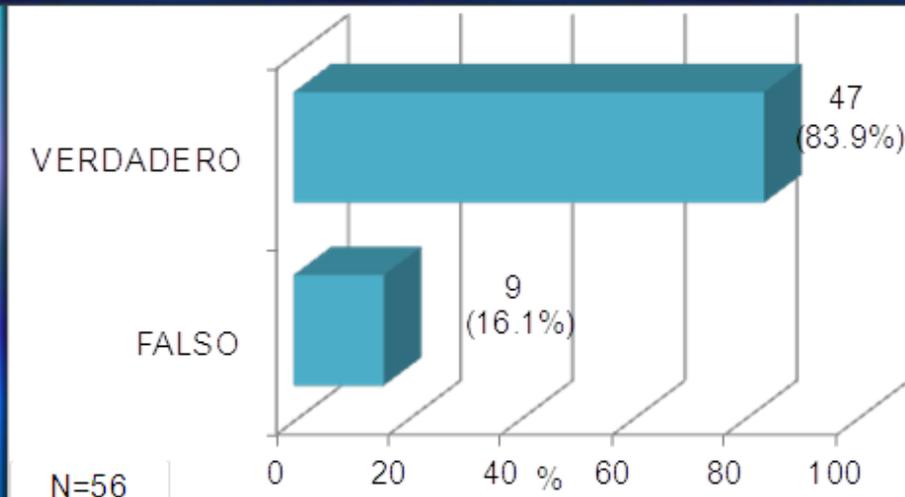
Respuestas correctas en el caso clínico 4, preguntas 118 a 124: **Síndrome metabólico***, Diabetes mellitus tipo2 controlada, Dislipidemia (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32)

Gráfica 57. Proporción por respuesta de médicos a la pregunta: ¿Son factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente?: Hipertrigliceridemia.

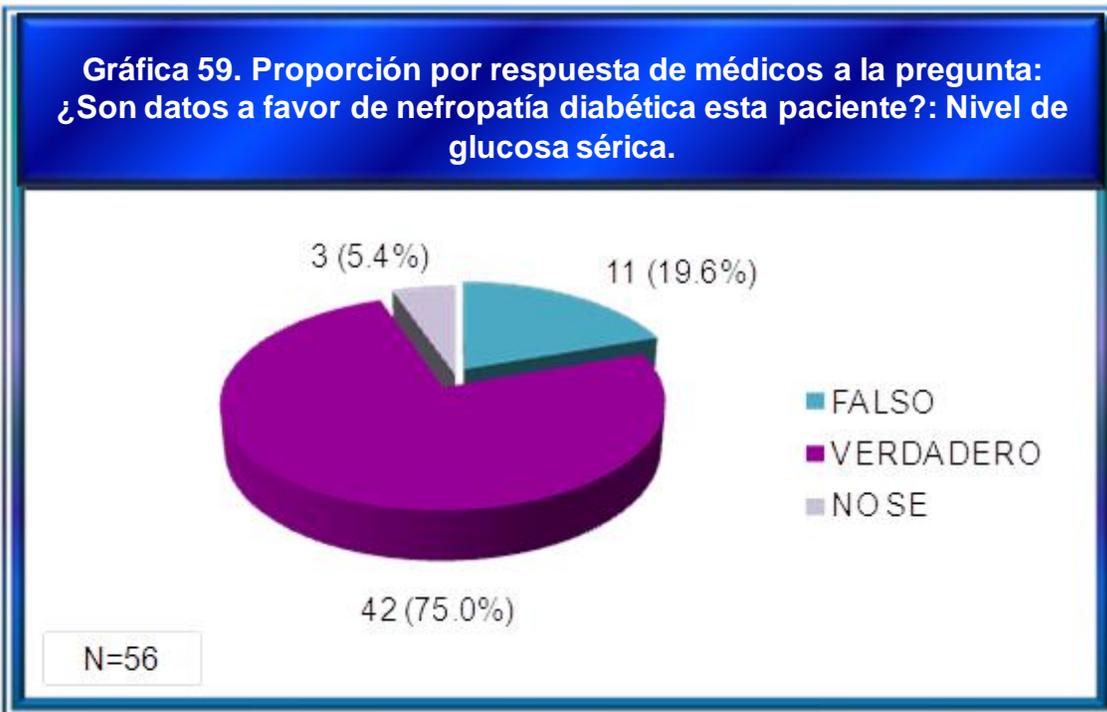


Respuestas correctas en el caso clínico 4, preguntas 118 a 124: Síndrome metabólico, Diabetes mellitus tipo 2 controlada, **Hipertrigliceridemia*** (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32)

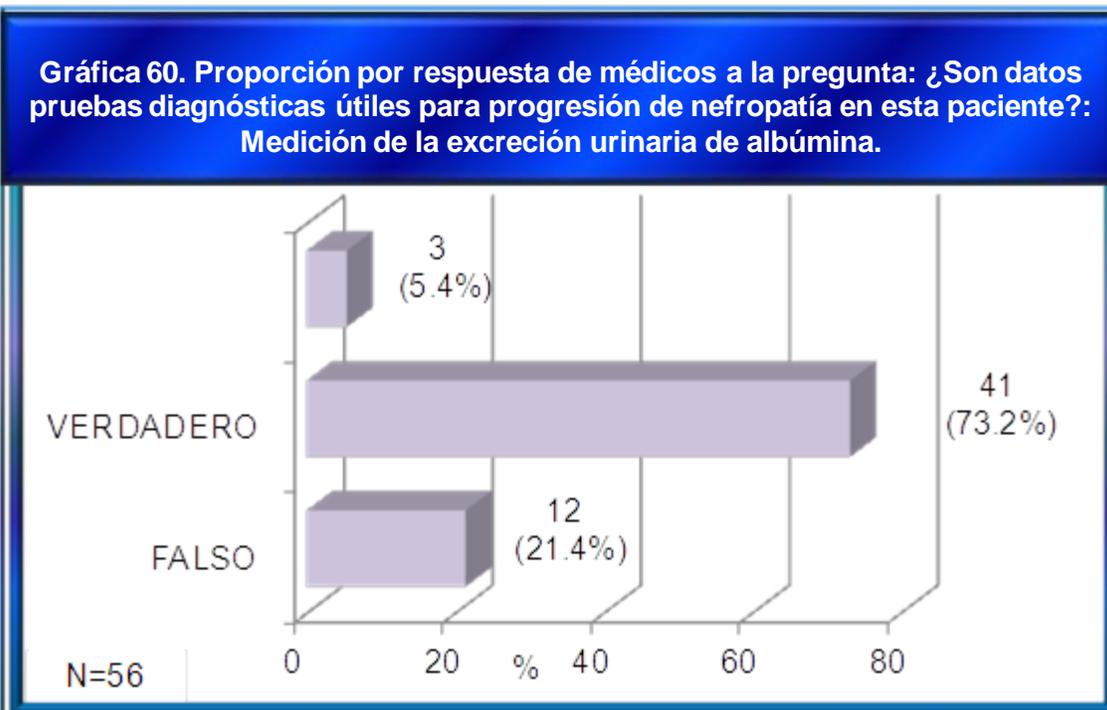
Gráfica 58. Proporción por respuesta de médicos a la pregunta: ¿Son datos a favor de nefropatía diabética esta paciente?: Nivel de albuminuria.



Respuestas correctas en el caso clínico 4, preguntas 125 a 130: **Nivel de albuminuria***, nivel de creatinina sérica, nivel de glucosa sérica (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32)

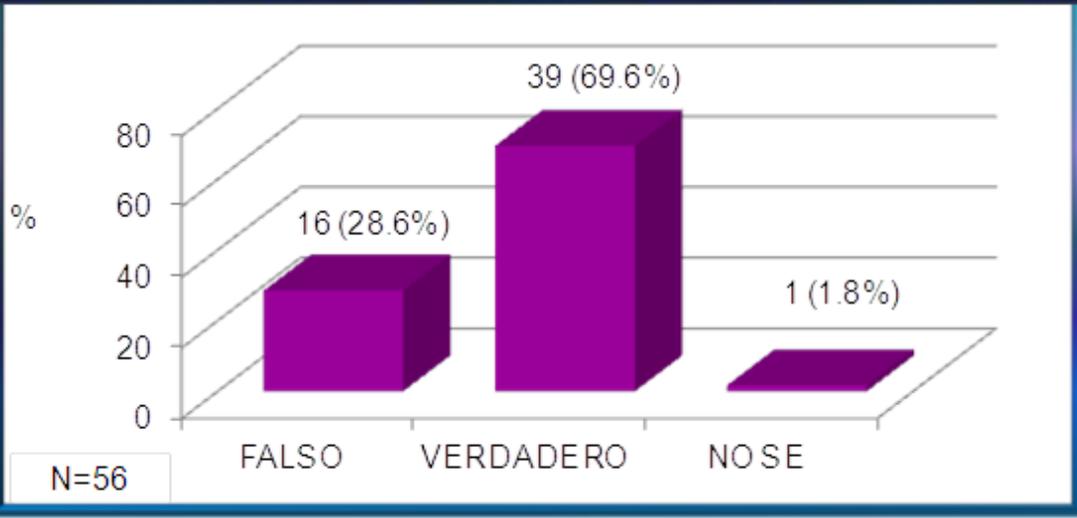


Respuestas correctas en el caso clínico 4, preguntas 125 a 130: Nivel de albuminuria, nivel de creatinina sérica, **nivel de glucosa sérica*** (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32)



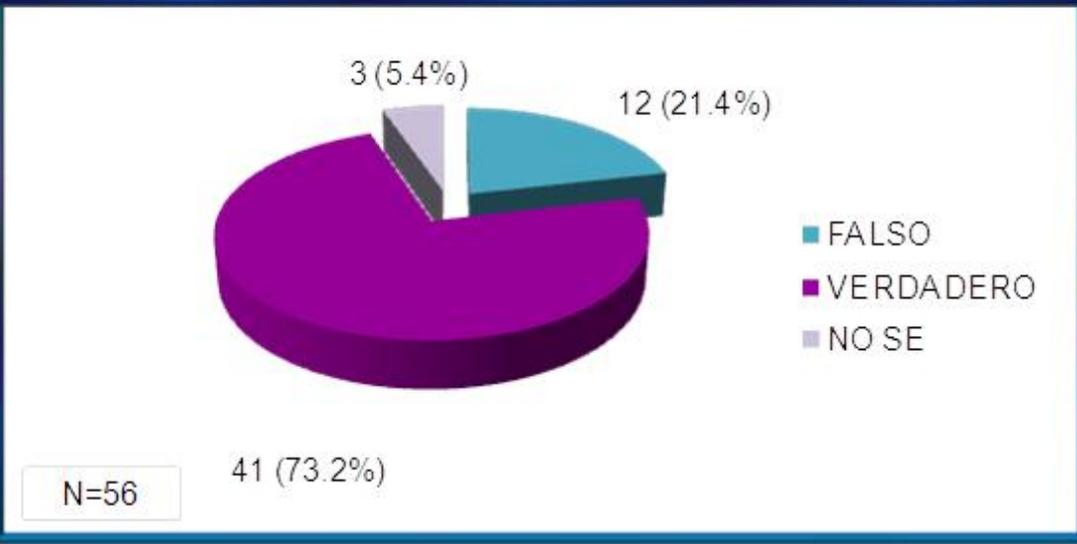
Respuestas correctas en el caso clínico 4, preguntas 131 a 136: **Medición de la excreción urinaria de albúmina***, estimación de la tasa de filtración glomerular, proteínas en orina, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32)

Gráfica 61. Proporción por respuesta de médicos a la pregunta: ¿Son datos pruebas diagnósticas útiles para progresión de nefropatía en esta paciente?: Estimación de la tasa de filtrado glomerular.



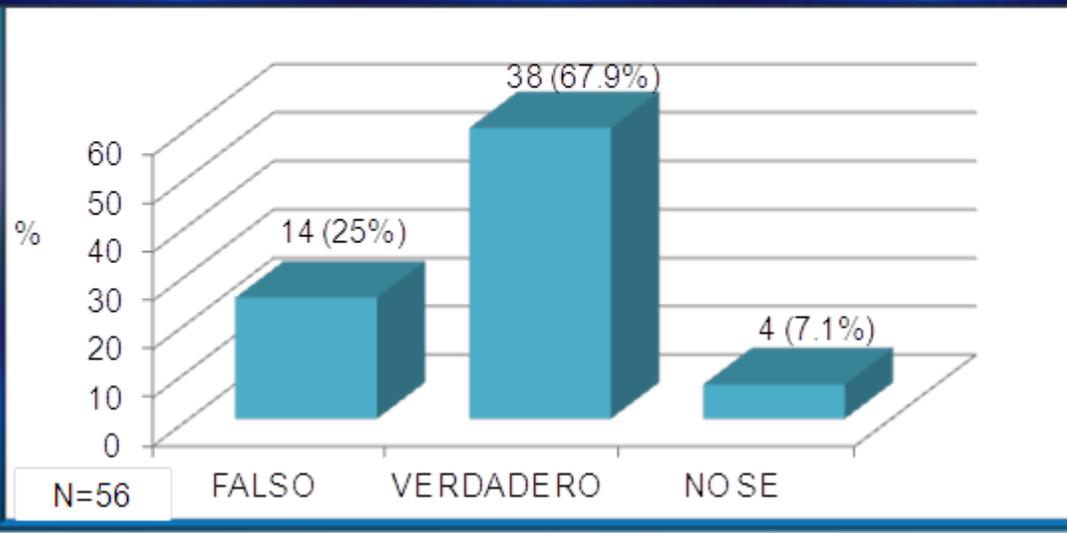
Respuestas correctas en el caso clínico 4, preguntas 131 a 136: Medición de la excreción urinaria de albúmina, **estimación de la tasa de filtración glomerular***, proteínas en orina, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32)

Gráfica 62. Proporción por respuesta de médicos a la pregunta: ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: Indicar dieta para diabético.



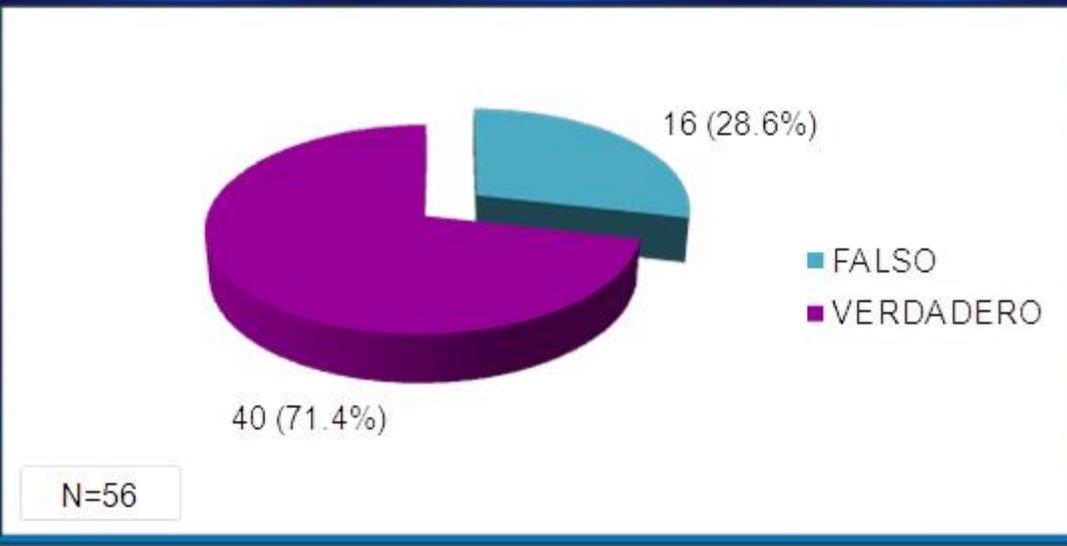
Respuestas correctas en el caso clínico 4, preguntas 137 a 143: Revisión de pulsos distales en ambas extremidades, referir al nefrólogo, **indicar dieta para diabético***, (*obtuvo la mayoría de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32)

Gráfica 63. Proporción por respuesta de médicos a la pregunta: ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: Revisión de pulsos distales en ambas extremidades.



Respuestas correctas en el caso clínico 4, preguntas 144 a 150: **Revisión de pulsos distales en ambas extremidades***, referir al nefrólogo, solicitar hemoglobina glucosilada para evaluar en la próxima cita, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32).

Gráfica 64 Proporción por respuesta de médicos a la pregunta: ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: Solicitar hemoglobina glucosilada para evaluar en la próxima cita.



Respuestas correctas en el caso clínico 4, preguntas 144 a 150: Revisión de pulsos distales en ambas extremidades, referir al nefrólogo, **solicitar hemoglobina glucosilada para evaluar en la próxima cita***, (*obtuvo el segundo lugar de respuestas por parte de los médicos del HGZ y MF No.1 y UMF 32)

Tabla 2. Calificación por escala de resultados de instrumento de aplicación (parte 1)

Variable	Muy bajo n= 3 (%)	Bajo n= 1 (%)	Regular n= 14 (%)	Alto n= 31 (%)	Muy Alto n= 7 (%)	X ²
Unidad de Adscripción:						1.283
HGZ y MF 1	2 (33.3%)	1 (100%)	9 (64.2%)	24 (77.4%)	5 (71.4%)	
UMF 32	1 (66.7%)	0 (0.00%)	5 (35.8%)	7 (22.6%)	2 (28.6%)	
Medico Familiar:						1.301
Si	0 (0.00%)	1 (100%)	5 (35.8%)	17 (54.8%)	5 (71.4%)	
No	3 (100%)	0 (0.00%)	9 (64.2%)	14 (45.2%)	2 (28.6%)	
Sexo:						1.374
Femenino	2 (33.3%)	1 (100%)	9 (64.2%)	15 (48.4%)	2 (28.6%)	
Masculino	1 (66.7%)	0 (0.00%)	5 (35.8%)	16 (51.6%)	5 (71.4%)	
Tipo de Contratación:						1.892
Base (02)	2 (33.3%)	1 (100%)	12 (85.7%)	29 (93.5%)	6 (85.7%)	
Eventual (08)	1 (66.7%)	0 (0.00%)	2 (14.3%)	2 (6.5%)	1 (14.3%)	
Años de Antigüedad:						1.577
4 - 9 años	0 (0.00%)	1 (100%)	4 (28.6%)	6 (19.4%)	2 (28.6%)	
10 - 15 años	1 (33.3%)	0 (0.00%)	5 (35.7%)	5 (16.2%)	2 (28.6%)	
16 - 21 años	1 (33.3%)	0 (0.00%)	3 (21.4%)	10 (32.2%)	0 (0.00%)	
22 - 27 años	1 (33.4%)	0 (0.00%)	2 (14.3%)	10 (32.2%)	3 (42.8%)	
Turno Laboral:						1.983
Matutino	3 (100%)	0 (0.00%)	7 (50.0%)	17 (54.8%)	6 (85.7%)	
Vespertino	0 (0.00%)	1 (100%)	7 (50.0%)	14 (45.2%)	1 (14.3%)	
Edad:						2.893
29 - 33 años	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (14.3%)	4 (12.9%)	2 (28.6%)	
34 - 37 años	0 (0.00%)	1 (100%)	2 (14.3%)	4 (12.9%)	0 (0.00%)	
38 - 41 años	1 (33.3%)	0 (0.00%)	3 (21.4%)	7 (22.6%)	2 (28.6%)	
42 - 45 años	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (14.3%)	3 (9.7%)	0 (0.00%)	
46 - 49 años	1 (33.3%)	0 (0.00%)	1 (7.1%)	7 (22.5%)	2 (28.6%)	
50 - 53 años	1 (33.4%)	0 (0.00%)	3 (21.5%)	3 (9.7%)	1 (14.2%)	
54 - 57 años	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (7.1%)	3 (9.7%)	0 (0.00%)	

Tabla 2. Calificación por escala de resultados de instrumento de aplicación (parte 2)

Variable	Muy bajo n= 0 (%)	Bajo n= 1 (%)	Regular n= 5 (%)	Alto n= 18 (%)	Muy Alto n= 5 (%)	X ²
Año de egreso de la especialidad:						2.145
1982 – 1987	0 (0.00%)	1 (100%)	1 (20.0%)	1 (5.5%)	1 (20.0%)	
1988 – 1993	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	8 (44.4%)	1 (20.0%)	
1994 – 1999	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (20.0%)	1 (5.5%)	0 (0.00%)	
2000 – 2005	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3 (60.0%)	4 (22.3%)	1 (20.0%)	
2006 – 2011	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (22.3%)	2 (40.0%)	

Tabla 3. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 1 (parte 1)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
1.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de la diabetes en esta paciente?: <i>Ocupación.</i>				3.891
Falso	30 (73.2%)	6 (40.0%)	36 (64.3%)	
Verdadero	11 (26.8%)	9 (60.0%)	20 (35.7%)	
2.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de la diabetes en esta paciente?: <i>Escolaridad.</i>				5.672
Falso	21 (51.2%)	5 (33.3%)	26 (46.4%)	
Verdadero	20 (48.8%)	8 (53.3%)	28 (50.0%)	
No sé	0 (0.00%)	2 (13.4%)	2 (3.6%)	
3.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de la diabetes en esta paciente?: <i>Antecedente familiar de enfermedad renal.</i>				3.961
Falso	9 (22.0%)	3 (20.0%)	12 (21.4%)	
Verdadero	31 (75.6%)	12 (80.0%)	43 (76.8%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
4.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de la diabetes en esta paciente?: <i>Cifras de tensión arterial.</i>				1.983
Falso	25 (61.0%)	8 (53.3%)	33 (58.9%)	
Verdadero	15 (36.6%)	7 (46.7%)	22 (39.3%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
5.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de la diabetes en esta paciente?: <i>Género.</i>				2.413
Falso	29 (51.8%)	11 (73.3%)	40 (71.4%)	
Verdadero	11 (26.8%)	1 (6.7%)	12 (21.4%)	
No sé	1 (2.4%)	3 (20.0%)	4 (7.2%)	
6.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de la diabetes en esta paciente?: <i>Control glucémico.</i>				1.692
Falso	21 (51.2%)	5 (33.3%)	26 (46.4%)	
Verdadero	20 (48.8%)	8 (53.3%)	28 (50.0%)	
No sé	0 (0.00%)	2 (13.4%)	2 (3.6%)	
7.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de la diabetes en esta paciente?: <i>Antecedente de EVC.</i>				1.720
Falso	5 (12.2%)	2 (13.4%)	7 (12.5%)	
Verdadero	36 (87.8%)	13 (86.6%)	49 (87.5%)	
8.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de la diabetes en esta paciente?: <i>Niveles séricos de colesterol y triglicéridos.</i>				1.003
Falso	1 (2.4%)	2 (13.3%)	3 (5.4%)	
Verdadero	37 (90.3%)	13 (86.73%)	50 (89.2%)	
No sé	3 (7.3%)	0 (0.00%)	3 (5.4%)	
9.- Respuesta a ¿El cuadro de este paciente es compatible?: <i>Nefropatía diabética establecida.</i>				2.261
Falso	19 (46.3%)	6 (40.0%)	25 (44.6%)	
Verdadero	21 (51.3%)	9 (60.0%)	30 (53.6%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
10.- Respuesta a ¿El cuadro de este paciente es compatible?: <i>Síndrome metabólico.</i>				7.392
Falso	4 (9.8%)	4 (26.6%)	8 (14.3%)	
Verdadero	37 (90.2%)	11 (73.4%)	48 (85.7%)	

Tabla 3. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 1 (parte 2)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
11.- Respuesta a ¿El cuadro de este paciente es compatible?: <i>Insuficiencia crónica terminal</i>				1.631
Falso	36 (87.8%)	12 (80.0%)	48 (85.7%)	
Verdadero	5 (12.2%)	3 (20.0%)	8 (14.3%)	
12.- Respuesta a ¿El cuadro de este paciente es compatible?: <i>Nefropatía diabética temprana.</i>				2.967
Falso	13 (31.7%)	3 (20.0%)	16 (28.5%)	
Verdadero	26 (63.4%)	10 (66.6%)	36 (64.3%)	
No sé	2 (4.9%)	2 (13.4%)	4 (7.2%)	
13.- Respuesta a ¿El cuadro de este paciente es compatible?: <i>Obesidad grado II</i>				1.882
Falso	30 (73.2%)	9 (60.0%)	39 (69.6%)	
Verdadero	8 (19.5%)	4 (26.6%)	12 (21.4%)	
No sé	3 (7.3%)	2 (13.4%)	5 (9.0%)	
14.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en esta paciente?: <i>Albumina en orina de 24 hrs.</i>				2.276
Falso	6 (14.6%)	13 (86.6%)	7 (12.5%)	
Verdadero	35 (85.4%)	12 (80.0%)	47 (84.0%)	
No sé	0 (0.00%)	2 (13.4%)	2 (3.5%)	
15.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en esta paciente?: <i>Tasa de filtrado glomerular</i>				6.913
Falso	6 (14.6%)	2 (13.4%)	8 (14.3%)	
Verdadero	35 (85.4%)	13 (86.6%)	48 (85.7%)	
16.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en esta paciente?: <i>Sudoración.</i>				1.623
Falso	30 (73.2%)	12 (80.0%)	42 (75.0%)	
Verdadero	7 (17.0%)	3 (20.0%)	10 (17.8%)	
No sé	4 (9.8%)	0 (0.00%)	4 (7.2%)	
17.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en esta paciente?: <i>Cifras de tensión arterial.</i>				6.272
Falso	29 (51.7%)	11 (73.4%)	40 (71.4%)	
Verdadero	9 (16.0%)	4 (26.6%)	13 (23.3%)	
No sé	3 (7.3%)	0 (0.00%)	3 (5.3%)	
18.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en esta paciente?: <i>Glucosuria.</i>				2.109
Falso	8 (19.5%)	7 (46.6%)	15 (26.7%)	
Verdadero	30 (73.2%)	8 (53.4%)	38 (50.0%)	
No sé	3 (7.3%)	0 (0.00%)	3 (5.3%)	
19.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en este paciente?: <i>Albumina en orina de 24 hrs.</i>				1.976
Falso	2 (4.9%)	2 (13.4%)	4 (7.2%)	
Verdadero	39 (95.1%)	13 (86.6%)	52 (92.8%)	
20.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en este paciente?: <i>Colesterol.</i>				1.982
Falso	23 (56.0%)	8 (53.4%)	31 (55.4%)	
Falso	17 (41.5%)	6 (40.0%)	23 (41.0%)	
Verdadero	1 (2.5%)	1 (6.6%)	2 (3.6%)	
No sé				

Tabla 3. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 1 (parte 3)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
21.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en este paciente?: <i>Triglicéridos.</i>				1.392
Falso	23 (56.0%)	9 (60.0%)	32 (57.1%)	
Verdadero	16 (39.0%)	5 (33.3%)	21 (37.5%)	
No sé	2 (5.0%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
22.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en este paciente?: <i>Examen general de orina.</i>				1.009
Falso	9 (22.0%)	3 (20.0%)	12 (21.4%)	
Verdadero	32 (78.0%)	12 (80.0%)	44 (78.6%)	
23.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en este paciente?: <i>Urocultivo.</i>				2.163
Falso	30 (73.2%)	9 (60.0%)	39 (69.6%)	
Verdadero	10 (24.4%)	6 (40.0%)	16 (28.6%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
24.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en este paciente?: <i>Densitometría ósea.</i>				1.931
Falso	26 (63.4%)	9 (60.0%)	35 (62.5%)	
Verdadero	4 (9.7%)	3 (20.0%)	7 (12.5%)	
No sé	11 (26.9%)	3 (20.0%)	14 (25.0%)	
25.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en este paciente?: <i>Estimación de la tasa de filtrado glomerular.</i>				2.977
Falso	3 (7.3%)	0 (0.00%)	3 (5.3%)	
Verdadero	38 (92.4%)	15 (100%)	53 (94.7%)	
26.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Iniciar la prescripción de la insulina.</i>				3.690
Falso	3 (7.3%)	2 (13.4%)	5 (8.9%)	
Verdadero	38 (92.4%)	13 (86.6%)	51 (91.1%)	
27.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Solicitar densitometría ósea.</i>				1.036
Falso	21 (51.2%)	6 (40.0%)	27 (48.2%)	
Verdadero	13 (31.7%)	4 (26.6%)	17 (30.4%)	
No sé	7 (17.1%)	5 (33.4%)	12 (21.4%)	
28.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Solicitar Urocultivo.</i>				2.556
Falso	28 (68.3%)	8 (53.3%)	36 (64.3%)	
Verdadero	11 (26.8%)	6 (40.0%)	17 (30.3%)	
No sé	2 (4.9%)	1 (6.7%)	3 (5.4%)	
29.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Referir al paciente al nefrólogo.</i>				1.970
Falso	9 (22.0%)	4 (26.6%)	13 (23.2%)	
Verdadero	32 (78.0%)	11 (73.4%)	43 (76.8%)	
30.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Dosis de metoprolol.</i>				1.790
Falso	18 (43.9%)	8 (53.3%)	26 (46.4%)	
Verdadero	20 (48.8%)	7 (46.7%)	27 (48.2%)	
No sé	3 (7.3%)	0 (0.00%)	3 (5.4%)	

Tabla 3. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 1 (parte 4)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
31.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Exploración de cavidad oral.</i>				2.007
Falso	19 (46.3%)	3 (20.0%)	22 (39.3%)	
Verdadero	21 (51.3%)	10 (66.6%)	31 (55.4%)	
No sé	1 (2.4%)	2 (13.4%)	3 (5.4%)	
32.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Evaluación del fondo de ojo.</i>				1.797
Falso	5 (12.2%)	2 (13.3%)	7 (12.5%)	
Verdadero	36 (87.8%)	13 (86.7%)	49 (87.5%)	
33.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Otorgar nueva cita.</i>				2.031
Falso	22 (53.6%)	4 (26.6%)	26 (46.4%)	
Verdadero	19 (46.9%)	11 (73.4%)	30 (53.6%)	
34.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Exploración de abdomen .</i>				1.983
Falso	13 (31.7%)	2 (13.4%)	15 (26.8%)	
Verdadero	26 (63.4%)	10 (66.6%)	36 (64.2%)	
No sé	2 (4.9%)	3 (20.0%)	5 (9.0%)	
35.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Exploración de pulsos distales.</i>				1.667
Falso	3 (7.3%)	1 (6.6%)	4 (7.2%)	
Verdadero	38 (92.7%)	14 (93.4%)	52 (92.8%)	
36.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Monitoreo de creatinina sérica cada 6 meses.</i>				1.507
Falso	11 (26.8%)	3 (20.0%)	14 (25.0%)	
Verdadero	30 (73.2%)	12 (80.0%)	42 (75.0%)	
37.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Solicitar albuminuria cada 6 meses.</i>				1.500
Falso	9 (22.0%)	4 (26.6%)	13 (23.2%)	
Verdadero	31 (75.6%)	10 (66.7%)	41 (73.2%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
38.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Control de la glucosa igual o > a 110 mg/dl.</i>				1.673
Falso	7 (17.0%)	2 (13.4%)	9 (16.0%)	
Verdadero	32 (78.0%)	13 (86.6%)	45 (80.4%)	
No sé	2 (5.0%)	0 (0.00%)	2 (3.6%)	
39.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Cambiar B-bloqueador por IECA o ARA II.</i>				1.391
Falso	9 (22.0%)	4 (26.6%)	13 (23.2%)	
Verdadero	29 (70.7%)	11 (73.4%)	40 (71.4%)	
No sé	3 (7.3%)	0 (0.00%)	3 (5.4%)	

Tabla 4. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 2 (parte 1)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
40.- Respuesta a ¿Factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente?: <i>La edad.</i>				2.970
Falso	10 (24.4%)	5 (33.3%)	15 (26.8%)	
Verdadero	29 (70.7%)	10 (66.7%)	39 (69.6%)	
No sé	2 (4.9%)	0 (0.00%)	2 (3.6%)	
41.- Respuesta a ¿Factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente?: <i>La ocupación.</i>				1.630
Falso	17 (41.5%)	4 (26.7%)	21 (37.5%)	
Verdadero	23 (56.1%)	8 (53.3%)	31 (55.3%)	
No sé	1 (2.4%)	3 (20.0%)	4 (7.2%)	
42.- Respuesta a ¿Factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente?: <i>La escolaridad.</i>				1.967
Falso	25 (60.9%)	4 (26.7%)	29 (51.8%)	
Verdadero	10 (24.5%)	6 (40.0%)	16 (28.6%)	
No sé	6 (14.6%)	5 (33.3%)	11 (19.6%)	
43.- Respuesta a ¿Factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente?: <i>El estado civil.</i>				2.554
Falso	27 (65.8%)	9 (60.0%)	36 (64.3%)	
Verdadero	12 (29.3%)	5 (33.3%)	17 (30.3%)	
No sé	2 (4.9%)	1 (6.7%)	3 (5.4%)	
44.- Respuesta a ¿Factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente?: <i>La tensión arterial.</i>				3.100
Falso	3 (7.3%)	2 (13.3%)	5 (8.9%)	
Verdadero	37 (90.3%)	13 (86.7%)	50 (89.3%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
45.- Respuesta a ¿Factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente?: <i>Género.</i>				2.176
Falso	25 (61.0%)	9 (60.0%)	34 (60.7%)	
Verdadero	12 (29.3%)	3 (20.0%)	15 (26.8%)	
No sé	4 (9.7%)	3 (20.0%)	7 (12.5%)	
46.- Respuesta a ¿Factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente?: <i>Años de evolución de la diabetes.</i>				1.399
Falso	2 (4.9%)	1 (6.7%)	3 (5.3%)	
Verdadero	38 (92.7%)	14 (93.3%)	52 (92.9%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
47.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Nefropatía diabética establecida.</i>				3.722
Falso	27 (65.9%)	10 (66.7%)	37 (66.0%)	
Verdadero	13 (31.7%)	4 (26.6%)	17 (30.4%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
48.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Síndrome metabólico.</i>				1.977
Falso	22 (53.7%)	11 (73.3%)	33 (59.0%)	
Verdadero	19 (46.3%)	4 (26.7%)	23 (41.0%)	
49.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Hipertensión arterial estadio II.</i>				1.983
Falso	4 (9.8%)	3 (20.0%)	7 (12.5%)	
Verdadero	36 (87.8%)	12 (80.0%)	48 (85.7%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
50.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Insuficiencia renal crónica terminal</i>				2.794
Falso	35 (85.4%)	14 (93.3%)	49 (87.5%)	
Verdadero	5 (12.2%)	1 (6.7%)	6 (10.7%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	

Tabla 4. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 2 (parte 2)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
51.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Neuropatía diabética.</i>				3.100
Falso	3 (7.3%)	6 (40.0%)	9 (16.0%)	
Verdadero	38 (92.7%)	9 (60.0%)	47 (84.0%)	
52.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Nefropatía diabética temprana.</i>				1.638
Falso	15 (36.6%)	6 (40.0%)	21 (37.5%)	
Verdadero	24 (58.5%)	9 (60.0%)	33 (58.9%)	
No sé	2 (4.9%)	0 (0.00%)	2 (3.6%)	
53.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Obesidad grado II.</i>				1.841
Falso	8 (19.5%)	4 (26.7%)	12 (21.5%)	
Verdadero	30 (73.2%)	11 (73.3%)	41 (73.2%)	
No sé	3 (7.3%)	0 (0.00%)	3 (5.3%)	
54.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Obesidad grado I.</i>				1.750
Falso	34 (83.0%)	13 (86.7%)	47 (84.0%)	
Verdadero	7 (17.0%)	2 (13.3%)	9 (16.0%)	
55.- Respuesta a ¿Son datos a favor de retinopatía diabética en esta paciente?: <i>Albuminuria en 24 hrs.</i>				1.633
Falso	9 (22.0%)	8 (53.3%)	17 (30.3%)	
Verdadero	31 (75.6%)	6 (40.0%)	37 (66.1%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
56.- Respuesta a ¿Son datos a favor de retinopatía diabética en esta paciente?: <i>Estimación de la tasa de filtración glomerular.</i>				1.117
Falso	13 (31.7%)	7 (46.7%)	20 (35.7%)	
Verdadero	26 (63.4%)	7 (46.7%)	33 (58.9%)	
No sé	2 (4.9%)	1 (6.7%)	3 (5.4%)	
57.- Respuesta a ¿Son datos a favor de retinopatía diabética en esta paciente?: <i>Excreción de proteínas en el examen general de orina.</i>				1.298
Falso	18 (43.9%)	7 (46.7%)	25 (44.7%)	
Verdadero	21 (51.2%)	8 (53.3%)	29 (51.7%)	
No sé	2 (4.9%)	0 (0.00%)	2 (3.6%)	
58.- Respuesta a Son datos a favor de retinopatía diabética en esta paciente?: <i>Colesterol sérico.</i>				1.076
Falso	27 (65.9%)	11 (73.3%)	38 (67.8%)	
Verdadero	11 (26.8%)	4 (26.7%)	15 (26.8%)	
No sé	3 (7.3%)	0 (0.00%)	3 (5.4%)	
59.- Respuesta a Son datos a favor de retinopatía diabética en esta paciente?: <i>Hemoglobina glucosilada.</i>				1.271
Falso	19 (46.4%)	6 (40.0%)	25 (44.7%)	
Verdadero	21 (51.2%)	8 (53.3%)	29 (51.7%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
60.- Respuesta a ¿son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente? <i>Medición de la excreción urinaria de albúmina.</i>				1.109
Falso	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
Verdadero	40 (97.6%)	14 (93.3%)	54 (96.4%)	

Tabla 4. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 2 (parte 3)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
61.- Respuesta a ¿son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente? <i>Examen general de orina</i>				1.612
Falso	16 (39.0%)	2 (13.3%)	18 (43.1%)	
Verdadero	22 (53.7%)	12 (80.0%)	34 (60.7%)	
No sé	3 (7.3%)	1 (6.7%)	4 (7.2%)	
62.- Respuesta a ¿son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente? <i>Estimación de la tasa de filtrado glomerular.</i>				1.771
Falso	8 (19.5%)	1 (6.7%)	9 (16.0%)	
Verdadero	33 (80.5%)	14 (93.3%)	47 (84.0%)	
63.- Respuesta a ¿son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente? <i>Medición de la presión arterial.</i>				1.288
Falso	9 (21.9%)	5 (33.3%)	14 (25.0%)	
Verdadero	30 (73.2%)	9 (60.0%)	39 (69.4%)	
No sé	2 (4.9%)	1 (6.7%)	3 (5.4%)	
64.- Respuesta a ¿son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente?: <i>Urocultivo.</i>				2.612
Falso	27 (21.90%)	9 (60.0%)	36 (64.3%)	
Verdadero	11 (73.2%)	6 (40.0%)	17 (30.3%)	
No sé	3 (4.9%)	0 (0.00%)	3 (5.4%)	
65.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Incremento de dosis de glibenclámda.</i>				1.771
Falso				
Verdadero	21 (51.2%)	6 (40.0%)	27 (48.2%)	
No sé	20 (48.8%)	9 (60.0%)	29 (51.8%)	
66.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Continuar la dosis de aspirina.</i>				1.281
Falso				
Verdadero	14 (34.2%)	4 (26.7%)	18 (32.1%)	
No sé	27 (65.8%)	11 (73.3%)	38 (67.9%)	
67.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Incremento de dosis de enalapril.</i>				1.812
Falso	7 (17.1%)	4 (26.7%)	11 (19.6%)	
Verdadero	33 (80.5%)	11 (73.3%)	44 (78.6%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
68.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Medición de la glucosa sérica de cada mes.</i>				1.291
Falso				
Verdadero	6 (14.6%)	1 (6.7%)	7 (12.5%)	
No sé	35 (85.4%)	14 (93.3%)	49 (87.5%)	
69.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>No ajustar un régimen dietético.</i>				0.917
Falso				
Verdadero	33 (80.5%)	10 (66.7%)	43 (76.8%)	
No sé	8 (19.5%)	5 (33.3%)	13 (23.2%)	
70.- Respuesta a ¿Son acciones necesarias omitidas por el médico en este caso? <i>Reducción de kilocalorías en la dieta.</i>				1.623
Falso	3 (7.3%)	3 (20.0%)	6 (10.7%)	
Verdadero	37 (90.3%)	11 (73.3%)	48 (85.7%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	

Tabla 4. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 2 (parte 4)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
71.- Respuesta a ¿Son acciones necesarias omitidas por el médico en este caso? <i>Solicitar electrocardiograma.</i>				1.294
Falso	11 (26.8%)	3 (20.0%)	14 (51.8%)	
Verdadero	28 (68.3%)	11 (73.3%)	39 (28.6%)	
No sé	2 (4.9%)	1 (6.7%)	3 (3.6%)	
72.- Respuesta a ¿Son acciones necesarias omitidas por el médico en este caso? <i>Solicitar Radiografía de tórax.</i>				9.362
Falso	16 (39.0%)	5 (33.3%)	21 (37.5%)	
Verdadero	24 (58.5%)	10 (66.7%)	34 (60.7%)	
No sé	1 (2.5%)	0 (0.00%)	1 (3.6%)	
73.- Respuesta a ¿Son acciones necesarias omitidas por el médico en este caso? <i>Solicitar depuración de creatinina.</i>				2.187
Falso	0 (0.00%)	2 (13.3%)	2 (3.6%)	
Verdadero	39 (95.1%)	13 (31.7%)	52 (92.8%)	
No sé	2 (4.9%)	0 (0.00%)	2 (3.6%)	
74.- Respuesta a ¿Son acciones necesarias omitidas por el médico en este caso? <i>Control de glucosa sérica igual o > 110 mg/dl.</i>				1.760
Falso	9 (22.0%)	2 (13.3%)	11 (19.6%)	
Verdadero	30 (73.1%)	13 (31.7%)	43 (76.8%)	
No sé	2 (4.9%)	0 (0.00%)	2 (3.6%)	
75.- Respuesta a ¿Son acciones necesarias omitidas por el médico en este caso?: <i>Envío a oftalmología para valoración de retina.</i>				1.294
Falso	10 (26.8%)	2 (13.3%)	12 (21.4%)	
Verdadero	31 (75.6%)	13 (86.7%)	44 (78.6%)	
76.- Respuesta a ¿Son acciones necesarias omitidas por el médico en este caso?: <i>Hacer énfasis en adherencia a la dieta y ejercicio para mejor control de la glucosa.</i>				2.361
Falso	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
Verdadero	40 (97.6%)	14 (93.3%)	54 (96.4%)	
77.- Respuesta a ¿Son acciones necesarias omitidas por el médico en este caso?: <i>Agregar un segundo antihipertensivo.</i>				1.252
Falso	14 (34.2%)	8 (53.3%)	22 (39.3%)	
Verdadero	24 (58.5%)	6 (40.0%)	30 (53.6%)	
No sé	3 (7.3%)	1 (6.7%)	4 (7.1%)	

Tabla 5. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 3 (parte 1)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
78.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente? <i>Antecedentes familiares de enfermedad renal.</i>				1.021
Falso	10 (24.4%)	4 (33.3%)	14 (25.0%)	
Verdadero	30 (73.2%)	11 (53.3%)	41 (73.2%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
79.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente? <i>Estado civil.</i>				1.554
Falso	32 (78.0%)	9 (60.0%)	41 (73.2%)	
Verdadero	4 (9.8%)	5 (33.3%)	9 (16.0%)	
No sé	5 (12.2%)	1 (6.7%)	6 (10.8%)	
80.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente? <i>Ocupación.</i>				1.620
Falso	31 (75.6%)	9 (60.0%)	40 (71.4%)	
Verdadero	5 (12.2%)	5 (33.3%)	10 (17.8%)	
No sé	5 (12.2%)	1 (6.7%)	6 (10.8%)	
81.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente? <i>La tensión arterial.</i>				1.074
Falso	26 (63.4%)	4 (26.7%)	30 (53.6%)	
Verdadero	13 (31.7%)	10 (66.6%)	23 (41.0%)	
No sé	2 (4.9%)	1 (6.7%)	3 (5.4%)	
82.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente? <i>Índice de masa corporal.</i>				1.247
Falso	2 (4.8%)	2 (13.4%)	4 (7.2%)	
Verdadero	39 (95.2%)	13 (86.6%)	52 (92.8%)	
83.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones de diabetes en esta paciente? <i>Nivel de glucosa sérica en ayunas.</i>				1.243
Falso	1 (2.4%)	3 (20.0%)	4 (7.2%)	
Verdadero	39 (95.2%)	12 (80.0%)	51 (91.0%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (6.7%)	1 (1.8%)	
84.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Diabetes descontrolada.</i>				1.448
Falso	1 (2.4%)	4 (26.7%)	5 (8.9%)	
Verdadero	40 (97.6%)	10 (66.6%)	50 (89.3%)	
No sé	0 (0.00%)	1 (6.7%)	1 (1.8%)	
85.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Nefropatía diabética establecida.</i>				1.762
Falso	33 (80.5%)	7 (26.7%)	40 (71.4%)	
Verdadero	5 (12.2%)	5 (53.3%)	10 (17.8%)	
No sé	3 (7.3%)	3 (20.0%)	6 (10.8%)	
86.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Insuficiencia renal estadio IV.</i>				0.976
Falso	36 (87.8%)	12 (80.0%)	48 (85.7%)	
Verdadero	3 (7.3%)	2 (13.4%)	5 (9.0%)	
No sé	2 (4.9%)	1 (6.6%)	3 (5.3%)	
87.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Nefropatía diabética temprana.</i>				1.394
Falso	22 (53.7%)	8 (26.7%)	30 (53.6%)	
Verdadero	18 (43.9%)	6 (66.6%)	24 (42.8%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	

Tabla 5. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 3 (parte 2)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
88.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Obesidad grado II.</i>				1.746
Falso	11 (26.8%)	3 (20.0%)	14 (25.0%)	
Verdadero	29 (70.8%)	11 (73.3%)	40 (71.4%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
89.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: <i>Obesidad grado I.</i>				1.078
Falso	27 (26.8%)	9 (73.3%)	36 (25.0%)	
Verdadero	14 (70.8%)	4 (20.0%)	18 (71.4%)	
No sé	0 (0.00%)	2 (6.7%)	2 (3.6%)	
90.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en esta paciente? <i>Nivel de albuminuria.</i>				1.821
Falso	15 (36.6%)	8 (53.3%)	23 (41.0%)	
Verdadero	25 (61.0%)	6 (40.0%)	31 (55.4%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
91.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en esta paciente? <i>Tiempo de evolución de la diabetes.</i>				2.462
Falso	15 (36.6%)	8 (53.3%)	23 (41.0%)	
Verdadero	25 (61.0%)	6 (40.0%)	31 (55.4%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
92.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en esta paciente? <i>Eritrocituria.</i>				2.761
Falso	9 (22.0%)	4 (26.7%)	13 (23.2%)	
Verdadero	31 (75.6%)	10 (66.6%)	41 (73.2%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
93.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en esta paciente? <i>Nivel de tensión arterial.</i>				1.776
Falso	16 (39.0%)	9 (60.0%)	25 (44.6%)	
Verdadero	23 (56.1%)	5 (33.3%)	28 (50.0%)	
No sé	2 (4.9%)	1 (6.7%)	3 (5.4%)	
94.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía diabética en esta paciente?: <i>Medición de la excreción urinaria de albúmina.</i>				1.676
Falso	28 (68.3%)	7 (46.6%)	35 (62.5%)	
Verdadero	13 (31.7%)	8 (53.4%)	21 (37.5%)	
95.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía diabética en esta paciente?: <i>Medición de la hemoglobina glucosilada.</i>				1.098
Falso	1 (2.4%)	2 (13.3%)	3 (5.3%)	
Verdadero	39 (95.2%)	13 (86.7%)	52 (92.9%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
96.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía diabética en esta paciente?: <i>Urocultivo.</i>				1.331
Falso	12 (29.3%)	5 (33.3%)	17 (30.3%)	
Verdadero	28 (68.3%)	9 (60.0%)	37 (66.1%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
97.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía diabética en esta paciente?: <i>Estimación de la tasa de filtración glomerular.</i>				0.983
Falso	28 (68.3%)	10 (66.7%)	38 (67.9%)	
Verdadero	9 (22.0%)	5 (33.3%)	14 (25.0%)	
No sé	4 (9.7%)	0 (0.00%)	4 (7.1%)	

Tabla 5. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 3 (parte 3)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
98.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía diabética en esta paciente?: <i>Fondoscopia.</i>				1.476
Falso	2 (4.9%)	2 (13.3%)	4 (7.1%)	
Verdadero	39 (95.1%)	13 (86.7%)	52 (92.9%)	
99.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Inicio de metformina.</i>				1.361
Falso	24 (58.5%)	8 (53.3%)	32 (57.1%)	
Verdadero	13 (31.7%)	6 (40.0%)	19 (34.0%)	
No sé	4 (9.8%)	1 (6.7%)	5 (8.9%)	
100.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Continuar uso de losartán.</i>				1.369
Falso	10 (24.4%)	3 (20.0%)	13 (23.2%)	
Verdadero	30 (73.2%)	11 (73.3%)	41 (73.2%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
101.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Solicitud de examen de orina.</i>				1.024
Falso	9 (22.0%)	6 (40.0%)	15 (26.8%)	
Verdadero	31 (75.6%)	9 (60.0%)	40 (71.4%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
102.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Solicitud de glucemia.</i>				1.040
Falso				
Verdadero	6 (14.6%)	3 (20.0%)	9 (16.0%)	
No sé	35 (85.4%)	12 (80.0%)	47 (84.0%)	
103.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Suspender uso de amikacina.</i>				1.897
Falso	6 (14.6%)	2 (13.3%)	8 (14.3%)	
Verdadero	33 (80.4%)	13 (66.7%)	46 (82.1%)	
No sé	2 (5.0%)	0 (0.00%)	2 (3.6%)	
104.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: Prescripción de dieta para reducir peso				1.762
Falso				
Verdadero	4 (9.7%)	2 (13.3%)	6 (10.7%)	
No sé	37 (90.3%)	13 (86.7%)	50 (89.3%)	
105.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: Exploración de pies				3.156
Falso	2 (4.9%)	2 (13.3%)	4 (7.1%)	
Verdadero	39 (95.1%)	13 (86.7%)	52 (92.9%)	
106.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Referir al nefrólogo para evaluación de la función renal.</i>				3.261
Falso	2 (4.9%)	2 (13.3%)	4 (7.1%)	
Verdadero	37 (90.2%)	12 (80.0%)	49 (87.5%)	
No sé	2 (4.9%)	1 (6.7%)	3 (5.4%)	
107.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Indicar insulina intermedia la causa de las artralgias</i>				2.161
Falso	25 (65.8%)	5 (33.3%)	30 (53.6%)	
Verdadero	14 (34.1%)	8 (53.3%)	22 (39.3%)	
No sé	2 (4.9%)	2 (13.4%)	4 (7.1%)	

Tabla 5. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 3 (parte 3)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
98.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía diabética en esta paciente?: <i>Fondoscopia.</i>				1.476
Falso	2 (4.9%)	2 (13.3%)	4 (7.1%)	
Verdadero	39 (95.1%)	13 (86.7%)	52 (92.9%)	
99.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Inicio de metformina.</i>				1.361
Falso	24 (58.5%)	8 (53.3%)	32 (57.1%)	
Verdadero	13 (31.7%)	6 (40.0%)	19 (34.0%)	
No sé	4 (9.8%)	1 (6.7%)	5 (8.9%)	
100.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Continuar uso de losartán.</i>				1.369
Falso	10 (24.4%)	3 (20.0%)	13 (23.2%)	
Verdadero	30 (73.2%)	11 (73.3%)	41 (73.2%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.6%)	
101.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Solicitud de examen de orina.</i>				1.024
Falso	9 (22.0%)	6 (40.0%)	15 (26.8%)	
Verdadero	31 (75.6%)	9 (60.0%)	40 (71.4%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
102.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Solicitud de glucemia.</i>				1.040
Falso				
Verdadero	6 (14.6%)	3 (20.0%)	9 (16.0%)	
No sé	35 (85.4%)	12 (80.0%)	47 (84.0%)	
103.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Suspender uso de amikacina.</i>				1.897
Falso	6 (14.6%)	2 (13.3%)	8 (14.3%)	
Verdadero	33 (80.4%)	13 (66.7%)	46 (82.1%)	
No sé	2 (5.0%)	0 (0.00%)	2 (3.6%)	
104.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: Prescripción de dieta para reducir peso				1.762
Falso				
Verdadero	4 (9.7%)	2 (13.3%)	6 (10.7%)	
No sé	37 (90.3%)	13 (86.7%)	50 (89.3%)	
105.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: Exploración de pies				3.156
Falso	2 (4.9%)	2 (13.3%)	4 (7.1%)	
Verdadero	39 (95.1%)	13 (86.7%)	52 (92.9%)	
106.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Referir al nefrólogo para evaluación de la función renal.</i>				3.261
Falso	2 (4.9%)	2 (13.3%)	4 (7.1%)	
Verdadero	37 (90.2%)	12 (80.0%)	49 (87.5%)	
No sé	2 (4.9%)	1 (6.7%)	3 (5.4%)	
107.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Indicar insulina intermedia la causa de las artralgias</i>				2.161
Falso	25 (65.8%)	5 (33.3%)	30 (53.6%)	
Verdadero	14 (34.1%)	8 (53.3%)	22 (39.3%)	
No sé	2 (4.9%)	2 (13.4%)	4 (7.1%)	
108.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: Solicitar biometría hemática completa				1.002
Falso	14 (34.1%)	2 (13.3%)	16 (28.6%)	
Verdadero	20 (48.8%)	11 (73.4%)	31 (55.3%)	
No sé	7 (17.1%)	2 (13.3%)	9 (16.1%)	
109.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: Suspender naproxeno e investigar la causa de artralgias generalizadas				1.770
Falso	11 (26.8%)	3 (20.0%)	14 (25.0%)	
Verdadero	28 (68.3%)	10 (66.7%)	38 (67.9%)	
No sé	2 (4.9%)	2 (13.3%)	4 (7.1%)	

Tabla 6. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 4 (parte 1)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
110.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones dela diabetes en esta paciente?: La edad Falso Verdadero	41 (100.0%) 0 (0.00%)	0 (0.00%) 15 (100%)	41 (73.2%) 15 (26.8%)	3.207
111.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones dela diabetes en esta paciente?: Nivel de colesterol sérico Falso Verdadero No sé	8 (19.6%) 32 (78.0%) 1 (2.4%)	4 (26.7%) 11 (y3.3%) 0 (0.00%)	12 (21.4%) 43 (76.8%) 1 (1.8%)	1.893
112.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones dela diabetes en esta paciente?: Antecedente de insuficiencia renal aguda Falso Verdadero No sé	9 (41.9%) 30 (73.2%) 2 (4.9%)	5 (33.3%) 9 (60.0%) 1 (6.7%)	14 (25.0%) 39 (69.6%) 3 (5.4%)	1.776
113.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones dela diabetes en esta paciente?: Obesidad Falso Verdadero	1 (2.4%) 40 (97.6%)	3 (20.0%) 12 (80.0%)	4 (7.1%) 52 (92.9%)	2.146
114.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones dela diabetes en esta paciente?: La tensión arterial Falso Verdadero	2 (4.9%) 39 (97.6%)	1 (6.7%) 13 (93.3%)	3 (5.4%) 53 (94.6%)	1.677
115.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones dela diabetes en esta paciente?: Género Falso Verdadero No sé	2 (4.9%) 38 (92.7%) 1 (2.4%)	1 (6.7%) 13 (86.6%) 1 (6.7%)	3 (5.4%) 51(91.0%) 2 (3.6%)	1.712
116.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones dela diabetes en esta paciente?: Nivel de glucosa sérica Falso Verdadero No sé	28 (68.3%) 9 (22.0%) 4 (9.7%)	9 (60.0%) 3 (20.0%) 3 (20.0%)	37 (66.0%) 12 (21.5%) 7 (12.5%)	1.687
117.- Respuesta a ¿Son factores de riesgo para complicaciones dela diabetes en esta paciente?: Uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos Falso Verdadero	18 (44.0%) 23 (56.0%)	3 (20.0%) 12 (80.0%)	21 (37.5%) 35 (62.5%)	1.720
118.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: Síndrome metabólico Falso Verdadero No sé	5 (12.2%) 35 (85.4%) 1 (2.4%)	0 (0.00%) 14 (93.3%) 1 (6.7%)	5 (8.9%) 49 (87.5%) 2 (3.6%)	1.342
119.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: Diabetes mellitus tipo 2 controlada Falso Verdadero	4 (9.7%) 37 (90.3%)	4 (26.7%) 11 (73.3%)	8 (14.3%) 48 (85.7%)	1.078

Tabla 6. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción en el caso clínico 4 (parte 2)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
120.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: Dislipidemia				1.776
Falso	24 (58.6%)	7 (46.7%)	31 (55.3%)	
Verdadero	16 (39.0%)	8 (53.3%)	24 (42.9%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
121.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: Nefropatía diabética temprana				1.741
Falso	13 (31.7%)	4 (26.7%)	17 (30.4%)	
Verdadero	27 (65.9%)	11 (73.3%)	38 (67.8%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
122.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: Nefropatía diabética establecida				1.078
Falso	26 (63.4%)	6 (40.0%)	32 (57.2%)	
Verdadero	14 (34.2%)	9 (60.0%)	23 (41.0%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
123.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: Hipertigliceridemia				1.246
Falso	11 (26.8%)	7 (46.7%)	18 (32.1%)	
Verdadero	22 (53.7%)	6 (40.0%)	28 (50.0%)	
No sé	8 (19.5%)	2 (13.3%)	10 (17.9%)	
124.- Respuesta a ¿El cuadro de esta paciente es compatible con?: Obesidad grado I				2.254
Falso	12 (29.3%)	3 (20.0%)	15 (26.8%)	
Verdadero	28 (68.3%)	11 (73.3%)	39 (69.6%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (2.6%)	
125.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en este paciente?: Nivel de albuminuria				2.907
Falso	19 (46.3%)	6 (40.0%)	25 (44.6%)	
Verdadero	20 (48.8%)	6 (40.0%)	26 (46.4%)	
No sé	2 (4.9%)	3 (20.0%)	5 (9.0%)	
126.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en este paciente?: Nivel de creatinina sérica				2.156
Falso	8 (19.5%)	1 (6.7%)	9 (16.0%)	
Verdadero	33 (80.5%)	14 (93.3%)	47 (83.9%)	
127.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en este paciente?: Proteinuria				1.142
Falso	13 (31.7%)	6 (40.0%)	19 (34.0%)	
Verdadero	24 (58.5%)	8 (53.3%)	32 (57.1%)	
No sé	4 (9.8%)	1 (6.7%)	5 (8.9%)	
128.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en este paciente?: Nivel de tensión arterial				1.766
Falso	15 (36.6%)	4 (26.7%)	19 (16.0%)	
Verdadero	26 (63.4%)	11 (73.3%)	37(83.9%)	
129.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en este paciente?: Estimación de la tasa de filtración glomerular				1.716
Falso	17 (41.5%)	4 (26.7%)	21 (44.6%)	
Verdadero	23 (56.1%)	10 (66.6%)	33 (46.4%)	
No sé	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (2.6%)	

Tabla 6. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 4 (parte 3)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
130.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en este paciente?: <i>Nivel de glucosa sérica.</i>				1.883
Falso	14 (34.1%)	6 (40.0%)	20 (35.7%)	
Verdadero	25 (61.0%)	9 (60.0%)	39 (69.7%)	
No sé	2 (4.9%)	0 (0.00%)	2 (3.6%)	
131.- Respuesta a ¿Son datos a favor de nefropatía diabética en este paciente?: <i>Niveles de lípidos.</i>				3.639
Falso	10 (24.4%)	1 (13.4%)	11 (19.6%)	
Verdadero	29 (70.7%)	13 (86.6%)	42 (75.0%)	
No sé	2 (4.9%)	1 (6.7%)	3 (5.4%)	
132.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente?: <i>Medición de la excreción urinaria de albúmina.</i>				2.842
Falso	9 (22.0%)	3 (20.0%)	12 (21.4%)	
Verdadero	30 (73.1%)	11 (73.3%)	41 (73.2%)	
No sé	2 (4.9%)	1 (6.7%)	3 (5.4%)	
133.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente?: <i>Estimación de la tasa de filtración glomerular.</i>				1.378
Falso	8 (19.5%)	4 (26.7%)	12 (21.4%)	
Verdadero	30 (73.2%)	11 (73.3%)	41 (73.2%)	
No sé	3 (7.3%)	0 (0.00%)	3 (5.4%)	
134.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente?: <i>Proteínas en orina.</i>				1.761
Falso	11 (26.8%)	5 (33.3%)	16 (28.6%)	
Verdadero	29 (70.8%)	10 (80.0%)	39 (69.6%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
135.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente?: <i>Niveles de tensión arterial.</i>				2.983
Falso	18 (44.0%)	4 (26.7%)	22 (39.3%)	
Verdadero	22 (53.6%)	11 (73.3%)	33 (58.9%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
136.- Respuesta a ¿Son pruebas diagnósticas útiles para precisar progresión de la nefropatía en esta paciente?: <i>Densidad urinaria.</i>				2.741
Falso	17 (41.5%)	3 (20.0%)	20 (35.7%)	
Verdadero	21 (51.2%)	11 (73.3%)	32 (57.2%)	
No sé	3 (7.3%)	1 (6.7%)	4 (7.1%)	
137.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>No prescribir fármacos antidiabéticos</i>				6.721
Falso				
Verdadero	12 (29.3%)	1 (6.7%)	13 (23.2%)	
No sé	26 (63.4%)	13 (86.6%)	39 (69.7%)	
	3 (7.3%)	1 (6.7%)	4 (7.1%)	
138.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>No prescribir drogas antihipertensivas</i>				1.762
Falso				
Verdadero	18 (44.0%)	5 (33.3%)	23 (41.0%)	
No sé	22 (54.6%)	9 (60.0%)	31 (55.4%)	
	1 (2.4%)	1 (6.7%)	2 (3.5%)	
139.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Iniciar el uso de paracetamol</i>				2.287
Falso	27 (65.9%)	8 (53.3%)	35 (62.5%)	
Verdadero	14 (34.1%)	7 (46.7%)	21 (37.5%)	

Tabla 6. Respuesta de los médicos por unidad de adscripción del caso clínico 4 (parte 4)

Variable	HGZyMF1 n = 41 (%)	UMF 32 n = 15 (%)	Total N = 56 (%)	X ²
140.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Continuar con el uso de diclofenaco.</i>				2.931
Falso	19 (46.3%)	6 (40.0%)	26 (44.6%)	
Verdadero	19 (46.3%)	7 (46.7%)	28 (46.4%)	
No sé	3 (7.4%)	2 (13.3%)	2 (9.0%)	
141.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Revisión de pulsos distales en ambas extremidades.</i>				2.036
Falso	23 (56.1%)	10 (66.7%)	33 (58.9%)	
Verdadero	16 (39.0%)	5 (33.3%)	21 (37.5%)	
No sé	2 (4.9%)	0 (0.00%)	2 (3.6%)	
142.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Referir al nefrólogo.</i>				1.423
Falso	12 (29.3%)	5 (33.3%)	17 (30.3%)	
Verdadero	28 (68.3%)	10 (66.7%)	38 (67.9%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
143.- Respuesta a ¿Son acciones médicas apropiadas para el estado actual de la paciente?: <i>Indicar dieta para diabético.</i>				1.071
Falso	17 (41.5%)	5 (33.3%)	22 (39.3%)	
Verdadero	24 (58.5%)	10 (66.7%)	34 (60.7%)	
144.- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Exploración de cavidad oral.</i>				1.398
Falso	9 (22.0%)	3 (20.0%)	12 (21.4%)	
Verdadero	29 (70.7%)	12 (80.0%)	41 (73.3%)	
No sé	3 (7.3%)	0 (0.00%)	3 (5.3%)	
145.- .- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Reducir el colesterol < 200 mg/dl.</i>				1.361
Falso	15 (36.6%)	5 (33.3%)	20 (35.7%)	
Verdadero	25 (61.0%)	10 (66.7%)	35 (62.5%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
146.- .- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Solicitar hemoglobina glucosilada para evaluar en la próxima cita.</i>				2.031
Falso	13 (31.7%)	7 (46.7%)	20 (35.7%)	
Verdadero	27 (65.8%)	8 (53.3%)	35 (62.5%)	
No sé	1 (2.4%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
147.- .- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Prescribir dieta restringida en colesterol y grasas saturadas.</i>				1.461
Falso	14 (34.1%)	2 (13.3%)	16 (28.6%)	
Verdadero	2 (4.9%)	13 (86.7%)	40 (71.4%)	
148.- .- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Solicitar que deje de fumar.</i>				2.321
Falso	16 (39.0%)	4 (26.7%)	20 (35.7%)	
Verdadero	24 (58.5%)	11 (73.3%)	35 (62.5%)	
No sé	1 (2.5%)	0 (0.00%)	1 (1.8%)	
149.- .- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Solicitar que suspenda o disminuya la ingesta de refresco.</i>				1.278
Falso	12 (29.3%)	1 (6.7%)	13 (28.2%)	
Verdadero	27 (65.8%)	14 (93.3%)	41 (73.2%)	
No sé	2 (4.9%)	0 (0.00%)	2 (3.6%)	
150.- .- Respuesta a ¿Son acciones omitidas por el médico en este caso?: <i>Iniciar el uso de insulina más antidiabéticos orales</i>				2.246
Falso	19 (46.3%)	4 (26.7%)	23 (41.1%)	
Verdadero	20 (48.8%)	8 (53.3%)	28 (50.0%)	
No sé	2 (4.9%)	3 (20.0%)	5 (8.9%)	

Tabla 7. Aptitud clínica ante paciente con nefropatía diabética.

Variable	Categoría	RMP*	Intervalo de confianza		X ²	Sig. (p)
			Límite superior	Límite inferior		
Unidad de Adscripción	HGZ Y MF no.1	1.00			1.93	0.07
	UMF 32	1.30	0.09	2.96		
Médico Familiar	Si	1.00			2.15	0.05
	No	2.74	1.20	3.42		
Género	Masculino	1.00			1.74	0.04
	Femenino	0.72	0.56	0.92		
Contratación	Base	1.00			0.41	0.84
	Eventual	0.94	0.83	4.91		
Turno	Matutino	1.00			2.09	0.06
	Vespertino	1.93	1.11	3.25		
Año de egreso de especialidad	>2000	1.00			1.62	0.04
	1990-1999	1.81	1.08	2.55		
	< 1990	2.73	1.49	3.30		
Antigüedad laboral	< 5 años	1.00			0.77	0.18
	5 a 10 años	1.10	0.86	1.62		
	11 a 15 años	1.67	0.97	2.01		
	16 a 20 años	1.78	1.07	2.07		
	> 20 años	1.88	1.49	3.49		
Edad	< 30 años	1.00			2.31	0.07
	31 a 35 años	1.07	0.59	1.90		
	36 a 40 años	1.28	0.70	2.08		
	41 a 45 años	1.39	0.95	2.25		
	46 a 50 años	1.44	1.16	2.64		
>50 años	1.46	1.29	2.73			

RMP* Razón momio de prevalencia. Categoría de Referencia es alto y muy alto.