

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 32
DELEGACION NUEVO LEON
RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR



EVALUACION DE EFECTO DE LA DIFUSION Y
DISEMINACION DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA
PARA PARALISIS FACIAL IDIOPATICA EN MEDICOS
FAMILIARES

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

POR:

DRA. ERIKA PAREDES ALVARADO

GUADALUPE, NUEVO LEON, MEXICO.

NOVIEMBRE 2008


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DELEGACIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 32
DELEGACION NUEVO LEÓN
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ



TESIS

**Evaluación de efecto de la difusión y diseminación de la
guía de práctica clínica para parálisis facial idiopática en
médicos familiares**

Por

Dra. Erika Paredes Alvarado

Para obtener el Grado de

Especialidad en

MEDICINA FAMILIAR

Cd. Guadalupe, Nuevo León

Noviembre de 2008.



Investigadora principal

NOMBRE.- Dra. Erika Paredes Alvarado
R 3 de Medicina Familiar.
MAT 99204415
E-mail: erika.paredes@hottmail.com

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN.- Unidad de Medicina Familiar No 32
DOMICILIO.- Jiménez y Arteaga s/n col. Paraiso
Cd. Guadalupe, NL

TELÉFONO.- 01 (81) 83 54 80 00
DOMICILIO PARTICULAR.- Ave. Cordillera # 208. Col. Infonavit
Huasteca, Sta. Catarina, N.L.

TELÉFONO PARTICULAR.- 01 (81) 83882262



Firma

Asesoras de tesis

NOMBRE.- Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN.- Unidad de Investigación Epidemiológica y en
Servicios de Salud - Monterrey
DOMICILIO.- Av. Abraham Lincoln y Enf. Ma. de Jesús Candia
S/N Col. Valle Verde, Mty, N.L.
TELÉFONO.- 01 (81) 80 04 04 04


Firma

NOMBRE.- Dra. Mirna Amelia Meléndez Buitrón
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN.- Unidad de Medicina Familiar No 3
DOMICILIO.- Av. Félix U Gómez y Av. Colón S/N Monterrey
TELÉFONO.- 01 (81) 83 75 35 95


Firma

Objetivos del estudio.

Objetivo General:

Evaluar el efecto de la difusión y diseminación de la Guía de la Práctica Clínica (GPC) para la Parálisis Facial Idiopática (PFI) en el conocimiento de los médicos familiares de la UMF No. 32.

Objetivos específicos

1. Determinar el grado de conocimientos en médicos familiares sobre criterios diagnósticos incluidos en la GPC para PFI antes de la difusión y diseminación.
2. Determinar el grado de conocimientos en médicos familiares sobre criterios terapéuticos incluidos en la GPC para PFI antes de la difusión y diseminación.
3. Determinar el grado de conocimientos en médicos familiares sobre criterios diagnósticos incluidos en la GPC para PFI después de la difusión y diseminación.
4. Determinar el grado de conocimientos en médicos familiares sobre criterios terapéuticos incluidos en la GPC para PFI después de la difusión y diseminación

Antecedentes Científicos.

La parálisis facial idiopática (PFI) o parálisis de Bell es la causa más común de parálisis facial aguda; la incidencia entre hombres y mujeres es similar con presentación bimodal en las edades de 20 a 29 años y de 50 a 59 años, y es de 20 a 30 casos por 100 mil personas al año. Está considerada dentro de las primeras causas de atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en el 2002 se le ubicó en el séptimo lugar.^{1,2} La PFI, representa alrededor del 49-51% de todos los casos, no tiene predilección por sexo, edad o área geográfica y existen antecedentes familiares en un 8% de los enfermos. La recurrencia se observa en un 7.1-12%, en estos pacientes cuando tienen antecedentes familiares positivos para PFI en aproximadamente 40% de los pacientes; además, en los pacientes con diabetes es 2.5 veces más frecuente la recurrencia.^{3,4}

Actualmente se enfatiza la necesidad de incrementar el conocimiento y las habilidades en enfermedades o problemas de salud pública en los médicos familiares, con la capacidad de afrontar y resolver problemas clínicos, cualidad que implica perfeccionamiento constante para adecuarse a situaciones cambiantes de la medicina y del paciente, para poder influir favorablemente en las condiciones de su salud; con el propósito de precisar un diagnóstico, aplicar un tratamiento, establecer un pronóstico e instituir medidas preventivas para la atención apropiada de un paciente en particular.⁵⁻⁷ Además, para evitar que el paciente reutilice los servicios de salud, para disminuir el riesgo de secuelas irreversibles y en caso de ser asegurado, la prolongación de la incapacidad médica.⁸

A finales de la década de los 80 y principios de los 90, nacieron numerosas iniciativas para desarrollar Guías de Práctica Clínica (GPC), definidas como “directrices elaboradas sistemáticamente para asistir a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria adecuada para problemas clínicos específicos”.⁹ Las GPC aparecieron ante la necesidad de introducir la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en la práctica clínica.^{9,10} Desde entonces, se han elaborado gran cantidad de GPC con la finalidad de: mejorar la calidad de la atención sanitaria, reducir el uso de intervenciones innecesarias, inefectivas o dañinas, y facilitar a los pacientes tratamientos con la máxima probabilidad de beneficio, con el mínimo riesgo de producir daños, y con un coste aceptable.^{10,11} Los términos de difusión, diseminación e implementación que se encuentran en la literatura científica acerca de las GPC tienen matices y significados diferentes que se describen a continuación: la difusión es la distribución de información al clínico; consiste en distribuir la guía por los medios tradicionales, de forma pasiva. Habitualmente no existe una planificación previa ni unos objetivos determinados. La diseminación es la comunicación de la información al clínico para mejorar sus conocimientos o habilidades. Es un concepto más activo que el anterior, en el sentido que intenta transmitir los contenidos de la GPC de una forma más orientada a un público determinado. Un ejemplo de diseminación es la formación continuada en forma de conferencias o charlas. La implementación significa trasladar la guía a la práctica clínica; implica estrategias de comunicación efectiva e identificar y superar las dificultades o barreras del entorno local, con el fin de poner en marcha las recomendaciones que propone.¹² En general, se ha asumido que las GPC podrían ser efectivas para

producir cambios en la práctica clínica y mejorar los resultados en salud. Sin embargo, las GPC son sólo una herramienta para facilitar la toma de decisiones, teniendo en cuenta las preferencias y los valores de los pacientes, los valores y la experiencia de los clínicos, y la disponibilidad de recursos.^{12, 13}

El favorecer estrategias de implementación de las GPC, es con el fin de incrementar el conocimiento, cambiando las actitudes, cambiando los hábitos y comportamientos, modificando resultados, lo que significa mejorar la calidad asistencial y en definitiva la salud de la población con el cumplimiento de las recomendaciones de la GPC¹⁴

El propósito del presente proyecto, fue evaluar el conocimiento del médico familiar en la PFI antes y después de la difusión y la diseminación de la GPC del IMSS, intentando transmitir el contenido de la guía a través de sesiones educativas, en donde el papel fundamental del proceso lo desempeña el facilitador del aprendizaje, dirigiendo la enseñanza a reforzar los conocimientos ya adquiridos y ofreciendo una propuesta de mejoría en cuanto a su conocimiento establecido en el manejo de la PFI.

Planteamiento del Problema.

La Parálisis facial idiopática (PFI) se encuentra dentro de los primeros diez motivos de consulta en las unidades de rehabilitación y en el año 2002 se le ubicó en el séptimo lugar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ésta entidad nosológica afecta al paciente tanto en la función motora y sensorial del nervio facial como en el aspecto estético, lo que puede incidir en su calidad de vida y en la función. Por otro lado, se ha observado que un manejo inadecuado de la PFI propicia que el paciente reutilice los servicios de salud, además de tener el riesgo de secuelas irreversibles y en caso de ser asegurado, la prolongación de la incapacidad médica. En ese sentido, es necesario incrementar los conocimientos y habilidades del médico familiar, a través de la difusión y disseminación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) entre los profesionales de salud. De esta forma se podrá promover la confianza en la toma de decisiones ya que las GPC cuentan con la credibilidad al ser realizadas por expertos, son útiles, prácticas y ágiles, brindan el diagnóstico oportuno y tratamiento específico; además, ofrecen ventajas desde el punto de vista legal, administrativo y ético, son herramientas de aprendizaje, tienen en cuenta los recursos locales y facilitan la interdisciplinariedad. Por lo descrito anteriormente y con el apoyo del personal directivo, es importante, evaluar el efecto de la difusión y disseminación de una GPC en el conocimiento de los médicos familiares.

Por esto se estableció la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el efecto de la difusión y disseminación de una Guía de práctica clínica para Parálisis facial idiopática en el conocimiento de los médicos?

Hipótesis

H1_a El grado de conocimientos en médicos familiares sobre criterios diagnósticos incluidos en la GPC para PFI antes de la difusión y diseminación es de 30 puntos o menos.

H1_o El grado de conocimientos en médicos familiares sobre criterios diagnósticos incluidos en la GPC para PFI antes de la difusión y diseminación es de más de 30 puntos.

H2_a El grado de conocimientos en médicos familiares sobre criterios terapéuticos incluidos en la GPC para PFI antes de la difusión y diseminación es de 30 puntos o menos.

H2_o El grado de conocimientos en médicos familiares sobre criterios terapéuticos incluidos en la GPC para PFI antes de la difusión y diseminación es de más de 30 puntos.

H3_a El grado de conocimientos en médicos familiares sobre criterios diagnósticos incluidos en la GPC para PFI después de la difusión y diseminación es de 60 puntos o más

H3_o El grado de conocimientos en médicos familiares sobre criterios diagnósticos incluidos en la GPC para PFI después de la difusión y diseminación es de menos de 60 puntos.

H4a El grado de conocimientos en médicos familiares sobre criterios terapéuticos incluidos en la GPC para PFI después de la difusión y diseminación es de 60 puntos o más.

H4o El grado de conocimientos en médicos familiares sobre criterios terapéuticos incluidos en la GPC para PFI después de la difusión y diseminación es de menos de 60 puntos.

Material y métodos

El diseño de estudio fue cuasiexperimental, con una medición, prospectivo y sin grupo control. La población de estudio, fue el censo de médicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 32 del IMSS de Ciudad Guadalupe Nuevo León. Dentro de los criterios de inclusión se consideró a médicos de primer nivel que se encontraran en consulta externa, de los turnos matutino y vespertino, de cualquier sexo, que aceptaran participar en el estudio y contestaran la totalidad de las preguntas del instrumento de evaluación. Los criterios de exclusión fueron: médicos que al momento de aplicar el instrumento de evaluación, se encontraran con ausentismo programado o no programado; aunque, hayan asistido a las sesiones de difusión y diseminación. Los criterios de eliminación fueron: médicos con instrumento de evaluación incompleto, en la primera o segunda evaluación o médicos que solo hayan respondido una de las dos evaluaciones (antes o después).

La variable dependiente conocimiento se definió como la capacidad expresada del médico, en la identificación de factores de riesgo, signos y síntomas, e integración en el uso de recursos para el diagnóstico y tratamiento de la PFI según la GPC. Las variables independientes difusión y diseminación de la GPC sobre PFI se definieron: difusión, como distribución de las GPC en PFI al 100% de los médicos participantes; y diseminación, a la aplicación de tres sesiones clínicas por un médico especialista en medicina física y rehabilitación con duración de una hora sobre las GPC en PFI a los médicos familiares participantes.

Otras variables del estudio fueron las características sociodemográficas; estas se refieren al sexo, edad y condiciones laborales que abarcan la categoría ya sea médico familiar o general; horario laboral, antigüedad en el IMSS y antigüedad en el puesto en años cumplidos.

El instrumento de evaluación, se concibió a través de una perspectiva basada en una integración de la teoría y la práctica (caso clínico); se utilizaron indicadores que se refieren a capacidades relacionadas con el análisis, síntesis y aptitud aplicada a una situación clínica, con el objeto de reproducir lo más fielmente posible la realidad clínica. El caso aquí considerado fue real y se presentó en forma sintetizada, organizada en: identificación de factores de riesgo (5 reactivos), identificación de diagnósticos diferenciales (5 reactivos), integración diagnóstica (15 reactivos), integración terapéutica (8 reactivos) y referencia a segundo nivel (2 reactivos). Estos reactivos tenían tres opciones de respuesta: verdadero, falso y no sé. Dicho instrumento constaba de 35 ítems, de los cuales 16 deberían contestarse con la opción verdadero y 19 con la opción falso. Cada respuesta tenía un valor de un punto, cuando se consignaba una respuesta incorrecta se restaba un punto; la respuesta no sé era igual a cero. El resultado final se obtuvo de la suma de las respuestas correctas a las que se restaron las incorrectas. El instrumento de evaluación se validó de contenido y se estandarizó con la participación de médicos expertos en medicina física y rehabilitación. Su índice de confiabilidad de Alfa de Cronbach fue de 0.75

En un primer momento, se aplicó la evaluación inicial antes de la difusión de las GPC y posteriormente se programó la intervención para difundir las GPC entre los participantes, considerando las áreas de oportunidad y haciendo énfasis en los

puntos clave en el diagnóstico y tratamiento de la PFI. Esta acción fue llevada a cabo por un médico especialista en medicina física y rehabilitación. Inmediatamente después, se aplicó la evaluación final a cargo de la investigadora principal del proyecto. Enseguida, se estructuró una base de datos para vaciar la información recolectada y se procedió a realizar el análisis estadístico.

Método de análisis de la información

Dentro del plan de análisis se utilizó estadística descriptiva: porcentajes, promedios y desviación estándar. Estadística inferencial: t de Students y diferencia de proporciones. Para este fin se utilizó el programa SPSS 10.0.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud; el presente trabajo se consideró como investigación sin riesgo. Se contó con el consentimiento informado de cada participante en la investigación.

Resultados

En este estudio participaron un total de 45 médicos de la consulta externa de primer nivel de atención en la UMF N° 32. De 62 médicos adscritos en la UMF 32, se excluyeron tres médicos adscritos al área de atención médica continua; seis médicos con ausentismo programado y cuatro médicos que solo asistieron a una de las dos sesiones otorgadas por la especialista en medicina física y rehabilitación. Participando un total 49 médicos 23 médicos de turno matutino y 26 médicos de turno vespertino, de los cuales se eliminaron dos exámenes del turno matutino y dos del turno vespertino por haberse contestado de forma incompleta. Finalmente se tomaron en cuenta un total de 45 exámenes de evaluación.

El promedio de edad de los médicos fue de 44.4 ± 8.8 años, la antigüedad en el IMSS fue de 15.4 ± 8.4 años. Otras variables del perfil de los participantes se observan en el cuadro No. 1.

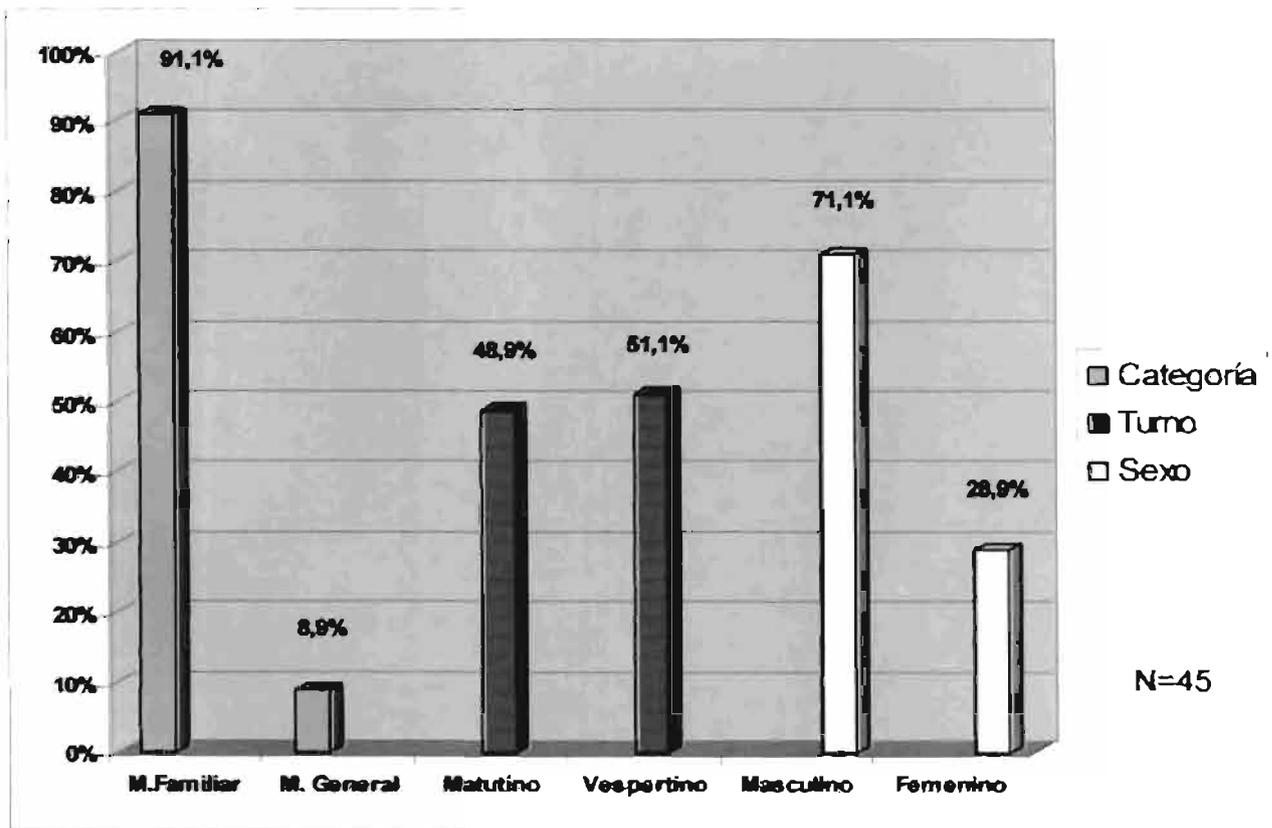
Cuadro 1
Perfil de los participantes en la difusión y
diseminación de las GPC en PFI

Variable	Rango	Promedio	Desviación Estándar
Edad	27 a 58 años	44.46 años	± 8.80
Antigüedad en el IMSS	0 a 27 años	15.48 años	± 8.47
Antigüedad en el puesto	0 a 27 años	13.86 años	± 9.41

Fuente: encuesta a médicos primer nivel de atención

Por otro lado, las características generales de los médicos reportan que el 91.1% eran médicos familiares y un 8.9 % médicos generales. Otras características se pueden observar en la gráfica 1.

Gráfica 1
Características generales de los participantes en la difusión y
diseminación de las GPC en PFI



Fuente: encuesta a médicos primer nivel de atención

Al término de la evaluación del conocimiento de los participantes, se estableció una diferencia significativa ($p < .05$) entre la evaluación inicial y final. Los resultados se encuentran en el cuadro 2.

Cuadro 2

Efecto en los participantes de la difusión y diseminación de las GPC en PFI

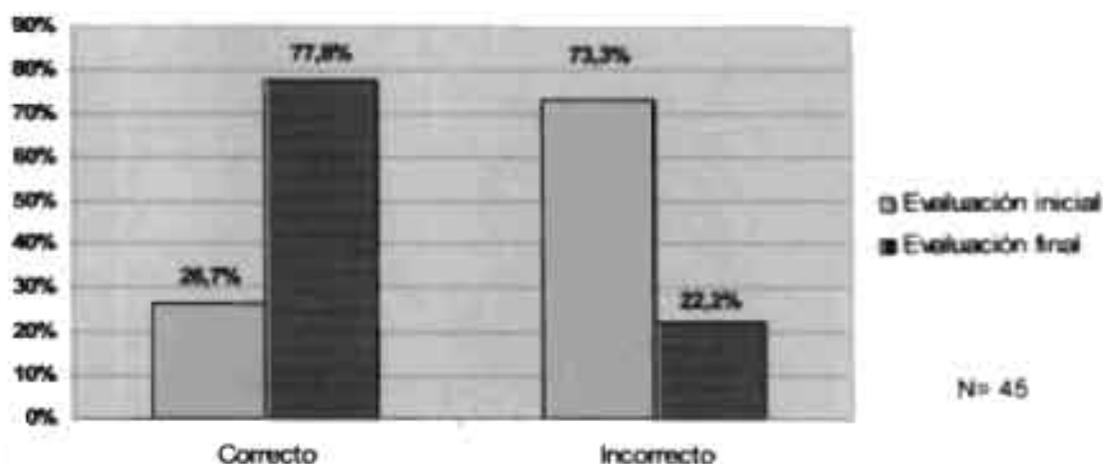
Variable	Rango	Media	Desviación Estándar	*p
Evaluación Inicial	0 a 71 puntos	33.6 puntos	± 16.2	.001
Evaluación final	77 a 100 puntos	87.4 puntos	± 8.2	

*Prueba de t de Students.

La primera sección del instrumento enfocado a evaluar el conocimiento de los participantes, fue la identificación de factores de riesgo para presentar PFI antes y después de la difusión y diseminación de las GPC, tales como la edad, antecedentes heredo familiares, hipertensión arterial, diabetes melitus, infección por herpes simple. Los resultados del efecto se pueden encontrar en la gráfica 2.

Gráfica 2

Efecto en el conocimiento de factores de riesgo en los participantes de la difusión y diseminación de GPC para PFI



Fuente: instrumento de evaluación aplicado a médicos primer nivel de atención

En cuanto a la evaluación del criterio diagnóstico en los participantes; se estableció diferencia significativa entre la evaluación inicial y final. Los resultados se encuentran en el cuadro 3.

Cuadro 3

Efecto en el conocimiento de criterios diagnósticos en los participantes de la difusión y diseminación de GPC para PFI

Criterios para identificar diagnóstico en PFI	Evaluación inicial %	Evaluación final %	*p
Conocimiento correcto de diagnóstico diferencial en PFI	73.3%	100%	.0003
Conocimiento correcto del cuadro clínico en PFI	48.9%	86.7%	.0002
Conocimiento correcto de la exploración física en PFI	28.9%	100%	<.00001
Conocimiento correcto de estudios paraclínicos en PFI	22.2%	95.6%	<.00001

Fuente: instrumento de evaluación aplicado a médicos primer nivel de atención

*Prueba de diferencia de proporciones

Asimismo, en la evaluación del criterio terapéutico en los participantes; se estableció una diferencia significativa entre la evaluación inicial y final, los resultados se encuentran en el cuadro 4.

Cuadro 4

Efecto en el conocimiento de criterios terapéuticos en los participantes de la difusión y diseminación de GPC para PFI

Criterios para identificar aspectos terapéuticos en PFI	Evaluación inicial %	Evaluación final %	*p
Conocimiento correcto del tratamiento óptimo en PFI	71.3%	100%	.0002
Conocimiento correcto de propuestas adecuadas para el tratamiento en PFI	24.4%	100%	<.00001

Fuente: instrumento de evaluación aplicado a médicos primer nivel de atención

*Prueba de diferencia de proporciones

Discusión

Como se ha mencionado en estudios previos, la educación y la capacitación para la salud en médicos de primer nivel es imprescindible en el ámbito de la salud, ya que estos han demostrado reforzar el conocimiento, mejorar la aptitud clínica todo con la finalidad de brindar un mejor servicio de salud, prevenir e evitar complicaciones.¹¹ El objetivo principal de este estudio fue evaluar el efecto de la difusión y diseminación de la GPC para la PFI en el conocimiento de los médicos familiares de la UMF No. 32 haciendo énfasis en la identificación de criterios diagnósticos y terapéuticos de la PFI. Los resultados obtenidos evidencian que los médicos de primer nivel de la UMF 32 incrementaron su conocimiento posterior a la difusión y diseminación de la GCP de PFI encontrando un cambio estadísticamente significativo en la identificación de criterios diagnósticos y terapéuticos; semejante al estudio realizado en médicos de un hospital público en Monterrey, en donde se evaluó la eficacia de un curso de educación en asma en médicos de primer nivel. Sin embargo, el promedio global de la puntuación inicial en ese grupo fue de 66.7 puntos y en el presente trabajo el promedio fue menor a 50 puntos en esa misma etapa. En la etapa posterior a la intervención, hubo ganancia en conocimientos con una puntuación mayor a 85 puntos en ambos grupos; aunque la diferencia porcentual en el incremento fue mayor en este trabajo.¹⁵ Una población con características generales semejantes a las de este proyecto, fue la de médicos familiares del IMSS en la ciudad de México, en donde se estableció que únicamente el 8% de ellos reunía los conocimientos necesarios para el manejo de la nefropatía inicial del paciente con diabetes¹⁶. Lo mismo en

Guadalajara Jalisco, en donde la mayoría de los médicos que participaron en un estudio, tuvieron una evaluación baja en la aptitud clínica para identificar disfunción familiar¹⁷. Aunque, diferente al presente trabajo en donde la población de médicos que estaban aptos en manejo de PFI fue menor al 30 % en su etapa inicial. De manera desagregada, se encontró, que en lo referente a factores de riesgo el resultado de la evaluación inicial fue muy bajo en comparación con un estudio realizado en Colombia en donde inicialmente más del 60% de los médicos habían tenido una puntuación aceptable. Sin embargo, en la etapa posterior a la intervención hubo únicamente una ganancia del 20% en conocimiento; opuesto al presente trabajo en donde la ganancia fue mayor al 50%. Asimismo, en lo correspondiente a la sección de conocimiento de criterios diagnósticos. En la población de Colombia la ganancia fue de 27,5 % y en la de este trabajo mayor al 50% . En el apartado de criterios terapéuticos, en los médicos de Colombia la ganancia en conocimientos fue 14,5% y en los médicos del IMSS en Cd. Guadalupe N. L. también fue mayor a 50%. Una explicación es el factor tiempo, porque en la población de Colombia se aplicó el instrumento de evaluación después de dos meses al término de la intervención educativa en trastornos depresivos, lo que indica la persistencia del conocimiento a través del tiempo.¹⁸

Una limitación del presente trabajo es precisamente el tiempo en el que se aplicó la disseminación, la difusión de las guías y el proceso de evaluación de manera inmediata. Se sabe que el tiempo participa en el aprendizaje significativo en los profesionales, por lo que estos resultados se deben tomar con cautela. Es conveniente establecer una línea de investigación sobre la capacitación continua en este grupo, con otro diseño y otras estrategias educativas; en donde se

considere el paradigma constructivista con el fin de que se lleve a cabo la acomodación e introyección del conocimiento. Sin embargo, es necesario considerar la gestión en lo correspondiente al tiempo que se le asigne a los médicos en las unidades de medicina familiar para que acudan y se motiven a llevar a cabo una actividad activo-participativa. Esto con el fin de reforzar los conocimientos del médico en cuanto a PFI con el propósito de precisar un diagnóstico, aplicar un tratamiento, establecer un pronóstico e instituir medidas preventivas para la atención apropiada de un paciente en general y en particular con PFI. Además, para disminuir las complicaciones a corto y largo plazo y la reutilización de los servicios de salud. Asimismo, para que se prevenga la incidencia de secuelas irreversibles y en caso de ser asegurado, evitar la incapacidad parcial permanente y la incapacidad prolongada.

Como se estableció anteriormente, se tiene conciencia de que una de las principales limitantes para la actualización del médico en servicio es la disponibilidad de tiempo libre, aunque existen experiencias basadas en la educación a distancia y en materiales de autoaprendizaje de tal forma que el médico puede actualizarse a su propio ritmo de acuerdo a su disponibilidad de tiempo y sin necesidad de abandonar sus labores rutinarias. Para ello, es posible utilizar diversas propuestas educativas como la actualización, las intervenciones para introducir al profesional a las actividades que su puesto le exige desarrollar, buscar información, capacitarse en educación para la salud y educación médica continua.

Conclusiones y Recomendaciones

A través de los resultados obtenidos en el presente estudio realizado en la UMF No. 32 se encontró que se incrementó en un 53.8% el conocimiento de los médicos de primer nivel sobre la GCP de PFI, por lo que se considera la importancia de implementar la difusión y diseminación de las GCP en otras unidades de primer nivel de la delegación IMSS Nuevo León.

Enfatizando la necesidad de incrementar el conocimiento y las habilidades en enfermedades o problemas de salud pública en los médicos familiares, con la capacidad de afrontar y resolver problemas clínicos; cualidad que implica perfeccionamiento constante para adecuarse a situaciones cambiantes de la medicina y del paciente, para poder influir favorablemente en las condiciones de su salud.

Continuar estimulando la educación médica continua ya que es un proceso de aprendizaje a lo largo de la vida en el que la importancia que damos al cuidado de nuestros pacientes, crea la necesidad de contar con evidencias clínicamente relevantes y confiables sobre diagnóstico, pronóstico, tratamiento, educación para la salud, apoyo psicosocial y otros aspectos del cuidado de la salud para integrarla a nuestra experiencia clínica individual, y a los valores y elecciones de nuestros pacientes, en la toma de decisiones sobre su atención.

Ofrecer al médico un espacio de actualización en relación a los padecimientos más frecuentes , a través de la discusión grupal de conocimientos basados en evidencias científicas, sólidamente demostradas, y la reflexión sobre sus actitudes, necesidades y decisiones éticas, con el fin de que tenga las herramientas y el apoyo para hacer "correctamente lo correcto".

Bibliografía

1. Ramsey MJ, DerSimonian R, Holtel MR, Burges LPA. Corticosteroid treatment for idiopathic facial nerve parálisis: A meta-analysis. *Laryngoscope* 2000; 110: 335-341.
2. Pérez C, Gámez C Guzmán M, Escobar D, López V, Montes de Oca D, Mora MG, Ramírez J. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. *Rev. Med. IMSS* 2004, 42: 425-436.
3. Montes G, Vales O, Pane C, Rembao D. Determinación de virus herpes simple tipo1 en pacientes con parálisis facial periférica idiopática y respuesta al tratamiento con antivirales y esteroides. *Arch Neurocién Mex* 2002; 7 : 68-75.
4. Hato N, Hitsumoto Y, Honda N, Murakami S, Yanagihara N. Immunologic aspects of facial nerve paralysis induced by herpes simples virus infection in mice. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998; 107: 633- 637.
5. Gutiérrez GN, Aguilar ME, Viniegra VL. Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. *Rev Med IMSS* 1999; 37: 201-210.
6. Soler HE, Sabido SC, Sainz VL, Mendoza SH, Gil I, González SR. Confiabilidad de un instrumento para evaluar la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. *Rev Med IMSS* 2005; 1: 14-17

7. Ávila VMC, Sandoval MF, Ortega CR, Vera CJ. Propuesta de un programa operativo por competencias profesionales. Rev Med IMSS 2001; 39: 157-167.
8. Valdez R, Viniegra L, Rivera L. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx 2003; 45 : 472-482.
9. García GJ, Minué LS. Métodos y estrategias para la implementación de las guías de práctica clínica. Guías de práctica clínica 2002;2 1-38.
10. García GJ, March CJ. Medicina Basada en la Evidencia. Guías de práctica clínica. Rev And Pat Digest 1999; 22:202-204
11. García GJ, Bravo TR. Guías de práctica clínica en Internet. Aten Primaria 2001; 28:74-79.
12. Costa RC, Arritxu A. Diseminación e Implementación de una GPC. Guia Clinica 2005; 5: 1-6.
13. Farquhar CM, Emma W, Kofa EW, Slutsk JR. Clinician's attitudes to clinical practice guidelines. A systematic review. MJA 2002; 177: 502-506.
14. Sánchez R, Ortiz N, Vargas D. Evaluación de actitudes frente a las guías de práctica clínica. Rev Fac Med Univ Nac Colomb 2004; 52: 250-260.
15. Ruiz J, González D, Galindo R, Arias C, Canseco C, Valdez M. Evaluación de un curso de educación en asma para médicos de primer nivel de atención. Revista Alergia México 2005; 52: 83-89.
16. Cabrera C, Chávez S, González H, Cortéz L. Valoración global de la aptitud clínica de médicos familiar en el manejo de la diabetes mellitus con nefropatía inicial. Rev Invest Clin 2005; 57: 685-690.

17. Cabrera C, Rodríguez I, González G, Ocampo P, Amaya C. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar de Guadalajara, México. *Salud Mental* 2006; 29: 40-46.
18. Gómez C, Bohórquez A, Gil J, Pérez V. Conocimiento sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del proyecto internacional de depresión. *Revista Colombiana de de Psiquiatría* 2005; 34: 220-242.

Anexos

EXAMEN DE EVALUACIÓN

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de evaluar el conocimiento de los médicos familiares para la atención de pacientes con parálisis facial.

A continuación se presenta un caso clínico del cual deberá analizar y contestar de la siguiente manera: verdadero (**v**), falso (**f**), ó No sé (**n s**).

A cada respuesta correcta se le dará valor de un punto, por cada respuesta incorrecta se restará un punto de las respuestas correctas, la respuesta No sé no tiene valor, es de cero.

Lea la siguiente terminología para entender el uso que se da a las siguientes palabras empleadas en este cuestionario.

Útil: Se refiere a procedimientos o exámenes de laboratorio o gabinete que resultan necesarios en ciertos casos para confirmar un diagnóstico sospechado y fundamentar una decisión terapéutica.

Compatible: Concordancia entre la totalidad o parte de los elementos de un caso descrito y el cuadro clínico propio de cierta enfermedad propuesta como diagnóstico, es un diagnóstico altamente probable pero no de certeza.

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

Factores de riesgo: Son antecedentes o condiciones actuales del paciente o su familia que sin formar parte del padecimiento actual se asocian con una evolución desfavorable del paciente.

A favor: Presencia de un dato clínico que forma parte y es base para el diagnóstico de cierta enfermedad.

Caso Clínico

Masculino de 45 años de edad. Ocupación operador de producción en empresa, estado civil casado, diestro, niega toxicomanías, alcoholismo y tabaquismo. Antecedente personales patológicos: es hipertenso de 10 años de evolución en tratamiento con captopril 25 mg 1 tableta cada 8 horas con buen control de presión arterial. Antecedentes heredo familiares: madre diabética de 20 años de evolución con complicaciones vasculares y renales en control en su UMF. Padre hipertenso de 15 años de evolución con secuelas de EVC, en control en su UMF. Tres hermanos aparentemente sanos.

Su motivo de consulta es dificultad para cerrar el ojo derecho y asimetría facial derecha en reposo.

Padecimiento Actual: refiere iniciar súbitamente hace tres días con dificultad para cerrar el ojo derecho acompañado de epifora y alteraciones gustativas. Niega síntomas acompañantes como dolor facial o retroauricular, hiperacusia ó alteraciones en la salivación.

Acude con médico de urgencias quien prescribe prednisona no especifica dosis ni horario, y vitaminas del complejo B, sin tener cambio o mejoría.

Exploración física: Masculino de edad aparente a la cronológica que ingresa consciente, cooperador, orientado, afebril, con buen estado de hidratación en mucosa oral, faringe hiperémica +, nariz con presencia de moco blanquecino, presenta asimetría facial en reposo, ausencia de líneas de expresión y surco naso geniano derechos. Presencia de fenómeno de Bell con epifora y enrojecimiento en ojo derecho. Resto de pares craneales intactos. Examen muscular en lado izquierdo todos los músculos faciales en 3/3. En lado derecho: Músculos orbiculares de los párpados, cigomático, risorio, buccinador, triangular de los labios y cuadrado de la barba en 0/3. Músculos frontal, superciliar, compresor nasal, elevador del ala de la nariz y labio superior, orbicular de los labios, cutáneo del cuello en 1/3. Tórax: cs ps bien ventilados, rs cs rítmicos y de buen tono, sin presencia de soplos, abdomen blando depresible no doloroso, perístasis presente, extremidades inferiores sin edema, con pulsos palpables.

Signos Vitales: T/A 130/80 FC 86 x min. FR 16 x min. Temperatura 37°C

Talla: 1.72 Peso: 80 kg IMC: 27.04

Tratamiento empleado por su médico familiar: Continuar con prednisona de 5 mg a dosis de 80 mg por día, aciclovir 200 MG 1 tab. 5 veces al día por 10 días, hipromelosa gotas oftálmicas en ojo derecho. Le prescribió incapacidad temporal para el trabajo por 3 días, y le da el pase a rehabilitación.

A continuación conteste brevemente las preguntas colocando (F) falso, (V) verdadero, (NS) no sé, según considere sea la respuesta correcta.

En este caso clínico son **factores de riesgo** para presentar parálisis facial:

1. _____ Hipertensión Arterial
2. _____ Edad
3. _____ Infección por herpes simple
4. _____ Diabetes tipo 2
5. _____ AHF

Los datos clínicos presentados en este caso son **compatibles** con:

6. _____ Esclerosis Múltiple
7. _____ Parálisis facial de origen central
8. _____ Parálisis facial idopática
9. _____ Fenómeno de Bell
10. _____ Parálisis unilateral recurrente

En este caso clínico los siguientes son datos **compatibles** con parálisis facial:

11. _____ Alteraciones gustativas
12. _____ Asimetría facial en reposo
13. _____ Dolor retroauricular
14. _____ Hiperacusia
15. _____ Fenómeno de Bell

Son datos **útiles** de la historia que fueron omitidos por el médico para el diagnóstico de este caso clínico:

16. _____ Exploración del oído
17. _____ Exploración de reflejos oculomotores
18. _____ Exploración del reflejo estapedial
19. _____ La sensibilidad
20. _____ Exploración del reflejo corneal

Son estudios paraclínicos **útiles** para precisar el diagnóstico en este caso clínico:

21. _____ Pruebas de neuroconducción
22. _____ El reflejo estapedial
23. _____ Miografía
24. _____ Reflejo de parpadeo
25. _____ La clasificación de House- Brackmann

En este caso son datos **a favor** del tratamiento óptimo utilizado por su médico:

- 26. _____ La protección ocular
- 27. _____ Continuar con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día
- 28. _____ Agregar aciclovir tabletas de 200 mg
- 29. _____ Agregar hipromelosa gotas oftálmicas
- 30. _____ Dejar vitaminas del complejo B

Son propuestas **apropiadas** para este caso clínico:

- 31. _____ La protección ocular con uso de lentes oscuros, lubricación con lágrimas artificiales, oclusión ocular nocturna mediante parche y férula.
- 32. _____ Utilizar goma de mascar y vibradores mecánicos ya que fortalece la musculatura facial y los músculos de la masticación.
- 33. _____ Dar la incapacidad temporal del trabajo con revaloración a los siete a diez días con su médico familiar.
- 34. _____ Envío a Rehabilitación en el momento en que se estable su diagnóstico de parálisis facial.
- 35. _____ Envío al servicio de Oftalmología.

Características Sociodemográficas

EDAD:

SEXO: F:

M:

CATEGORIA: MEDICO FAMILIAR: MEDICO GENERAL:

TURNO: MATUTINO: VESPERTINO:

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA: AMC:

ANTIGÜEDAD EN EL IMSS EN AÑOS CUMPLIDOS:

ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO EN AÑOS CUMPLIDOS:

Consentimiento Informado

Título del Estudio:

Evaluación del efecto de la difusión y diseminación de la guía de práctica clínica para parálisis facial idiopática en médicos familiares

Introducción y Propósito

Entiendo que se me ha solicitado participar en un estudio de investigación. Se me ha explicado que el propósito del estudio es evaluar el conocimiento de la parálisis facial, a través de un instrumento de evaluación previamente validado antes y después de la difusión y diseminación de la guía clínica del IMSS, impartida por un especialista en medicina física y rehabilitación.

Procedimientos

Por lo tanto se está solicitando mi participación voluntaria, pidiendo que conteste un cuestionario que incluye algunas preguntas de criterio y conocimiento de un caso clínico, además algunos datos personales y de la empresa a la que pertenezco.

Riesgos

Me han informado que no hay procedimientos riesgosos que pongan en peligro mi integridad.

Beneficios

Estoy conciente de que si acepto participar en el estudio, no obtendré ninguna clase de pago monetario o en especie, aunque los datos que se generen del presente proyecto podrán ser utilizados para mejorar mi entorno laboral.

Participación Voluntaria/ Abandono

Si al momento de contestar el cuestionario no estoy de acuerdo con lo que se pregunta, tengo la libertad de retirarme si lo considero pertinente, sin que esto ocasione molestia alguna.

Preguntas

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas con el estudio podré comunicarme con la Dra. Erika Paredes Alvarado al teléfono 811 073 89 89, en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas o bien con la Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha al teléfono (81) 80 04 04 04 para exponer mis dudas, quejas o comentarios.

Confidencialidad

De la misma forma me han explicado que se garantiza que los datos serán confidenciales y que la información obtenida sobre mi persona, será utilizada con fines educativos.

Conociendo todo esto, estoy de acuerdo en participar y doy mi consentimiento para ello.

Lugar y fecha _____

Firma del participante

Firma del investigador

Firma del testigo

Firma del testigo