

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades transmitidas por vectores/emergentes con mayor prevalencia, en una unidad de medicina familiar”

**Tesis que para obtener el Diploma de la:
Especialidad en Medicina Familiar**

**Presenta:
EDGAR PRIEGO PÉREZ**

**Director:
DR. ABEL PÉREZ PAVÓN**

Villahermosa, Tabasco.

Enero, 2024



Oficio de autorización de impresión de Tesis



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Villahermosa, Tabasco, 24 de noviembre de 2023
Of. No.0718/DIRECCIÓN/DACS
ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Edgar Priego Pérez
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "**Conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades transmitidas por vectores/emergentes con mayor prevalencia, en una unidad de medicina familiar**" con índice de similitud 2% y registro del proyecto No. **JI-PG-292**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores la Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez, Dr. Juan Antonio Córdova Hernández, Dr. Jorge Iván Martínez Pérez, Dr. Ricardo González Anoya y el Dr. José Manuel Wood Notario. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde funge como Director de Tesis: el Dr. Abel Pérez Pavón.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dr. Abel Pérez Pavón. – Director de Tesis
C.c.p.- Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez. – Sinodal
C.c.p.- Dr. Juan Antonio Córdova Hernández. – Sinodal
C.c.p. Dr. Jorge Iván Martínez Pérez. - Sinodal
C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya. – Sinodal
C.c.p.- Dr. José Manuel Wood Notario. – Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC/MCMU/DC/MS/MyPC*

Miembro CUMEX desde 2008
Consorcio de
Universidades
Mexicanas

Av. Crnel. Gregorio Méndez Murguía, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx



Acta de Revisión de Tesis



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 15:55 horas del día 21 del mes de noviembre de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades transmitidas por vectores emergentes con mayor prevalencia, en una unidad de medicina familiar".

Presentada por el alumno (a):

Priego Pérez Edgar
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 1 | 1 | E | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Aspirante al Grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones, los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Abel Pérez Pavón
Directores de tesis

Dr. Dulce Azahar Padilla Sánchez

Dr. Juan Antonio Córdova Hernández

Dr. Jorge Iván Martínez Pérez

Dr. Ricardo González Anoya

Dr. José Manuel Wood Notario



Carta de cesión de derecho

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 26 del mes de octubre del año 2023, el que suscribe, Edgar Priego Pérez, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70001 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades transmitidas por vectores/emergentes con mayor prevalencia, en una unidad de medicina familiar"**, bajo la Dirección del Dr. Abel Pérez Pavón, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: edgar.priego@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Edgar Priego Pérez

Nombre y Firma





Reconocimientos Institucionales

A la Unidad de Medicina Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social, por darme todas las facilidades para llevar a cabo esta investigación y por proporcionar las condiciones necesarias para concluir mi formación.

Al Hospital General de Zona “Dr. Bartolomé Reynés Berezaluce” del Instituto Mexicano del Seguro Social por proporcionar las instalaciones necesarias para concluir mi etapa de formación.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Dedicatoria

A Dios por permitirme concluir esta etapa importante y tan anhelada en mi vida profesional.

A Sinahí y Regina, gracias por estar siempre conmigo, son mi motor y mi mayor motivación para seguir adelante cada día, sin ustedes este logro no sería posible.

A mis padres, gracias por todo el esfuerzo que han hecho para que hoy me encuentre en este pedáneo tan importante en mi vida, son mi mayor ejemplo de vida.

A Ale y a Ley, gracias por siempre estar presentes, son un ejemplo que siempre seguiré.



Agradecimiento

Al Dr. Abel Pérez Pavón, muchas gracias por su dedicación desde el primer día para que este proceso llegara a buen puerto.

Al Dr. Jorge Iván Martínez Pérez por su apoyo incondicional y motivación que sin duda han sido parte importante en nuestra formación.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Índice

| | |
|------------------------------------------------------|------|
| Índice de tablas y figuras | VIII |
| Abreviaturas | IX |
| Glosario de términos..... | X |
| Resumen..... | XI |
| Abstrac..... | XII |
| 1. Introducción | 13 |
| 2. Marco teórico | 14 |
| 3. Planteamiento del problema | 21 |
| 4. Hipótesis..... | 23 |
| 5. Justificación | 24 |
| 6. Objetivos..... | 26 |
| 7. Material y método | 27 |
| 7.1. Tipo de estudio..... | 27 |
| 7.2. Población de estudio..... | 27 |
| 7.3. Tamaño de la muestra | 27 |
| 7.3.1. Criterios de selección | 28 |
| 7.4. Variables | 29 |
| 7.4.1. Captura de datos y análisis estadístico | 30 |
| 7.4.2. Consideraciones éticas | 30 |
| 8. Resultados | 33 |
| 9. Discusión..... | 41 |
| 10. Conclusiones | 43 |
| 11. Perspectiva | 44 |
| 12. Literatura científica citada..... | 45 |
| Anexos | 49 |
| Instrumento de evaluación..... | 49 |
| Carta de consentimiento informado..... | 58 |
| Cronograma de actividades..... | 59 |



Índice de tablas y figuras

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfica 1: Variable sociodemográfica sexo..... | 34 |
| Gráfica 2: Variable sociodemográfica estado civil..... | 34 |
| Gráfica 3: Variable sociodemográfica situación geográfica..... | 35 |
| Gráfica 4: Variable sociodemográfica religión..... | 35 |
| Gráfica 5: Variable años de haber egresado de la universidad..... | 36 |
| Gráfica 6: Variable universidad de procedencia..... | 36 |
| Gráfica 7: Variable años de laborar en el área de la salud..... | 37 |
| Gráfico 8: Variable Nivel de conocimiento..... | 38 |
| | |
| Tabla 1: Distribución global de las variables..... | 37 |
| Tabla 2: Tabulación cruzada del nivel de conocimiento con las demás variables. | 40 |



Abreviaturas

| Abreviatura | Significado |
|-------------|--------------------------------------|
| UMF | Unidad de Medicina Familiar |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| COVID-19 | Coronavirus Disease 2019 |
| MF | Medicina Familiar |
| R1 | Residente de primer grado |
| ARN | Ácido Ribonucleico |
| NC | Nivel de conocimiento |

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Glosario de términos

Nivel de conocimiento: Aptitud superior del intelecto que deriva del avance de la producción del saber.

Vector: Organismo vivo que tiene la capacidad de transportar y transmitir un agente patógeno infeccioso desde un hospedero infectado a un hospedero susceptible.

Dengue: Patología febril infecciosa, causada por un flavivirus llamado virus del dengue, su vector es el mosquito hembra del género *Aedes* sp, tiene una historia presentación variable, evolución clínica poco predecible, se autolimita y es temporalmente incapacitante.

Enfermedad por virus Zika: Patología febril causada por un arbovirus del género flavivirus denominado virus del zika, su vector es el mosquito del género *Aedes*, se caracteriza por un cuadro febril leve, exantema maculo-papular eritematoso, mialgias, artralgias, cefalea y manifestaciones oculares como conjuntivitis.

Enfermedad por virus Chikungunya: Patología febril, de etiología viral, causada por un flavivirus ARN del género alfavirus, es transmitida por los mosquitos *Aedes aegypti* y *albopictus*, caracterizada clínicamente por un cuadro febril con dolor articular intenso.



Resumen

Título: Conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades transmitidas por vectores/emergentes con mayor prevalencia, en una unidad de medicina familiar.

Introducción: El proceso de formación en el área médica ha tenido múltiples transformaciones, desde el proceso donde el alumno es un ser receptor de información y el profesor emisor de esta, hasta donde el alumno toma el papel central del proceso educativo y genera de manera propositiva su propio conocimiento.

Objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento del Médico Residente ante pacientes con enfermedades epidemiológicas transmitidas por vectores/emergentes en una unidad de medicina familiar.

Material y método: Durante 2022, en la UMF 43 se realizó una investigación con un diseño observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra se obtuvo por un grupo natural. Se aplicó un instrumento previamente validado de acuerdo con indicadores de aptitud clínica para medir el nivel de conocimiento sobre enfermedades epidemiológicas transmitidas por vectores/emergentes. La recolección de datos se realizó a través de una base de datos de Excel. El contraste de variables se realizó mediante el programa de SPSS versión 25.

Resultados: Se obtuvo un instrumento de evaluación conformado por 5 casos clínicos y 170 ítems, con una concordancia de 0.83, con el que se midió el nivel de conocimiento, obteniendo que los siguientes resultados: alto: 6.9%, medio: 58.6%, bajo: 31% y muy bajo 3.4%.

Conclusiones: El 58.6% de los participantes obtuvieron un nivel de conocimiento medio sobre las enfermedades transmitidas por vectores/emergentes.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, dengue, zika, chikungunya, indicadores de aptitud clínica, instrumento, médico residente.



Abstrac

Title: Knowledge of Resident Physicians Regarding Patients with Vector-Borne/Emerging Diseases with Higher Prevalence in a Family Medicine Unit.

Introduction: The training process in the medical field has undergone multiple transformations, evolving from a model where the student is a passive recipient of information with the teacher as the transmitter to a model where the student plays a central role in the educational process, actively generating their own knowledge.

General Objective: To determine the level of knowledge among Resident Physicians regarding patients with epidemiological diseases transmitted by vectors/emerging diseases in a family medicine unit.

Materials and Methods: In 2022, an observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective study was conducted at UMF 43. The sample was obtained from a natural group. A previously validated instrument, based on clinical aptitude indicators, was used to measure the knowledge level about epidemiological diseases transmitted by vectors/emerging diseases. Data collection was done through an Excel database. Variable contrasts were performed using SPSS version 25.

Results: An evaluation instrument consisting of 5 clinical cases and 170 items was obtained, with a concordance of 0.83. The knowledge level was measured, resulting in the following: high: 2 (6.9%), medium: 17 (58.6%), low: 9 (31%), and very low: 1 (3.4%).

Conclusions: 58.6% of participants demonstrated a medium level of knowledge about diseases transmitted by vectors/emerging diseases.

Keywords: Knowledge level, dengue, zika, chikungunya, clinical aptitude indicators, instrument, Resident Physicians.



1. Introducción

El nivel de conocimiento se define como la actitud superior del intelecto, que deriva del avance de la producción del saber, el cual se construye de forma activa a través de la interacción del sujeto con el medio que lo rodea.

El uso de la educación aun predominante que juzgan los teóricos del constructivismo generalmente ocasiona en el educando aquiescencia, falta de curiosidad y desinterés, alejando al médico en formación del paciente y de la clínica, lo que conlleva a consecuencias significativas en el nivel de conocimiento y con esto un decremento en la calidad de la atención médica.

Sin embargo; cuando se emplea la educación participativa que plantean teóricos constructivistas como Piaget y Duffy propicia que el educando se inicie en el hábito de reflexionar, de encauzar la reflexión y búsqueda a fin de reconocer y entender la naturaleza de sus vínculos y conflictos en el diario vivir y en el actuar por consecuencia, ocasionando que el médico en formación pueda enfrentar situaciones clínicas problematizadas, poniendo en juego capacidades como la reflexión, discriminación entre alternativas, elección y toma de decisiones.



2. Marco teórico

Los procesos de formación del personal del área de la salud han tenido múltiples transformaciones en la búsqueda del conocimiento; cuyo objetivo ha sido generar conocimiento en el educando mediante reflexión, análisis y sea propositivo en el ámbito clínico. Han existido diferentes modelos educativos donde el alumno recibe de manera pasiva los conocimientos, condicionando que los alcances académicos sean menores.

El modelo de enseñanza-aprendizaje tradicional coloca profesor es un sujeto activo, toma el papel de organizador de objetivos y líder del proceso, induce de manera continua hasta alcanzar los objetivos y cuando estos no se consiguen utiliza técnicas de refuerzo para obtenerlos, en cambio el alumno es un receptor pasivo del conocimiento que imprime los estímulos que vienen del medio que es planificado y proporcionado por el docente, recurre al aprendizaje memorístico, no genera un análisis suficiente de la información para comprenderla, su conocimiento es producto de la repetición. Tiene fuertes influencias empiristas, ya que tiene como finalidad generar una copia fiel de la realidad, sin dar la oportunidad a la participación cognoscitiva del alumno.

Sin embargo; la perspectiva humanista es totalmente opuesta, ya que en esta el educador facilita la enseñanza dejando que el alumno aprenda de manera autodidacta, el educador fomenta una enseñanza flexible y abierta, se enfoca a que el alumno aprenda de forma significativa, promueve la enseñanza integral, respetando a las personas y el medio donde se desarrolla; la parte central de este modelo educativo es el alumno ¹.

Piaget percibe el conocimiento como algo que se debe formar; es imposible que se reciba de forma pasiva, por el contrario, se genera de manera activa y lo define como una formación particular del sujeto que se genera de manera continua, como consecuencia de la relación entre los factores cognitivos y sociales, este proceso se ejecuta de forma constante y en todos los entornos en los que el sujeto se relaciona. Percibe al ser humano como un generador de sus propios



conocimientos, que es apto para procesar la información que es generada en su entorno, interpretarla con base a lo que ya conoce y generar un nuevo conocimiento, lo que significa que las experiencias anteriores del sujeto le permiten en otros contextos realizar nuevas construcciones mentales ².

El paradigma constructivista afirma que el proceso de formación de conocimiento es esencialmente activo, propone que el proceso de enseñanza debe ser dinámico, participativo e interactivo, de tal manera que el conocimiento sea formación propia de la persona que aprende; en esta postura ante la educación el fin principal del profesor es incentivar el desarrollo psicológico y la autonomía en el alumno, además debe tener amplios conocimientos sobre el tema de estudio; sin embargo, el alumno debe ser la parte más activa del proceso, donde tiene que construir de manera autónoma sus propios conocimientos, lo que le permite al alumno realizar un enjuiciamiento, análisis crítico y discernimiento de ideas para llegar a la crítica de la experiencia, lo que se conoce como la aptitud superior del pensamiento³.

Lev Semiónovich Vygotsky define el conocimiento como un proceso de relación entre el sujeto y el medio, pero el medio entendido como algo social y cultural, no solamente físico. Para Vygotsky el desarrollo de los conocimientos en los seres humanos tiene una influencia importante de los contextos social y cultural, por lo que la inteligencia se construye socialmente. Así el conocimiento no es solamente un proceso de asimilación individual, sino también es una forma de apropiación del patrimonio cultural accesible. La interacción social es el principio y el motor del aprendizaje, por lo que es más un proceso de adquisición de conocimientos externos más que de la asimilación o acomodación. ⁴

Para Paulo Freire el conocer en cualquier nivel en que se dé; no es un acto en el cual el sujeto, adquiere dócil y pasivamente los contenidos que otros le dan o le imponen, por el contrario, el conocimiento se forma en las interacciones que se dan entre el hombre y el mundo, relaciones que transforman y se vuelven perfectas en la problematización crítica de estas relaciones. La generación del



conocimiento exige: curiosidad al sujeto ante el mundo, una acción que transforme la realidad, búsqueda continua, implica descubrimiento y redescubrimiento, exige un autoanálisis de cada uno sobre el acto mismo de conocer, por el cual se reconoce conocimiento y los condicionamientos a que está sometido su acto. Freire afirma que generar conocimiento es cuestión de sujetos, no de objetos, y es como sujeto, realmente como sujeto que la persona puede verdaderamente generar conocimientos. Por lo que, en el transcurso de generación de este, solo aprende realmente quien se apodera del conocimiento, lo transforma a aprehendido y es capaz de aplicarlo en situaciones existenciales concretas.⁵

Actualmente, la forma de aprendizaje en el IMSS se basa en las competencias clínicas, definidas como el “conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores necesarios para la ejecución de acciones relacionadas con la prevención, diagnóstico y cura de enfermedades y con la interacción de los miembros del equipo de salud con las personas de manera individual o en comunidades, en la búsqueda de solución a los graves problemas de salud que las mismas afrontan”⁶. George Miller crea un modelo de evaluación basado en las competencias clínicas, y resume el proceso de formación de conocimiento del alumno en una pirámide con cuatro niveles, los dos primeros niveles de la base hacia arriba son: “sabe” y “sabe cómo”, y hacen referencia al desarrollo de las competencias cognitivas necesarias y obligatorias para el proceso de aprendizaje, y los otros dos niveles superiores (demuestra cómo y hace) corresponden al desarrollo de conductas, habilidades y destrezas para poder poner en práctica todos los conocimiento obtenidos.⁷

Viniegra-Velázquez plantea dos extremos contrapuestos en la generación del conocimiento, el proceso pasivo y el proceso participativo, que se tratan de dos epistemologías distintas acerca del conocimiento; el proceso pasivo considera que la generación de conocimiento se encuentra lejos de las aulas y es solo trabajo de los investigadores, filósofos y artistas creativos. A la escuela solo se le dio la tarea de transferir cultura, lo relacionado con el usufructo de los distintos saberes: consumo, acumulación, difusión o aplicación que a través de la enseñanza busca



informar, instruir, formar, inculcar, preparar, adiestrar o capacitar a los sujetos con base en los ideales de la sociedad, a los conocimientos tradicionales y como respuesta a las necesidades empresariales. Por tal motivo a este tipo de educación se le denomina pasiva, no por la inactividad de los que están involucrados en el proceso de generación del conocimiento, sino por las actitudes que se toma ante el conocimiento: aquiescencia, poca curiosidad e interés, apatía o incluso rechazo. Por otro lado, el proceso participativo es posible cuando se genera un ambiente que favorezcan que el alumno comience en la práctica de reflexionar acerca de su experiencia de vida, de encaminar el análisis y búsqueda con la intención de reconocer y entender la naturaleza de sus vínculos y conflictos en el diario vivir y actuar en consecuencia. La reflexión sobre la experiencia de vida es la puerta para ingresar a la aventura de conocimiento del propio individuo. Dicho modelo se centra en el concepto de participación que hace referencia a que el sujeto juega el papel principal en el proceso de formación de su propio conocimiento.⁸

En el área de la salud, para Viniegra-Velázquez la aptitud clínica se define como “la actuación del médico al enfrentar situaciones clínicas problematizadas, que incluye poner en juego ciertas capacidades como la reflexión, discriminación entre alternativas, elección y decisión entre las opciones, donde involucra su propio criterio”⁹

Las enfermedades de transmisión vectorial son patologías humanas provocadas por virus, bacterias o parásitos transmitidas a este por un organismo vivo conocido como vector. La OMS estima que estas enfermedades representan cerca del 17% de las enfermedades de origen infeccioso, son causantes de por lo menos 700,000 muertes al año. El dengue es una enfermedad febril infecciosa, de origen viral sistémica, transmitida por mosquitos hembra del género *Aedes* sp, de presentación clínica variable, autolimitada y temporalmente incapacitante¹⁰. La enfermedad por virus chikungunya es una enfermedad febril causada por un alfavirus de la familia togaviridae, se manifiesta de manera aguda con fiebre, rash cutáneo y poliartritis, con alto porcentaje de una fase crónica que se caracteriza



por poliartritis persistente¹¹. La enfermedad por virus zika es causada por un virus transmitido por el mosquito del género *Aedes*, se caracteriza por un cuadro febril, exantema maculo-papular de distribución cefalocaudal, artritis, artralgia y conjuntivitis¹². Cerca de 3.9 millones de personas en alrededor de 129 países se encuentran en riesgo de contraer dengue y se estima que cada año se notifican 96 millones de casos y 40,000 muertes.

Paico y cols. durante el 2012 en la Región de Lambayeque, Perú se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, en donde se validó un instrumento y se midió el nivel de conocimiento en Médicos Generales sobre el diagnóstico y manejo de pacientes con dengue donde reportó que más del 50% de los médicos que participaron en la investigación tienen un nivel de conocimiento bajo, el 48.7% un nivel de conocimiento medio y menos del 1% alcanzó un nivel de conocimiento alto sobre el diagnóstico y tratamiento, presentando mejor nivel de conocimiento los médicos que tuvieron capacitación previa.¹³ Durante el 2016 se determina la asociación entre el nivel de conocimiento de diagnóstico y tratamiento del dengue con factores académicos y laborales con un estudio de tipo cuantitativo de diseño transversal analítico en donde se demostró que hay una asociación positiva entre los estudios de post grado y el nivel de conocimiento en dengue, siendo este un factor protector para obtener un nivel de conocimiento bajo.¹⁴

Datos similares reporta Rosales Alejandro (2019) quien estudió el nivel de conocimiento y su relación con las actitudes y prácticas sobre el dengue en trabajadores en un centro de salud en Lima Perú, un estudio de tipo cualitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal y re, que tenía como objetivo medir el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en la prevención del dengue en los trabajadores de un centro de salud, en donde se encontró que más del 50% de los trabajadores tienen un nivel de conocimiento alto, el 42% un nivel de conocimiento medio y el 3.5% un nivel de conocimiento bajo.¹⁵

Con respecto a la formación académica Ho y cols (2012) en un estudio donde comparan el nivel de conocimiento, actitud y práctica clínica del dengue entre el personal médico y personal de enfermería, reporta que los médicos tienen un



mayor nivel de conocimiento en el área de signos y síntomas, sin embargo, se mostró un nivel de conocimiento bajo en el área de notificación de manera oportuna, así como en las características clínicas importantes.¹⁶

Además de la formación académica para Chavarrry y Sosa (2019) es importante la capacitación previa en los conocimientos de la enfermedad a evaluar, ya que en su estudio nivel de conocimiento en médicos de primer contacto sobre signos de alarma del dengue en la región Lambayeque, el 16.67% de los médicos presenta un nivel de conocimiento bajo, 47.22% y 36.11% presentan un nivel medio y alto respectivamente, y del 36.11% con un nivel de conocimiento alto el 88% tienen el antecedentes de haber tratado pacientes con dengue y por ende habían recibido capacitación sobre la enfermedad.¹⁷

Sin embargo, no solo es importante el nivel académico y la capacitación previa, sino también la experiencia ya que Pang y cols. (2017) en su estudio en Singapur, con el objetivo de examinar los cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en el manejo del dengue entre los médicos de atención primaria antes y después de la mayor epidemia de dengue en 2013, donde obtuvieron como resultado que el 89.9% del personal médico tiene un nivel de conocimiento alto en el manejo del dengue; sin embargo, estas mejoraron después de una epidemia de dengue durante el 2013 en donde hubo una reducción significativa en la derivación de pacientes con dengue al hospital (31,4% en 2011; 13,3% en 2014; $p < 0,001$), y una aumento significativo de la frecuencia de seguimiento clínico (18,4% en 2011; 28,5% en 2014; $p = 0,003$).¹⁸

Además de estos tres antecedentes importantes en el nivel de conocimientos de las enfermedades transmitidas por vector Lee et al (2011) agrega dos variantes importantes, ya que en su estudio realizado en Singapur concluye que el nivel de conocimiento, las actitudes y la práctica de los médicos de primer nivel ante pacientes con dengue depende de la edad y el entorno de la práctica clínica, teniendo un nivel más alto aquellos médicos de mayor edad y que ejercen la medicina desde el medio privado¹⁹, caso contrario lo reportado por Abu-rish et al (2019) quienes concluyen que el ser médico general y trabajar en un centro



comunitario se asocia a un mayor nivel de conocimiento en comparación con los especialistas y los médicos que trabajan en el medio privado.

Por otro lado, Mohamed y Abdurashid durante el 2019 en Etiopia, donde buscaban evaluar los conocimientos, actitud y práctica hacia la prevención del dengue y factores asociados entre el público profesionales de la salud del sector de la salud en la ciudad administrativa, demuestra que casi la mitad 148; 49,3% de los participantes demostraron un nivel moderado de conocimientos, 140; 46,7% un nivel neutral de actitud y 156 (52%) un bajo nivel de práctica hacia prevención del dengue.²⁰

Caso contrario lo encontrado por Handel y cols (2016) quien demostró que los médicos tienen un nivel alto de conocimientos de los signos y síntomas del dengue, así como del tratamiento, sin embargo, presentan deficiencias en la prevención y epidemiología del dengue.²¹

De igual forma Abu-rish y cols (2019) identificó que existen lagunas en el conocimiento de médicos sobre todo en signos, síntomas, complicaciones y formas de transmisión de la enfermedad causada por el virus del Zika, además encontró que la experiencia mayor a 5 años es factor protector para un nivel bajo de conocimiento.²²

Datos similares reporta Saringe y cols. (2019) en su estudio realizado en el Kilomanjaro, Tanzania, cuyo objetivo era investigar el nivel de conocimiento y diagnóstico en la práctica del dengue y la fiebre chikungunya entre los trabajadores de la salud en el municipio de Moshi, quien encontró que el 74.1% tienen un nivel de conocimiento alto con respecto al diagnóstico y tratamiento del dengue, sin embargo solo el 46.3% del personal de salud tienen un nivel alto en el diagnóstico y manejo del chikungunya.^{23, 24}



3. Planteamiento del problema

El realizar un adecuado diagnóstico de las enfermedades emergentes transmitidas por vector desde el primer contacto es de especial interés en el personal del área de la salud; es importante la generación de conocimientos en el personal en formación para su atención oportuna y prevención de posibles complicaciones. En México durante el 2020 se reportaron 19,172 casos de dengue no grave, 4,083 casos de dengue con signos de alarma, 1,028 casos de dengue grave, 7 casos de chikungunya y 20 casos de Zika, tan solo en Tabasco se reportaron 396 casos, con una tasa de incidencia de 15.85, con una tasa de letalidad de 3.19. Durante los años 2015-2020 en el país se han reportado 12,958 casos de Zika, de los cuales 376 corresponden al estado de Tabasco. Y durante el periodo comprendido del 2020-2021 en México se confirmaron 9 casos de chikungunya, 1 corresponde al estado de Tabasco.

De manera habitual la formación del personal de salud ha sido un proceso donde el alumno ha sido un ente pasivo, no participa de manera activa en el proceso de enseñanza aprendizaje, sino que solo recibe información por parte del educador, no se cuestiona ni se discierne lo espurio de los resultados fidedignos, este modelo se caracteriza por ser un sistema de enseñanza unidireccional lo que ocasiona que el educando no sea capaz de generar su propio conocimiento. Con este enfoque educativo que se sustenta en la memoria y no en el proceso reflexivo no se alcanza un nivel de conocimiento que el alumno requiere para ejercer la medicina basada en evidencia.

No pasar desapercibido la probable aplicación de este planteamiento en otras unidades de salud, ya que al conocer el nivel de conocimiento de los residentes se podrá tener una visión general en cuanto a la formación y el estado de conocimiento, ya que hoy en día la demanda de atención médica exige cada vez mejores actitudes y capacidades para el adecuado manejo de los pacientes.

Además, la entidad tabasqueña presenta un clima cálido húmedo que favorece la proliferación de vectores; por lo que la incidencia y prevalencia de casos de



enfermedades emergentes transmitidas por vectores son altas, resulta importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial, lo que conduce a dos propósitos: mejor apego a los criterios diagnósticos y diferenciales y uso racional de estudios paraclínicos; tópico importante en el primer nivel de atención para intervenir de manera oportuna y establecer un esquema terapéutico de forma oportuna; así como disminuir el número de complicaciones que pudieran presentarse por un manejo inadecuado o por un diagnóstico erróneo.

Evaluar hoy en día en qué situación se encuentra el nivel de conocimiento en el personal del área de la salud en el manejo, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades emergentes transmitidas por vectores requiere de un instrumento que evalúe dichos conocimientos, donde el principal motivo de medición sea el propio conocimiento y no el recuerdo, esto a través de un instrumento de evaluación que acerque más a la realidad y con ello se podrá tener un adecuado diagnóstico del nivel de conocimientos para poder planear estrategias positivas para la formación de nuevos aprendizajes.

Con base a lo anterior, considero formular la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades transmitidas por vectores/emergentes con mayor prevalencia en una unidad de medicina familiar?



4. Hipótesis

H1: El nivel de conocimiento del médico residente de medicina familiar es bajo ante casos de pacientes con enfermedades transmitidas por vectores/emergentes con mayor prevalencia en una unidad de medicina familiar

H0: El nivel de conocimiento del médico residente de medicina familiar es alto ante casos de pacientes con enfermedades transmitidas por vectores/emergentes con mayor prevalencia en una unidad de medicina familiar

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



5. Justificación

Las enfermedades transmitidas por vector son un conjunto de patologías con alto impacto en nuestro país y en nuestro estado, con base a la información publicada por la Secretaría de Salud durante el 2019 se reportaron 28,820 casos confirmados de dengue no grave, 10,982 de dengue con signos de alarmas y 3,560 casos de dengue grave, con una tasa de 22.89, 8.72 y 2.83 casos por 100 mil habitantes respectivamente.

En México en el mes de junio de 2014 fue reportado el primer caso de fiebre por chikungunya del caribe, sin embargo, fue hasta septiembre de ese mismo año cuando se reportó el primer caso autóctono, reportándose tan solo en ese año 222 casos de esta patología. En el año 2015 se registraron un total de 12,588 casos confirmados en 28 estados, con lo que se evidenció la capacidad de una rápida diseminación; sin embargo, a partir de la semana 34 del año 2015 en México se ha presentado una tendencia a la baja; en 2019 se reportaron solo 9 casos positivos, que se distribuyen en los siguientes estados: Oaxaca 3, Nayarit 2, Morelos 2, Durango y Coahuila con solo 1 caso.

El primer caso nativo de enfermedad causada por el virus del zika reportado en México fue en octubre del 2015, proveniente de la ciudad de Monterrey Nuevo León, que corresponde a un paciente masculino de 22 años, quien presentó una clínica caracterizada por fiebre, exantema y conjuntivitis no purulente. Desde el reporte del primer caso autóctono hasta el cierre del 2019 en México se han confirmado un total de 12,935 casos de enfermedad causada por el virus del Zika.

Sin embargo, durante 2020, durante el curso de la pandemia causada por el SARS-CoV-2 se ha tenido una disminución importante de dichas enfermedades, lo que condiciona un posible subregistro en pacientes con estas patologías, por lo que se considera que hay una falta de criterio y de conocimientos a la hora de tomar decisiones, causado por un conocimiento basada en la memoria y no en el análisis de la situación, generado por un modelo educativo antiguo, donde el



alumno no participa de manera activa, sino solo como un repetidor de la información proporcionada.

Actualmente, no se cuenta con un instrumento de evaluación de nivel de conocimiento ante pacientes con enfermedades emergentes y transmitidas por vector, con indicadores clínicos que midan realmente el proceso de formación de conocimiento, por lo que es importante la elaboración de un proyecto que nos servirá para medir de manera objetiva el nivel de conocimiento en nuestro universo de trabajo con respecto a las patologías a estudiar.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



6. Objetivos

Objetivo general:

- Determinar el nivel de conocimiento del Médico Residente ante pacientes con enfermedades transmitidas por vectores/emergentes con mayor prevalencia en una unidad de medicina familiar.

Objetivos específicos:

- Diseñar y validar un instrumento para evaluar el nivel de conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades con mayor prevalencia transmitidas por vectores/emergentes.
- Determinar las características sociales y demográficas del personal en estudio.



7. Material y método

Fase I:

Fase de elaboración del instrumento: Se realizaron casos clínicos con problemas reales problematizados el cual se validó por rondas de juicio de expertos, se obtuvo una concordancia a través del método Delfhos. Posteriormente se realizó una prueba piloto a médicos ajenos a la investigación, pero con el mismo nivel educativo en donde se utilizó la fórmula Kuder-Richardson para validar consistencia interna.

Fase II:

Evaluación de conocimiento: Previa validación se aplicó el instrumento a los residentes de medicina familiar (Grupo natural) y se determinó el grado de nivel de conocimiento, posteriormente se sometió a un análisis estadístico descriptivo, los niveles de conocimiento se compararon a través de la fórmula de Chi cuadrada.

7.1. Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio de tipo analítico, de no intervención, transversal y retrospectivo.

7.2. Población de estudio

Residentes de primer año, de nuevo ingreso de la especialidad en Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de Villahermosa, Centro, Tabasco.

7.3. Tamaño de la muestra

Grupo natural (29 médicos residentes).



7.3.1. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Médicos residentes de medicina familiar de nuevo ingreso del IMSS vía de entrada Examen Nacional de Residencias Médicas.
- Médicos residentes provenientes de escuelas privadas y públicas.
- Médicos residentes sin antecedente de posgrado previo.

Criterios de exclusión

- Médicos residentes de medicina familiar de nuevo ingreso del IMSS vía de entrada Examen Nacional de Residencias Médicas que no acepten participar en dicho estudio.

Criterios de eliminación

- Médicos residentes que no contesten completamente el instrumento de evaluación.



7.4. Variables.

| Variables del estudio | | | | |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|
| Tipo de variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Escala de Medición | Fuente de Información |
| Estado civil | Condición de cada individuo con respecto a sus derechos y obligaciones civiles | Soltero Casado Unión libre | Nominal | Instrumento de evaluación |
| Sexo | Diferencia de identidad | Femenino Masculino | Nominal | Instrumento de evaluación |
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona | Años de vida | Numérico | Instrumento de evaluación |
| Años de egresados de la facultad de medicina | Número de años posterior a egresar de la facultad de medicina | Años transcurridos posterior a egresar de la Facultad | Numérico | Instrumento de evaluación |
| Universidad de procedencia | Escuela de nivel superior donde estudió el nivel licenciatura. | DACS DAMC Olmeca UAG UVM Otras | Ordinal | Instrumento de evaluación |
| Años de ejercer medicina | Número de años de haber trabajado ejerciendo actividades relacionadas al área de la salud | Años de ejercer medicina o trabajos afines | Numérico | Instrumento de evaluación |
| Nivel de conocimiento | Aptitud superior del intelecto que deriva del avance de la producción del saber | Muy alto Alto Medio Bajo Muy Bajo Azar | Ordinal | Instrumento de evaluación |



7.4.1. Captura de datos y análisis estadístico

La recolección de datos se realizó a través de una base de datos de Excel, donde se integraron las variables consideradas en el presente proyecto de investigación, y personas involucradas en el estudio.

El contraste de variables se realizó mediante la fórmula de X^2 y la fórmula no paramétrica de Kruz Kall Wallis. Mediante el programa de SPSS versión 25 de Windows.

7.4.2. Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó bajo la aprobación y autorización correspondiente del comité de investigación de la UMF No. 43 IMSS Tabasco. Por las características del diseño y naturaleza de las variables del estudio, las implicaciones éticas son mínimas.

La Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en el artículo 17 establece las categorías de las investigaciones. En la fracción I define que “una investigación sin riesgos son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de la conducta”.

Asimismo, en el artículo 20 establece que el consentimiento informado es el acuerdo por escrito, en donde el sujeto en investigación o en su defecto su representante legal otorga el permiso para su participación en la investigación, con pleno conocimiento que no existen riesgos al participar en la investigación, teniendo la capacidad de la libre elección y sin coacción alguna.

Considerándose este estudio de riesgo menor al mínimo, ya que cumple con las normas éticas, con la ley general de salud en materia de investigación y con la declaración de Helsinki de 1975 modificada en 1993.



De acuerdo con el Código de Nuremberg, el proyecto de investigación se llevó a cabo previo consentimiento informado, se realiza para otorgar un beneficio a la sociedad, no se someterá a ningún daño a los participantes. Los participantes tuvieron la oportunidad de abandonar el proyecto en el momento que así lo solicitara y se realizó por personal calificado.

Por lo tanto, este trabajo no representa ningún riesgo para las personas involucradas en esta investigación y no se pone en riesgo su salud, además es una investigación formal donde los datos son confidenciales. Se realizó una comunicación activa y recíproca con los pacientes participantes que participarán en nuestra investigación, con su autorización en el consentimiento informado.

7.4.3. Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos humanos

Se cuenta con 2 personas capacitadas. De acuerdo con el procedimiento para la recolección de los datos del estudio se capacitará al personal para ayudar a la aplicación de los instrumentos y cuestionarios que se necesitan para dicho estudio.

Recursos físicos y materiales

Se cuenta con medio físico (auditorio), donde se citará a los residentes de nuevo ingreso, 1 computadora, instrumentos de evaluación y consentimientos informados. Todo se manejará de forma confidencial.

Recursos financieros

Para la realización del estudio no necesita un costo financiero ya que está basada para no depender de este.

Infraestructura

Se cuenta con la UMF No. 43 infraestructura más importante



Factibilidad

La UMF 43 cuenta con el recurso físico para realizar el estudio, de igual manera se cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios, se cuenta con autorización del Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la UMF 43 así como la aprobación de los comités de ética y de investigación del instituto. Lo cual se considera factible este estudio.

Recursos materiales

| Recursos materiales | Costo unitario | Total |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------|
| 5 lapiceros | \$ 5.00 | \$25.00 |
| 1 paquete Hojas Blancas | \$80.00 | \$80.00 |
| 15 lápices | \$ 5.00 | \$75.00 |
| 1 engrapadora | \$ 30.00 | \$ 30.00 |
| 1 caja de grapas | \$ 20.00 | \$20.00 |
| 200 copias | \$0.50 | \$100.00 |
| Computadora Personal | \$10,000.00 | \$10,000.00 |
| Renta de internet | \$ 200.00 | \$ 600.00 |
| | Total | \$ 10,930.00 |

- Se usarán recursos propios del Investigador



8. Resultados

Etapas I: Validación del instrumento.

Se elaboró un instrumento de evaluación conformado por 5 casos clínicos reales problematizados, utilizando 7 indicadores de aptitud clínica propuestos por Viniegra-Velázquez: reconocimiento de factores de riesgos, reconocimiento de indicios clínicos, integración diagnóstica, uso de recursos terapéuticos, reconocimiento de pronóstico y/o gravedad y prevención de la enfermedad, quedando conformado por un total 170 ítems, con una concordancia evaluada por método Delfhos donde se calculó un índice de kappa mayor a 0.80, consistencia interna estimada por la fórmula de Kuder-Richardson de 0.83 (aceptable).

Se obtuvo un cálculo para evaluar las respuestas mediante efecto del azar con la fórmula de Pérez-Padilla y Viniegra resultando de 18 o menos, las puntuaciones que se obtuvieron por arriba de esta cifra fueron distribuidas en 5 categorías, quedando de la siguiente manera: muy alto 141-170, alto 110-140, medio 80-109, bajo 49-79 y muy bajo 19-48.

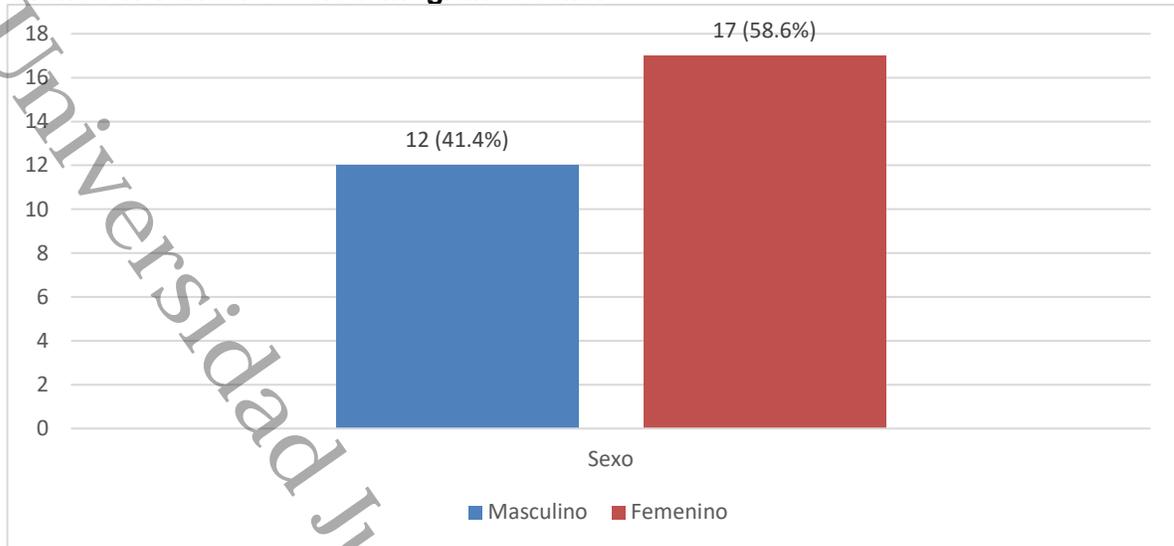
Etapas II: Evaluación del nivel de conocimiento.

Al realizar el análisis estadístico de la variable sociodemográfica edad se encontraron los siguientes resultados: medidas de tendencia central: media: 29.793, mediana: 28, moda 28, así también se consideraron las medidas de dispersión las cuales fueron las siguientes: desviación estándar: 3.7453, varianza: 14.027, rango: 11, mínimo 26 y máximo 37.

En la evaluación de la variable genero se encontraron los siguientes resultados: Masculino 12 (41.4%) y femenino 17 (58.6%).



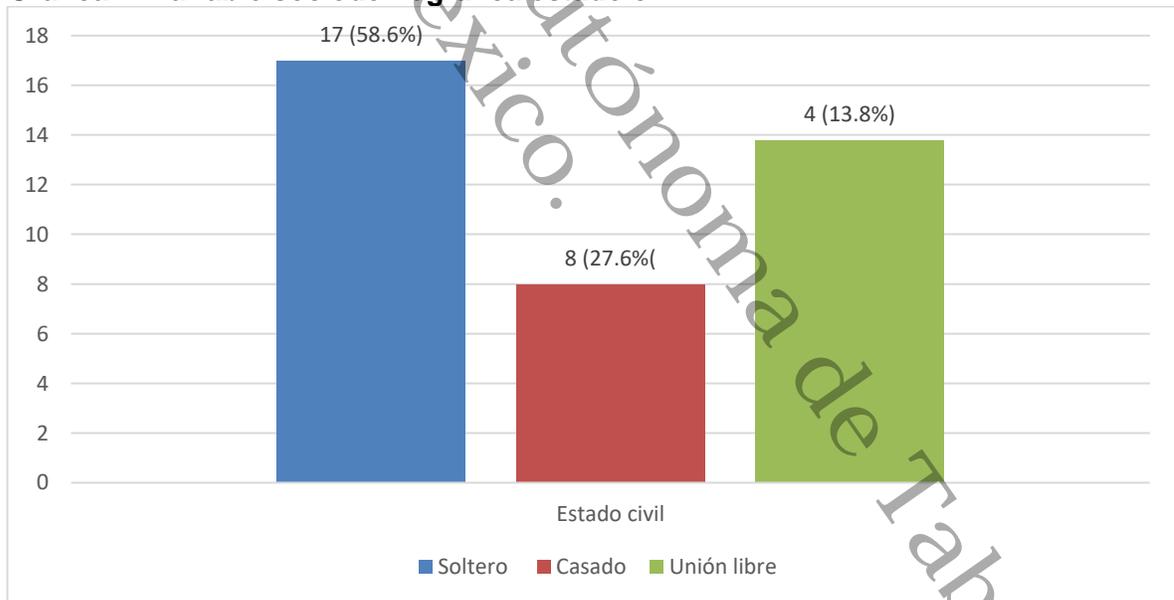
Gráfica 1: Variable sociodemográfica sexo.



Fuente: Base de datos nivel de conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades emergentes/transmitidas por vector.

Al categorizar la variable sociodemográfica estado civil se encontraron los siguientes resultados: soltero 17 (58.6%), casado 8 (27.6%) y unión libre 4 (13.8%).

Gráfica 2: Variable sociodemográfica estado civil.

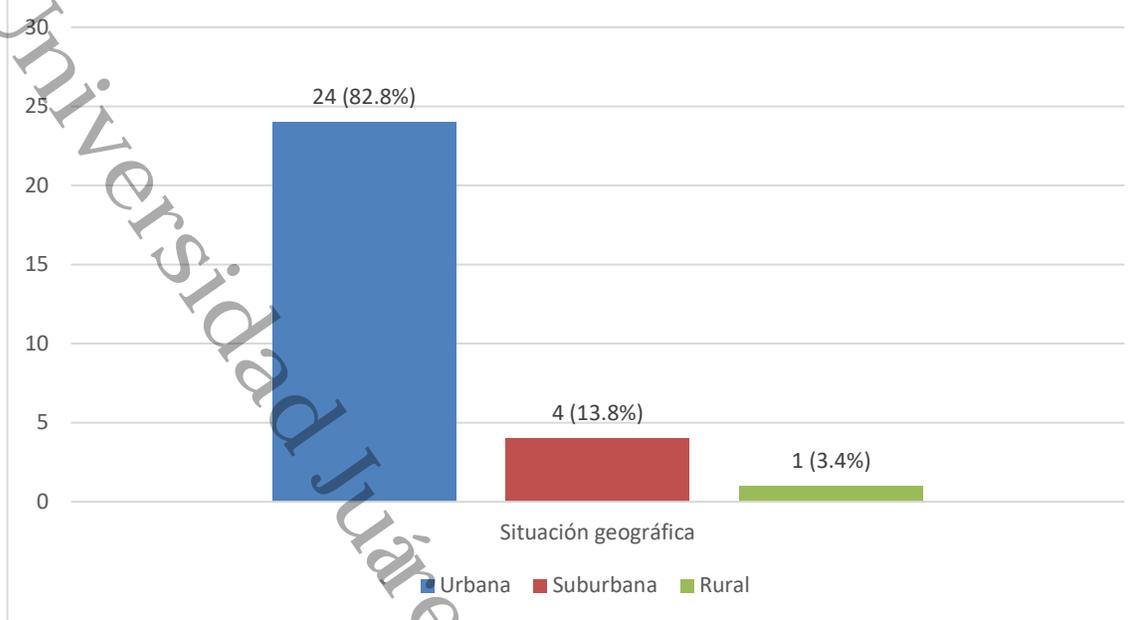


Fuente: Base de datos nivel de conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades emergentes/transmitidas por vector.

En el análisis de la variable sociodemográfica situación geográfica se encuentran los siguientes resultados: urbana 24 (82.8%), suburbana 4 (13.8%) y rural 1 (3.4%).



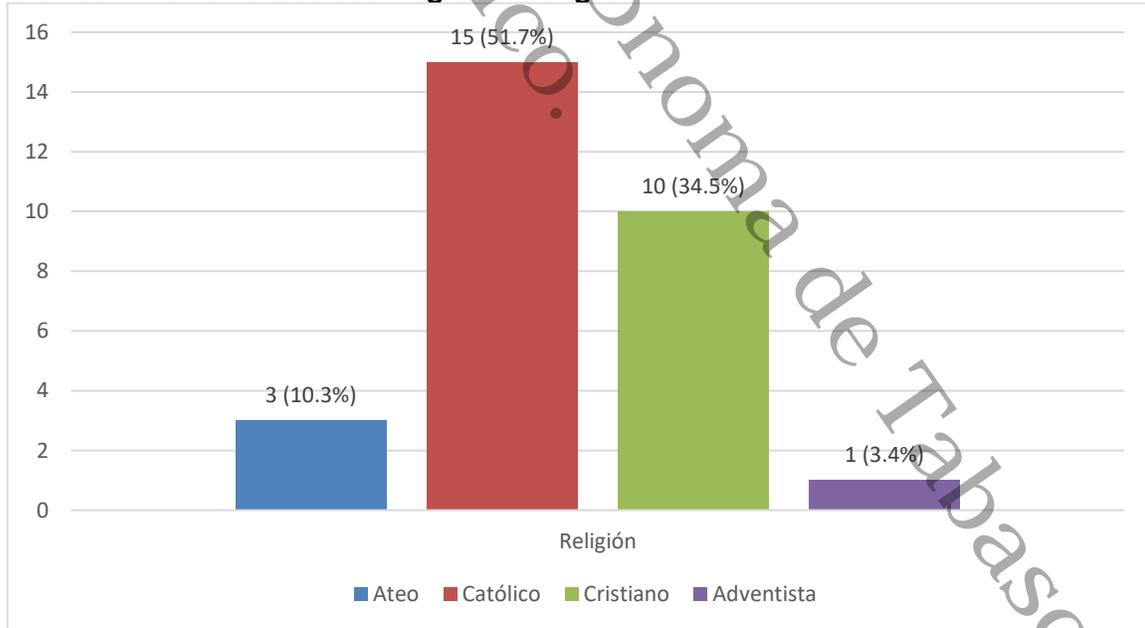
Gráfica 3: Variable sociodemográfica situación geográfica.



Fuente: Base de datos nivel de conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades emergentes/transmitidas por vector.

Al analizar la variable sociodemográfica religión se encontraron los siguientes resultados: ateo 3 (10.3%), católico 15 (51.7%), cristiano 10 (34.5%) y adventista 1 (3.4%)

Gráfica 4: Variable sociodemográfica religión.

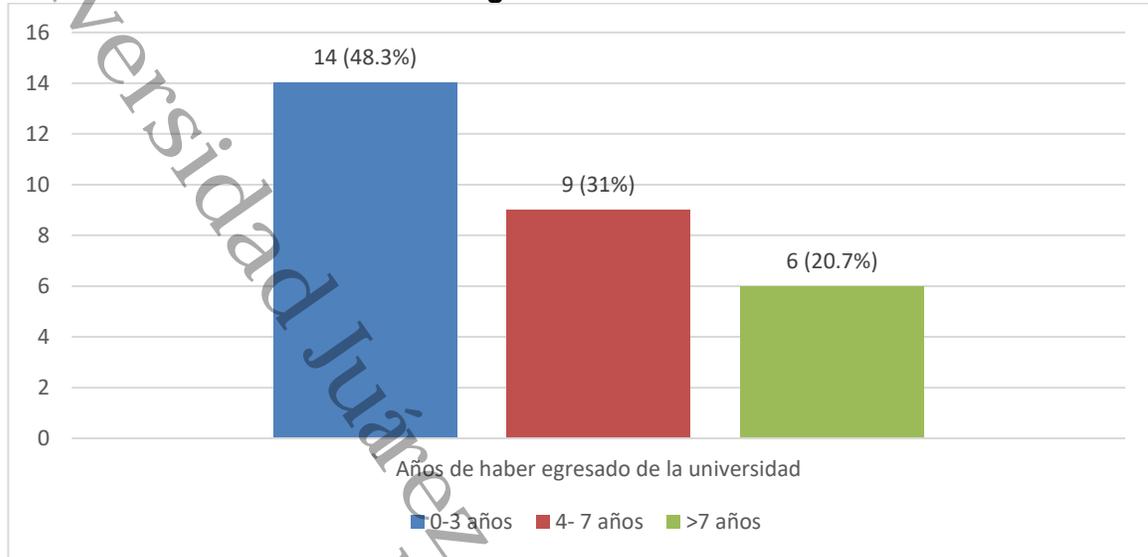


Fuente: Base de datos nivel de conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades emergentes/transmitidas por vector.



Al examinar la variable años de haber egresado de la universidad se encontraron los siguientes resultados: 0-3 años: 14 (48.3%), 4-7 años: 9 (31%) y >7 años: 6 (20.7%)

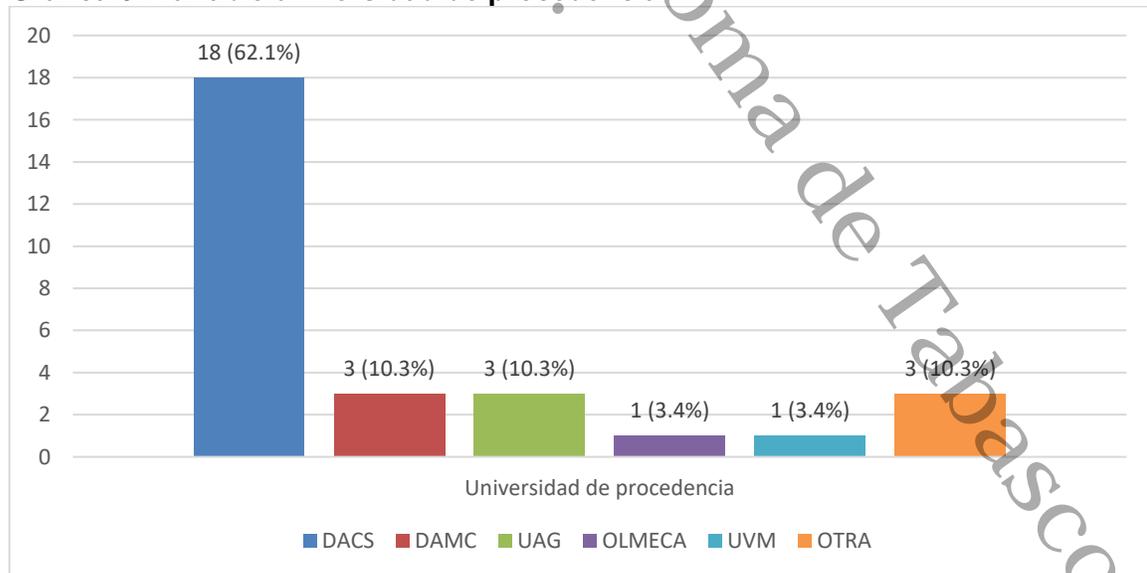
Gráfica 5: Variable años de haber egresado de la universidad.



Fuente: Base de datos nivel de conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades emergentes/transmitidas por vector.

Al realizar el análisis de la variable universidad de procedencia se obtuvieron los siguientes resultados: DACS 18 (62.1%), DAMC 3 (10.3%), UAG 3 (10.3%), Olmeca 1 (3.4%), UVM 1 (3.4%) y otra 3 (10.3%).

Gráfica 6: Variable universidad de procedencia.



Fuente: Base de datos nivel de conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades emergentes/transmitidas por vector.



Al realizar la valoración de la variable años de laborar en el área de la salud se encontraron los siguientes datos: 0-3 años: 23 (79.3%), 4-7 años: 3 (10.3%) y >7 años 3 (10.3%).

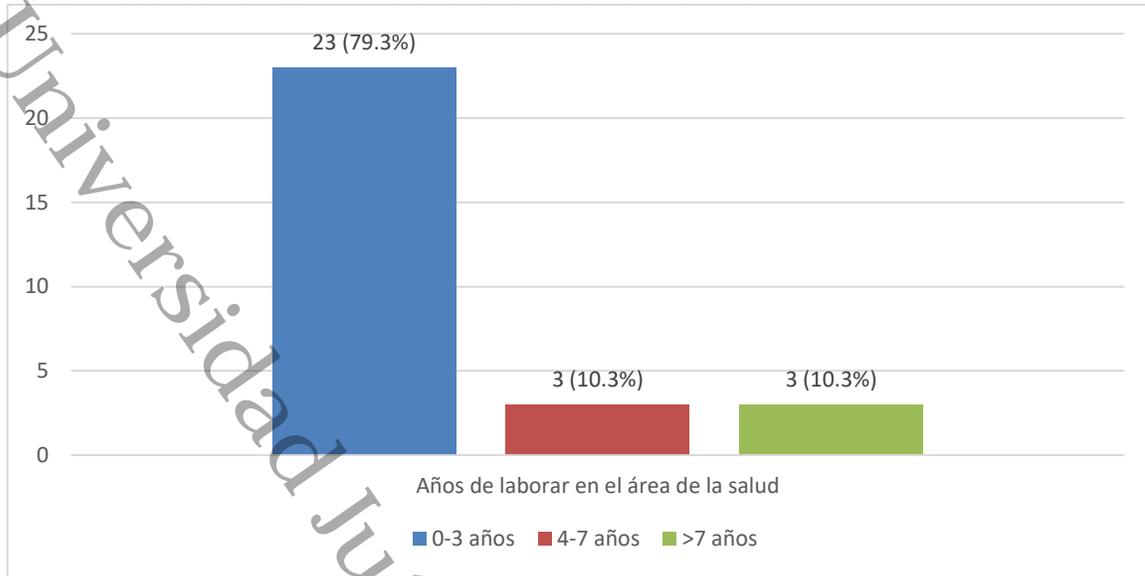
Tabla 1: Distribución global de las variables.

| <i>Característica</i> | <i>N= 29</i> | <i>Porciones %</i> |
|-----------------------------------|--------------|--------------------|
| <i>Rango de edad</i> | 39 | |
| <i>Sexo</i> | | |
| • <i>Masculino</i> | 12 | 41.4% |
| • <i>Femenino</i> | 17 | 58.6% |
| <i>Estado civil</i> | | |
| • <i>Soltero</i> | 17 | 58.6% |
| • <i>Casado</i> | 8 | 27.6% |
| • <i>Unión libre</i> | 4 | 13.8% |
| <i>Situación geográfica</i> | | |
| • <i>Urbana</i> | 24 | 82.8% |
| • <i>Suburbana</i> | 4 | 13.8% |
| • <i>Rural</i> | 1 | 3.4% |
| <i>Religión</i> | | |
| • <i>Ateo</i> | 3 | 10.3% |
| • <i>Católico</i> | 15 | 51.7% |
| • <i>Cristiano</i> | 10 | 34.5% |
| • <i>Adventista</i> | 1 | 3.4% |
| <i>Años de egresado</i> | | |
| • <i>0-3 años</i> | 14 | 48.3% |
| • <i>4-8 años</i> | 9 | 31% |
| • <i>>7 años</i> | 6 | 20.7% |
| <i>Universidad de procedencia</i> | | |
| • <i>DACS</i> | 18 | 62.1% |
| • <i>DAMC</i> | 3 | 10.3% |
| • <i>UAG</i> | 3 | 10.3% |
| • <i>Olmecca</i> | 1 | 3.4% |
| • <i>UVM</i> | 1 | 3.4% |
| • <i>Otra</i> | 3 | 10.3% |
| <i>Años de laborar en salud</i> | | |
| • <i>0-3 años</i> | 23 | 59% |
| • <i>4-8 años</i> | 3 | 7.7% |
| • <i>>7 años</i> | 3 | 7.7% |

Fuente: Base de datos nivel de conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades emergentes/transmitidas por vector.



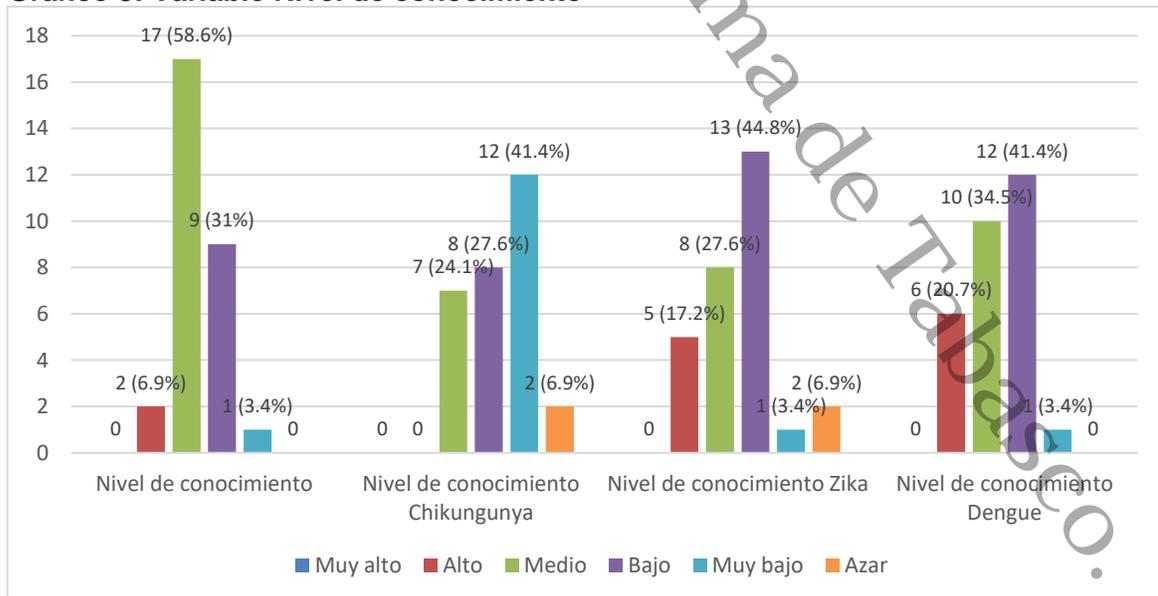
Gráfica 7: Variable años de laborar en el área de la salud



Fuente: Base de datos nivel de conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades emergentes/transmitidas por vector.

En el grupo analizado en la variable nivel de conocimiento se encontraron los siguientes resultados: alto: 2 (6.9%), medio: 17 (58.6%), bajo: 9 (31%) y muy bajo 1 (3.4%). Nivel de conocimiento Chikungunya: medio: 7 (24.1%), bajo: 8 (27.6%), muy bajo 12 (41.4%) y azar 2 (6.9%). Nivel de conocimiento Zika: alto: 5 (17.2%), medio: 8 (27.6%), bajo: 13 (44.8%), muy bajo: 1 (3.4%) y azar: 2 (6.9%). Nivel de conocimiento Dengue: alto: 6 (20.7%), medio: 10 (34.5%), bajo 12 (41.4%) y muy bajo 1 (3.4%).

Gráfico 8: Variable Nivel de conocimiento



Fuente: Base de datos nivel de conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades emergentes/transmitidas por vector.



Al realizar el contraste de la variable nivel de conocimiento en relación con el género se encontraron los siguientes datos: ($X^2=3.834$); GL: 1; p: 0.061.

Analizando el contraste de la variable nivel de conocimiento con el estado civil se documentaron los siguientes datos: ($X^2=4.810$); GL: 1; p: 0.688.

Al realizar el análisis de la variable nivel de conocimiento en contraste con la situación geográfica se obtuvieron los siguientes resultados: ($X^2=1.580$); GL: 1; p: 0.616.

En la evaluación del contraste de la variable nivel de conocimiento y la religión determinó: ($X^2=11.929$); GL: 1; p: 0.171.

Analizando el contraste de la variable nivel de conocimiento y los años de egresado de la universidad se obtuvo: ($X^2=7.091$); GL: 1; p: 0.049.

En el análisis del contraste de la variable nivel de conocimiento y universidad de procedencia se determinaron los siguientes datos: ($X^2=8.045$); GL: 1; p: 0.368.

El contraste del nivel de conocimiento y años de laborar en el área de la salud determinó los siguientes datos: ($X^2=9.582$); GL: 1; p: 0.068.



Tabla 2: Tabulación cruzada del nivel de conocimiento con las demás variables.

| Variables | Nivel de conocimientos | | | | | Azar | Valores estadísticos | | |
|-----------------------------------------------|------------------------|------|-------|------|----------|------|----------------------|----|-------|
| | Muy alto | Alto | Medio | Bajo | Muy Bajo | | X ² | GL | P |
| Sexo | | | | | | | | | |
| -Masculino | 0 | 0 | 6 | 5 | 1 | 0 | 3.834 | 1 | 0.061 |
| -Femenino | 0 | 2 | 11 | 4 | 0 | 0 | | | |
| Estado civil | | | | | | | | | |
| -Soltero | 0 | 1 | 10 | 6 | 0 | 0 | 4.810 | 1 | 0.688 |
| -Casado | 0 | 1 | 5 | 1 | 1 | 0 | | | |
| -Unión libre | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | | | |
| Situación geográfica | | | | | | | | | |
| -Urbana | 0 | 2 | 13 | 8 | 1 | 0 | 1.580 | 1 | 0.616 |
| -Suburbana | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | | | |
| -Rural | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | | | |
| Religión | | | | | | | | | |
| -Ateo | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 11.92 9 | 1 | 0.171 |
| -Católico | 0 | 0 | 11 | 4 | 0 | 0 | | | |
| -Cristiano | 0 | 2 | 33 | 4 | 1 | 0 | | | |
| -Adventista | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | | | |
| Años de egresado | | | | | | | | | |
| -0-3 años | 0 | 2 | 9 | 3 | 0 | 0 | 7.091 | 1 | 0.049 |
| -4-7 años | 0 | 0 | 5 | 4 | 0 | 0 | | | |
| ->7 años | 0 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | |
| Universidad de procedencia | | | | | | | | | |
| -DACS | 0 | 2 | 10 | 5 | 1 | 0 | 8.045 | 1 | 0.368 |
| -DAMC | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | | | |
| -UAG | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | | | |
| -Olmeca | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | | | |
| -UVM | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | | | |
| -Otra | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | | | |
| Años de laborar en el área de la salud | | | | | | | | | |
| -0-3 años | 0 | 2 | 14 | 7 | 0 | 0 | 9.582 | 1 | 0.068 |
| -4-7 años | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | | | |
| ->7 años | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | | | |

Fuente: Base de datos nivel de conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades emergentes/transmitidas por vector.



9. Discusión

La edad media de los médicos participantes fue de 29.79 años, lo que difiere con el estudio realizado por Paico y cols, quien determinó que la edad media de su población en estudio fue de 39.3 años.

El género fue una variable equilibrada ya que 58.6% fue población del sexo femenino y 41.4% del sexo masculino, datos similares a los reportados por Chavarry en 2019.

En el análisis de la presente investigación que evaluó nivel de conocimiento en médicos residentes ante pacientes con enfermedades emergentes transmitidas por vectores, se encontró que al categorizar los puntajes se obtuvo el siguiente nivel de conocimiento 6.9% nivel alto, 58.6% nivel medio, 31% nivel bajo y 3.4% muy bajo.

Asimismo, se categorizó el nivel de conocimiento en Dengue donde se documentó que el 20.7% de los participantes tiene un nivel de conocimiento alto, 34.5% medio, 41.4% bajo y 3.4% muy bajo. Datos similares reporta Paico y cols quien, durante el 2012 en la Región de Lambayeque, determinó el nivel de conocimientos sobre diagnóstico y tratamiento a aplicar en casos de dengue por parte de los médicos generales, donde reportó que el 50,4 % de los médicos encuestados tienen un nivel de conocimiento bajo, el 48,7 % un nivel de conocimiento medio y únicamente un 0,9 % obtuvo nivel alto en conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de Dengue, sin embargo la mayoría de los participantes tenía el antecedente de manejo de pacientes con diagnóstico de dengue.

De igual manera se categorizó el nivel de conocimiento en Chikungunya, donde se encontró que el 24.1% de los participantes tienen un nivel de conocimiento medio, 27.6% bajo, 42.4% muy bajo y 6.9% contestaron al azar, datos que discrepan de lo reportando por Saringe y cols. (2019) en su estudio realizado en el Kilimanjaro, Tanzania, quien encontró que el 46.3% del personal de salud tienen un nivel alto en el diagnóstico y manejo del chikungunya.



Se reporta una relación significativa entre el nivel de conocimiento y los años de egresado de la universidad, a mayor tiempo de egresado menor es el nivel de conocimiento ($p: 0.049$), lo que indica que se alude a la memoria y no a la formación activa del conocimiento, que con el paso de los años la información aprendida se olvida, no se documentó reporte de datos similares en investigaciones previas.

Se realizó la búsqueda de relaciones del nivel de conocimiento con las demás variables: sexo, edad, religión, estado civil, universidad de procedencia y años de laborar en el área de la salud, sin encontrar relevancias para el estudio.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



10. Conclusiones

- 58.6% de los participantes fueron del sexo femenino y 44.1% del sexo masculino.
- El 58.6% de los participantes obtuvieron un nivel de conocimiento medio sobre las enfermedades transmitidas por vectores/emergentes.
- El 42.4% de los participantes obtuvo un nivel de conocimiento de Chikungunya muy bajo.
- El 44.8% de los participantes obtuvo un nivel de conocimiento de Zika bajo.
- El 41.4% de los participantes obtuvo un nivel de conocimiento de Dengue bajo.
- El nivel de conocimiento en enfermedades transmitidas por vectores/emergentes es menor en médicos con mayor tiempo de egreso de la universidad. (p: 0.049; χ^2 : 7.091).



11. Perspectiva

- Elaborar instrumentos fiables, con validez y consistencia, con base en los indicadores de aptitud clínica para medir el nivel de conocimiento de médicos en formación en las patologías de mayor morbilidad y mortalidad en las sedes hospitalarias.
- Fomentar en los médicos en formación la educación participativa y la lectura crítica para inducir a los alumnos a la formación activa del conocimiento.
- Incluir en el proceso de enseñanza de médicos en formación los indicadores de aptitud clínica propuestos por Viniegra-Velázquez.
- Fomentar educación participativa basada en casos clínicos reales problematizados.



12. Literatura científica citada

1. Hernández, R. Paradigmas en psicología de la educación. Paidós Editores. México, DF; 1998.
2. Raynaudo, Gabriela, & Peralta, Olga. Cambio conceptual: una mirada desde las teorías de Piaget y Vygotsky, *Liberabit*. 2017; 23(1): 110-122. Disponible en: <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.10>
3. Caloma, C. & Tafur, M. EL CONSTRUCTIVISMO Y SUS IMPLICANCIAS EN EDUCACIÓN, *Educación*. 1999; 6 (16): 217-244.
4. Mota de Cabrera, Carmen, & Villalobos, José. El aspecto socio-cultural del pensamiento y del lenguaje: visión Vygotskyana, *Educere*. 2007; 11(38): 411-418. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102007000300005&lng=es&nrm=iso
5. Paulo Freire. El equívoco gnoseológico de la extensión. En ¿EXTENSION O COMUNICACION? La concientización en el medio rural. Siglo XXI Editores. Brasil; 1993.
6. Noriega, T, Oros, J, Puerta, M, Goncalves, J, Díaz, M, & Pérez-Ojeda, J. La competencia clínica como eje Integrador de los estudios de Pre y Post-Grado en las Ciencias de la Salud, *Revista de la Facultad de Medicina*. 2003; 26(1): 17-21. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692003000100003&lng=es&nrm=iso
7. Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance, *Academic Medicine*. 1990; 65: 63-67. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>
8. Viniegra, L. Educación y proyecto vital en un mundo en colapso civilizatorio. Parte I, *Investigación en Educación Médica*. 2006; 5(19), 199-209.
9. Viniegra-Velázquez L, Jiménez-Ramírez JL, PérezPadilla JR. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. *Revista de investigación clínica*. México, DF; 1991.



10. Paico C, Polo A, Díaz G y Díaz C. Validación y desarrollo del instrumento: Nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en médicos de la región Lambayeque, *Acta Médica Perú*. 2012; 29(3): 143-147. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000300003&lng=es&nrm=iso
11. Clasificación, diagnóstico y manejo integral del dengue. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México: Secretaría de Salud, CENETEC, 2016. Disponible en: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-151-08/ER>
12. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus Chikungunya. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de julio de 2015.
13. Freour T, Mirallie S, et al. Sexual transmisión of Zika virus in an entirely asymptomatic couple returning from Zika epidemic area, France, April 2016, *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. 2016; 21(23). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.23.30254>
14. Paico C, Paico J y Díaz C. Factores asociados al nivel de conocimiento en el diagnóstico y tratamiento del dengue en médicos de primer nivel de atención en la región de Lambayeque, *Revista del cuerpo médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga*. 2016; 9(4): 214-218. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/1186>
15. Toscano C. Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre dengue de los trabajadores del centro de salud infantiles de la dirección de redes integrales de salud norte, enero 2019. (Tesis de grado) Lima, Perú. Facultad de medicina "Hipólito Unanue"; 2019. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2886>
16. Ho T, Huang M, Wang S, Hsu H y Liu C. Knowledge, attitude, and practice of dengue disease among healthcare professionals in southern Taiwan. *Journal*



- of the Formosan Medical Association. 2013; 112(1):18–23. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2012.11.004>
17. Chavarry E y Sosa I. Nivel de conocimiento del médico SERUMS sobre signos de alarma del dengue en la región Lambayeque, enero y febrero 2019. (Tesis de grado) Chiclayo, Perú. Universidad Nacional “Pedro Luis Gallo”, Facultad de Medicina; 2019. Recuperado a partir de: <https://repositorio.unprg.edu.pe/>
18. Pang J, Lara Z, Linn T, Jing T y Sin Y. Assessing changes in knowledge, attitude and practices on dengue diagnosis and management among primary care physicians after the largest dengue epidemic in Singapore. BMC Infectious Diseases. 2017; 17 (428): 1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2525-3>
19. Lee L, Thein T, Kurukulatne C, Gan V y Lye D. Dengue Knowledge, Attitudes, and Practices among Primary Care Physicians in Singapore. Annales of Academy of Medicine Singapore. 2011; 40: 533-538. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22294064/>
20. Mohammed A y Abdurashid N. Knowledge, attitude and practice towards dengue fever prevention and associated factors among public health sector health-care professionals: in Dire Dawa, eastern Ethiopia. Risk Management and Healthcare Policy. 2019; 12: 91-104. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/rmhp.s195214>
21. Handel A, Beltran E, Borbon M, Fessler A, Finkelnstein J, Robalino R, Ryan S y Stewart A. Knowledge, attitudes, and practices regarding dengue infection among public sector healthcare providers in Machala, Ecuador. Tropical disease, travel medicine and vaccines. 2016; 2(8): 1-10. doi: <https://doi.org/10.3855/jidc.11356>
22. Abu-rish E, Elayeh E y Browning M. Physicians’ knowledge, attitudes and practices towards Zika virus infection in Jordan. The journal of infection in developing countries. 2019; 13(7): 584-590. Disponible en: <https://doi.org/10.3855/jidc.11356>



23. Saringe S, Kajeguka D, Karirwa D, Mgabo M y Emidi B. Healthcare workers knowledge and diagnostic practices: a need for dengue and chikungunya training in Moshi Municipality, Kilimanjaro Tanzania. BMC Research Notes. 2019; 12(43): 1-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-019-4074-x>
24. Ho t, Huang M, Wang S, Hsu H y Liu C. Knowledge, attitude, and practice of dengue disease among healthcare professionals in southern Taiwan. Journal of the formosan Medical Association. 2013; 112: 18-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2012.11.004>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Anexos

Instrumento de evaluación

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Sexo: Masc. () Fem. ()

Estado civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Divorciado ()
Viudo () Separado ()

Universidad de procedencia: DACS () DAMC () UAG () Olmeca () UVM ()
Otra ()

Años de egresado: 0-3 años () 4-7 años () Más de 7 años ()

Años de laborar en el área de la salud: 0-3 años () 4-7 años () Más de 7 años ()
)

Religión: Ateo () Católico () Cristiano () Mormón () Adventista ()
Testigo de Jehová ()

Situación geográfica: Urbana () Suburbana () Rural ()

Estudio: Conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades transmitidas por vectores/emergentes, con mayor prevalencia en una unidad de Medicina Familiar

De ante mano se le agradece su participación en este estudio, se le reitera la confidencialidad de los resultados obtenidos y que estos serán utilizados únicamente con fines de investigación.

INSTRUCTIVO

A continuación, encontrará seis casos clínicos y 170 enunciados o ítems ordenados en número arábigo del 1 al 170 respectivamente. Lea cuidadosamente cada caso clínico, revise y analice los enunciados y proceda a contestar según considere, conteste **F** si considera que el ítem no corresponde a lo planteado, es decir identifica erróneamente las características del caso clínico. Conteste **V** si considera que el ítem corresponde a lo planteado, es decir identifica correctamente las características del caso clínico. Conteste **NS** en caso de que ignore o no pueda decidir si el enunciado es verdadero o falso. Se le informa que las respuestas contestadas correctamente ya sea V o F le sumaran 1 punto,



mientras que sus respuestas contestadas incorrectamente le restaran 1 punto, las respuestas contestadas con NS ni le suma ni le restara puntos, y el enunciado no respondido le restará un punto. Es importante que no deje ningún enunciado sin contestar.

Caso clínico 1.

Masculino de 34 años, empleado de un centro comercial, radica en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, inicia su padecimiento hace 2 días con alzas térmicas no cuantificada, acompañada de dolor articular intenso, 9/10 en escala de EVA, de predominio en ambas rodillas, tobillos y articulaciones metacarpofalángicas que llega ser incapacitante; posteriormente se agrega cefalea, cansancio y erupción maculopapular generalizada de predominio en tronco y extremidades, por lo cual acude al servicio de urgencias en donde se realizan los siguientes laboratoriales Hb de 14.5 gr/dL, Hto 45.9%, leucocitos 3900/mm³, linfocitos 1700/mm³, neutrófilos 1800/mm³ y plaquetas 184 000/mm³. Refiere antecedente de haber viajado a Centla, Tabasco, durante dos semanas. En dicha ciudad convivió con su esposa y dos hijos, quienes presentan la misma sintomatología. Signos vitales: Peso: 80 kg, FC: 80 x', FR: 18x', PA: 120/80 mm Hg y T: 39.3°C.

El cuadro clínico de este caso es compatible con el diagnóstico de:

1. 3. Dengue ()
2. 3. Zika ()
3. 3. Chikunguya ()
4. 3. COVID-19 ()

Datos clínicos que te hacen sospechar de este diagnóstico:

5. 2. Fiebre mayor a 39 ()
6. 2. Poliartralgia severa e incapacitante ()
7. 2. Vómito ()
8. 2. Cansancio ()
9. 2. Mialgias ()
10. 2. Dolor abdominal ()

Son estudios útiles para confirmar el diagnóstico de este caso:

11. 3. Biometría hemática completa ()
12. 3. Detección de ARN del CHIKV por RT-PCR en tiempo real ()
13. 3. Pruebas de función hepática ()
14. 3. Factor reumatoide ()

Son factores de riesgos que se asocian a la presentación de esta patología:

15. 1. Acceso deficiente a agua potable ()
16. 1. Proximidad de las viviendas a los lugares de cría de los mosquitos vectores ()
17. 1. Existencia de casos confirmados en la localidad. ()
18. 1. Antecedente de visita a áreas de transmisión en dos semanas previas ()

Son conductas médicas apropiadas a realizar en este caso en el primer nivel de atención:

19. 4. Metronidazol 500 mg 1 tabletas cada 12 hrs por 10 días ()
20. 4. Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 hrs y reposo relativo ()



- 21.4. Explicar al paciente datos de alarmas ()
- 22.4. Dexametasona 8 mg intramuscular dosis única ()
- 23.4. Oxido de zinc tópico en áreas de erupción cutánea y/o prurito ()

Son datos de alarmas que se deben buscar en este caso:

- 24.5. Dolor abdominal ()
- 25.5. Dolor articular persistente ()
- 26.5. Mareo postural ()
- 27.5. Leucocitosis ()
- 28.5. Hipotermia ()
- 29.5. Oliguria ()
- 30.5. Alteración del estado de conciencia ()

Caso clínico 2.

Preescolar femenino de 4 años, sin antecedentes crónicos de importancia, inicia su padecimiento actual hace 4 días con presencia de fiebre de hasta 38.6°C, manejada en su domicilio con paracetamol con remisión de los cuadros, además presencia de exantema maculopapular generalizado y conjuntivitis bilateral no purulenta, acompañado de cefalea, mialgias y artralgias. Madre cometa comenta contacto con familiares con la misma sintomatología hace dos semanas en el municipio de Centla. Signos vitales: Peso 15 kg, talla: 100 cm, Fc: 95, Fr: 22, Temp: 38.3°C. A la exploración física adecuado estado general, faringe hiperémica, cuello con adenopatía de aproximadamente 5 mm, blando, móvil, exantema maculopapular generalizado, de predominio en tronco y cuello. A su ingreso se realiza biometría hemática con los siguientes resultados: hemoglobina 10 gr/dL, hematocrito 36%, leucocitos 9,800 /mm³, plaquetas 130,000 /mm³.

El cuadro clínico en este caso es compatible con el diagnóstico de:

- 31.3. Dengue ()
- 32.3. Zika ()
- 33.3. Chikunguya ()
- 34.3. COVID-19 ()

Datos clínicos que presenta el paciente que te hacen sospechar del diagnóstico:

- 35.2. Cefalea ()
- 36.2. Hemoglobina de 10 gr/dl ()
- 37.2. Adenopatía en cuello de 5 mm ()
- 38.2. Conjuntivitis ()
- 39.2. Fiebre ()
- 40.2. Exantema maculopapular generalizado ()

¿Como se establece el diagnostico confirmatorio de esta patología?

- 41.3. Detección de ácidos nucleicos virales por RT-PCR ()
- 42.3. Leucopenia ()
- 43.3. Plaquetopenia ()
- 44.3. Hemocultivo positivo ()
- 45.3. Detección de proteína no estructural NS1 ()



Conductas que seguir en el primer nivel de atención en el paciente del caso clínico:

- 46.4. Electrolitos orales ()
- 47.4. Paracetamol 225 mg cada 6 hrs en caso de dolor o fiebre ()
- 48.4. Amoxicilina 500 mg cada 8 hrs por 10 días ()
- 49.4. Explicar datos de alarmas ()
- 50.4. Reposo relativo ()

Medidas para prevenir la aparición de esta patología:

- 51.6. Control del mosquito transmisor ()
- 52.6. Evitar picaduras del mosquito transmisor ()
- 53.6. Aplicar la vacuna específica de ARN recombinante ()

Caso clínico 3.

Masculino de 13 años. Antecedente de asma de 5 años de diagnóstico en tratamiento de rescate con salbutamol. Inicia padecimiento actual hace 5 días con presencia de alzas térmicas no cuantificadas, mialgias, artralgias y cefalea de moderada intensidad por lo que acude a servicio médico donde es manejado de manera sintomática con paracetamol, en donde le realizan examen de gota gruesa y frotis con resultado negativo, y cuantificación de hematocrito con valor de 38%. Tres días después se agregan pérdida del apetito, náuseas, vómito con contenido hemático, petequias diseminadas y dolor abdominal intenso, motivo por lo cual ingresa al servicio de urgencias con los siguientes signos vitales: Peso: 43 kg, FC: 80 x', FR: 28x', PA: 100/60 mm Hg y T: 38°C. Paciente consciente, orientado, con ligera palidez de piel y tegumentos, presencia de petequias generalizadas, de predominio en miembros inferiores, adecuado estado de hidratación, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en todo marco cólico, con abundante gas intestinal, borde hepático 2 cm por debajo del reborde costal, extremidades íntegras, sin edema, llenado capilar inmediato.

Son datos clínicos que nos orientan al diagnóstico en este caso:

- 54.2. Mialgias ()
- 55.2. Antecedente de asma ()
- 56.2. Artralgias ()
- 57.2. Cefalea ()
- 58.2. Fiebre ()
- 59.2. Palidez de tegumentos ()
- 60.2. Pérdida de apetito ()
- 61.2. Petequias generalizadas ()

Signos de alarma que presenta el paciente en este caso:

- 62.5. Hematocrito con valor de 38% ()
- 63.5. Dolor abdominal intenso ()
- 64.5. Examen de gota gruesa y frotis negativo ()
- 65.5. Petequias generalizadas ()
- 66.5. Vómito con contenido hemático ()



67.5. Hepatomegalia mayor a 2 cm ()

Los datos clínicos en este caso son compatibles con el diagnóstico de:

68.3. Zika ()

69.3. Dengue ()

70.3. Chikunguya ()

71.3. COVID-19 ()

Son conductas médicas apropiadas a realizar en este caso en el primer nivel de atención:

72.4. Solicitar un nuevo frotis de sangre periférica ()

73.4. Metronidazol 500 mg 1 tableta cada 12 hrs por 10 días ()

74.4. Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 hrs y alta a su domicilio ()

75.4. Envío inmediato a segundo nivel de atención ()

76.4. Explicar datos de alarmas y alta a su domicilio ()

Medidas pertinentes para la prevención de la patología expuesta en este caso:

77.6. Mejorar el acceso de agua potable en cantidades suficientes ()

78.6. Contar con sistemas de drenajes adecuados ()

79.6. Uso de pabellones y repelentes de insectos ()

80.6. No viajar a zonas endémicas ()

81.6. Educación y participación de las comunidades ()

82.6. Evitar el contacto con personas infectadas ()

Caso clínico 4.

Femenina de 52 años quien inicia su padecimiento actual hace cuatro días con dolor óseo principalmente en cuello, brazos y espalda, mialgias, cefalea intensa, alzas térmicas no cuantificada y malestar general, que continuaron hasta el día siguiente, cuando se aliviaron estos síntomas. Dos días después se agrega prurito que se fue haciendo más intenso durante toda la noche, lo que la hizo notar la presencia de lesiones en toda la piel, por lo que acudió a su unidad de medicina familiar. Niega otra sintomatología agregada. Signos vitales: Peso: 68 kg, FC: 82 x', FR: 20x', PA: 120/70 mm Hg y T: 38.6 °C. A la exploración física adecuado estado de hidratación, conjuntivitis en ambos globos oculares, no purulenta, lesiones de características maculopapulares generalizadas, de predominio en espalda abdomen y extremidades superiores muy pruriginoso, cavidad oral normohidratada, faringe con leve hiperemia, cuello cilíndrico, sin adenomegalias, campos pulmonares bien ventilados, abdomen asignológico, extremidades integrales, sin edema, llenado capilar inmediato.

El cuadro clínico del caso es compatible con el diagnóstico de:

83.3. Dengue ()

84.3. Zika ()

85.3. Chikunguya ()

86.3. COVID-19 ()

En este caso, datos clínicos que te hacen sospechar del diagnóstico

87.2. Dolor abdominal ()

88.2. Exantema maculopapular pruriginoso ()

89.2. Fiebre ()



- 90.2. Faringe hiperémica ()
- 91.2. Malestar general ()
- 92.2. Cefalea ()
- 93.2. Conjuntivitis ()

Estudios de laboratorios útiles para confirmar el diagnóstico en el cual sospechas:

- 94.3. Biometría hemática ()
- 95.3. TAC simple de abdomen ()
- 96.3. Detección de ácidos nucleicos virales por RT-PCR ()
- 97.3. Detección de anticuerpos IgM anti ZikV ()

Principales complicaciones que se asocia a esta patología en caso de infección materna durante el embarazo:

- 98.5. Espina bífida ()
- 99.5. Anencefalia ()
- 100. 5. Microcefalia ()
- 101. 5. Calcificaciones craneales ()

Principal complicación que se asocia a esta patología:

- 102. 5. Choque hipovolémico ()
- 103. 5. Síndrome de Guillain-Barré ()
- 104. 5. Síndrome de Steven-Jhonson ()
- 105. 5. Necrólisis epidérmica tóxica ()

Manejo indicado en pacientes con el diagnóstico del caso en el primer nivel de atención:

- 106. 4. Acido acetil salicílico 300 mg cada 8 hrs por 5 días ()
- 107. 4. Reposo relativo ()
- 108. 4. Fluidoterapia ()
- 109. 4. Analgésicos ()
- 110. 4. Ciprofloxacino 500 mg cada 12 hrs por 10 días ()

Caso clínico 5.

Femenino de 34 años con antecedente de viaje al Caribe una semana previa del inicio de sintomatología en la que permaneció durante una semana. El día de su arribo a su ciudad de residencia inicia la sintomatología con alzas térmicas no cuantificada, escalofríos, malestar y debilidad generalizada, cefalea, mialgias y artralgias muy intensas 8/10 en escala de EVA en ambas rodillas, tobillos y articulaciones metacarpofalángicas que llegan a ser incapacitantes. Al día siguiente el dolor se incrementó al grado de ser incapacitante EVA 10/10 por lo que acude a valoración médica donde se indica metamizol y se realiza biometría hemática con el siguiente reporte hb 11.6, hto 32.80, leucos 3.68, linfocitos 22.80, monocitos 10.30, plaquetas 155,000, sin mejoría de la sintomatología, se agrega ganglios palpables dolorosos de 0.5 mm de diámetro en la región preauricular y retroauricular bilateral y exantema maculopapular en las cuatro extremidades y en el pecho por lo que acude nuevamente a solicitar atención médica a esta unidad. Signos vitales: Peso: 80 kg, FC: 75 x', FR: 19x', PA: 110/80 mm Hg y T: 39°C. A la exploración física ligera palidez de piel y tegumentos, facies de dolor, exantema maculopapular en las cuatro extremidades y en el pecho, pupilas isocóricas, narinas permeables, sin datos de sangrado, cavidad oral bien hidratada, faringe



leve hiperemia, presencia de ganglios en región retroauricular y preauricular de aproximadamente 5 mm dolorosos a la palpación.

El cuadro clínico en este caso es compatible con el diagnóstico de:

- 111. 3. Dengue ()
- 112. 3. Zika ()
- 113. 3. Chikunguya ()
- 114. 3. COVID-19 ()

Son datos clínicos que orientan al diagnóstico de esta enfermedad:

- 115. 3. Poliartralgia ()
- 116. 3. Palidez de piel y tegumentos ()
- 117. 3. Fiebre ()
- 118. 3. Conjuntivitis ()
- 119. 3. Eritema maculopapular ()
- 120. 3. Plaquetas por debajo de 200,000 ()

Vectores principales que transmiten la patología del caso clínico:

- 121. 6. Aedes aegypti ()
- 122. 6. Aedes albopictus ()
- 123. 6. Anopheles gambiae ()
- 124. 6. Culex pipiens ()

Son medidas de prevención de la patología del caso clínico:

- 125. 6. No viajar a zonas de alta prevalencia ()
- 126. 6. Evitar convivir con personas contagiadas ()
- 127. 6. Reducir al mínimo la población de vectores ()
- 128. 6. Uso de mosquiteros ()
- 129. 6. Reducir al mínimo el contacto vector-paciente ()

Son tratamientos indicados para el manejo del exantema maculopapular:

- 130. 4. Lociones a base de óxido de zinc ()
- 131. 4. Loratadina tabletas 10 mg, 1 cada 24 hrs ()
- 132. 4. Corticoesteroides vía tópica ()
- 133. 4. Lociones refrescantes y humectantes ()
- 134. 4. Glucocorticoide sistémico ()

Son fármacos indicado para pacientes que presenta artralgias posteriores al séptimo día del inicio de los síntomas:

- 135. 4. Diclofenaco ()
- 136. 4. Acido acetil salicílico ()
- 137. 4. Ibuprofeno ()
- 138. 4. Naproxeno ()
- 139. 4. Dexametasona ()
- 140. 4. Metilprednisolona ()

Caso clínico 6.

Masculino de 28 años, originario de Villahermosa, Tabasco y residente de la Ciudad de México, estado civil unión libre y abogado de profesión. Inició su



padecimiento actual hace 5 días con fiebre de 38.5° C, sin predominio de horario y malestar general, al día siguiente se agrega cefalea intensa de predominio occipital, mialgias y artralgias, por lo que acude a médico particular quien sospecha de un proceso bacteriano por lo que le prescribe trimetoprima/sulfametoxazol y antipiréticos. Dos días después presenta nuevamente pico febril de 39° C, odinofagia leve, vómito en una ocasión y petequias localizadas en tronco. Niega sintomatología urinaria. Por la persistencia de los síntomas acude a valoración al servicio de urgencias. Como antecedente de importancia refiere viaje a su ciudad de origen hace 1 semana. Signos vitales: FC 100 lpm, FR 18 rpm, TA 110/73, temperatura 37°, peso 80 kg, talla 1.77 m e IMC 21.8. A la exploración física paciente normohidratado, ojos simétricos, narinas permeables, cavidad oral bien hidratada, sin úlceras orales, no hipertrofia amigdalina, no descarga retrofaríngea, no exudados, cuello cilíndrico, con presencia de ganglio ahulado móvil, menor a 1 cm, en cara lateral izquierda, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen no doloroso a la palpación, extremidades integrales, llenado capilar inmediato, piel sin datos de dermatosis. Resultado de laboratorios a su ingreso: hemoglobina 14.8, hematocrito 42.1, plaquetas 43,000, leucocitos 3,100, neutrófilos 67% (2,100), linfocitos 20% (600), bandas 6% (200).

Son factores de riesgos para padecer la patología del caso:

- 141. 1. Edad del paciente ()
- 142. 1. Antecedente de viaje a la ciudad de Villahermosa, Tabasco ()
- 143. 1. Sexo del paciente ()

Este cuadro clínico en este caso es compatible con el diagnóstico de:

- 144. 2. Dengue ()
- 145. 2. Zika ()
- 146. 2. Chikunguya ()
- 147. 2. COVID-19 ()

Son datos de laboratorio a favor del diagnóstico esta patología en este caso:

- 148. 2. Leucopenia ()
- 149. 2. Plaquetopenia ()
- 150. 2. Hemoglobina de 14.8 ()

Estudio de laboratorio para realizar el diagnóstico confirmatorio de este caso:

- 151. 3. Antígeno de proteína no estructural (NS1) ()
- 152. 3. Biometría hemática completa ()
- 153. 3. USG abdominal ()
- 154. 3. Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa ()
- 155. 3. TAC abdominal ()
- 156. 3. Enzimas hepáticas ()

Son conductas médicas apropiadas a realizar en este caso en el primer nivel de atención:

- 157. 4. Trimetoprima/Sulfametoxazol 2 tab cada 12 hrs por 10 días ()
- 158. 4. Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 hrs y reposo relativo ()
- 159. 4. Explicar al paciente datos de alarmas ()
- 160. 4. Metronidazol 500 mg 1 tableta cada 12 hrs por 7 días ()

Son datos clínicos que nos orientan al diagnóstico en este caso:



- 161. 2. Fiebre ()
- 162. 2. Mialgias y artralgias ()
- 163. 2. Vómito ()
- 164. 2. Petequias en tronco ()

Son signos de alarma de la patología correspondiente a este caso clínico:

- 165. 5. Hematocrito elevado con plaquetopenia ()
- 166. 5. Disminución progresiva de plaquetas ()
- 167. 5. Alteraciones neurológicas ()
- 168. 5. Datos de fuga de líquido al tercer espacio ()
- 169. 5. Cefalea ()
- 170. 5. Mialgias y artralgias que no seden a la ingesta de paracetamol ()

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos)**

| | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del estudio: | Conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades transmitidas por vectores/emergentes con mayor prevalencia, en una unidad de medicina familiar |
| Patrocinador externo (si aplica): | Ninguno |
| Lugar y fecha: | Villahermosa, Tabasco, enero 2022 |
| Número de registro institucional: | En proceso. |
| Justificación y objetivo del estudio: | Las enfermedades transmitidas por vector son un grupo de enfermedades con alto impacto en nuestro país y en nuestro estado, según datos publicados por la Secretaría de Salud en 2019 se notificaron 28,820 casos confirmados de Dengue no Grave, Dengue con signos de alarma 10,982 y 3,560 de Dengue Grave. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento del Médico Residente ante pacientes con enfermedades epidemiológicas transmitidas por vectores/emergentes, en una unidad de medicina familiar. |
| Procedimientos: | Recabar datos personales, sociodemográficos y de nivel de conocimiento de cada residente de manera directa, a través de la aplicación de un instrumento de evaluación. |
| Posibles riesgos y molestias: | Conocer el nivel de conocimiento de las enfermedades transmitidas por vectores/emergentes. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Se proporcionará información sobre las dudas que surjan durante la investigación. Los resultados del estudio serán manejados confidencialmente, la difusión de estos se realizará mediante análisis, y se usarán para mejora del programa educativo actual, así como su difusión a la comunidad científica en reportes de investigación institucional, foros y congresos para su conocimiento en otras unidades médicas. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | No aplica. |
| Participación o retiro: | Usted puede participar o retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones |
| Privacidad y confidencialidad: | Salvaguardaremos sus datos de privacidad y confidencialidad ya que las encuestas son anónimas. |

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ___ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

Dr. Abel Pérez Pavón

Dr. Edgar Priego Pérez (9932413706)

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del Hospital General de Zona 2 del IMSS: Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco CP 86500. Correo electrónico: cei.27.001.20170221@gmail.com

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013



Cronograma de actividades

| Proyecto | | Conocimiento del médico residente ante pacientes con enfermedades transmitidas por vectores/emergentes con mayor prevalencia en una unidad de medicina familiar. | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----|
| Duración del proyecto en meses | | 16 meses | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | Actividad | Año 2022 | | | | | | | | | | Año 2023 | | | | | |
| | | Mes | | | | | | | | | | Mes | | | | | |
| | | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 |
| 1 | Selección del tema del proyecto | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Recolección de información | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Elaboración de marco teórico, planteamiento y justificación del proyecto | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Elaboración de la metodología del proyecto de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Elaboración y validación del instrumento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Presentación del proyecto de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Subir al SIRELCIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Aplicación de instrumento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Análisis e interpretación de resultados | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Presentación de los resultados | | | | | | | | | | | | | | | | |