



Um método de avaliação dinâmica: a partir de diretrizes de prática clínica

Autores: Donovan Casas Patiño, Georgina Contreras Landgrave
Alejandra Rodríguez Torres y Leonardo Ibarra Espinosa

- Competência clínica é definida como a capacidade de enfrentar e resolver problemas clínicos, que envolve habilidades como reflexão, que é colocada em jogo os seus próprios critérios.
- Embora seja difícil de controlar todos os componentes do trabalho clínico, o desafio é encontrar pistas que proporcionam uma penetrante e iluminando os eventos de visão prática médica.

- ***Competência clínica deve ser entendida como a capacidade de enfrentar e resolver problemas clínicos, a partir da identificação de sinais e sintomas, com a utilização de recursos diagnósticos, uso terapêutico dos recursos e da observação de comportamentos padrão iatrogênicos e da Comissão (Viniegra, 1990, 2000, 2001 e 2005), que envolve habilidades como reflexão***

Objetivo da pesquisa

Avaliar a competência clínica dos médicos de família no cuidado de usuários de Unidade de Medicina Família 78 do Instituto Mexicano de Seguro Social

- Nesse sentido como abordar essa avaliação:
- Por meio de um instrumento de medição começou com a construção de uma tabela, taxonômico Bloom, com base nas consultas médicas mais comuns na medicina de família ambulatorial para doença nacionalmente no IMSS IMSS (2012).

- Quais foram: diabetes mellitus, hipertensão, depressão, infecção urinária, pré-natal, cervical, infecções respiratórias agudas, infecções diarreicas, dispepsia, asma, lombalgia aguda, tuberculose, quadril e joelho osteoartrite, doença isquêmica do coração, câncer de colo uterino, câncer de mama, paralisia facial, insuficiência renal crônica e obesidade.

- Depois de desenvolver tabelas taxonômicas das diretrizes de prática clínica das doenças mais comuns em ambulatório, foram definidos indicadores ou domínios de competência clínica, que foram delimitadas por reagentes que mediram a validade de conteúdo de cada indicador posteriormente cinco indicadores ou domínios clínicos foram tratados; indicador clínico e estudo paraclínica diagnóstico, comissão iatrogênica e omissão, o uso dos recursos e crítica colega em ações anteriores.



- Uma vez formado o quadro, reagentes ou itens com base em casos clínicos reais da atenção primária para cada GPC e o indicador ou domínio, formando um extenso banco de mais de 1100 itens em 110 casos clínicos, que foram elaborados apresentados a um painel de especialistas (Galter, 2007), em quatro dos cinco consensos, obteve-se uma versão final de 190 questões, divididas em cinco indicadores clínicos de aptidão, dois casos clínicos por GPC.

- O instrumento foi aplicado em 24 médicos de família, os médicos concordaram em assinando um consentimento. Análise não paramétrica Kruskal-Wallis para estimar diferenças nos anos seguintes graduação da especialidade foi realizado o teste U de Mann-Whitney foi utilizado para estimar as diferenças entre as lâminas de anos de despesas e, portanto, comparar um grupo contra outro, uma de habilidades clínicas escala ordinal foi usada e incluiu muito alto, alto, médio, baixo, muito baixo e aleatória.

- A consistência interna do instrumento foi 0,91 formulado com Kuder-Richardson 21; Foram obtidas 31 respostas possível esperar por testes aleatórios Pérez-Padilla; 190 itens foram avaliados e cinco indicadores (Tabela I) foram abordados, a pontuação mínima foi de 31 ea máxima é de 149.

INDICADOR	VERDADERO	FALSO	TOTAL	PORCENTAJE
Reconocimiento de indicador clínico y diagnóstico.	16	22	38	20
Manejo de indicadores paraclínicos	15	23	38	20
Comisión y omisión iatrogénica	21	17	38	20
Uso de recursos	15	23	38	20
Crítica a colega en acciones previas	29	9	38	20
TOTAL	96	94	190	100

Cuadro I: indicador y puntuación del instrumento para evaluar la aptitud clínica de médicos de medicina familiar apegado en GPC.

- O teste de Kruskal-Wallis não mostrou diferença significativa entre os anos após a graduação de especialidade médica: 0-5 anos, mediana 73, faixa de 54-149, 6-15 mediana 74,5 anos ea faixa de 61-87 16 ou mais anos, mediana 71, faixa de 43-95; teste U de Mann-Whitney indicou que não há diferença significativa entre a estratificação por anos de graduação; foi encontrada em muito baixa aptidão 15 MF 7 MF com baixa aptidão, aptidão média 1 1 MF e MF alta fitness, nenhum atingiu níveis muito elevados.

- Esta pesquisa mostrou que os médicos de família tiveram resultados muito baixos e baixos sobre a sua aptidão clínica ligada ao GPC também teste de Mann-Whitney disse que não há diferença entre os anos de despesas da especialidade, este pode ser analisado em dois aspectos; um graduado da universidade de educação continuada sendo, o uso excessivo passivo-receptivo da cadeira, ditado, apresentação de temas pelos alunos, leitura em voz alta e memorização mais, avaliado conceitos não muito importantes e noções para o currículo médico (jarillo, 1999).

- Competência clínica é um caminho para a integração do conhecimento para resolver um problema clínico, as diretrizes de prática clínica são a revogação do conhecimento médico atualizado em um texto sobre a patologia, demonstra-se que as diretrizes de prática clínica não é relacionado directamente para o desenvolvimento de uma aptidão clínica latente, isto pode ser devido a difusão inadequada de orientações e sobre a sua aplicabilidade inadequada no sistema de saúde.

Bibliografía

Abreu L. Investigación, práctica clínica y educación. Rev Odón Méx 2005; 9 (4): 162-163.

Aguilar M, Viniegra L. Una mirada del proceso educativo, la postura del profesor ante la educación y su práctica docente. Rev Lat Est Educ 1997; 27 (3): 33-71.

Cedillo I, Fajardo G, Becerra C. La época de florecimiento de la enseñanza clínica. Rev Med Hosp Gral Jul-Sep 1999; 62 (3): 216-218.

Corvera J. La vigilancia de la medicina por parte de los médicos. Gaceta Médica de México Julio-Agosto 1990; 126 (4): 234-239.

Gordon K. El currículo básico. 1era. Reimp. Editorial Paidós, Barcelona, España 1997; pp 34-45.

García J. Significado y empleo de la razón de probabilidades en la práctica clínica. Rev Med de Pediatría Jul-Ago 2000; 67 (4): 188-191.

García P, Muñoz O, Duran L, Vázquez F. La medicina familiar en los albores del siglo XXI. CISS. 1era. Edición, México, D.F. 2006: pp 98-110.

Ruiz J. Las tendencias actuales de la medicina. Rev Médica Sur Octubre-Diciembre 2005; 12 (4): 23-32.

Ruvalcaba V, Ortigosa J, Rodríguez S. La opinión de los alumnos como indicador de la eficiencia de la enseñanza clínica. Rev Fac Med UNAM May-Jun 2001; 44 (3): 57-61.

Sotelo N. Bases para el desarrollo de un modelo de enseñanza clínica en medicina interna pediátrica. Rev Mex de Pediatría May-Jun 2004; 71 (3): 143-153.

Hays R. The Central Hemisphere: the Potential of Academia Family Medicine in the Asia Pacific Region. Fam Med 2003; 2 (1): 5-7.

Rosas R, Coria I, Clavelina G, Trillo T, Ibáñez L, et al. Formación temprana de investigadores en Medicina Familiar: estudio cuasi-experimental. Arch Med Fam 2005; 7 (2): 35-44.

Turabián J, Pérez F. La hipótesis relacional. Tribuna Docente 2001; 2 (3):35-44.

Turabián J, Pérez F. ¿Hum... clínicos y tutores. Tribuna Docente 2002; 3(3):49-63.

Viniegra L. El control de calidad del ejercicio médico. Gaceta Médica de México Julio-Agosto 1990; 126 (4): 283-290.

Viniegra L. Evaluación de la competencia clínica: ¿describir o reconstruir? Rev Inv Clin Mar-Abr 2000; 52 (2): 109-110.