



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SUBDIVISION EN MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.47
LEON GUANAJUATO**

“Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso u obesidad en adultos, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato”

Trabajo que para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:

Dr. Antonio Guillén Martínez

Matrícula: 99114285

Núm de Registro R-2017-1005-22 FECHA 06/09/2017

León, Guanajuato

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso u obesidad en adultos, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato”

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

Dr. ANTONIO GUILLEN MARTINEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DRA. MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ JASSO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES EN UMF 47 LEÓN, GUANAJUATO.

DRA. MAYRA TANIVET LÓPEZ CARRERA

ASESOR DE TESIS Y COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD

DRA. ALICIA CAMACHO GUERRERO

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN DELEGACIÓN GUANAJUATO

DRA. BEATRIZ MARLENE ALBA PIMENTEL

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACIÓN GUANAJUATO

“Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobre peso u obesidad en adultos, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato”

PRESENTA:

ANTONIO GUILLEN MARTINEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DE LA SUBDIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACION DE DOCENCIA**

RESUMEN

Antecedentes: El Sobre peso u obesidad es en nuestro Sistema de Salud un proceso Prioritario de Salud Enfermedad, problema de salud pública y mundial considerado epidemias del siglo XXI.

La capacitación y actualización continuas al personal de salud es un elemento clave para garantizar la calidad de la atención. El apego a las GPC debe evaluarse con el fin de determinar de manera objetiva si las recomendaciones de las mismas han sido seguidas en los términos planteados.

Objetivo: Relacionar el antecedente de capacitación, y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobre peso u obesidad en adultos, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato”

Material y Métodos: Se realizará un estudio observacional, retrospectivo, analítico. Se aplicara cédula de datos sociodemográficos y capacitación a los Médicos Familiares y la Cédula Única de la Evaluación del Proceso de Sobre peso y Obesidad que consta de 12 ítems y que se aplicará en los expedientes seleccionados. Los resultados se capturarán en Excel y se analizaran con estadística descriptiva, así como estadística inferencial,-chi cuadrada- para analizar asociación entre variables.

Infraestructura y tiempo a realizarse: En la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato. En el lapso de septiembre de 2017 a febrero del 2018.

Recursos: Cuestionarios impresos, material de papelería (plumas, grapas, clips, etc.), computadora, impresora, software estadístico.

Experiencia de los investigadores: Dr. Antonio Guillén Martínez Alumno del CEMFMGIMSS47, sin experiencia de investigación, pero que por las características de la especialidad, lleva todo un módulo de metodología de la investigación. Asesores; Dra. Mayra T. López C. Coord. Clin. De Educación e Investigación en Salud. Asesor de Tesis. y Dra. María del Carmen Hernández Jasso. Profesor titular del Curso de Especialización

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	4
INDICE GENERAL.....	5
TÍTULO.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
JUSTIFICACIÓN.....	22
OBJETIVOS.....	23
Objetivo General.....	23
Objetivo Específico.....	23
HIPÓTESIS.....	24
METODOLOGIA.....	25
Tipo de Estudio.....	25
Lugar Y Tiempo.....	25
Población.....	25
Tamaño de la muestra.....	25
Criterios de Selección:.....	26
Variables.....	26
Método de recolección:.....	28
Observacional (documental) y Encuesta.....	28
Recursos.....	29
Aspectos Éticos.....	30
RESULTADOS.....	31
Descripción de los Resultados.....	31
DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS.....	40

TÍTULO

“Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso u obesidad en adultos, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato”

MARCO TEÓRICO

CAPACITACIÓN

La capacitación se define como el conjunto de actividades didácticas, orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal que labora en una empresa o como unidad de salud.

Fundamentalmente, la capacitación es vista como un proceso educativo a corto plazo, el cual emplea unas técnicas especializadas y planificadas por medio del cual el personal, obtendrá los conocimientos y las habilidades necesarias, para incrementar su eficacia en el logro de los objetivos que haya planificado la organización para la cual se desempeña.⁽¹⁾

Hay muchas razones por las cuales una organización de salud debe capacitar a su personal, pero una de las más importantes es el contexto actual, ya que vivimos en un entorno sumamente cambiante. Ante esta circunstancia, el comportamiento se modifica y nos enfrenta constantemente a situaciones de ajuste, adaptación, transformación y desarrollo y por eso es necesario estar siempre actualizado. Por lo anterior, las organizaciones se ven obligadas a encontrar e implementar mecanismos que les garanticen resultados exitosos en este dinámico entorno. Ninguna organización puede permanecer tal como está, ni tampoco su capital humano debe quedar rezagado y una de las formas más eficientes para que esto no suceda es capacitarlo permanentemente. Las personas son esenciales para la organización y ahora más que nunca, su importancia estratégica está en aumento, ya que todas las organizaciones compiten a través de su personal. El éxito de una organización depende cada vez más del conocimiento, habilidades y destrezas de sus trabajadores. Cuando el talento de los empleados es valioso, raro y difícil de imitar y sobre todo organizado, una institución puede alcanzar ventajas competitivas que se apoyan en las personas. Por esto la razón fundamental de por qué capacitar a los trabajadores consiste en darles los conocimientos, actitudes y habilidades que requieren para lograr un desempeño óptimo. Porque las organizaciones en general deben dar las bases para que sus colaboradores tengan la preparación necesaria y especializada que les permitan enfrentarse en las mejores condiciones a sus tareas diarias. Y para esto no existe mejor medio que la capacitación, que también ayuda a alcanzar altos niveles de motivación, productividad, integración, compromiso y solidaridad en el personal de la organización. Algunos motivos concretos por los cuales se emprenden programas de capacitación son: incorporación de una tarea, cambio en la forma de realizar una tarea y discrepancia en los resultados esperados de una tarea, esto puede ser atribuido a una falla en los conocimientos o habilidades para ejercer la tarea, así como también ingreso de nuevos trabajadores a la institución.

Algunos beneficios de la capacitación son:

- Mejora el conocimiento de tareas, procesos y funciones en todos los niveles
- Mejora el clima organizacional y aumenta la satisfacción de las personas
- Ayuda al personal a identificarse con los objetivos de la organización
- Se agiliza la toma de decisiones y la solución de problemas
- Incrementa la productividad y la calidad del trabajo
- Se promueve la comunicación a toda la organización
- Permite el logro de metas individuales.
- Ayuda en la orientación de nuevos empleados
- Hace viables las políticas de la organización⁽²⁾

CAPACITACIÓN Y COMUNIDAD:

Los efectos sociales de la capacitación

La capacitación, aunque está pensada para mejorar la productividad de la organización, tiene importantes efectos sociales. Los conocimientos, destrezas y aptitudes adquiridos por cada persona no solo lo perfeccionan para trabajar, sino también para su vida

Los beneficios de capacitar

La capacitación permite evitar la obsolescencia de los conocimientos del personal, que ocurre generalmente entre los empleados más antiguos si no han sido reentrenados.

También permite adaptarse a los rápidos cambios sociales, como la situación de las mujeres que trabajan, el aumento de la población con títulos universitarios, la mayor esperanza de vida, los continuos cambios de productos y servicios, el avance de la informática en todas las áreas, y las crecientes y diversas demandas del mercado. Disminuye la tasa de rotación de personal, y permite entrenar sustitutos que puedan ocupar nuevas funciones rápida y eficazmente.

Pautas para la capacitación

Si se busca mejorar conocimientos y habilidades, la transmisión de conocimientos debe tener ciertas pautas:

- **Es organizada y uniforme;** no existe la "libertad de cátedra". Se trata de evitar contradicciones, y distintas interpretaciones de los temas entre los capacitadores.
- **Es planificada;** debe responder a las necesidades de la empresa, y ser aplicable al trabajo, respondiendo a un plan lo más concreto posible. Debe estar referida al objetivo que se persigue en la carrera o desempeño del trabajador
- **Es evaluable;** debe tener un objetivo evaluable laboralmente, al que llamamos **meta operativa**. El asistente a una acción de capacitación, al final de la misma, debe ser capaz de hacer algo. Ese algo debe estar establecido antes de comenzar la acción, y debe ser medible.
- **Es aplicable en el trabajo.** De otro modo, es una acción cultural o de apoyo a educación del personal, no capacitación.

Una meta deseable es que los capacitadores pertenezcan a la empresa. Esto permite que puedan acompañar el cambio, y generarlo.

No solo deben ser personal jerárquico de la organización. Deben incorporarse como entrenadores a todas las personas que tengan conocimientos, experiencias o habilidades que puedan ser compartidas, para lo cual pueden usar tiempo completo, parcial u ocasional. Los entrenadores internos ahorran dinero, se mejora la motivación, y disminuyen los índices de rotación de personal.⁽¹⁾

LA CAPACITACION EN EL CAMPO DE LA SALUD.

Las competencias profesionales de los médicos son un tema central dentro de la educación médica debido a que son la base para el desarrollo de planes de estudio vigentes en varias universidades y que contribuyen a la inminente globalización de esta profesión, lo que obliga a que los estándares y los requerimientos de los médicos deban ser similares en todo el mundo.⁽³⁾

Existen seis competencias identificadas derivadas de las funciones y actividades en el profesional de la salud y así lograr buenos resultados del proceso de capacitación

- **Disciplinarias.** Incluye el dominio actualizado de su campo de conocimiento y saberes fundamentales relacionados con otras disciplinas, aplicadas a la solución de problemas de salud individual y colectiva, que permiten la formación del

profesional en salud para una práctica profesional autónoma, acorde con el perfil profesional del médico.

- **Investigación.** Utilizar la metodología científica y sustenta la práctica docente y profesional en la mejor evidencia disponible, para promover el pensamiento lógico, el desarrollo del juicio crítico del estudiante y su aplicación en la toma de decisiones ante los problemas de salud.
- **Psicopedagógicas.** Incluye el conocimiento suficiente de la psicología individual y de grupo, asimismo de la pedagogía y la didáctica, para desempeñarse de una manera eficiente en el ámbito académico de la medicina, lo que facilita el aprendizaje significativo del estudiante.
- **Comunicación.** Se establece una comunicación interpersonal efectiva en el contexto de la práctica de la medicina, que le permite propiciar el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades de comunicación verbal y no verbal.
- **Académico-administrativas.** Realiza un ejercicio docente basado en el conocimiento de las necesidades institucionales y en el cumplimiento de la misión, las normas y los programas académicos. De la unidad de salud donde se desarrolla
- **Humanística.** Incluye el conocimiento de las humanidades médicas y la observancia de actitudes y valores éticos, que en su conjunto proporcionan una formación humanística integral y un modelo el profesional en salud.⁽⁴⁾

Con el fin de apoyar a los profesionales de la salud en las decisiones respecto al cuidado apropiado de una enfermedad o afección clínica específica, el Sistema Nacional de Salud desarrolla documentos de referencia conocidos como Guías de Práctica Clínica (GPC), los cuales proporcionan información actualizada y basada en la evidencia científica, que permiten brindar una mejor atención a los pacientes.

Las GPC están diseñadas para profesionales de la salud (médicos generales, médicos especialistas, enfermeras, entre otros), pacientes y sus cuidadores y ciudadanos en general, cuyo objetivo es ser un referente nacional homologado que beneficie a la comunidad en general y ayude al profesional de la salud en la toma de decisiones clínicas, por lo que se actualizan de manera programada a partir de los 3 años y hasta los 5 posteriores a su publicación en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, o bien, antes si existe nueva evidencia que determine su renovación⁽⁵⁾.

Definición de las guías de práctica clínica

En la literatura se recogen diferentes definiciones de GPC:

- El Institute of Medicine de los Estados Unidos (IOM), las define como un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y seleccionan las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica".⁽⁶⁾

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a que "son informes desarrollados sistemáticamente basados en la evidencia para los proveedores de asistencia, receptores y otras organizaciones para la toma de decisiones acerca de las intervenciones de salud más apropiadas. Las intervenciones de salud son definidas ampliamente por incluir no solo procedimientos clínicos, sino también acciones públicas de salud. Las guías son un informe consultivo formal, las cuales deben ser lo suficientemente robustas para ser útiles en circunstancias clínicas o en situaciones determinadas en la cual pueden ser aplicadas".⁽⁷⁾

- The New Zealand Guidelines Group (NZGG) "Las GPC proveen asesoramiento en la toma de decisiones en cada nivel de interacción; entre el profesional de la salud y el paciente, entre el consumidor y el proveedor, así como entre el proveedor y las organizaciones de salud".⁽⁸⁾

- Un proyecto para las Normas Técnicas Cubanas: refieren que "las guías de prácticas clínicas constituyen una herramienta eficaz para el Sector de la Salud que facilitan la toma de decisiones y la elección con criterios definidos de la mejor intervención basada en las evidencias clínicas, a fin de conseguir óptimos resultados con criterios de eficiencia y uso racional de recursos"⁽⁹⁾

La obligación del médico de ofrecer lo mejor a sus pacientes, no se puede separar del imperativo ético de basar las decisiones en la evidencia existente o de buscarla, cuando no se dispone de la misma. La dialéctica de ofrecer una asistencia personalizada, a la vez que válida científicamente, es intrínseca a la práctica médica mediante la utilización de las GPC en los servicios de salud⁽¹⁰⁾

ORÍGENES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Los orígenes de las GPC tiene sus bases en el movimiento de la "*Médecine d' Observation*" propugnado en Francia, a mediados del siglo XIX, por *Pierre C. Alexander Louis, Bichot y Magendie*, quienes sostenían como fundamento que los médicos en su práctica asistencial no debían basarse exclusivamente en la experiencia personal y en sus apreciaciones sobre las conductas a tomar ante determinada enfermedad, sino que esta debía soportarse sobre los resultados de las investigaciones que mostraran efectos en términos cuantificables. Estos fundamentos fueron demostrados por *A Louis* con su "método numérico" al revelar el grado de ineficacia de determinados tratamientos aplicados en su época para la cura de algunas enfermedades, contribuyó así a la erradicación de terapias inútiles y sus hallazgos tuvieron una gran repercusión en Francia, Inglaterra y Estados Unidos⁽¹¹⁾

En México, a partir del 2007 surge el Programa Nacional de GPC bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), quien conduce a nivel sectorial la estrategia para la integración de GPC de nueva creación y su actualización.

Bajo este contexto el CENETEC, a través de la Dirección de Integración de GPC, establece en consenso con las instituciones del Sistema Nacional de Salud la metodología para la integración de las GPC de nueva creación y su actualización, así como la promoción y coordinación de su desarrollo, recopilación y difusión a través del Catálogo Maestro de GPC para su implementación en el Sistema Nacional de Salud.

Las guías son integradas por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud que se caracterizan por ser líderes de opinión y expertos en el tema central que aborda la Guía de Práctica Clínica.

A la fecha se encuentran publicadas 724 Guías de Práctica Clínica para su difusión e implementación en el Sistema Nacional de Salud.

En la actualidad, la Medicina Basada en Evidencia (MBE) se ha posicionado como parte esencial en la práctica clínica y gerencial, en virtud de que pone a disposición de los tomadores de decisiones en salud, la mejor evidencia científica con respecto a las diferentes intervenciones de diagnóstico, tratamiento, pronóstico o rehabilitación de los diferentes problemas en salud, con la finalidad de brindar una atención eficiente y de calidad. Parte de la MBE son las Guías de Práctica Clínica (GPC), documentos que emiten recomendaciones basadas en un análisis consciente, juicioso y explícito de la evidencia científica nacional e internacional, así

como de la experiencia de los profesionales de la salud expertos en la materia y en algunos casos, los valores y preferencias de los pacientes, con el propósito de poner a disposición de los usuarios intervenciones en salud que sean efectivas y seguras.⁽⁵⁾

La evidencia científica que sustenta las GPC constantemente invalida las pruebas diagnósticas y los tratamientos previamente aceptados y los reemplaza con otros nuevos más exactos, más eficaces y seguros.⁽¹²⁾

Las acciones de capacitación tales como cursos, seminarios, talleres, grupos de trabajo, charlas, capacitación a distancia, auto instrucción, etc., deben constituirse en el medio por el cual los individuos se actualizan y encuentran oportunidades de aprendizaje continuo para cubrir los requerimientos de un buen desempeño.

El tipo de decisiones o acciones de capacitación, sus características y contenidos dependerá de factores tales como:

- Tipo de conducta o desempeño a potenciar o tipo de problema a resolver, que surge del diagnóstico de necesidades de capacitación,
- Prioridades de la institución respecto de la capacitación, como el cumplimiento de requisitos para el ascenso del personal,
- Recursos financieros y personal disponible para capacitación,
- Características de los funcionarios que se capacitarán: edad, sexo, tipo de trabajo que desarrollan.

La capacitación debe evaluarse para determinar su efectividad. La experiencia suele mostrar que la capacitación muchas veces no funciona como esperan quienes creen e invierten en ella. Los costos de la capacitación siempre son altos en términos de costos directos y, aún más importantes, de costos de oportunidad. Los resultados, en cambio, suelen ser ambiguos, lentos y en muchos casos, más que dudosos.⁽¹³⁾

MODALIDADES DE CAPACITACIÓN

Las nuevas modalidades de capacitación para los médicos son diversas aunadas a la tecnología podemos observar que hay capacitaciones en línea (a distancia), presenciales (cursos-diplomados- residencias médicas) donde se tiene que capacitar constantemente al médico para poder ejercer una buena práctica, y sobre todo crear lo que hoy en día es una herramienta básica, la medicina basada en evidencias.

Las modalidades educativas se consideran de tres tipos:

Modalidad Presencial. Tiene características peculiares que las diferencian de otras modalidades como son requerir de un espacio físico (aula), Infraestructura complementaria, requiere presencia de un profesor y estudiantes a determinada hora, se establecen tiempos de inicio y fin de la sesión, es un proceso centrado en e profesor, es un proceso memorístico por parte del alumno, la evaluación es subjetiva, numéricas que nos refleja las verdaderas capacidades del estudiante, el estudiante es oyente y observador, el costo por alumno es elevado en comparación con otras modalidades. Dentro de esta modalidad se encuentran tres variedades denominadas Formal, No formal e Informal.

La educación Formal es la que se genera desde el sistema educativo oficial y está ligada a la idea de obligatoriedad e incluye desde los primeros estudios en edad infantil, hasta los máximos estudios universitarios (posgrado), se otorga un certificado a la persona que termina cada una de sus etapas o grados.

La educación No formal es que aquella que está fuera del sistema educativo formal (desde los primeros años hasta los estudios universitarios), por ejemplo la formación continua que se adquiere en las empresas, las escuelas de artes, los talleres de oficios técnicos, etc., esta pretende detectar y dar respuesta a necesidades educativas concretas, que no están cubiertas por el sistema educativo formal, puede contar o no con certificación, implica requisitos de ingreso como lineamientos y metodología.

La educación informal se refiere a todos los procesos que, sin un explícito carácter y organización educativa, suele ser a través de los medios de comunicación.

La modalidad B-Learning es una combinación entre los sistemas tradicionales de enseñanza aprendizaje (el modelo presencial y el modelo e-learning) es entonces una modalidad de aprendizaje que integra a la educación presencial y a la educación en línea a través de distintas tecnologías como videoconferencias, estudio de materiales descargables desde teléfono celular, chats, foros, blogs, esta

modalidad crea “escenarios múltiples de aprendizaje”, combinando actividades presenciales síncronas y por medio de las TIC’s que también pueden ser asíncronas.

E – learning recibe diferentes términos virtual, a distancia, etc., es un proceso de enseñanza aprendizaje que se lleva a cabo a través de internet, comunicación tanto síncrona como asíncrona y a través de la cual se lleva a cabo una interacción didáctica continuada, en un lugar de elección que puede ser la casa, trabajo o centro de aprendizaje, sin contacto personal con el profesor, en esta modalidad el alumno pasa a ser el auto gestor de su aprendizaje con ayuda de tutores. ⁽¹⁴⁾

APEGO

El apego a las GPC evaluado según el nivel de cumplimiento de los indicadores elaborados es muy variable y generalmente bajo para todas las situaciones y patologías consideradas. La mayoría no cumple con los estándares y las estimaciones de cumplimiento están por debajo del 50%. Solo en pocos indicadores se alcanzan cumplimientos por encima del 75%. Algunos de ellos tienen un cumplimiento inferior al 10%, e incluso de 0%. La encuesta a profesionales muestra que el documento normativo que los profesionales de salud identifican con mayor facilidad son las Normas Oficiales Mexicanas, seguido de las GPC, con una diferencia de 28.6 puntos porcentuales. El nivel de desconocimiento de las GPC es alto, con un promedio superior al 60%, en todos los casos que afirmó no recordar ninguna de las GPC evaluadas. El principal argumento por el que no se utilizan las GPC es que su uso incrementa el tiempo de consulta (30%). La segunda razón en importancia es que no conocen las GPC, entre ambas opciones suman 55 por ciento de las respuestas. Entre las actividades que los entrevistados consideran que tienen más probabilidad de mejorar la utilización de las GPC son, en primer lugar, capacitar al personal (42%), que estén más accesibles y que sean más fáciles de manejar. ⁽¹⁵⁾

Es relevante comentar que en relación al apego la se realizó una evaluación de la difusión e implementación de las guías de práctica clínica, la cual consta de un Informe final de evaluación, realizado en noviembre de 2012, en el cual se documenta la realización de un estudio donde el tamaño del lote no se consideró relevante, pero en donde se planeó la búsqueda en centros de salud de al menos cinco núcleos básicos. No existe medición precisa del apego a la GPC de sobre peso u obesidad en el país, ya que tenemos un problema de sub registro.

El apego a las GPC debe evaluarse con el fin de determinar de manera objetiva si las recomendaciones de las mismas han sido seguidas en los términos planteados, o si se deben realizar intervenciones para mejorar su cumplimiento.⁽¹⁶⁾

SOBREPESO Y OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad, se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.⁽¹⁷⁾

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad:

Sobrepeso: IMC igual o superior a 25

Obesidad: IMC igual o superior a 30⁽⁷⁾

Se debe emplear la medición de la circunferencia abdominal en conjunto con el IMC para evaluar el riesgo de comorbilidad asociado a la obesidad.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.

EPIDEMIOLOGIA

La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y multifactorial, que ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial y constituye un grave problema de salud pública, debido a que genera un incremento en la morbilidad asociada y en los costos en salud, así como una disminución de la sobrevida y calidad de vida.⁽¹⁸⁾

En el 2012, 26 millones de adultos mexicanos presentaban sobrepeso y 22 millones, obesidad. Estas cifras indican claramente un reto muy importante para el Sector Salud en términos de promoción de estilos de vida saludables en la población y desarrollo de políticas públicas para revertir el entorno obesigénico, caracterizado por mayor acceso a alimentos con alta densidad energética y bebidas con aporte calórico, mayor tamaño de porción de alimentos, vida sedentaria y un ambiente de

constante promoción del consumo de productos no saludables. La velocidad en el incremento de la obesidad en la población entre 2006 y 2012 fue sustancialmente menor a la que hubiera ocurrido de haberse mantenido el incremento observado en los años previos: se estima que pudo evitarse que 5.4 millones más de adultos desarrollaran sobrepeso u obesidad en México.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2016 se evaluó la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños, adolescentes y adultos. Estos resultados variaron según sexo (masculino o femenino) y lugar de residencia (zona rural o urbana).

El sobrepeso y la obesidad en mujeres presentan un aumento respecto a cifras de 2012, en los tres grupos de edad, el cual es mayor en zonas rurales que urbanas.

En la población masculina adulta el sobrepeso y obesidad aumentó en zonas rurales (de 61.1% en 2012 a 67.5% en 2016) mientras que se estabilizó en zonas urbanas, en las que se mantiene en un nivel elevado (69.9%).⁽¹⁹⁾

FACTORES PREDISPONENTES

La obesidad es el resultado directo de un balance positivo y crónico de energía, es decir de una ingestión de energía superior al gasto energético. Sin embargo, las causas del balance positivo de energía son multifactoriales, operan a lo largo del curso de la vida y en distintos niveles del sistema económico, social, cultural y legal.

El balance energético está también modulado por factores fisiológicos, genéticos y epigenéticos.

Otros factores subyacentes son los ambientes de la escuela, el trabajo, la comunidad, las ciudades y los hogares que promueven el sedentarismo y la inadecuada calidad y acceso a servicios de salud preventiva y a servicios de sanidad como la dotación de agua potable.⁽²⁰⁾

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Uno de los principales escollos para evaluar la magnitud del problema ha sido la disparidad de criterios para definir la obesidad y sus distintos grados⁽¹⁸⁾.

La clasificación propuesta por la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO) en 2000

Grado de Obesidad según IMC (kg/m ²)	
Sobrepeso I	25-26.9
Sobrepeso II	27-29.9
Obesidad grado I	30-34.9
Obesidad grado II	35-39.9
Obesidad grado III (mórbida)	≥ 40 ⁽²¹⁾

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

El tratamiento ideal de la obesidad es la prevención

El objetivo del tratamiento es reducir la grasa corporal induciendo, obviamente, un balance energético negativo. La reducción de la ingesta debe diseñarse individualmente de forma que permita las actividades normales.⁽²²⁾ Un déficit de 500 a 1000 kcal diarias puede hacer perder alrededor de 500 a 1000mg por semana a obesos adultos⁽²³⁾

• Dieta:

Es recomendable que los familiares del paciente estén implicados en los cambios dietéticos del paciente para favorecer la adhesión del paciente a la dieta⁽²⁴⁾ La reducción de la ingesta debe diseñarse individualmente de forma que permita las actividades normales.⁽²³⁾

Grado A

Esta recomendación está basada en la evidencia y las ventajas que se observan cuando la familia está cerca del paciente a la hora de las modificaciones dietéticas que se deben de establecer. Se recomienda aplicar los principios dietéticos básicos en todos los pacientes con sobrepeso y obesos que entran en un programa de pérdida de peso.

Grado B

Esta recomendación surge a partir de los resultados de múltiples ensayos clínicos realizados. El plan dietético consiste en una reducción de la ingesta calórica de aproximadamente.⁽²⁴⁾ Un déficit de 500 a 1000 kcal diarias puede hacer perder

alrededor de 500 a 1000mg por semana⁽²³⁾. Se puede aplicar la misma dieta aunque sin la restricción calórica a todos los miembros de la familia por encima de 2 años.

• Actividad física Se recomienda un plan que incremente la actividad física en todos los pacientes que estén llevando a cabo un proyecto para disminuir su peso.⁽²⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como actividad física, cualquier movimiento producido por el músculo esquelético que resulta en un incremento del gasto energético. La falta de movimiento implica una combustión insuficiente de las calorías ingeridas con la dieta, por lo que a su vez, se almacenarán en forma de tejido graso.⁽⁷⁾

Es importante individualizar el tipo y la intensidad de actividad física, considerando la edad, género, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad articular o alteraciones neurológicas.⁽¹⁸⁾

• Terapia conductual Se recomienda el empleo de técnicas de modificación de conducta de manera rutinaria en todos los pacientes⁽²⁴⁾ La modificación de la conducta desempeña un papel importante en el tratamiento de la obesidad. Con ella se pretende ayudar al obeso a cambiar su actitud frente a la comida y sus hábitos alimentarios y de actividad física, así como combatir las consecuencias que se producen después de una trasgresión dietética⁽²³⁾

El apoyo psicológico o psiquiátrico puede ser necesario cuando existan alteraciones importantes de la personalidad o cuadros ansioso-depresivos relevantes.⁽²²⁾

• Farmacoterapia:

Indicado su empleo en pacientes a partir de un IMC de 27 kg/m² con factores de riesgo asociados y en los que no se consiguen resultados satisfactorios tras 6 meses de tratamiento.⁽²⁴⁾

El tratamiento farmacológico para reducción del exceso de peso en conjunto con una dieta saludable, han demostrado ser eficaces para el mantenimiento de la pérdida de peso.

Existe evidencia de que la pérdida de peso con el tratamiento farmacológico es modesto y no se justifica el uso generalizado, por lo que su indicación debe ser individualizada, considerar el perfil riesgo-beneficio, evaluar los efectos secundarios e interacciones, así como la respuesta al tratamiento.

La decisión de iniciar un tratamiento farmacológico debe individualizarse en función de la presencia de comorbilidades graves y tratamientos asociados. Los

tratamientos y su indicación deben ser reevaluados periódicamente y no utilizarse de forma indefinida.

Se podrán prescribir medicamentos para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, cuando exista evidencia de falta de respuesta al tratamiento dieto-terapéutico, a la prescripción de actividad física y ejercicio en un periodo de al menos 3 meses, en pacientes con IMC de 30 kg/m² con una o más comorbilidades.

Se recomienda referir a la Clínica de Obesidad y/o Endocrinología, a la población adulta con IMC \geq 35 kg/m² más comorbilidad asociada y a aquellos con IMC \geq 40kg/m² en quienes existe falla en la pérdida de peso, posterior a un programa dietético y de actividad física, correcto y supervisado, independientemente de la toma de tratamiento farmacológico⁽²⁰⁾

• Cirugía: En pacientes con IMC a partir de 35 kg/m² , con factores de riesgo asociados o en pacientes a partir de un IMC de 40 kg/m² en cualquier caso⁽²⁴⁾

Gastroplastía vertical en banda (GVB)

Derivación biliopancreática (DBP)

Derivación gastroyeyunal (DGY).

Estos procedimientos, confieren mayor pérdida del exceso de peso, tanto a corto como mediano y largo plazo. Se considera que un procedimiento tiene éxito cuando el paciente pierde 50% del exceso de peso.⁽²⁵⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes sobrepeso u obesidad en adultos, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato?

JUSTIFICACIÓN

El Sobrepeso u obesidad es en nuestro Sistema de Salud un proceso Prioritario de Salud Enfermedad, problema de salud pública y mundial considerado epidemias del siglo XXI. En América Latina la obesidad ha aumentado considerablemente llegando a convertirse en un problema de salud pública en casi todos los países. En su condición de padecimiento crónico, la obesidad representa un costo adicional tanto para los servicios de salud como para los individuos.

La personal, obtendrá los conocimientos y las habilidades necesarias, para incrementar su eficacia en el logro de los objetivos que haya planificado la organización para la cual se desempeña.

El apego a las GPC evaluado según el nivel de cumplimiento de los indicadores elaborados es muy variable y generalmente bajo para todas las situaciones y patologías consideradas. La mayoría no cumple con los estándares y las estimaciones de cumplimiento están por debajo del 50%. Solo en pocos indicadores se alcanzan cumplimientos por encima del 75%. Algunos de ellos tienen un cumplimiento inferior al 10%, e incluso de 0%.

Conocer en el apego, en la capacitación y actualización continuas al personal de salud son elementos claves para garantizar la calidad de la atención.

Capacitación: se define como el conjunto de actividades didácticas, orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal que labora en una empresa o como unidad de salud.

Fundamentalmente, la capacitación es vista como un proceso educativo a corto plazo, el cual emplea unas técnicas especializadas y planificadas por medio del cual el apego a las GPC debe evaluarse con el fin de determinar de manera objetiva si las recomendaciones de las mismas han sido seguidas en los términos planteados, o si se deben realizar intervenciones para mejorar su cumplimiento, ya que todo esto conlleva al reforzamiento en los profesionales que nos conduzcan a una adecuada promoción de la salud y lograr los cambios requeridos para tener un estilo de vida saludable.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobre peso u obesidad en adultos, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato.

Objetivo Específico

Identificar el número de médicos familiares con antecedente de capacitación en sobrepeso y obesidad.

Identificar las modalidades de capacitación que utilizan los médicos familiares.

Identificar el tiempo en que se realizó la capacitación.

Evaluar la medición de parámetros somato métricos.

Evaluar la solicitud de estudios de laboratorio de acuerdo al estado clínico del paciente.

Evaluar la integración diagnóstico de acuerdo a los resultados somato métricos.

Evaluar la identificación de comorbilidades y sus factores de riesgo.

Revisar si se realiza la referencia del paciente a servicios de apoyo.

Revisar si se realizan las recomendaciones terapéuticas no farmacológicas de acuerdo al estado clínico del paciente

HIPÓTESIS

El antecedente de capacitación incrementa el apego a las Guía de Práctica Clínica de sobre peso u obesidad en adultos en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato.

METODOLOGIA

Tipo de Estudio

Observacional, ambispectivo, transversal, analítico.

Lugar Y Tiempo

Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato, se realizó en el lapso de septiembre de 2017 a febrero del 2018.

Población

Expedientes de pacientes con diagnóstico de sobre peso u obesidad en adultos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato que acudieron a la consulta de medicina familiar en el mes de Enero a Diciembre del 2016.

Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato.

Tamaño de la muestra

Para evaluar el antecedente de capacitación en Sobre peso u obesidad en adultos se incluyó a toda la población de Médicos Familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato. (N= 14)

Para evaluar el apego a la GPC se estimaron un total de expedientes de 22,542.

El tamaño mínimo de muestra es de 415 expedientes considerando una proporción esperada de apego aceptable = 50%, Precisión = 5%, Nivel de confianza = 95%. El cálculo se realizó utilizando Epidat versión 4.1.

La muestra se incrementó a 420 para redondear el número de expedientes por consultorio (n = 30).

1) Muestreo

- Probabilístico simple aleatorio.

Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión:

Médicos familiares de ambos turnos, sexo indistinto, de cualquier antigüedad.

Casos con diagnósticos CIE 10 de sobrepeso y obesidad (E66.0, E66.1, E66.2, E66.8 y E66.9)

Casos con diagnósticos CIE 10 de sobrepeso y obesidad que se presentaron en el periodo de enero-diciembre 2016.

Criterios de Exclusión:

Médicos familiares que no acepten participar.

Casos con diagnóstico CIE 10 de sobrepeso y obesidad sin expediente electrónico o manual.

Variables

Identificación de las variables.

- Variable Independiente: Antecedente de capacitación.
- Variable dependiente: Apego a la guía de práctica clínica

1) Definición conceptual de variables.

Antecedente de capacitación: Circunstancias anteriores sobre el Conjunto de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y modificar actitudes de personal de todos los niveles para que desempeñen mejor su trabajo.

Apego a la Guía de Práctica Clínica: Sistema de control o mecanismo que adapta la conducta a la consecución del Cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica.

2) Definición operacional de variables.

Antecedente de capacitación: se clasificará en forma dicotómica como SI y No.

Si = respuesta positiva a la pregunta de capacitación personal sobre sobrepeso y obesidad.

No = respuesta negativa a la pregunta de capacitación personal sobre sobrepeso y obesidad.

Apego a la Guía de Práctica Clínica. Se clasificará en forma dicotómica como Aceptable y no Aceptable.

Aceptable = Apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica en un porcentaje $\geq 80\%$.

No Aceptable = Apego a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica en un porcentaje $< 80\%$.

Tipo de variables, escalas y unidades

Variable	Tipo de variable	Escala	Unidad de Medición
Edad	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa	Nominal	1=masculino 2=femenino
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1=soltero 2=casado 3=separado 4=divorciado 5=viudo 6=unión libre
Antigüedad	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
Antecedente de Capacitación	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Apego	Cualitativa	Nominal	1= Aceptable 2= No Aceptable
Modalidad de la capacitación	Cualitativa	Nominal	1 = Distancia 2 = Presencial
Tiempo de haberse capacitado	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos

Método de recolección:

Observacional (documental) y Encuesta.

Instrumento de recolección:

Se aplicó un formulario de registro de datos realizado en forma ex profesa (Anexo1), en el cual se registraron los datos socio demográficos: nombre, sexo, edad, consultorio, turno, matrícula y antigüedad y las variables de estudio: Modalidad de capacitación (Presencial o a distancia), tiempo de haber efectuado la misma (en años cumplidos) y si ha realizado más capacitaciones sobre esta entidad.

Se aplicó la Cédula Única de la Evaluación del Proceso de Sobre peso y Obesidad (Anexo 2), la cual consta de la Evaluación de la calidad de atención médica a través del apego a la guía de práctica clínica vigente mediante la exploración de 12 ítems a continuación citados: 1. Se realizó la evaluación de peso, talla e IMC, 2. Se realizó medición de circunferencia de cintura, 3. Solicitó los estudios de laboratorio acorde a estado clínico y GPC, 4. Se realizó diagnóstico y clasificación de acuerdo al IMC en sobrepeso, obesidad I – III, 5. En pacientes con IMC entre 25 y 29 se investigó la presencia de Diabetes Mellitus, 6. Se identificaron factores de riesgo para comorbilidad, 7. Se refirió a Trabajo Social para integración a Estrategia Educativa de Promoción a la Salud ("Pasos por la Salud" y "Yo puedo") y programa Enlace, 8. Se refirió a nutrición para Plan de cuidado nutricional: elaboración del plan alimentario, orientación alimentaria, asesoría nutricional y recomendaciones para los hábitos alimentarios y seguimiento de la evaluación, conducta alimentaria y reforzamiento de acciones, 9. Se informó al paciente de los beneficios de la pérdida de peso, 10. Se recomendó el consumo de agua sobre las bebidas azucaradas, incluidas las bajas en calorías, 11. Se recomendó reducir la ingesta de grasas solidas y azúcares agregados, 12. Se recomendó la práctica de actividad física como parte del manejo para disminución de peso. Lo cual se pondera de la siguiente forma: recomendación cumplida (1), recomendaciones no cumplidas (0), recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA).

Procedimiento de recolección de datos:

Una vez autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud 1005, se procedió a solicitar el consentimiento informado, se aplicó el formulario de Antecedentes de capacitación en sobrepeso y obesidad del adulto (Anexo 1) a los Médicos Familiares.

Posteriormente se identificaron los expedientes electrónicos o manuales requeridos por consultorio y turno para aplicar la Cédula Única de Evaluación del Proceso de

Sobre peso y Obesidad (Anexo 2). Una vez realizada esta actividad, se llevó a cabo una recolección de todos los datos de la cédula en una base de datos EXCEL.

Recursos

Recursos materiales y Económicos			
	Cantidad	Costo unitario	Costo Total
Papelería			
Lápices	10	5.00	50.00
Copias	1200	.50	600.00
Bolígrafos	10	5.00	50.00
Carpeta argolla	1	50.00	50.00
Tablas	10	48.00	480.00
Oficina			
Computadora HP	1	6,500.00	6,500.00
Tinta p/impresora	2	350.00	700.00
Software Windows 8	1	1800.00	1,800.00
			Subtotal \$ 10,230.00
Humanos			
Investigador responsable: alumno de 3° año de especialidad en medicina familiar para médicos generales Convenio IMSS-UNAM	1		Sin costo
Asesores de tesis: Coordinador Auxiliar Médico de Investigación, Delegación Guanajuato., Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud. Profesor titular con Diplomado en investigación	3		Sin costo
			Subtotal: \$ 10,230.00
			TOTAL \$ 10,230.00

Todos los gastos estarán a cargo del investigador

Aspectos Éticos

En apego a la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud:

La investigación se realizó por que el conocimiento que se pretende adquirir no se puede obtener por otros medios.

Se apoyó en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.

El proyecto de investigación describió a detalle la metodología, los recursos y las fuentes de financiamiento.

El protocolo se sometió para su evaluación a un comité local de investigación y ética en investigación para la salud.

La investigación se llevó a cabo bajo la vigilancia de un investigador competente.

El investigador responsable informó al comité local de investigación y ética en investigación en salud sobre el avance de la investigación y sobre algún incidente grave.

No se realizó ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité local de investigación y ética en investigación.

El muestreo se realizó considerando a toda la población diana que cumple con los criterios de selección, sin hacer alguna discriminación en particular.

Para la inclusión de los médicos, se solicitó consentimiento informado por escrito.

Los resultados de esta investigación beneficiarán a la comunidad de médicos por que permitió establecer la necesidad de capacitación, lo cual a su vez beneficiará a los pacientes, ya que con ello se asegura una atención médica de calidad.

El riesgo para el médico y el paciente es mínimo ya que no se realizó ninguna intervención y se aseguró la confidencialidad de la información, evitando publicar datos de identificación.

RESULTADOS

Descripción de los Resultados

Relación entre la capacitación y el porcentaje de apego a al GPC

Se evaluaron 420 expedientes de casos revisados por 14 médicos, el promedio de cumplimiento al apego de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica, aceptable del 14.3 % y no aceptable fue de 85.7 % (figura 1)

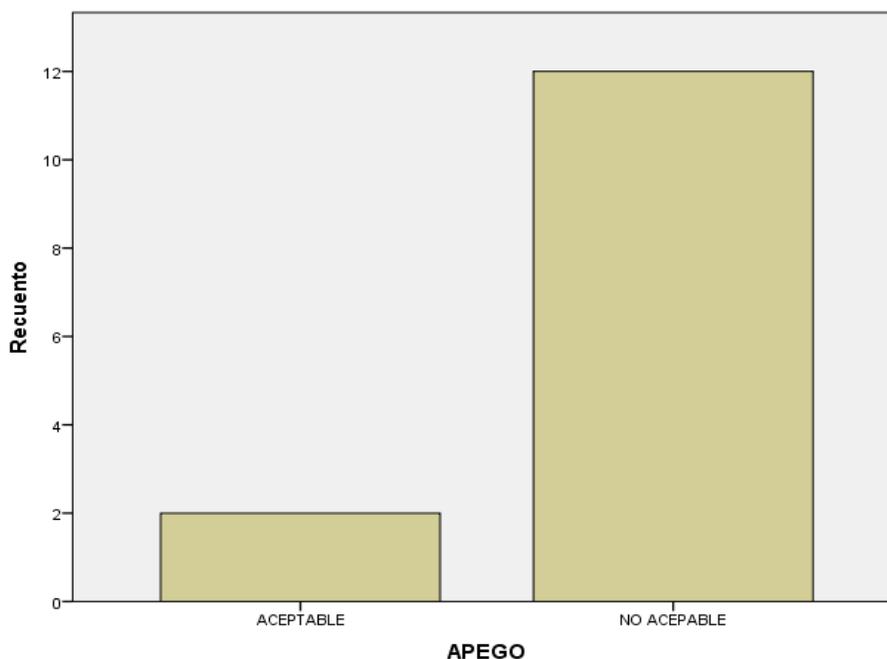


Figura 1

En el rango de aceptable se obtuvo una mediana del 73.01 con un mínimo de 55% y un máximo del 87% por lo que es mayor al 80% en un solo ITEM con análisis estadístico arrojando Chi-cuadrado de Pearson con un valor de 0.78. (figura 2a y2b)

Tablas

Se realiza la evaluación por cada ITEM de porcentaje de apego a las recomendaciones de la GPC

ITEM	MEDIA	MEDIANA	MINIMO	MAXIMO
Se realizó la evaluación de peso, talla e IMC	99.52+/-1.79%	100.00%	93%	100%
Se realizó medición de circunferencia de cintura.	17.38+/-16.13%	16.65%	0%	47%
Solicitó los estudios de laboratorio acorde a estado clínico y GPC .	75.24+/-12.9%	12.92%	43%	93%
Se realizó diagnóstico y clasificación de acuerdo a IMC en sobrepeso obesidad I-III	76.67+/-18.84%	81.65%	37%	97%
En pacientes con IMC entre 25 y 29 se investigó la presencia de Diabetes Mellitus	5.71+/-10.82%	1.65%	0%	37%
Se identificaron factores de riesgo por comorbilidad	94.99+/-6.9%	96.70%	73%	100%
Se refirió a Trabajo Social para integración a Estrategia Educativa de Promoción a la salud (pasos por la salud y yo puedo) y programa de enlace	41.90+/-20.0%	38.35%	20%	90%
Se refirió a nutrición para Plan de cuidados nutricional: elaboración del plan alimentario, orientación alimentaria, asesoría nutricional y recomendaciones para los hábitos alimentarios y seguimiento de la evaluación, conducta alimentaria y reforzamiento	42.84+/-23.9%	36.65%	13%	93%
Se informó al paciente de los beneficios de la pérdida de peso	85.00+/-11.3%	90.00%	63%	97%
Se recomendó el consumo de agua de agua sobre las bebidas azucaradas, incluidas las bajas en calorías	83.52+/-18.2%	91.65%	47%	100%
Se recomendó reducir la ingesta de grasas sólidas y azúcares agregados	84.53+/-16.5%	90.00%	53%	100%
se recomendó la práctica de actividad física como parte del manejo para disminución de peso	87.87+/-14.0%	93.35%	57%	100%

Figura 2a

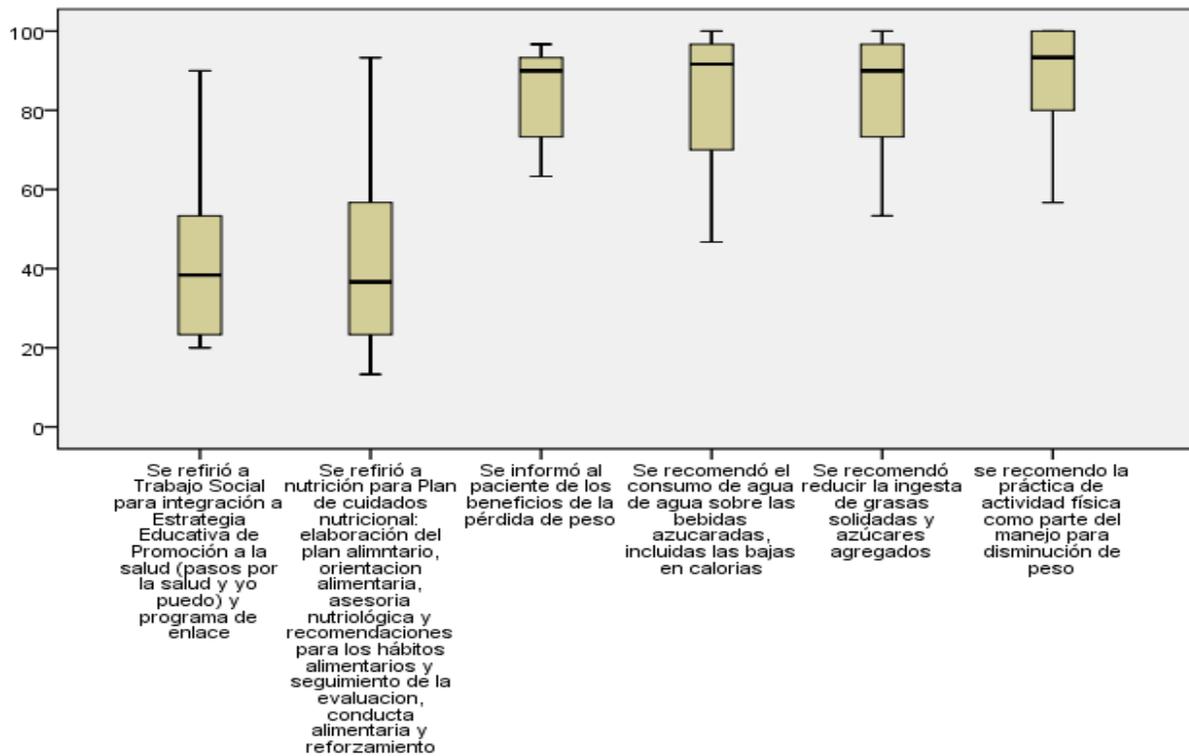
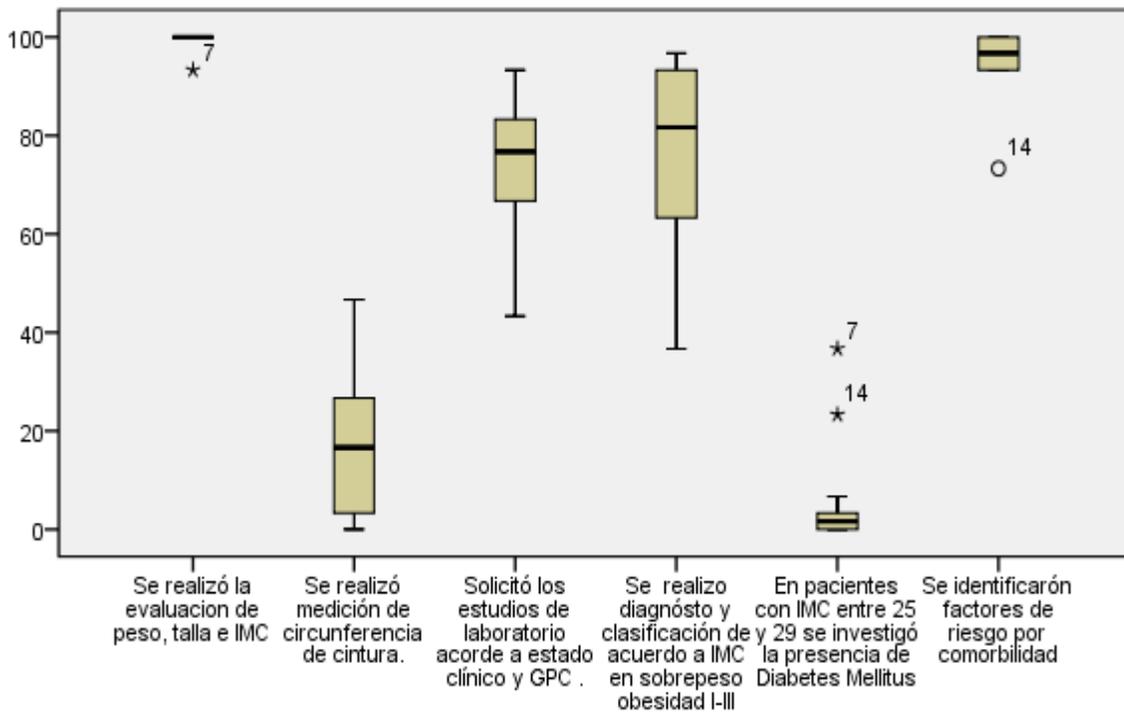


Figura 2b

El número de médicos con capacitación fue de 6 (42.9%), de los cuales 3 (50%) con modalidad a distancia y 3 (50%) con modalidad presencial. (Figura 3a y 3b)

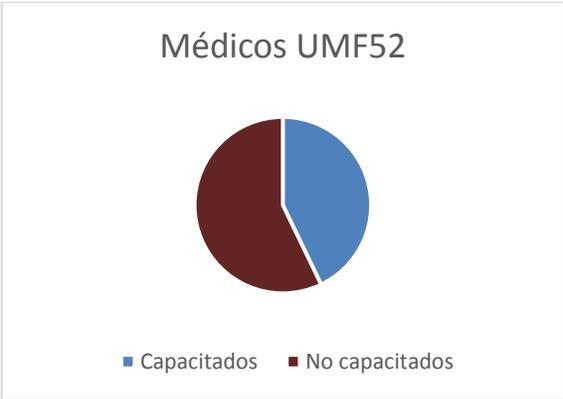


Figura 3a

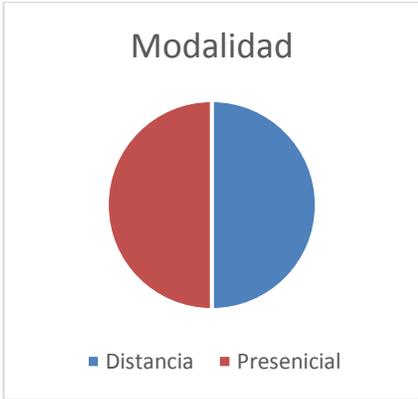


Figura 3b

El promedio de la frecuencia de la capacitación es de 1 ocasión como mínimo y máximo

El tiempo de la última capacitación 1 año (50%) 2 años (16.6%) 3 años (16.6%) 4 años (16%) (Figura 4)



Figura 4

DISCUSIÓN

La implementación de las Guías de Práctica Clínica fueron planeadas para estandarizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, no obstante los resultados de este estudio evidenciaron deficiencias en el proceso de la atención a los pacientes con sobrepeso y obesidad en el primer nivel de atención (Unidad de Medicina Familiar).

Estas deficiencias detectadas representan oportunidades de mejora, considerando que el primer nivel de atención es de gran importancia, ya que entre sus funciones está la detección y control de las enfermedades, prevención de complicaciones y capacidad de referencia oportuna hacia atención especializada.⁽²⁶⁾

La escasa realización de las acciones, puede influir en la detección tardía de algunas complicaciones, como la nefropatía, retinopatía y neuropatía entre otras. Por otro lado las complicaciones asociadas con la Sobrepeso y obesidad, representan un gasto elevado para el sistema de salud, el paciente y su familia.⁽¹⁷⁾

La importancia de evaluar la Implementación de GPC en dos fases representa un estudio integral, la primera con la medición del apego a las recomendaciones, lo cual permitió evaluar la calidad técnica e identificar oportunidades de mejora, sobre todo en sobrepeso y obesidad, ya que existen pocos estudios con este enfoque sobre este padecimiento.⁽²⁷⁾

La segunda parte permitió conocer el antecedente de capacitación sobre las Guías de Práctica Clínica con los cuales no se comprobó la hipótesis de que el antecedente de capacitación incrementa el apego a las Guías de Práctica Clínica de Sobrepeso y Obesidad.

La fortaleza de este estudio es la carencia en el ámbito nacional de evaluaciones integrales de GPC como la que se realizó en esta ocasión; se espera poder realizar estudios similares, en más unidades médicas y en los tres niveles de atención. Y así proyectar de forma más fehaciente en el manejo del paciente crónico.

El impacto de estos resultados se verá claramente si se atienden las áreas de oportunidad identificadas en este estudio, y sea posible mejorar las actividades médicas y del personal de salud del primer nivel en el sistema de salud mexicano.⁽²⁸⁾

Las limitaciones de este estudio son en cuanto a que los resultados no se pueden extrapolar a todos las UMF del país, y las deficiencias del expediente clínico y los registros de pacientes crónicos no permite realizar una evaluación con más indicadores.

CONCLUSIONES

Se evaluaron los ítem de cumplimiento a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica, en este estudio se proyectó un apego del 14.3% muy por debajo de lo esperado ya que en la cedula de evaluación para Sobrepeso y Obesidad, para un adecuado apego debe ser mayor o igual al 80%

Los resultados obtenidos aportan puntos clave para mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención a la salud, e influir en el control de los padecimientos abordados, es decir en la calidad de la atención.

Los hallazgos de este estudio sugieren que es necesario centrarse en las barreras percibidas y tomar en cuenta estos resultados para lograr la aplicación de las recomendaciones de las GPC de Sobrepeso y obesidad en la atención a los pacientes, aunado a lo previo se deben establecer estrategias que nos permitan implementar adecuadamente la Guías de Práctica Clínica ya que representan un clara oportunidad de homologar la práctica médica y con esto impactar en un efecto positivo en cuanto a la calidad de la atención médica.

Así mismo nos deja la experiencia en la realización de este tipo de estudios y la manera en como se impacta tanto en lo individual como en lo grupal. Y se observa que la capacitación tiene que ser indispensable para el buen funcionamiento de la estructura, así que también la manera en como se imparta esa capacitación determina resultado final.

De acuerdo a la hipótesis impuesta sobre si el antecedente de capacitación incrementa el apego de GPC el resultado no se dio de manera satisfactoria.

Por lo cual cabe replantear estrategias de capacitación que realmente impacten para lograr los objetivos satisfactorios en la atención de calidad para los padecimientos crónicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Frigo E., *Foro de Profesionales Latinoamericanos de Seguridad*. Artículo 2000 <http://www.forodeseguridad.com/frigo.htm> (ultimo acceso 09 Mayo 2017).
- 2.- Pinto, V. Roberto. *Planeación Estratégica de Capacitación*. Capitulo III1ª ed México. Mc Graw Hill. 2000.
- 3.-Searle NS, Perkowsky L. eds Why invest in an educational fellowship program *Hetem Acad Med* 2006 (81): 936-40
- 4.- Nogueira SM, Rivera MC, Blanco HF. Competencias docentes del médico de familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias médicas Julio Trigo López, *Educ Med Super* 2005; 19 (1): 11-21
- 5.- Guía de Práctica Clínica. *Catalogo Maestro GPC* <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html> (último acceso 09 Mayo 2017)
- 6.- Field MJ, Lohr KN. *Guidelines for Clinical Practice*. Development to use. Washington: National Academy Press; 1992
- 7.- Lobstein T, Baur Obesity in children and young people: a crisis in public health *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud* 2011 4 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> (ultimo acceso 09 de Mayo 2017)
- 8.- Auckland. NZGG guidelines handbook *The Group*; 2001 http://www.nzgg.org.nz/download/files/nzgg_guideline_handbook.pdf (ultimo acceso 09 Mayo 2017)
- 9.- Friedman LM, Furberg CD, DeMets DL. *Fundamentals of clinical trials*. 2da ed.: Littleton PSG Publishing Company; 1985
- 10.- Beltrán J., Trujillo Rexach M. Perfeccionamiento institucional en el sector salud. Proyección del director. *Rev Cubana Salud Públ.* 2002; 28 (1): 58-62
- 11.- Instituto Argentino de Medicina Basada en Evidencias. En pos de una Modalidad Moderna en la Asistencia Médica; *Medicina Basada en Evidencias* 1999 http://www.iambe.org.ar/que_es_mbe.htm (ultimo acceso 10 Mayo 2016)
- 12.- Fresno C. La calidad de los recursos de la información en salud presentes en Internet. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2001; 17 (4).

<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi15401.pdf>. (ultimo acceso 09 Mayo 2016)

13.- IMSS. *Memoria Estadística 2015* <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015> (ultimo acceso 17 mayo del 2017).

14.- Casas D., Rodríguez A., Aptitud clínica en médicos familiares apegada a guías de práctica clínica *Revista de Medicina e Investigación* 2014;2(2):100-106

15.- Saturno P. Evaluación de Guías de Práctica Clínica para el Primer Nivel de Atención. *Instituto Nacional de Salud Pública*, México; 2017 1-132 <http://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/3736-evaluacion-guias.html> (ultimo acceso 11 Mayo 2017)

16.- Luckie A., D 'ed al' Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009 14(4) 191-201

17.- Stevens J, (eds) The effect of the age on the association between body-mass index and mortality. *New Engl. J. Med.* 1998; 338 1-7

18.- CENETEC *Prevención Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena en el Adulto* México IMSS-046-08 2012 <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-046-08/ER.pdf> (ultimo acceso 09 mayo 2017)

19.- Hernández M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016: Resultados ponderados. *Instituto Nacional de Salud Pública* 2016. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf> (ultimo acceso 08 mayo 2017)

20.- Rivera D. Juan Angel, Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado *Academia Nacional de Medicina De México* 2013 www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf (ultimo acceso) 21 junio de 2017

21.- Stern M. Epidemiology of obesity and its link to heart disease. *Metabolism* 1995 44 (3) 1-3

22.- Galicia MI, Simal A. El tratamiento ideal de la obesidad es la prevención del Sistema Nacional de Salud *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2002 26 (5) Dirección Internet: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic> (ultimo acceso 11 Mayo 2017)

23.- Wadden TA, Foster GD. Behavioral treatment of obesity. *Med Clin North Am* 2000;84(2)441-461

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025712505702303> (ultimo acceso 09 Mayo 2017)

24.- Corbacho AG. (eds) *Obesidad Guía de Actuación Clínica en A. P.* 2000. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/guia_obesidad.pdf (ultimo acceso 09 Mayo 2017)

25.-Pantoja, J.P. Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida / *Gac Méd Méx* 2004 140, (2): 2-6.

26.- Dirección General de Evaluación del Desempeño. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. DGED. 2009.

27. Informe Final Evaluación de la Difusión e Implementación de las Guías de Práctica Clínica Noviembre 2012

28. Valencia M. Ma., Velázquez T. Jorge, Gallardo V. Susana, Lozada H. Bertha, Martínez M. Martha. Grado de apego a la Guía de Práctica Clínica en el Diagnóstico y Tratamiento oportuno de la Enfermedad Renal Crónica temprana en pacientes con Diabetes Tipo2 en Primer Nivel de Atención. *Digital Ciencia*. 2015; 1-17

ANEXOS

Anexo1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚM. 52 DE S.F. DEL R., GTO.

ENCUESTA PARA MÉDICOS FAMILIARES SOBRE ANTECEDENTE DE CAPACITACIÓN EN SOBRE PESO U OBESIDAD

NOMBRE _____ SEXO: M F
EDAD _____ NUM. CONSULTORIO _____ TURNO: M V
MATRÍCULA _____ ANTIGÜEDAD _____
ESTADO CIVIL _____

CAPACITACION EN	SI/NO	CUANTAS VECES	EN QUÉ MODALIDAD D=DISTANCIA P=PRESENCIAL	TIEMPO EN AÑOS EN QUE SE LLEVÓ A CABO ESTA CAPACITACIÓN
SOBRE PESO U OBESIDAD				

NOMBRE Y FIRMA

ANEXO 2



Cédula Única de Evaluación del Proceso de Atención Integral al Sobrepeso y Obesidad en Población Derechohabiente de 20 años y más de edad

Delegación	Unidad Médica	Fecha

Versión 1.7

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DEL APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA VIGENTE

	Resultado	Porcentaje de cumplimiento
1 Se realizó la evaluación de peso, talla e IMC		
2 Se realizó medición de circunferencia de cintura		
3 Solicitó los estudios de laboratorio acorde a estado clínico y GPC		
4 Se realizó diagnóstico y clasificación de acuerdo al IMC en sobrepeso, obesidad I - III		
5 En pacientes con IMC entre 25 y 29 se investigó la presencia de Diabetes Mellitus		
6 Se identificaron factores de riesgo para comorbilidad		
7 Se refirió a Trabajo Social para integración a Estrategia Educativa de Promoción a la Salud ("Pasos por la Salud" y "Yo puedo") y programa Enlace		
8 Se refirió a nutrición para Plan de cuidado nutricional: elaboración del plan alimentario, orientación alimentaria, asesoría nutricional y recomendaciones para los hábitos alimentarios y seguimiento de la evaluación, conducta alimentaria y refinamiento de acciones		
9 Se informó al paciente de los beneficios de la pérdida de peso		
10 Se recomendó el consumo de agua sobre las bebidas azucaradas, incluidas las bajas en calorías		
11 Se recomendó reducir la ingesta de grasas sólidas y azúcares agregados		
12 Se recomendó la práctica de actividad física como parte del manejo para disminución de peso		
Total de recomendaciones cumplidas (1)		
Total de recomendaciones no cumplidas (0)		
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)		
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado		
Porcentaje de recomendaciones cumplidas		
Porcentaje de recomendaciones NO cumplidas		
Cumplimiento mayor o igual al 80% de los criterios evaluados		

MMIM 2014

ANEXO 3

Consentimiento Informado

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	acción entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobre peso u obesidad en adultos en los servicios de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	León, Guanajuato 2017
Número de registro:	En trámite.
Justificación y objetivo del estudio:	El Sobre peso u obesidad es en nuestro Sistema de Salud un proceso Prioritario de Salud Enfermedad, problema de salud pública y mundial considerado epidemias del siglo XXI. En América Latina la obesidad ha aumentado considerablemente llegando a convertirse en un problema de salud pública en casi todos los países. En su condición de padecimiento crónico, la obesidad representa un costo adicional tanto para los servicios de salud como para los individuos. La capacitación y actualización continuas al personal de salud es un elemento clave para garantizar la calidad de la atención ya que se refuerza en los profesionales las habilidades clínicas que nos conduzcan a una adecuada promoción de la salud y lograr los cambios requeridos para tener un estilo de vida saludable. Evaluar la relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobre peso u obesidad en adultos, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato.
Procedimientos:	Se evaluará el apego a la GPC de atención materno integral a través de la aplicación de la Cédula Única de la Evaluación del Proceso de sobrepeso y obesidad en adultos (Anexo 2: Cédula validada por la División de Mejora de la Gestión de los Servicios de Salud de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS).
Posibles riesgos y molestias:	Ningún riesgo
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes sobre peso u obesidad en adultos en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionaran los resultados del estudio una vez concluido a las autoridades pertinentes.
Participación o retiro:	No aplica
Privacidad y confidencialidad:	Los investigadores me han asegurado que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Conocer el apego a la GPC de sobre peso u obesidad en adultos
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable: Dr. Antonio Guillén Martínez Matrícula: 99114285 Adscripción: UMF 52. San Francisco del Rincón, Gto. Teléfono: 477 7247507</p> <p style="text-align: right;">Mayra Tanivet López Carrera. Adscripción UMF 47. Matrícula 11702125 Tel. 7163737 Ext. 31407 Dra. María del Carmen Hernández Jasso Matrícula: 99115409 Adscripción: UMF 47. Teléfono 01477 7163737 Extensión 47407</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>	
<p>Dr. Antonio Guillén Martínez. 99114285 Adscripción: UMF 52.</p>	
_____	_____
Testigo 1	Testigo 2
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013</p>	

Dictamen Autorizado



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1005 con número de registro 17 CI 11 020 031 ante COFEPRIS
H. GRAL. ZONA - MP - SUP 21, GUANAJUATO

FECHA 06/09/2017

DR. ANTONIO GUILLÉN MARTÍNEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título:

"Relación entre el antecedente de capacitación y el apego a la Guía de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso u obesidad en adultos, en los Médicos de la Unidad de Medicina Familiar No. 52 de San Francisco del Rincón, Guanajuato"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro Institucional:

Núm. de Registro
R-2017-1005-22

ATENTAMENTE

DR.(A). PEDRO ANATOLIO HAZEDA RAMÍREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1005

IMSS

SOLIDARIDAD Y RESPONSABILIDAD